

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

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :
Sari Nur Hidayanti
NIM.15.01.0312

**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO
2017**

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

LAPORAN TUGAS AKHIR

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



Oleh :
Sari Nur Hidayanti
NIM.15.01.0312

**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO
2017**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sari Nur Hidayanti

NIM : 15.01.0312

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini, adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan 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, 20 Februari 2019

Yang Membuat Pernyataan,



Sari Nur Hidayanti
NIM. 15.01.0312

Mengetahui,

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Ni Nyoman Sri Astuti, SST
NIP.197707132003122008

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir (LTA) Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "S" di PMB Ny. "N" Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso yang disusun oleh Sari Nur Hidayanti NIM.15.01.0312 telah disetujui untuk diseminarkan di hadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso pada 20 Februari 2019

Bondowoso, 20 Februari 2019

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Ni Nyoman Sri Astuti, SST
NIP.197707132003122008

Mengetahui,
Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Ketua Program Studi



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

LEMBAR PENGESAHAN

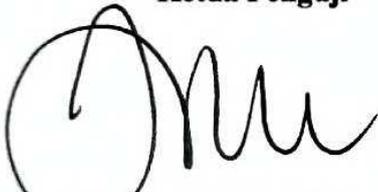
Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "S" di PMB Ny. "N" Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso disusun oleh Sari Nur Hidayanti NIM.15.01.0312 telah diseminarkan pada 20 Februari 2019 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki

Bondowoso, 20 Februari 2019

Mengesahkan,

Tim Penguji

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji I



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

Anggota Penguji II



Ni Nyoman Sri Astuti, SST
NIP.197707132003122008

Mengetahui,

Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Ketua Program Studi,



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

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "S" di PMB Ny. "N" Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso disusun oleh Sari Nur Hidayanti NIM.15.01.0312 telah diseminarkan pada 20 Februari 2019 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki

Bondowoso, 20 Februari 2019

Mengesahkan,

Tim Penguji

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji I



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

Anggota Penguji II



Ni Nyoman Sri Astuti, SST
NIP.197707132003122008

Mengetahui,

Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Direktur,



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

RINGKASAN

Sari Nur Hidayanti

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

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih menjadi pekerjaan rumah yang harus diselesaikan Indonesia saat ini. Berdasarkan hasil data Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Bondowoso jumlah kematian ibu pada tahun 2016 mencapai 20 orang dan tahun 2017 sebanyak 15 orang, jumlah kematian bayi pada tahun 2016 yaitu 178 bayi dan tahun 2017 sebanyak 140 bayi. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi AKI dan AKB adalah menggunakan asuhan *Continuity Of Care (COC)* dimana klien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara berlanjut menuju pelayanan yang berkualitas, biaya perawatan yang efektif. Metode yang dilakukan pada laporan tugas akhir ini adalah metode pendekatan studi kasus dimana penulis mengumpulkan data dan mendeskripsikan proses asuhan kebidanan komprehensif berbasis *Continuity Of Care (COC)* pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB) melalui pendekatan Varney dan SOAP. Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. “S” selama kehamilan ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus, namun pada asuhan persalinan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, pada asuhan nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana semua dalam batasan normal.

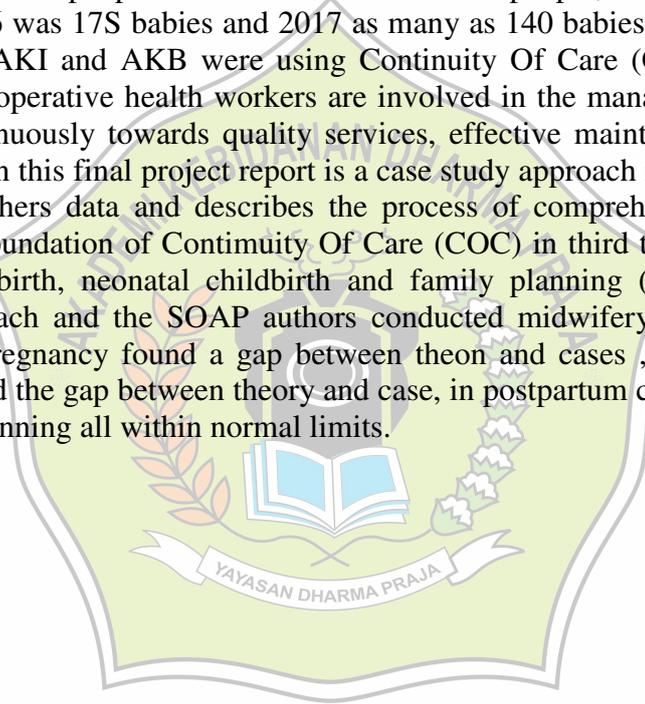


SUMMARY

Sari Nur Hidayanti

Continuous Of Care (COC) for Mrs. "S in PMB Ny" N Curahdami Subdistrict, Bondowoso District Praja Bondowoso Dharma Midwifery Academy Study Program

High Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) are still being homework that must be completed by Indonesia at this time. Based on the results of Bondowoso District Health Office data, the number of maternal deaths in 2016 reached 20 people and in 2017 there were 15 people, the number of infant deaths in 2016 was 17S babies and 2017 as many as 140 babies The efforts made to overcome AKI and AKB were using Continuity Of Care (COC) care where clients and cooperative health workers are involved in the management of health services continuously towards quality services, effective maintenance costs The method used in this final project report is a case study approach method where the researcher gathers data and describes the process of comprehensive midwifery care for the foundation of Continuity Of Care (COC) in third trimester pregnant women, childbirth, neonatal childbirth and family planning (KB) through the Varney approach and the SOAP authors conducted midwifery care for Mrs. S "during the pregnancy found a gap between theon and cases , but in childbirth care not at find the gap between theory and case, in postpartum care for newborns, and family planning all within normal limits.



KATA PENGANTAR

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

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

1. Novita Sari Eka Diantini, SST., M.Keb. selaku Direktur Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah mengesahkan LTA ini.
2. Fany Yanuarti, SST., M.Keb. selaku Ketua Program Studi Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah memberikan ijin penelitian LTA ini dan selaku Ketua Penguji yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam menyempurnakan penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Ayu Sukma Pratiwi, SST., M.Kes. selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan serta petunjuk yang sangat berharga bagi penulis dari awal hingga akhir penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ni Nyoman Sri Astuti, SST. selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta petunjuk yang sangat berharga bagi penulis dari awal hingga akhir penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Berbagai pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu hingga terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.

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

Penulis

MOTTO

Apa yang kamu lakukan hari ini, berusahalah jadi yang pertama dan selesaikan apa yang sudah kamu mulai, karena hidup adalah tentang apa yang ingin kamu lakukan.



PERSEMBAHAN

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

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

Pembimbing Akademik (Ayu Sukma Pratiwi, SST., M.Kes), Bidan Pembimbing (Ni Nyoman Sri Astuti, SST) dan juga ketua penguji (Fany Yanuarti, SST., M.Keb) yang telah membimbing saya dengan baik sampai selesai mengerjakan laporan tugas akhir saya, serta memberi dukungan dan motivasi untuk saya. Terimakasih untuk semuanya.

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



DAFTAR ISI

	Halaman
COVER DEPAN	i
COVER DALAM	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	viii
KATA PENGANTAR	ix
MOTTO	x
PERSEMBAHAN	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori Kehamilan	6
2.1.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan	6
2.1.2 Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan	26

2.2 Konsep Teori Persalinan	32
2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Persalinan	32
2.2.2 Asuhan Kebidanan Teori Persalinan	45
2.3 Konsep Teori Nifas	52
2.3.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Nifas	52
2.3.2 Asuhan Kebidanan Teori Nifas	59
2.4 Konsep Teori Bayi Baru Lahir	61
2.4.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Bayi Baru Lahir	61
2.4.2 Perawatan Bayi Baru Lahir	62
2.4.3 Kunjungan Neonatus.....	64
2.4.4 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Neonatus.....	64
2.5 Konsep Teori KB	67
2.5.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori KB	67
2.5.2 Asuhan Kebidanan Teori KB	76
BAB 3 METODE PENDEKATAN KASUS	
3.1 Jenis Pendekatan	79
3.2 Kerangka Operasional	79
3.3 Subjek Studi Kasus	80
3.4 Fokus Studi	80
3.5 Istrumen	81
3.6 Lokasi dan Waktu	81
3.7 Metode Pengumpulan Data.....	81
3.8 Etika Studi Kasus	82
BAB 4 TINJAUAN KASUS	
4.1 Asuhan Kebidanan pada kehamilan Trimester III	83
4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan	95
4.3 Asuhan Kebidanan pada masa Nifas	105
4.4 Asuhan Kebidanan pada Neonatus	111
4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana	117
BAB 5 PEMBAHASAN	
5.1 Analisis Asuhan Kebidanan Kehamilan	120
5.2 Analisis Asuhan Kebidanan Persalinan	121

5.3 Analisis Asuhan Kebidanan Nifas	124
5.4 Analisis Asuhan Kebidanan Neonatus	126
5.5 Analisis Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	127
BAB 6 PENUTUP	
6.1 Kesimpulan	129
6.2 Saran	130
DAFTAR PUSTAKA	131
LAMPIRAN	133



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri (TFU) menurut perubahan pertiga jari	7
Tabel 2.2 Skrining Imunisasi TT	13
Tabel 2.3 Imunisasi TT	13
Tabel 2.4 Penapisan Persalinan.....	38
Tabel 2.5 Asuhan Persalinan Normal.....	39
Tabel 2.6 Tinggi Fundus Uteri dan Berat uterus menurut masa involusi	53



DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1 Kerangka Operasional79



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Jadwal LTA	133
Lampiran 2 <i>Curriculum Vitae</i>	135
Lampiran 3 Permohonan Ijin / <i>Ethical Clearance Penelitian</i>	136
Lampiran 4 Surat Bakesbang	137
Lampiran 5 Surat Ijin Dinkes Pengambilan Data	138
Lampiran 6 Laporan Kesehatan Ibu dan Anak Dinkes Bondowoso	139
Lampiran 7 Cakupan K1 Dinkes Bondowoso.....	140
Lampiran 8 Cakupan K4 Dinkes Bondowoso.....	141
Lampiran 9 Permohonan Persetujuan Menjadi Responden	142
Lampiran 10 Lembar Persetujuan	143
Lampiran 11 Lembar Pernyataan Kesediaan Membimbing.....	144
Lampiran 12 Lembar Pernyataan Kesediann Membimbing	145
Lampiran 13 Lembar Data Diri Pasien	146
Lampiran 14 Lembar Rencana Persalinan	147
Lampiran 15 Lembar Kartu Skor Puji Rochyati (KSPR).....	148
Lampiran 16 Lembar Catatan Pemeriksaan Hamil	149
Lampiran 17 Lembar Penapisan.....	150
Lampiran 18 Lembar Partograf	151
Lampiran 19 Lembar Catatan Kesehatan Ibu Nifas	153
Lampiran 20 Lembar Keterangan Lahir.....	154
Lampiran 21 Lembar Catatan Kesehatan BBL	155
Lampiran 22 Lembar MTBM Usia 6 Jam.....	156
Lampiran 23 Lembar MTBM Usia 4 Hari	158
Lampiran 24 Lembar MTBM Usia 27 Hari	160
Lampiran 25 Lembar Kartu KB	162
Lampiran 26 Lembar Imunisasi	163
Lampiran 27 Dokumentasi	164
Lampiran 28 Lembar Konsultasi Pembimbing 1	165
Lampiran 29 Lembar Konsultasi Pembimbing 2	167

PENGAJUAN UJIAN.....169
LEMBAR REVISI170



DAFTAR SINGKATAN DAN ARTI LAMBANG

Daftar Singkatan

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ABPK	: Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber KB
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
ASKES	: Asuransi Kesehatan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPM	: Bidan Praktek Mandiri
BTA	: Bakteri Tahan Asam
COC	: <i>Continuity Of Care</i>
CPD	: <i>Cephalo Pelvic Disproportion</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Melitus
DTT	: Dekontaminasi Tingkat Tinggi
HB	: Hemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IM	: <i>Intra Muskular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual

INC	: <i>Intra Natal Care</i>
ISK	: Infeksi Saluran Kencing
IV	: <i>Intra Vena</i>
JK	: Jenis kelamin
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
KF	: Kunjungan Nifas
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Konseling Informasi dan Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatus
KR	: Kesehatan Reproduksi
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KSPR	: Kartu Skor Poedjirohjati
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LNG	: <i>liquefied natural gas</i>
LTA	: Laporan Tugas Akhir
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>
MLA	: <i>modern language association</i>
MTBM	: Manajemen Terpadu Balita Muda
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
NSAID	: <i>Non Steroidal Anti Inflammatori Drug</i>
O2	: <i>Oksigen</i>
P4K	: Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PB	: Panjang Badan
PMB	: Praktik Mandiri Bidan
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
PX	: <i>Prosesus Xiphoides</i>

ROT	: <i>Roll Over Test</i>
RS	: Rumah Sakit
SC	: <i>sectio Caesarea</i>
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
TB	: Tinggi Badan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultra Sonografi</i>
UUK	: Ubun Ubun Kecil
VT	: <i>Vaginal Touch</i>

Daftar Arti Simbol

%	: persen
≥	: lebih dari
±	: kurang lebih
®	: <i>registered sign</i>
°c	: derajat celcius
x	: kali
/	: atau/ per
CC	: <i>Cubical centimeter</i>
Cm	: <i>centimeter</i>
G	: gram
Kkal	: Kilo Kalori
Kg	: kilogram
Mg	: miligram
mmHg	: Mili meter hekto gram



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (KB) merupakan suatu keadaan yang fisiologis tetapi harus diwaspadai apabila terjadi suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin (Prawirohardjo, 2009). Menurut definisi *World Health Organization* (WHO) kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Profil Kesehatan Jawa Timur (2017), menyatakan bahwa Angka Kematian Ibu di Jawa Timur pada tahun 2016 sebanyak 91,00 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Ibu pada tahun 2017 sebanyak 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu, jumlah kematian ibu di Bondowoso pada tahun 2016 sebanyak 20 orang dan pada tahun 2017 yaitu sebanyak 15 orang (Dinkes Bondowoso, 2016-2017).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 22,23 per 1000 Kelahiran Hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2015). Sementara itu, AKB provinsi Jawa Timur pada tahun 2016 mencapai 23,6 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan pada tahun 2017 sebanyak 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (Provinsi Jawa Timur tahun, 2017). Sedangkan di Bondowoso pada tahun 2016 jumlah kematian bayi mencapai 178 orang dan pada tahun 2017 kematian bayi di Kabupaten Bondowoso sebanyak 140 orang (Dinkes Bondowoso, 2017).

Komplikasi yang mengakibatkan kematian ibu di Jawa Timur tahun 2017 yaitu pre eklamsia atau eklamsia, perdarahan, infeksi dan penyebab lain-lain (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2017). Sedangkan di Kabupaten Bondowoso penyebab tingginya kematian ibu akibat komplikasi kehamilan, persalinan, dan komplikasi nifas, sedangkan penyebab kematian bayi yaitu Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), asfiksia, tetanus neonatorum, sepsis, kengenital, trauma lahir

dan lain-lain. Di wilayah Puskesmas Curahdami tahun 2016 terdapat 1 kasus kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan persalinan. Sedangkan jumlah kematian bayi di wilayah Puskesmas Curahdami tahun 2016 yaitu 6 orang dan tahun 2017 sebanyak 3 orang yang disebabkan oleh asfiksia, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan kelainan kongenital (Dinkes Bondowoso, 2016-2017).

Pemerintah Indonesia menargetkan penurunan AKI dan AKB melalui upaya tindak lanjut transisi *Millenium Development Goals* (MDGs) menuju *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2015-2030 dengan target Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia pada tahun 2030 sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup. Untuk mencapai target SDGs, dukungan lintas program dan lintas sektor serta organisasi profesi yang terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi sangatlah diharapkan (Kesehatan Dalam Kerangka SDGs, 2015).

Dinas Kesehatan Bondowoso (2016), melakukan upaya dalam menurunkan kematian ibu dan bayi yaitu melakukan pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yaitu adanya Posyandu di desa/kelurahan, program stop berduka, serta adanya Desa Siaga. Pada hakekatnya posyandu merupakan kegiatan yang tumbuh dari, oleh dan untuk masyarakat, sehingga pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana posyandu menjadi tanggung jawab bersama, yaitu pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) pada ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K1 sampai K4, pelayanan gizi, dan pelayanan komplikasi kebidanan. Komplikasi pada proses kehamilan, persalinan dan nifas juga merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi, untuk itu perlu penguatan Puskesmas PONEB agar cakupan komplikasi kebidanan dapat ditangani dapat mencapai target selanjutnya, serta melakukan pemeriksaan bayi baru lahir dengan melakukan Kunjungan Neonatal (KN) lengkap, dan peningkatan pelayanan keluarga berencana (KB).

Berdasarkan data Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), capaian cakupan ibu hamil K1 Provinsi Jawa Timur pada tahun 2017 adalah 98,2%. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 89,53%. Sementara itu capaian cakupan ibu hamil K4 Provinsi Jawa Timur pada tahun 2017 adalah 89,9%. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 89,5%. Di Kabupaten

Bondowoso capaian K1 tahun 2016 yaitu 98,7% dan capaian K4 tahun 2016 yaitu 82,73%, sedangkan pada tahun 2017 capaian K1 98,7% dan capaian K4 82,27%, sedangkan di Puskesmas Curahdami capaian K1 pada tahun 2016 yaitu 104,7% dan pada tahun 2017 capaian K1 yaitu 103,1%, capaian K4 pada tahun 2016 yaitu 72,69% sedangkan pada tahun 2017 capaian K4 yaitu 75,54% (Dinkes Bondowoso, 2017).

Dukungan pemerintah dalam program penurunan AKI dan AKB salah satunya dengan peningkatan pelayanan kesehatan tersebut, seharusnya bidan selalu memantau ibu hamil mulai dari awal kehamilan dan pemantauan pemeriksaan pertama kali dalam kehamilan (K1) sampai dengan proses persalinan tenaga kesehatan dan pemantauan bayi baru lahir dari tanda infeksi maupun komplikasi pasca lahir serta fasilitator untuk pasangan usia subur dalam pelayanan KB (Pratami, 2014). Melalui kegiatan *Continuity Of Care* (COC) merupakan salah satu upaya penurunan AKI dan AKB yaitu berupa perawatan berkesinambungan antara pasien dan tenaga kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan melalui hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan (Diana, 2017). Sehingga penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif yang berbasis *Continuity Of Care* (COC) yang dimulai dari masa kehamilan, persalinan, masa nifas, asuhan pada neonatus, serta perencanaan penggunaan alat kontrasepsi pada Ny. "S" di (PMB) Ny. "N" di Desa petung Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso Tahun 2017.

1.2 Batasan Masalah

Dalam penelitian ini, peneliti membatasi pada Ny. "S" di mulai dari ibu hamil Trimester (TM) III, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir sampai pemakaian alat kontrasepsi setelah masa nifas (42 hari) secara fisiologis dengan manajemen kebidanan dan pendokumentasian secara varney dan SOAP.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada Ny. "S" di Desa Petung Kecamatan Curahdami sesuai pelayanan standar asuhan kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk Varney dan SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Penatalaksanaan) secara fisiologis mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir sampai pemakaian alat kontrasepsi/Keluarga Berencana (KB).

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada ibu di harapkan mahasiswa mampu:

1. Mendokumentasikan dan menganalisis Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Trimester III pada Ny "S" di PMB Ny "N" dengan menejemen Varney dan SOAP.
2. Mendokumentasikan dan menganalisis Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny"S" di PMB Ny "N" dengan menejemen Varney dan SOAP.
3. Mendokumentasikan dan menganalisis Asuhan Kebidanan Nifas pada Ny "S" di PMB Ny "N" dengan menejemen Varney dan SOAP.
4. Mendokumentasikan dan menganalisis Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL) pada Ny "S" di PMB Ny "N" dengan menejemen Varney dan SOAP.
5. Mendokumentasikan dan menganalisis Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (KB) pada Ny "S" di PMB Ny "N" dengan menejemen Varney dan SOAP.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadi referensi atau masukan bagi perkembangan ilmu kebidanan dan menambah kajian ilmu kebidanan mengenai asuhan kebidanan pada ibu secara komprehensif yang meliputi kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan serta wawasan masyarakat tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan pemakaian alat kontrasepsi.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu hamil, untuk meningkatkan program yang telah disusun oleh pemerintah serta meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dengan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif sesuai standar pelayanan yang berkualitas.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Konsep Teori Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan merupakan hasil fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2014: 213).

2. Klasifikasi usia kehamilan

Dalam buku Prawirohardjo, 2009: 89, Klasifikasi usia kehamilan antara lain:

- a. Trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai usia kehamilan 3 bulan (0-12 minggu).
- b. Trimester kedua dari bulan keempat sampai usia kehamilan 6 bulan (13-27 minggu).
- c. Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai usia kehamilan 8 bulan (28-40 minggu).

3. Standart Minimal Kunjungan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan paling sedikit 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu sebagai berikut:

- a. 1 kali pada usia kandungan sebelum 3 bulan
- b. 1 kali pada usia kandungan 4-6 bulan
- c. 2 kali pada usia kandungan 7-9 bulan (PPIBI, 2016: 29).

4. Menentukan Usia Kehamilan

Cara menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

a. Rumus *Naegele*

Rumus *Naegele* digunakan untuk menghitung Usia Kehamilan berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) hingga tanggal saat

Anamnesa dilakukan. Rumus ini berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Cara menghitungnya yaitu Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3 sehingga bisa didapatkan usia kehamilan, dengan rumus *naegele* dapat diperkirakan pula hari perkiraan Persalinan atau Lahir (HPL) (Sulistyawati, 2009: 53).

b. Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

1) Pemeriksaan Leopold

- a) Leopold I: bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri (TFU) dan bagian janin yang ada di fundus
- b) Leopold II: bertujuan untuk mengetahui letak punggung janin dan bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri ibu.
- c) Leopold III: bertujuan untuk mengetahui bagian terbawah janin, apakah bagian terbawah janin sudah masuk atau masih goyang.
- d) Leopold IV: bertujuan untuk mengetahui bagian terbawah janin, juga menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP) (Manuaba, 2010: 118).

5. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologi Saat Kehamilan

a. Perubahan sistem reproduksi pada ibu hamil yaitu :

1) Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan perkembangan uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh hati (Prawirohardjo, 2014: 175)

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri (TFU) Menurut Perubahan Pertiga Jari

Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simpisis
16	Pertengahan pusat-simpisis
20	3 jari di bawah pusat

24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat- <i>prosesus xiphoideus</i>
36	3 jari di bawah <i>prosesus xiphoideus</i>
40	Pertengahan pusat- <i>prosesus xiphoideus</i>

Sumber: Jannah, 2012: 88.

2) Serviks

Serviks merupakan bagian paling bawah dari uterus. Panjang serviks sekitar 2,5-3 cm dan 1 cm menonjol ke bagian vagina. Ujung dari serviks yang menonjol ke vagina disebut porsio. Pada wanita yang pernah melahirkan (multipara) portio sedikit terbuka. Menjelang persalinan terjadi penurunan konsentrasi kolagen sehingga menjadikan serviks lebih lunak dan lebih mudah membuka atau meregang untuk dapat mengeluarkan kepala bayi (Prawirohardjo, 2014: 177).

3) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga di tunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat di temukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah relatif minimal (Prawirohardjo, 2014: 178).

4) Payudara

Menurut Sarwono Prawirohardjo 2014: 179, perubahan payudara pada ibu hamil yaitu:

- a) Payudara menjadi lebih besar, kenyal dan terasa tegang
- b) Areola mengalami hiperpigmentasi
- c) Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar
- d) Papila mammae makin membesar atau menonjol

5) Vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan untuk persiapan peregangan pada waktu persalinan yang meningkatkan ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos.

Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjang dinding vagina (Prawirohardjo, 2014: 178).

6) Sistem muskuloskeletal

Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi depan, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2014: 186).

7) Sistem Respirasi

Pada kehamilan, terjadi perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan Rahim yang membesar pada kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan Rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, maka ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari pada biasanya (Manuaba, 2010: 93)

8) Sistem kardiovaskuler

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Penekanan pada aorta ini akan mengurangi aliran darah uteroplasenta keginjal. Selama trimester terakhir posisi terlentang akan membuat fungsi menurun jika dibandingkan posisi miring. Volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke 6-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke 32-34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. Volume plasma akan meningkat kira-kira 40-45% (Prawirohardjo, 2014: 182-183).

9) Sistem endokrin

a) Kelenjar Adrenal

Pada kehamilan hormone ini akan mengecil, sedangkan hormone androstenodion, testosterone dioksikortikosteron, aldosterone, dan kortisol, akan meningkat.

b) Kelenjar hipofisis

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

c) Kelenjar tyroid

Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran kira-kira 13% akibat adanya hiperplasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas. Walau kadang-kadang mungkin menuju hipertyroid, fungsi tyroid biasanya normal (Prawirohardjo, 2014: 186).

10) Sistem perkemihan

Ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesterone. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi meningkat hingga 60%-150%. Dinding saluran kemih bisa tertekan oleh pembesaran uterus, namun ini dianggap normal (Sulistyawati, A. 2009: 62).

11) Sistem integument

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi terjadi pada *striae gravidarum livide* atau *alba*, *areolla mammae*, *papilla mammae*, *linea nigra*, *cloasma gravidarum*. Setelah persalinan hiperpigmentasi akan menghilang (Manuaba, 2010: 94).

6. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Kebutuhan Fisik Pada Ibu Hamil

1) Kebutuhan Nutrisi atau Energi

a) Protein, kebutuhan protein bertambah 17 gram lebih banyak. Berfungsi sebagai pembentukan sel darah merah dalam tubuh

janin. Dibutuhkan juga untuk tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal (Jannah, 2012: 146).

- b) Energi, TM I penambahan energi 180 kkal/hari. TM II penambahan 300 kkal/hari.
- c) Sumber lemak, merupakan sumber energi yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin. Membantu proses pembentukan ASI. Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persiapan persalinan dan postpartum.
- d) Sumber karbohidrat, persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.
- e) Sumber vitamin, Vitamin A berfungsi sebagai pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel darah, pembentukan tulang, gigi, mencegah cacat bawaan, sistem kekebalan tubuh ibu hamil. Kira-kira 300 RE/hari dari sebelum kehamilan. Vitamin C berfungsi sebagai penyerapan Fe untuk pencegahan anemia, mencegah pendarahan, menambah asupan vitamin C sebanyak 10mg/hari. Vitamin D diperlukan untuk penyerapan kalsium dapat di peroleh dari pancaran sinar matahari.
- f) Sumber mineral, untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg sehari (Jannah, 2012: 148).

2) Personal hygiene

Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian ibu hamil senantiasa jaga kebersihannya (Jannah, 2012: 150).

3) Seksual

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan prematur dan aborsi ulang maka senggama dapat dilanjutkan dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut. Artinya kegiatan seksual termasuk senggama dapat diteruskan selama kehamilan disaat istri ataupun suami menginginkannya (Jannah, 2012: 152).

4) Senam hamil

Senam hamil bukan merupakan keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberi manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengejan yang benar. Tujuan senam hamil yaitu memberi dorongan serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap, agar ibu mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan dengan lancar dan mudah (Jannah, 2012: 159).

5) Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut, terjadi perubahan sikap tubuh. Tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan. Oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting bagi ibu hamil (Jannah, 2012: 152).

6) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/ imunisasinya. Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskroning status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT long life*) tidak perlu diberikan imunisasi lagi (PPIBI, 2016: 52).

Tabel. 2.2 Skrining Imunisasi TT

Riwayat imunisasi ibu hamil	Imnisasi yang didapat	Status imunisasi
Imunisasi dasar lengkap	DPT-Hb1 DPT-Hb2 DPT-Hb3	TT1 dan TT2
Anak sekolah kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2 SD	Td	T4
Kelas 3 SD	Td	T5
Calon pengantin masa hamil	TT	- Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi - Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi - Perhatikan interval pemberian

Sumber: MU, 2016

Tabel 2.3 Imunisasi TT

Pemberian imunisasi	Selang waktu pemberian minimal	Lama perlindungan
TT1	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup

Sumber: PPABI, 2016: 60.

7) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut:

- a) Biaya
- b) Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin (tabulin), atau menabung di bank.
- c) Penentuan tempat serta penolong persalinan
- d) Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.

- e) Baju ibu dan bayi serta perlengkapan bersalin lainnya.
- f) Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jaminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, BPJS, dll)
- g) Pembagian peran ketika ibu berada di RS

Selain beberapa hal diatas, yang tak kalah penting untuk dipersiapkan dari ibu adalah pemahaman akan tanda-tanda pasti datangnya persalinan (Jannah, 2012: 153).

8) Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil

Kebutuhan psikologi ibu hamil antara lain:

a) Dukungan keluarga

Kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga, karena konsepsi merupakan awal, bukan saja bagi janin yang sedang berkembang tetapi juga bagi keluarganya, yakni dengan hadirnya seorang anggota keluarga baru dan terjadinya perubahan hubungan dalam keluarga, maka setiap anggota keluarga harus beradaptasi terhadap kehamilan dan menginterpretasikannya berdasarkan kebutuhan masing-masing.

b) Dukungan tenaga kesehatan

Peran tenaga kesehatan dalam perubahan dan adaptasi psikologi adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal. Tenaga kesehatan harus bekerja sama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara petugas kesehatan dengan klien.

c) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama ia hamil, kebutuhan pertama ialah menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua adalah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut kedalam keluarga.

d) Persiapan menjadi orang tua

Menjadi orang tua merupakan proses yang terdiri dari dua komponen, komponen pertama bersifat praktis atau mekanis, melibatkan keterampilan kognitif dan motorik, komponen kedua berifat emosional, melibatkan ketrampilan afektif dan kognitif. Kedua komponen ini penting untuk perkembangan dan keberadaan bayi (Sulistyawati, 2009: 128).

7. Ketidak nyamanan pada Ibu Hamil trimester III

Adapun ketidaknyaman-ketidaknyaman yang bisa terjadi pada ibu hamil trimester III, adalah:

a. Konstipasi atau Sembelit

Konstipasi atau sembelit selama kehamilan terjadi karena peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus kurang efisien, konstipasi juga dipengaruhi karena perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga uterus menekan daerah perut, dan penyebab lain konstipasi atau sembelit adalah karena tablet besi (iron) yang diberikan oleh dokter/bidan pada ibu hamil.

b. Edema atau pembengkakan

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang. Pakaian ketat yang menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bagian bawah juga memperburuk masalah. Edema akibat kaki yang menggantung secara umum terlihat pada area pergelangan kaki dan hal ini harus dibedakan dengan perbedaan edema karena pre-eklamsia/ eklamsia.

c. Insomnia

Pada ibu hamil, gangguan tidur umumnya terjadi pada trimester I dan trimester III. Pada trimester III gangguan ini terjadi karena ibu hamil sering kencing, gangguan ini juga disebabkan oleh rasa tidak nyaman yang

dirasakan ibu hamil seperti bertambahnya ukuran rahim yang mengganggu gerak ibu.

d. Nyeri punggung bawah (Nyeri Pinggang)

Nyeri punggung bawah (nyeri pinggang) merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

e. Kegerahan

Saat hamil terjadi peningkatan aliran darah, agar penyuluhan zat-zat gizi yang dibutuhkan untuk tumbuh kembang janin dapat berjalan lancar. Kondisi ini bisa menyebabkan anda mudah merasa kepanasan atau kegerahan. Umumnya, keluhan ini muncul saat kandungan mencapai 20 minggu atau saat aliran darah di dalam tubuh mulai meningkat.

Kegerahan disebabkan selain karena peningkatan kadar hormon progesteron yang membuat pembuluh darah melebar dan aliran darah lebih meningkat, bisa juga disebabkan metabolisme di tubuh yang makin meningkat makin tinggi laju metabolisme, makan banyak pula kalori atau energi panas yang dihasilkan atau dilepaskan.

f. Sering Buang Air Kecil

Peningkatan frekuensi berkemih atau sering buang air kecil disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat.

g. Hemorroid

Secara khusus ketidaknyamanan ini terjadi pada trimester II dan III. Hal ini sering terjadi karena konstipasi. Sama halnya dengan varises, pembuluh darah vena di daerah anus juga membesar. Diperparah lagi akibat tekanan kepala terhadap vena di rektum. Konstipasi berkontribusi dalam

menimbulkan pecahnya hemorroid sehingga menimbulkan perdarahan. Untuk menghindari pecahnya pembuluh darah ini maka dianjurkan untuk mengkonsumsi banyak serat, banyak minum, buah dan sayuran.

h. Perut kembung

Ketidaknyamanan ini Terjadi pada trimester II dan III. Hal ini berawal dari motilitas gastrointestinal menurun, menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan yang menimbulkan efek peningkatan progesteron pada relaksasi otot polos dan penekanan uterus pada usus besar.

i. Sakit kepala

Biasa terjadi pada trimester II dan III. Ini Akibat kontraksi otot/ spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta keletihan. Selain itu, tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah.

j. Susah bernafas

Pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas hal ini karena tekanan bayi yang berada dibawa diafragma menekan paru ibu. Sering dikeluhkan berupa sesak nafas, akibat pembesaran uterus yang menghalangi pengembangan paru-paru secara maksimal. Bumil dianjurkan untuk menarik nafas dalam dan lama. Tapi setelah kepala bayi sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang pertama kali hamil maka anda akan merasa lega dan bernafas lebih mudah.

k. Kontraksi perut

Braxton-Hicks kontraksi atau kontraksi palsu. Kontraksi berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila anda duduk atau istirahat.

l. Kram kaki

Ini sering terjadi pada kehamilan trimester ke 2 dan 3, dan biasanya berhubungan dengan perubahan sirkulasi, tekanan pada saraf dikaki atau karena rendahnya kadar kalsium.

m. Sulit tidur

Di trimester ketiga, penyebab sulit tidur bukan perubahan hormonal, melainkan perubahan fisik, tepatnya bobot tubuh ibu yang bertambah

sekitar 10 kg bahkan lebih. Adanya penambahan berat badan ini akan memunculkan sederet keluhan yang membuat ibu sulit tidur (Sulistyawati, 2009: 123-127).

8. Tanda Bahaya Ibu dan Janin Pada Masa Kehamilan

Tanda bahaya ibu dan janin pada masa kehamilan antara lain:

a. Perdarahan Pervaginam

Pada awal kehamilan: abortus, mola hidatidosa, dan kehamilan ektopik terganggu. Pada akhir kehamilan: solutio plasenta dan plasenta previa (Jannah, 2012: 183).

b. Sakit kepala yang hebat dan menetap

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang disertai dengan penglihatan kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia (Jannah, 2012: 187).

c. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini berarti apendisitis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantung empedu iritasi uterus, abrupsio plasenta, ISK dan lain-lain (Jannah, 2012: 187).

d. Bengkak pada muka dan tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia (Sulistyawati, 2009: 161).

e. Bayi kurang bergerak

Ibu mulai merasakan pergerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika sedikit 3

kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Jannah, 2012: 188).

f. Kejang

Kejang pada ibu hamil merupakan gejala lanjut dari pre-eklamsi (Jannah, 2012: 191).

9. Standart Pelayanan (10T)

Dalam Modul Midwifery Update, 2016: 51-55, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan pemeriksaan antenatal yang berkualitas sesuai standart (10T) yang terdiri dari:

a. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

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

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 preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan protein urinuria).

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

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

d. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T4)

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

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 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/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 kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT long life) tidak perlu diberikan imunisasi lagi.

g. Beri Tablet Tambah Darah (Tablet 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 yang diberikan sejak kontak pertama. Sedangkan untuk ibu hamil dengan anemia defisiensi besi dapat diberikan suplemen Fe sulfat 325 mg 60-65 mg, 1-2 kali sehari. Untuk yang disebabkan oleh defisiensi asam folat dapat diberikan asam folat 1 mg/hari atau untuk dosis pencegahan dapat diberikan 0,4 mg/hari. Dan bisa juga diberi vitamin B12

100-200 mcg/hari. Waktu yang tepat untuk minum tablet zat besi adalah pada malam hari menjelang tidur, hal ini untuk mengurangi rasa mual yang timbul setelah ibu meminumnya. Jika ibu meminum tablet besi pada pagi hari maka ibu akan mual muntah karena salah satu efeknya menimbulkan rasa eneg (rasa tidak enak pada perut). Tablet besi sebaiknya diminum dengan menggunakan air jeruk atau air putih, karena membantu proses penyerapan zat besi. Dan hindari minum tablet zat besi dengan menggunakan air teh, susu dan kopi, karena akan menghambat proses penyerapan absorpsi zat besi.

h. Tes Laboratorium (Rutin dan Khusus)

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

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

1) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklamsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah (bila ada indikasi)

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan pada darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga.

5) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

8) Pemeriksaan Bakteri Tahan Asam (BTA)

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

i. Tatalaksana/Penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus

ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan system rujukan.

j. Temu wicara

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan testind dan konseling HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (PPIBI, 2016: 51-55).

10. Kartu Skor Puji Rochjati

Menurut Prawirohardjo, 2011: 29. Kelompok resiko berdasarkan jumlah skor pada tiap kotak, ada 3 kelompok resiko :

a. Kehamilan Resiko Rendah (KRR)

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

b. Kehamilan Resiko Tinggi (KRT)

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

c. Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST)

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

11. Skreening Pre eklamsia dan Eklampsia

Tes secara dini untuk mendiagnosa pre eklampsia dengan cara:

a. *Mean Arterial Pressure* (MAP)

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

Tekanan arteri rerata dapat ditentukan dengan rumus berikut:

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

(Sherwood, 2014).

Adapun prosedur kerja pengukuran MAP adalah sebagai berikut :

- 1) Memastikan ibu hamil dalam keadaan relaks, punggung bersandar, kaki harus nyaman dan menapak ke lantai.
- 2) Memastikan bahwa angka *sphygmomanometer* dapat terlihat, dan posisi pemeriksa juga harus nyaman.
- 3) Memasang manset pada lengan kiri ibu hamil dengan pipa sejajar dengan arteri brakhialis.
- 4) Memastikan denyut nadi pada arteri brakhialis dan memulai memompa sampai tidak terabanya denyut dan tandai tekanan yang didapat.
- 5) Meletakkan bell stetoskop di atas arteri brakhialis.

- 6) Memutar klep searah jarum jam, sampai klep pada pemompa karet tertutup rapat.
- 7) Manset dipompa sampai tekanan 30 mmHg hingga denyut arteri brakhialis tidak lagi teraba.
- 8) Selanjutnya secara perlahan memutar klep balon pemompa karet dan mendengarkan tekanan sistole dan diastole

Mencatat hasil dan menghitung nilai MAP dengan menggunakan rumus :

$$\text{MAP} = [\text{Tekanan Sistole} + 2 (\text{Diastole})] : 3$$

b. *Roll Over Test* (ROT)

adalah pengukuran tekanan darah pada dua posisi yang berbeda, yaitu pada posisi tidur sisi kiri dan posisi tidur terlentang. ROT dikatakan positif jika terjadi perubahan/ peningkatan tekanan darah diastolik antara posisi tidur samping dan terlentang ≥ 15 mmHg dan negatif saat perubahan diastol < 15 mmHg (Norontoko, 2015).

Prosedur kerja pengukuran ROT adalah sebagai berikut :

- 1) Mempersilahkan ibu hamil untuk naik keatas tempat tidur dan mengarahkan ibu untuk tidur dengan posisi miring ke kiri dan dalam keadaan relaks selama 15 menit.
- 2) Memastikan bahwa angka *sphygmomanometer* dapat terlihat dan posisi pemeriksa juga harus nyaman.
- 3) Memasang manset pada lengan kiri ibu hamil dengan pipa sejajar dengan arteri brakhialis.
- 4) Memastikan denyut nadi pada arteri brakhialis dan memulai memompa sampai tidak terabanya denyut dan tandai tekanan yang didapat.
- 5) Meletakkan bell stetoskop di atas arteri brakhialis.
- 6) Memutar klep searah jarum jam, sampai klep pada pemompa karet tertutup rapat.
- 7) Manset dipompa sampai tekanan 30 mmHg hingga denyut arteri brakhialis tidak lagi teraba.
- 8) Selanjutnya secara perlahan memutar klep balon pemompa karet dan mendengarkan tekanan sistole dan diastole.

- 9) Mencatat hasil pengukuran tekanan darah miring kiri.
- 10) Mempersilahkan ibu hamil untuk mengubah posisi tidur menjadi posisi terlentang dan dalam keadaan relaks selama 15 menit.
- 11) Memastikan denyut nadi pada arteri brakhialis dan memulai memompa sampai tidak terabanya denyut dan tandai tekanan yang didapat.
- 12) Meletakkan bell stetoskop di atas arteri brakhialis.
- 13) Memutar klep searah jarum jam, sampai klep pada pemompa karet tertutup rapat.
- 14) Manset dipompa sampai tekanan 30 mmHg hingga denyut arteri brakhialis tidak lagi teraba.
- 15) Selanjutnya secara perlahan memutar klep balon pemompa karet dan mendengarkan tekanan sistole dan diastole.
- 16) Mempersilahkan dan mendampingi ibu untuk turun dari atas tempat tidur.
- 17) Mencatat hasil pengukuran tekanan darah terlentang.
- 18) Menghitung dan mencatat selisih tekanan darah diastole posisi miring kiri dengan posisi terlentang.

2.1.2 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny G P UK Minggu dengan Kehamilan Normal, Janin, tunggal, hidup.

- Nama pengkaji : Untuk mengetahui siapa nama pengkajinya
 Jam/Tanggal : Untuk mengetahui tanggal dan waktu pengkajian
 Tempat : Untuk mengetahui tempat pengkajian

I. Pengkajian

A. Data Subjektif

1. Identitas

- Nama : Untuk memudahkan, memanggil atau menghindari kekeliruan
 Umur : Untuk mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi atau tidak
 Agama : Untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu

- Pendidikan : Untuk memudahkan memberikan KIE
- Pekerjaan : Untuk mengetahui tingkat social ekonomi
- Alamat : Untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan (Prawirohardjo, 2014: 279).

2. Keluhan Utama

Jenis dan sifat gangguan yang dirasakan ibu serta lamanya mengalami gangguan (Prawirohardjo, 2014: 279).

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang meliputi: penyakit jantung, hipertensi, Diabetes Melitus (DM), TBC, ginjal, asma, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS (Jannah, 2012: 196).

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS (Jannah, 2012: 197).

c. Riwayat Kehamilan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS, serta riwayat keturunan kembar (Jannah, 2012: 197).

4. Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi meliputi: Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), siklus haid, perdarahan pervaginam, dan *flour albus* (keputihan) (Prawirohardjo, 2014: 279).

5. Riwayat Obstetri

Riwayat obstetri meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi <2500 gram atau >4000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu (Prawirohardjo, 2014: 279).

6. Riwayat Kehamilan Ini

Riwayat kehamilan ini meliputi: riwayat ANC, gerakan janin, tanda-tanda bahaya atau penyulit, keluhan utama, obat yang dikonsumsi, termasuk jamu (Prawirohardjo, 2014: 280).

7. Riwayat KB

Riwayat KB meliputi: jenis metode yang dipakai, waktu, dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan atau alasan berhenti (Prawirohardjo, 2014: 280).

8. Riwayat Perkawinan

Riwayat perkawinan terdiri atas status perkawinan, perkawinan ke, usia ibu saat perkawinan, dan lama perkawinan (Jannah, 2012: 197).

9. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Pola kebiasaan sehari-hari meliputi: pola nutrisi (makan dan minum), Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK), personal hygiene, aktivitas dan istirahat (Jannah, 2012: 198).

10. Riwayat Psikososial

Riwayat psikososial meliputi: respon ibu terhadap kehamilan ini, respon suami terhadap kehamilan ini, respon keluarga dalam kehamilan ini, adat istiadat atau budaya yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kehamilan, susunan anggota keluarga (Jannah, 2012: 198).

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum

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

b. Kesadaran

Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa. Penilaiannya dapat secara kualitatif (composmentis, apatis,

samnolen, sopor, koma, delirium) dan kuantitatif (diukur menurut skala koma).

c. Tanda-tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital: tekanan darah, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan (Prawirohardjo, 2014: 280).

2. Pemeriksaan Fisik

- Muka : Meliputi oedema wajah, cloasma gravidarum
- Mata : Kelopak mata pucat atau tidak, warna sclera
- Hidung : Untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang berpengaruh pada jalan nafas
- Telinga : Untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak, karena dapat berpengaruh pada pendengaran
- Gilut : Mulut (bibir pucat, kemerahan), keadaan gigi (caries, tonsil)
- Leher : Pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe, pembesaran vena jugularis.
- Payudara : Bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi areolla, keadaan puting, kolostrum, massa
- Abdomen : Adanya bekas luka *Sectio Caesarea* (SC), hiperpigmentasi linea nigra, striae gravidarum, TFU, palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan >36 minggu), DJJ dengan fundoskop jika usia kehamilan >18 minggu.

Pemeriksaan Leopold

- Leopold I : Menentukan TFU dan bagian janin yang berada di fundus
- Leopold II : Menentukan batas samping/bagian kanan dan kiri rahim ibu dan menentukan letak punggung janin.
- Leopold III : Menentukan bagian terbawah janin.
- Leopold IV : Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa

masuknya

- DJJ : Dilakukan untuk mengetahui keadaan jantung janin
- TBJ : Dilakukan untuk mengetahui berat badan janin. Untuk mengukur berat badan dalam gram perlu mengetahui kepala janin sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya;
(Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam cm-n) \times 155=...gram
n = posisi kepala janin masih diatas spina ischiadika atau di bawah. Bila di atas -12, bila sudah di bawah -11 (Jannah, 2012: 85).

Genetalia : Luka, varises, cairan (warna, konsisten, jumlah, bau), keadaan kelenjar bartolini, dan nyeri tekan.

Anus : Hemoroid atau tidak

Ekstremitas : Odema kaki dan tangan, varises, reflek patella.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang bisa dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan melalui sampel urine pada ibu hamil antara lain untuk keperluan pemeriksaan tes kehamilan (PP test), warna urine, bau, kejernihan, protein, dan glukosa urine. Pemeriksaan darah ibu hamil, antara lain bertujuan untuk pemeriksaan hemoglobin, golongan darah, rubella, dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan dengan persetujuan ibu hamil (Prawirohardjo, 2014: 281).

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 diagnosa.

DO : Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnosa lain

DX : Diagnosa merupakan pendokumentasikan hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif

III. Merumuskan Diagnosa/Masalah Potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial. Diagnosa atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman (Muslihatun, 2009: 144).

IV. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan (Muslihatun, 2009: 144).

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 dapat mencerminkan rasional yang benar atau valid. Pengetahuan teori yang salah atau tidak memadai atau suatu data dasar yang tidak cukup dan berbahaya (Muslihatun, 2009: 145).

VI. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Penatalaksanaan asuhan in sebagai 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 terlaksana). 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: 146).

VII. Evaluasi

Tanggal :

Jam :

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga.

O : Hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostic dan

penunjang atau pendukung lain serta catatan medik

- A : Kesimpulan dari data subjektif dan objektif
- P : Gambar pendokumentasian dari tindakan evaluatif (Rohmah, 2012: 109).

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Konsep Teori Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Sondakh, 2013: 2). Persalinan dan Kelahiran normal adalah suatu proses pengeluaran janin dengan usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), proses pengeluaran janin berlangsung selama 18 jam, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi yang terjadi pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2009: 450).

2. Tanda-tanda Permulaan Persalinan

Tanda-tanda persalinan dalam buku Rustam Mochtar (2011: 70) antara lain :

- a. *Lightening* atau *settling* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas.
- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
- c. Sering buang air kecil atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
- d. Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus (Rustam M, 2011: 70).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

a. Penumpang (*Passanger*)

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

b. Jalan Lahir (*Passange*)

Jalan lahir dibagi atas dua yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul sedangkan jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang serviks, otot besar panggul, vagina, introitus vagina.

c. Kekuatan (*Power*)

Factor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua yaitu:

1) Kekuatan primer

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Kekuatan primer mengakibatkan servik menipis dan berdilatasi sehingga janin turun.

2) Kekuatan sekunder

Kekuatan ini diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi servik, tetapi setelah dilatasi servik lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

b. Posisi ibu (*positioning*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi, seperti posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok.

c. Respons psikologis

Yang dapat mempengaruhi Respons psikologis ialah:

1) Dukungan suami selama persalinan.

- 2) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
- 3) Saudara kandung bayi selama persalinan (Sondakh, 2013: 4-6).

4. Tahap Persalinan

Tahap Persalinan yaitu:

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis serviks akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I di bagi atas 2 fase:

1) Fase Laten

Pembukaan servik yang berlangsung lambat dari pembukaan 0-3 cm, lamanya 7-8 jam.

2) Fase Aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase:

- a) Periode Akselerasi: Berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
- b) Periode Dilatasi Maksimal: Selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c) Periode Deselerasi: Berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap) (Mochtar, 2011: 71).

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Tanda Gejala dari kala II adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik
- 2) Menjelang akhir ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya ganglion servikalis (*fleksus frankenhauser*)
- 4) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi hidung dan muka serta kepala seluruhnya.

- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
 - a) Kepala dipegang secara biparietal, ditarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu belakang
 - b) Setelah kedua bahu lahir, pindah tangan terkuat ke bawah untuk meyangga kepala lengan dan siku bawah, tangan atas menelusuri tubuh bayi
 - c) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban
- 7) Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5-2 jam dan pada multipara rata-rata 1,5-1 jam (Sondakh, 2013: 5).

c. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi 2 kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir sontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2011: 73).

d. Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Rustam M., 2011: 73). Observasi yang dilakukan pada kala IV lakukan masase uterus dan pantau kontraksi, tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua. Jika ada temuan tidak normal, tingkatkan observasi penilaian kondisi ibu (PPIBI, 2016: 93).

Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikanlah 7 pokok penting:

- 1) Kontraksi rahim: baik atau tidaknya pemeriksaan palpasi jika perlu dilakukan masase dan berikan uterotonika seperti meterghin, atau emertrin dan oksitosin.
- 2) Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa
- 3) Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
- 4) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
- 5) Placenta dan selaput ketuban harus lengkap.
- 6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
- 7) Bayi dalam keadaan baik.

5. Dokumentasi Asuhan Persalinan

Dokumentasi Asuhan Persalinan antara lain:

a. Partograf

Observasi yang harus dilakukan selama kala satu persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat didalam partograf. Partograf membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Pencatatan pada partograf dimulai pada saat proses persalinan masuk dalam "fase aktif".

Untuk menyatakan ibu sudah masuk dalam fase aktif harus ditandai dengan:

- 1) Kontraksi yang teratur minimal 3 x selama 10 menit
- 2) Lama kontraksi minimal 40 detik
- 3) Pembukaan 4 cm disertai penipisan
- 4) Bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul.

Bila pembukaan sudah mencapai >4 cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang 3x dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, pikirkan diagnosa inersia uteri.

Komponen yang harus diobservasi:

- 1) Denyut jantung janin setiap ½ jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam

- 3) Nadi: setiap ½ jam
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- 5) Penurunan setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- 7) Produksi urine, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

Lembar partograf halaman depan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

1) Informasi tentang ibu:

- a) Nama, umur.
- b) Gravida, para, abortus (keguguran).
- c) Nomor catatan medis atau nomor puskesmas.
- d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
- e) Waktu pecahnya selaput ketuban.

2) Kondisi janin:

- a) Denyut Jantung Janin (DJJ)
- b) Warna dan adanya air ketuban
- c) Penyusupan (molase) kepala janin

3) Kemajuan persalinan:

- a) Pembukaan serviks
- b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
- c) Garis waspada dan garis bertindak

4) Jam dan waktu:

- a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
- b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

5) Kontraksi uterus:

- a) Frekuensi dan lamanya

6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan:

- a) Oksitosin
- b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan

7) Kondisi ibu:

- a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh

- b) Urine (volume, aseton atau protein)
 - c) Asupan cairan dan nutrisi
- 8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia disisi partograf atau dicatatan kemajuan persalinan).
- a) Halaman belakang partograf diisi setelah kelahiran berlangsung, semua proses, tindakan dan obat-obatan serta observasi yang dilakukan dicatat dilembar ini. Data ini penting jika tiba-tiba ibu mengalami penyulit di klinik atau setelah dirumah (PPIBI, 2016: 82).

b. Penapisan

Dalam buku JNPK-KR 2014: 50, pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Selama anamnesa dan pemeriksaan fisik, tetap waspada pada indikasi yang tertera pada lembar penapisan.

Tabel 2.4 Penapisan Persalinan.

Rujuk ibu: Apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti berikut:	
1.	Riwayat bedah sesar
2.	Perdarahan per vaginam
3.	Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
4.	Ketuban pecah disertai mekonium yang kental
5.	Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
7.	Ikhterus
8.	Anemia berat
9.	Tanda/ gejala infeksi
10.	Pre-eklampsia/ hipertensi dalam kehamilan
11.	Tinggi fundus 40 cm atau lebih
12.	Gawat janin
13.	Primipara dalam fase aktif kala I persalinan dan kepala janin masih 5/5
14.	Presentasi bukan belakang kepala
15.	Presentasi ganda (majemuk)
16.	Kehamilan ganda atau gemeli
17.	Tali pusat menubung
18.	Syok

Sumber: JNPK-KR, 2014: 50.

c. Lembar observasi

Jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm, berarti ibu berada dalam fase laten dan semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat di lembar observasi, yaitu 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 (JNPK-KR, 2014: 56).

6. Asuhan Persalinan Normal

Tabel 2.5 Asuhan Persalinan Normal antara lain:

<i>I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II</i>	
1	Melihat adanya tanda persalinan kala II <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum c. Perenium tambak menonjol d. Vulva dan spingter ni membuka
<i>II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</i>	
2	Pastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan tata laksana 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. <ol style="list-style-type: none"> a. Letakkan kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi b. Siapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3	Pakai celemek plastik
4	Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5	Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6	Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
<i>III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK</i>	
7	Bersihkan vulva dan perenium dengan hati-hati (jari tidak menyentuh vulva dan perenium) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang bibasahi air DTT <ol style="list-style-type: none"> a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkombinasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi,

	lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah #9)
8	Lakukan periksa dalam untuk memastikan peralatan lengkap. a. Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9	Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan
10	Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/ menit) b. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal c. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf
IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES BIMBINGAN MENERAN	
11	Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar
12	Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)
13	Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran: a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama) d. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu f. Berikan cukup asupan cairan peroral (minum) g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus kontraksi h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1jam) meneran (multigravida)
14	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi

	yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI	
15	Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16	Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17	Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18	Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI	
Lahirnya kepala	
19	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perinium dengan satu tangan yang di lapiasi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal
20	Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi <ol style="list-style-type: none"> a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut
21	Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
Lahirnya bahu	
22	Setelah bayi melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
Lahirnya bahu dan tungkai	
23	Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perinium ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24	Setelah tubuh dan lengan lahir, penulusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR	
25	Lakukan penilaian (selintas) <ol style="list-style-type: none"> a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas kesulitan? b. Apakah bayi bergerak dengan aktif? Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir)

26	<p>Keringkan tubuh bayi</p> <p>a. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu</p>
27	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)
28	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
29	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
30	Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
31	<p>Pemotongan dan pengikatan tali pusat.</p> <p>a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan lakukan penguntingan tali pusat di antara klem tersebut.</p> <p>b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya</p> <p>c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah di sediakan</p>
32	<p>Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi</p> <p>Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada atau di perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.</p>
33	Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
VII. PENATALAKSANAAN AKTIF KALA III	
34	Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35	Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simpisi, untuk mendeteksi. Tangan lain menengangkan tali pusat.
36	<p>Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas</p> <p>a. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu</p>
Mengeluarkan plasenta	
37	Lakukan penegangan dan dorso-kranial hingga plasenta terlepas,

	<p>minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM 2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan 4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya 5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual
38	<p>Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang disediakan.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal
<i>Rangsangan taktil (masase) uterus</i>	
39	<p>Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase
<i>IX. MENILAI PERDARAHAN</i>	
40	Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus.
41	Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjaitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjaitan.
<i>X. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN</i>	
42	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43	<p>Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui satu payudara b. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walupun bayi sudah berhasil menyusui

44	Setelah 1 jam, lakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral
45	Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral. <ol style="list-style-type: none"> Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa di susukan Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
Evaluasi	
46	Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam <ol style="list-style-type: none"> 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan Jika uterus tidak berkontak dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri
47	Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49	Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit jam kedua pasca persalinan <ol style="list-style-type: none"> Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
50	Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta tubuh normal (36,5-37,5 ⁰ C)
Kebersihan dan Keamanan	
51	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
52	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai
53	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakian yang bersih dan kering.
54	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu makanan dan minuman yang diinginkan
55	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
Dokumentasi	
58	Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda

vital dan asuhan kala IV

Sumber : JNPK-KR, 2014: 50.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Teori Persalinan

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

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

Janin Tunggal Hidup Presentasi Kepala

Nama pengkaji : Untuk mengetahui siapa nama pengkajinya
 Jam/Tanggal : Untuk mengetahui tanggal dan waktu pengkajian
 Tempat : Untuk mengetahui tempat pengkajian

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Velen verney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis). Biasanya ibu mengeluh sakit perut, kenceng-kenceng yang teratur dan keluar cairan lendir bercampur darah (Muslihatun, 2009: 123).

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 diasnognik lain (Muslihatun, 2009: 123).

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: 137).

b. Kesadaran

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

c. Tanda-Tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan (Muslihatun, 2009: 137).

2. Pemeriksaan Fisik

- Muka : Meliputi oedema wajah, cloasma gravidarum
- Mata : Kelopak mata pucat/tidak, warna sclera
- Hidung : Untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan nafas.
- Telinga : Untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak, karena bisa berpengaruh pada pendengaran
- Gilut : Mulut (bibir pucat, kemerahan), keadaan gigi (caries)
- Leher : Pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe, pembesaran vena jugularis.
- Payudara : Bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi areolla, keadaan puting, kolostrum, massa
- Abdomen : Adanya bekas luka SC, hiperpigmentasi, linea nigra, striae gravidarum, TFU. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan >36 minggu), DJJ dengan funandoskop jika usia kehamilan >18 minggu.

Pemeriksaan Leopold

- Leopold I : Mentukan TFU dan bagian janin yang berapa di fundus.
- Leopold II : Menentukan batas samping/bagian kanan dan kiri rahim ibu dan menentukan letak punggung janin.
- Leopold III : Menentukan bagian terbawah janin
- Leopold IV : Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa masuknya
- DJJ : Dilakukan untuk mengetahui detak jantung janin,

dalam keadaan normal 120-160 x/menit.

TBJ : Dilakukan untuk mempengaruhi berat badan janin. Untuk mengukur berat badan dalam gram perlu mengetahui kepala janin sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya;
(Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam cm-n) \times 155=...gram
n = posisi kepala janin masih diatas spina ischiadika atau di bawah. Bila di atas -12, nila sudah di bawah -11 (Jannah, 2012: 85).

Pemeriksaan Dalam

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

A : Analysis atau asesment merupakan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

Ny G P.... UK... Minggu Inpartu Kala ... Fase ... dengan ... Janin Tunggal Hidup Presentasi Kepala.

(Muslihatun, 2009: 123).

P : Kala I

Tanggal : Jam :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan \pm asuhan yang diberikan. *Ibu mengerti.*
2. Menyarankan ibu berjalan-jalan disekitar ruangan apabila ibu masih bisa melakukannya \pm apabila berbaring sarankan agar ibu berbaring kesebelah kiri untuk mempercepat penurunan kepala. *Ibu mengerti \pm melakukannya.*
3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum. *Ibu bersedia makan dan minum.*
4. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK. *Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.*
5. Mengajarkan ibu tentang relaksasi pernafasan saat ada his. *Ibu mengerti dan dapat melakukan dengan baik.*
6. Menganjurkan suami atau keluarga untuk menemani atau mendampingi ibu selama proses persalinan. *Suami dan keluarga mengerti dan melakukannya.*
7. Melakukan observasi TTV, his, DJJ. *Observasi telah dilakukan.*
8. Melakukan pendokumentasian. *Pendokumentasian pada lembar observasi.*

Catatan perkembangan

Kala II

Tanggal : Jam :

1. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap. *Ibu mengerti.*
2. Memastikan dan mengawasi tanda dan gejala kala II: ada dorongan kuat untuk meneran, tekanan yang semakin meningkat pada vagina dan rectum, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka. *Sudah muncul tanda dan gejala kala II.*
3. Memastikan kelengkapan partus set telah siap digunakan.

Partus set tersedia lengkap.

4. Memepersiapkan diri penolong. *Celemek telah dipakai, tangan telah dicuci dan memakai sarung tangan steril.*
5. Membersihkan vulva dan perineum. Melakukan pemeriksaan dalam, mencelupkan handscoon dalam larutan klorin 0,5%, menghitung DJJ. *Vulva dan perineum sudah bersih, pembukaan lengkap, handscoon telah direndam dalam larutan klorin 0,5%. DJJ normalnya 120-160 x/menit.*
6. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan meminta bantuan keluarga untuk mengatur posisi ibu yaitu litotomi dengan memasukkan lengan ibu diperlipatan paha kemudian menarik kearah perut saat meneran. *Ibu mengerti penjelasan bidan dan sudah dalam posisi litotomi.*
7. Membimbing ibu meneran saat ada kontraksi. *Ibu kooperatif saat diminta meneran.*
8. Mengajari ibu cara meneran yang benar yaitu tangan merangkul kaki hingga sampai kesiku, dagu ditempelkan didada, mata melihat keperut. *Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan dapat melakukan dengan baik dan benar.*
9. Meletakkan handuk bersih dan kering diatas perut ibu dan kain bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu. *Handuk adan kain telah terpasang diatas perut dan dibawah bokong ibu.*
10. Membuka tutup partus set untuk melihat kelengkapan alat dan memakai sarung tangan. *Sarung tangan telah dipakai.*
11. Menolong kelahiran bayi.
 - Kepala : Tangan kiri pada kepala bayi sambil menahan vulva bagian atas, tangan kanan menahan perineum, cek lilitan tali pusat, tunggu putaran paksi luar.
 - Bahu : Letakkan tangan kanan diatas dan tangan kiri

depan dibawah pada masing-masing sisi kepala bayi (biparietal), lakukan tarikan kebawah sesuai jalan lahir.

Bahu : Lakukan tarikan keatas sesuai jalan lahir.
belakang

Badan : Tangan kanan menyanggah kepala, leher dan bahu janin (sanggah), tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin (susur), nilai selintas nafas dan gerak bayi, letakkan bayi diatas perut ibu. *Bayi lahir spontan langsung menangis kuat jam....WIB, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, jenis kelamin.*

12. Mengeringkan bayi dengan handuk bersih dan kering. *Bayi telah dibungkus dan dikeringkan dengan handuk.*

Catatan perkembangan

Kala III

Tanggal : Jam :

1. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin pada 1/3 paha luar atas secara IM agar uterus tetap berkontraksi dengan baik. *Ibu bersedia.*
2. Menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM dipaha lateral ibu. *Oksitosin sudah masuk.*
3. Menjepit tali pusat, memotong tali pusat, mengikat tali pusat, mengganti handuk, melaksanakan IMD. *Tali pusat telah dipotong dan diklem. Bayi telah hangat dan melakukan IMD awal.*
4. Melakukan dorsocranial saat kontraksi dan melakukan penegangan tali pusat (PTT). *Plasenta lahir spontan jam.... WIB.*
5. Melakukan masase uterus selama 15 detik. *Uterus berkontraksi dengan baik.*

6. Memeriksa kelengkapan plasenta. *Plasenta dan selaputnya lahir lengkap, berat....gram, diameter....cm, tebal....cm, insersi tali pusat...., panjang tali pusat....cm.*
7. Memeriksa laserasi untuk dilakukan penjahitan. *Tidak ada laserasi sehingga tidak perlu jahitan.*
8. Melakukan masase uterus selama 15 detik sampai fundus teraba keras. *Fundus teraba keras dan kontaksi baik.*
9. Mengevaluasi kontraksi uterus dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. *Uterus berkontaksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.*
10. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit dengan kulit ibu selama 1 jam. Setelah 1 jam IMD melakukan penimbangan, pengukuran bayi, memberikan salep mata antibiotik profilaksis dan menyuntikkan vitamin K 1 mg pada paha kiri bayi. *Pemberian salep mata dan penyuntikan vit K telah dilakukan*
11. Menyuntikkan imunisasi hepatitis B dipaha kanan atas luar bayi secara intra muskular setelah 1 jam dilakukan penyuntikan vitamin K. *imunisasi hepatitis B sudah disuntikkan.*

Catatan perkembangan

Kala IV

Tanggal : Jam :

1. Melakukan pemantauan kontaksi dan mencegah perdarahan. *Uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.*
2. Mengajari ibu dan suami cara masase uterus. *Ibu dan suami dapat melakukan masase uterus.*
3. Memeriksa jumlah perdarahan. *Perdarahan ± cc.*
4. Memeriksa nadi dan kandung kemih ibu. *Nadi 83 x/menit dan kandung kemih kosong.*
5. Memeriksa kembali pernapasan dan suhu bayi. *Pernapasan*

..... x/menit dan suhu °C.

6. Menempatkan semua peralatan dalam larutan klorin 0,5 %.
Peralatan sedang didekontaminasi.
7. Memembersihkan ibu dari sisa ketuban, lendir dan darah dengan menggunakan air DTT dan mengganti pakaian yang kotor. *Ibu merasa bersih dan nyaman.*
8. Membersihkan peralatan dan mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%. *Peralatan dan tempat persalinan bersih dan siap digunakan kembali.*
9. Memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan ibu. *Ibu bersedia melakukan.*
10. Melakukan perawatan bayi baru lahir. *Bayi sudah selesai dilakukan perawatan.*
11. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya. *Ibu bersedia menyusui bayinya.*

Melakukan observasi kala IV dan mendeteksi tanda bahaya nifas. *Hasil observasi terlampir dalam partograf* (Muslihatun, 2009: 158-162).

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah setelah kala IV sampai dengan 6 minggu berikutnya (pulihnya alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil). Akan tetapi seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (PPIBI, 2016: 114). Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2011: 87). Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (Asih, 2016: 1). Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum

hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2009: 122).

2. Tahap Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 periode, yaitu:

a. *Puerperium* Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. *Puerperium Intermedial*

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

c. *Remote Puerperium* (*puerperium* lanjut)

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan (Mochtar, 2011: 87).

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Involusi uterus

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

Tabel 2.6 Tinggi Fundus Uteri Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

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

Sumber: Mochtar, 2011: 87.

- 2) Bekas implantasi plasenta
- 3) Tempat implantasi plasenta mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih (Mochtar, 2011: 87).

b. Perubahan ligament

Setelah bayi lahir ligament dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan, yaitu ligament rotundum menjadi kendur yang menyebabkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligament fasia jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Mochtar, 2011: 88).

c. Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sehat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum paca persalinan terjadi pada saat perineum mengalami robekan . Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir *puerperium* dengan latihan harian (Asih, 2016: 70).

d. *Lochea*

Adalah cairan sekret yang berasal dari kavumuteri dan vagina dalam masa nifas :

- 1) *Lochea rubra* berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *verniks kaseosa*, *lanugo*, dan *mekonium*, selama 2 hari pasca persalinan.
- 2) *Lochea sanguinolenta* berwarna kecoklatan, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

- 3) *Lochea serosa* berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari 7-14 pasca persalinan.
- 4) *Lochea alba* cairan putih, setelah 2 minggu.
- 5) *Lochea purulenta* terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk. *Lochea stasis* lochea tidak lancar keluaranya (Mochtar, 2011: 87).

e. Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari (Mochtar, 2011: 88).

f. Perubahan sistem pencernaan

Ibu menjadi lapar dan siap makan pada 1-2 jam setelah bersalin. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal masa nifas akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap BAB. Ibu dapat melakukan pengendalian terhadap BAB karena kurang pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila BAB. Sementara kebiasaan buang air yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali ke normal (Asih, 2016: 71).

g. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab keadaan ini adalah terdapat *spasmesfinkter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam *postpartum*. Kadar hormon yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut "diuresis". Uretra yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. Dinding kandung kemih memperlihatkan *odem* dan *hyperemia*, kadang-kadang *odemtrigonum* yang menimbulkan *alostaksi* dari uretra sehingga menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas

menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15 cc). Dalam hal ini sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan yang dapat menyebabkan infeksi (Asih, 2016: 71-72).

h. Perubahan sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran uterus. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Striae pada abdomen tidak dapat menghilang sempurna tapi berubah menjadi halus/samar, garis keperakan. Dinding abdomen menjadi lembek setelah persalinan karena teregang selama kehamilan (Asih, 2016: 72).

i. Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada persalinan vagina mengeluarkan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan *Sectio Caesaria* (SC), pengeluaran darah dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar haematokrit. Meskipun terjadi penurunan di dalam aliran darah ke organ setelah hari pertama, aliran darah ke payudara meningkat untuk mengadakan laktasi. Merupakan perubahan umum yang penting keadaan normal dari sel darah merah dan darah putih pada akhir masa nifas. Biasanya darah kembali normal pada akhir minggu ketiga (Asih, 2016: 74).

j. Perubahan sistem hematologi

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

mengalami persalinan yang lama. Jumlah Hb dan *erytrosit* sangat bervariasi pada saat awal-awal masa *postpartum* (Asih, 2016: 75).

4. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Adaptasi psikososial ibu nifas dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

a. *Taking in*

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. perhatian tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, kemungkinan akan mengulang-ulang waktu dan pengalaman melahirkan. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya, kekecewaan karena mendapatkan apa yang tidak diinginkan tentang bayinya misal jenis kelamin dan kelelahan merupakan suatu yang tidak dapat dihindari. Petugas kesehatan dapat menganjurkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua hal yang disampaikan agar ibu dapat melewati fase ini dengan lancar (Asih, 2016: 92).

b. *Taking hold*

Periode ini berlangsung selama 3-10 hari postpartum. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu. Bagi petugas kesehatan fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yaitu cara merawat bayinya, cara menyusui yang benar, mengganti popok, cara merawat luka jahitan dan senam nifas (Asih, 2016: 92).

c. *Letting go*

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

mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya (Asih, 2016: 93).

5. Kunjungan pada masa nifas

Adapun frekuensi kunjungan, waktu dan tujuan kunjungan masa nifas adalah:

- a. Kunjungan pertama, waktu 6 jam-3 hari setelah persalinan.
 - 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda pendarahan Abnormal.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi pendarahan abnormal
 - 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
 - 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi
 - 5) Memberikann ibu terapi vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul yang berfungsi untuk mencegah pandangan mata kabur, tablet FE sebanyak 40 tablet 1x1 untuk mencegah anemia pada ibu nifas, Amoxilin 3x1 yang berfungsi sebagai profilaksis jika terjadi infeksi.
 - 6) Memastikan ibu dapat menyusui dengan baik
 - 7) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, dan menjaga bayi tetap hangat.
- b. Kunjungan ke dua, waktu 4 hari-28 hari PP
 - 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal
 - 2) Evaluasi adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda adanya penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi.
- c. Kunjungan ke tiga, waktu 29 hari-42 hari PP
 - 1) Menanyakan penyulit yang ibu alami
 - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda bahaya ibu dan bayi
 - 3) Memastikan tanda-tanda vital ibu dalam keadaan normal

- 4) Konseling mengenai suasana emosi yang di rasakan mengenai perlakuan keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya (Asih, 2016: 230-231).

2.3.2 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Masa Nifas.

ASUHAN KEBIDANAN

Pada Ny ... P ... Nifas Hari Ke ... Dengan

Nama pengkaji :

Tanggal/waktu :

Tempat :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang di catat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Rohmah, 2012: 109).

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 diagnosa lain (Rohmah, 2012: 109).

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum

Kesadaran umum meliputi: tingkat energi, keadan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, tinggi badan (TB), berat badan (BB) (Muslihatun, 2009: 137).

b. Kesadaran

Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa. Penilainnya dapat secara kualitatif

(composmentis, apatis, samnolen, sopor, koma, delirium) dan kuantitatif (diukur menurut skala koma).

c. Tanda-Tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan (Muslihatun, 2009: 137).

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Meliputi oedema wajah, cloasma gravidarum

Mata : Kelopak mata pucat/tidak, warna sclera

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

Abdomen : Adanya bekas luka SC, TFU dengan tangan

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

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

A : *Analysis* atau *asesment* merupakan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

Ny P..... Nifas Hari Ke Dengan

(Muslihatun, 2009: 123).

P : Penatalaksanaan (P)

Tanggal : Jam :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan. *Ibu mengerti.*
2. Menganjurkan ibu untu tetap makan makanan yang bergizi untuk memenuhi kebutuhan selama menyusui. *Ibu mengerti dan melakukannya.*
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya agar nutrisi bayi baik. *Ibu bersedia melakukannya.*
4. Mengajari ibu cara menyusui yang benar. *Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.*

5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan genetaliannya dengan cara mengganti pembalut 3-4 kali per hari untuk mencegah terjadinya infeksi. *Ibu mengerti dan akan melakukannya.*
6. Memberi konseling tentang kontrasepsi agar ibu menggunakan KB yang sesuai. *Ibu memilih kontrasepsi yang sesuai.*

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Teori Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sondakh, 2013: 150).

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut:

- a. Berat badan antara 2500-4000 gram.
- b. Panjang badan 48-52 cm.
- c. Lingkar dada 32-34 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- f. Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup terbentuk.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia; testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik

- m. Refleks graps atau menggam sudah baik
- n. Refleks rooting mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
- o. Eliminasi baik, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Sondakh, 2013: 150).

2.4.2 Perawatan Bayi Baru Lahir

1. Pertolongan Pada Saat Bayi Lahir

Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu. Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasa bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir (Sondakh, 2013: 159).

2. Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah larutan perak nitral atau neosporin yang langsung dtetaskan ada mata bayi segera setelah bayi lahir (Sondakh, 2013: 160).

3. Pemeriksaan Fisik Bayi

Pemeriksaan Fisik Bayi antara lain.

- a. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutupi atau melebar, adanya caput succedaneum, cepal hematoma dan sebagainya.
- b. Mata: pemeriksaan terhadap pendarahan, konjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus).
- c. Hidung: bentuk, kebersihan, cuping hidung
- d. mulut: pemeriksaan terhadap *labio palatoschisis* dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- e. Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun/bentuk telinga
- f. Leher: pemeriksaan terhadap kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan vena jugularis
- g. Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, retraksi dinding dada dan lingkaran dada

- h. Abdomen: pemeriksaan terhadap bentuk, benjolan, bising usus dan tali pusat (pemeriksaan terhadap pendarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat).
 - i. Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada didalam skrotum, penis pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
 - j. Lain-lain: mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap *atresia ani* atau obstruksi usus. Selain itu, urin harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi kandung kemih (Sondakh, 2013: 160).
4. Perawatan Lain-Lain
- a. Perawatan tali pusat
Pertahankan sisa tali pusat dalam kedaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar. Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.
 - b. Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan kerumah, diberikan imunisasi Hepatis B.
 - c. Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:
 - 1) Pernapan: sulit atau lebih dari 60x/menit
 - 2) Warna: kuning (terutama pada 24 jam perama), biru, atau pucat
 - 3) Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
 - 4) Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernapasan sulit
 - 5) Feses atau kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus

- d. Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:
- 1) Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama
 - 2) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, serta mengganti popok
 - 3) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - 4) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi (Sondakh, 2013: 161).

2.4.3 Kunjungan Neonatal

Menurut Depkes RI (2016), kunjungan neonatus yaitu:

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

2.4.4 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Neonatus

ASUHAN KEBIDANAN

Bayi Ny Usia Hari Dengan

Nama pengkaji :

Tanggal/waktu :

Tempat :

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

Tanggal lahir : Untuk mengetahui usia neonatus

Jenis kelamin : Untuk mengetahui jenis kelamin bayi

Umur : Untuk mengetahui usia bayi

(Muslihatun, 2009: 123).

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 diasnogtik lain (Muslihatun, 2009: 123).

1. Pemeriksaan Umum

Kesadaran : Composmentis, apatis, samnolen, sopor

Suhu : Normal (36,5-37 °c)

Pernafasan : 40-60 X/Menit

Denyut : 120-160x/Menit

Jantung

Berat Badan : 2500-4000 Gram

Panjang : Antara 48-52 Cm

Badan (Hidayat, 2009: 71-75)

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Adakah caput succedaneum, cephal haematoma, keadaan ubun-ubun.

Muka : Warna kulit kemerahan

Mata : Sklera putih, tidak ada pendarahan sub conjungtiva

Hidung : Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret

Mulut : Reflek menghisap baik, tidak ada *labio palatoschisis*

Telinga : Semetris, tidak ada serumen

Leher : Adakah kaku kuduk atau tidak

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dada

Tali Pusat : Bersih, tidak ada perdarahan

Abdomen : Semetris, ada infeksi atau tidak

Genetalia : Untuk bayi laki-laki testis sudah turun, untuk bayi perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora

Anus : *Atresia ani* atau tidak

ekstermitas : Terdapat kelainan atau tidak

3. Pemeriksaan Neurologis

Reflek Moro : Apabila bayi diberi sentuhan mendadak dengan jari dan tangan, maka menimbulkan gerak terkejut

Reflek Menggenggam : Apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka bayi akan berusaha menggenggam jari pemeriksa

Reflek Rooting : Apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka bayi akan menoleh dan akan mencari sentuhan itu

Reflek Menghisap : Apabila bayi diberi puting/dot, maka bayi akan berusaha menghisap

Tonick Neck Reflek : Apabila bayi diangkat dari tempat tidur, maka bayi akan berusaha mengangkat kepalanya.

4. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : BB bayi normal 2500-4000 gram

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

Lingkar kepala : Lingkar kepala bayi normal 33-35 cm

LILA : Normal 10-11 cm

A : Analysis atau asesment merupakan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

Pada bayi lahir Usia Hari Dengan....

(Muslihatun, 2009: 123).

P : Penatalaksanaan (P)

Tanggal : Jam :

1. Mengeringkan bayi.

Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh

lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.

Mengganti handuk yang basah dengan handuk yang bersih dan kering.

Meletakkan bayi diatas perut ibu.

2. Memotong dan mengikat tali pusat.

Klem tali pusat dengan dua buah klem. Klem pertama pertama ± 3 cm dari pusat bayi.

Klem kedua dengan jarak 2 cm dari klem yang pertama.

Memotong tali pusat diantara 2 klem sambil melindungi perut bayi dengan menggunakan tangan kiri.

Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril.

3. Melakukan inisiasi menyusu dini.

Meletakkan bayi tengkurep diatas perut ibu.

Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

Membiarkan bayi mencari puting susu.

4. Melakukan pengkajian tanda-tanda vital setiap 15 menit.

Suhu axila : $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$

RR : 30-60 kali/menit

Refleks menghisap : ada dan kuat

(Muslihatun, 2009: 123).

2.5 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Konsep Teori Kb

1. Pengertian

Keluarga berencana berarti mencegah bertemunya sperma dengan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan (Irianto, 2012:15). Kontrasepsi ialah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara, dapat juga bersifat permanen (Prawirohardjo, 2010: 534).

2. Tujuan program keluarga berencana (KB)
 - a. menunda kehamilan
 - b. membatasi kehamilan
 - c. mengakhiri kehamilan (Sujiyatini, 2011: 28).
3. Kebutuhan pada calon akseptor KB

Calon akseptor keluarga berencana (KB) membutuhkan konseling karena Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi (KR). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Disamping itu dapat membuat klien merasa lebih puas. Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Konseling juga akan mempengaruhi interaksi antara petugas dan klien karena dapat meningkatkan hubungan dan menjaga kepercayaan yang sudah ada (PPIBI, 2016: 120).

4. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

- a. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat adalah sebagai berikut:

- 1) Metode Alamiah

- a) Metode Kalender

Metode kalender adalah metode yang digunakan berdasarkan masa subur dimana harus menghindari hubungan seksual tanpa perlindungan kontrasepsi pada hari ke 8-19 siklus menstruasinya. Dasarnya ovulasi umumnya terjadi pada hari ke 15 sebelum haid berikutnya, tetapi dapat pula terjadi 12-16 hari sebelum haid yang akan datang. Ovulasi selalu terjadi pada hari ke 15 sebelum haid yang akan datang. Problem terbesar dengan metode kalender adalah bahwa jarang ada wanita yang mempunyai siklus haid teratur 28 hari. Untuk dapat menggunakan metode ini kita harus menentukan waktu ovulasi dari data haid yang di catat selama 6-12 bulan terakhir (Sujiyatini, 2011: 63).

b) *Metode Suhu Basal Badan (Thermal)*

Adalah suatu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengukur suhu tubuh untuk mengetahui suhu tubuh basal, untuk menentukan masa ovulasi. Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi. Keadaan ini dapat terjadi karena progesterone, yang dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu basal tubuh. Sebelum perubahan suhu basal tubuh dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh terjadi peningkatan sedikitnya $0,4^{\circ}\text{F}$ ($0,2\text{-}0,5^{\circ}\text{C}$) di atas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur (Sujiyatini, 2011: 73).

c) *Metode Lendir Cervic (Metode Ovulasi Billings/MOB)*

Adalah metode kontrasepsi dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat di deteksi di vulva. Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur (Irianto, 2012: 79).

d) *Metode Sympto Thermal*

Adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengamati perubahan lendir dan perubahan suhu badan tubuh. Dasarnya kombinasi antara bermacam metode KB alamiah untuk menentukan masa subur/ ovulasi (Irianto, 2012: 83).

e) *Metode Amenorhea Laktasi*

Metode amenorhea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun. Efektifitas metode amenorhea laktasi tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan). Petunjuk penggunaan metode amenore-laktasi adalah sebagai berikut:

- (1) Bayi harus berusia kurang dari 6 bulan
- (2) Wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam
- (3) Setelah 56 hari pasca partum.

(4) Pemberian ASI harus merupakan sumber nutrisi yang eksklusif untuk bayi (Sujiyatini, 2011: 68).

f) *Coitus Interruptus* (Senggama Terputus)

Metode Kontrasepsi dimana senggama di akhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna. Efektifitasnya efektif bila dilaksanakan dengan benar. Efektifitas bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-18 kehamilan per 100 perempuan per tahun). Efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam waktu 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis (Irianto, 2012: 57).

b. Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

Metode kontrasepsi sederhana dengan alat adalah sebagai berikut:

1) Kondom

Adalah suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual. Efektifitas kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Irianto, 2012: 59).

2) *Spermicide*

Adalah zat-zat kimia yang kerjanya melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina sebelum spermatozoa bergerak ke dalam traktus genitalia interna. Cara kerjanya menyebabkan selaput sel sperma pecah, yang akan mengurangi gerak sperma (Keaktifan dan mobilitas) serta kemampuannya untuk membuahi sel telur. Keberhasilannya sedang (6-26 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama pemakaian) (Irianto, 2012: 73).

c. Metode Kontrasepsi Hormonal

Dalam buku PPIBI 2016: 123, metode kontrasepsi kombinasi adalah sebagai berikut:

1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron.

Pil kombinasi terbagi dalam 3 jenis:

- a) Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet, mengandung hormon aktif esterogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- b) Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- c) Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (PPIBI, 2016: 123).

2) Pil Progestin

a) Pengertian

Pil progestin atau minipil adalah pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah (PPIBI, 2016: 125)

b) Jenis

- (1) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 ig levonorgestrel atau 350 ig noretindron.
- (2) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 ig desogestrel (PPIBI, 2016: 125).

d. Kontrasepsi Suntikan/Injeksi

1) Suntikan Kombinasi

a) Pengertian

Suntik kombinasi terdiri dari dua hormon yaitu progestin dan estrogen seperti hormon alami pada tubuh seorang perempuan (PPIBI, 2016: 126).

b) Cara Penggunaan:

- (1) Suntikan intra muskular (IM) setiap bulan.
- (2) Diulang tiap 4 minggu sekali
- (3) 7 hari lebih awal, terjadi resiko gangguan perdarahan
- (4) Setelah hari ke 7 bila tidak hubungan 7 hari kemudian atau gunakan kontrasepsi lain.

c) Efek Samping dan Penanganannya

(1) Amenorhea

Singkirkan kehamilan jika hamil lakukan konseling. Bila tidak hamil, sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim.

(2) Mual/pusing/muntah

Pastikan tidak hamil. Informasikan hal tersebut bisa terjadi, jika hamil lakukan konseling/rujuk.

(3) *Spotting*

Jelaskan ini merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara (PPIBI, 2016: 126).

2) Suntikan Progestin/*Progestin-Only Injectable* (PICs)

a) Pengertian

Kontrasepsi progestin tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen (PPIBI, 2016: 127).

b) Efektifitas

Efektifitas suntikan progestin memiliki efektifitas yang tinggi (3 kehamilan per 1000 perempuan) pada tahun pertama penggunaan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yaitu setiap 12 minggu (PPIBI, 2016: 127).

c) Efek samping

Perubahan pola haid (haid tidak teratur atau memanjang dalam 3 bulan pertama, haid jarang, tidak teratur atau tidak haid dalam 1 tahun), sakit kepala, pusing dan perubahan berat badan.

e. Kontrasepsi Implan

1) Pengertian

Implan mengandung hormon progestin, progestin ditempatkan didalam kapsul implant satu atau dua batang yang di pasang pada lapisan bawah kulit dibagian lengan atas dengan jangka 3 tahun (PPIBI, 2016: 128).

2) Waktu mulai menggunakan implant

- a) Implant dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
- b) Bila implant diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari
- c) Bila klien tidak mendapat haid, implant dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan klien tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama 7 hari
- d) Bila klien pasca persalinan 6 minggu-6 bulan, menyusui, serta belum haid, implant dapat diberikan, asal dapat dipastikan klien tidak hamil.
- e) Bila pasca persalinan >6 minggu, dan telah mendapat haid, maka implant dapat dipasang setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari (PPIBI, 2016: 126).

3) Penanganan efek samping atau masalah yang ditemukan

a) Amenore

Bila tidak terjadi kehamilan, dan tidak perlu diberikan pengobatan khusus. Jelaskan bahwa darah tidak berkumpul didalam rahim. Anjurkan klien untuk kembali ke klinik bila tidak datangnya haid menjadi masalah. Bila klien tidak menerima angkat implant dan anjurkan menggunakan kontrasepsi lain. Bila klien hamil cabut implant, jelaskan bahwa hormon progesteron tidak berbahaya bagi janin.

b) Ekspulsi

Cabut kapsul yang ekspulsi, periksa apakah kapsul lain masih ditempat, dan apakah terdapat tanda-tanda infeksi di daerah insersi. Bila tidak terjadi masalah pasang kapsul baru 1 buah pada tempat inersi yang berbeda. Bila ada tanda-tanda infeksi, cabut kapsul yang ada dan pasang kapsul baru pada lengan yang lain, atau anjurkan klien menggunakan metode pengganti.

c) Perdarahan pervaginam/*spotting*

Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun.

d) Infeksi pada daerah insersi

Bila infeksi tanpa nanah, bersihkan dengan dengan sabun dan air atau antiseptic, berikan antibiotika yang sesuai untuk 7 hari, implant jangan dilepas dan klien diminta kembali 1 minggu kemudian. Apabila ditemukan abses, bersihkan dengan antiseptic. Insisi dan alirkan pus keluar, dan cabut implant. Lakukan perawatan luka dan berikan antibiotika oral selama 7 hari.

e) Berat badan naik/turun

Informasi pada klien bahwa perubahan berat badan 1-2 kg atau lebih adalah normal. Kaji ulang diet klien apabila terjadi perubahan berat badan 2 kg atau lebih. Apabila perubahan berat badan ini tidak dapat diterima, bantu klien mencari metode lain (PPIBI, 2013: 130).

f. AKDR

1) Pengertian

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. Efek kontraseptif akan menurun apabila waktu penggunaannya telah melampaui 10 tahun (PPIBI, 2016: 130).

2) Jenis

AKDR CuT-380A: Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). AKDR yang mengandung hormon levonogestrel (LNG (liquefied natural gas), Mirena) (PPIBI, 2016: 131).

3) Waktu pemasangan

Setiap saat selama 7 hari pertama menstruasi atau dalam siklus berjalan bila diyakini klien tidak hamil. Pasca persalinan (segera setelah melahirkan sampai 48 jam pertama atau setelah 4-6 minggu atau setelah 6 bulan menggunakan MLA(*modern language association*)). Pasca keguguran (segera atau selama 7 hari pertama) selama tidak ada komplikasi infeksi/radang panggul (PPIBI, 2016: 131).

4) Efek samping dan penanganan

a) Perdarahan

Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan. Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri non steroidal anti-inflamatori drug (NSAID), seperti ibuprofen selama 5-7 hari.

b) Kram atau nyeri

Cari penyebab nyeri dan beri penanganan yang sesuai jika diperlukan. Jika tidak ditemukan penyebab-penyebab lainnya berikan asetaminofen atau ibuprofen setiap hari pada beberapa hari pertama menstruasi.

c) Keluhan benang

Gunting benang sehingga tidak menonjol keluar dari mulut rahim (muara serviks). Jelaskan bahwa benang AKDR tidak lagi keluar dari mulut rahim dan pasangannya tidak akan merasa jaluran benang tersebut. Buat dalam catatan klien bahwa benang telah dipotong rata setinggi permukaan serviks (penting untuk teknik melepas AKDR nantinya) (PPIBI, 2016: 132).

2.5.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Teori Akseptor Keluarga Berencana (KB)

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Ny P Akseptor KB

(PIL/SUNTIK/IMPLANT/IUD)

Nama pengkaji :

Tanggal/waktu :

Tempat :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Velen verney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Muslihatun, 2009: 226).

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 diasnognik lain (Muslihatun, 2009: 227).

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum

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

b. Kesadaran

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

c. Tanda-Tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan (Muslihatun, 2009: 269).

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Meliputi oedema wajah, *cloasma gravidarum*

Mata : Kelopak mata pucat/ tidak, warna sclera

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

Abdomen : Adanya bekas luka SC, TFU dengan tangan

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

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

A : *Analysis* atau *asesment* merupakan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Muslihatun, 2009: 292).

Ny ... P Akseptor KB

P : Penatalaksanaan

Tanggal : Jam :

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu baik TD :.....mmHg, nadi :.....x/menit, suhu :.....⁰C, Pernafasan :.....x/menit. *Ibu mengerti penjelasan bidan dan mengetahui kondisinya.*
2. Menjelaskan kepada ibu alat kontrasepsi yang cocok untuk ibu nifas dan menyusui seperti *Amenorhea laktasi*, suntik 3 bulan, IUD dan sebagainya. *Ibu memilih suntik 3 bulan.*
3. Menyiapkan alat dan obat untuk KB suntik 3 bulan. *Alat dan obat sudah siap digunakan.*
4. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik. *Ibu bersedia.*
5. Melakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan sesuai pilihan ibu secara IM. *Obat sudah masuk.*

6. Menganjurkan ibu untuk kembali suntik tepat waktu yaitu pada tanggal *ibu bersedia kembali pada tanggal*

(Muslihatun, 2009: 202).



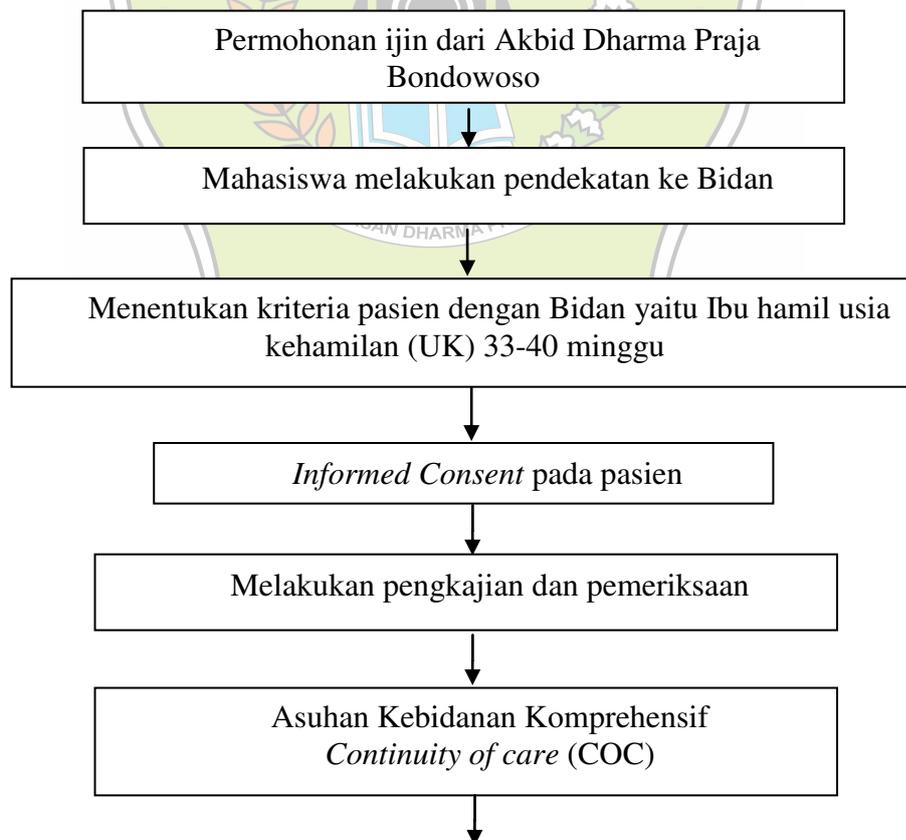
BAB 3 KERANGKA KONSEP

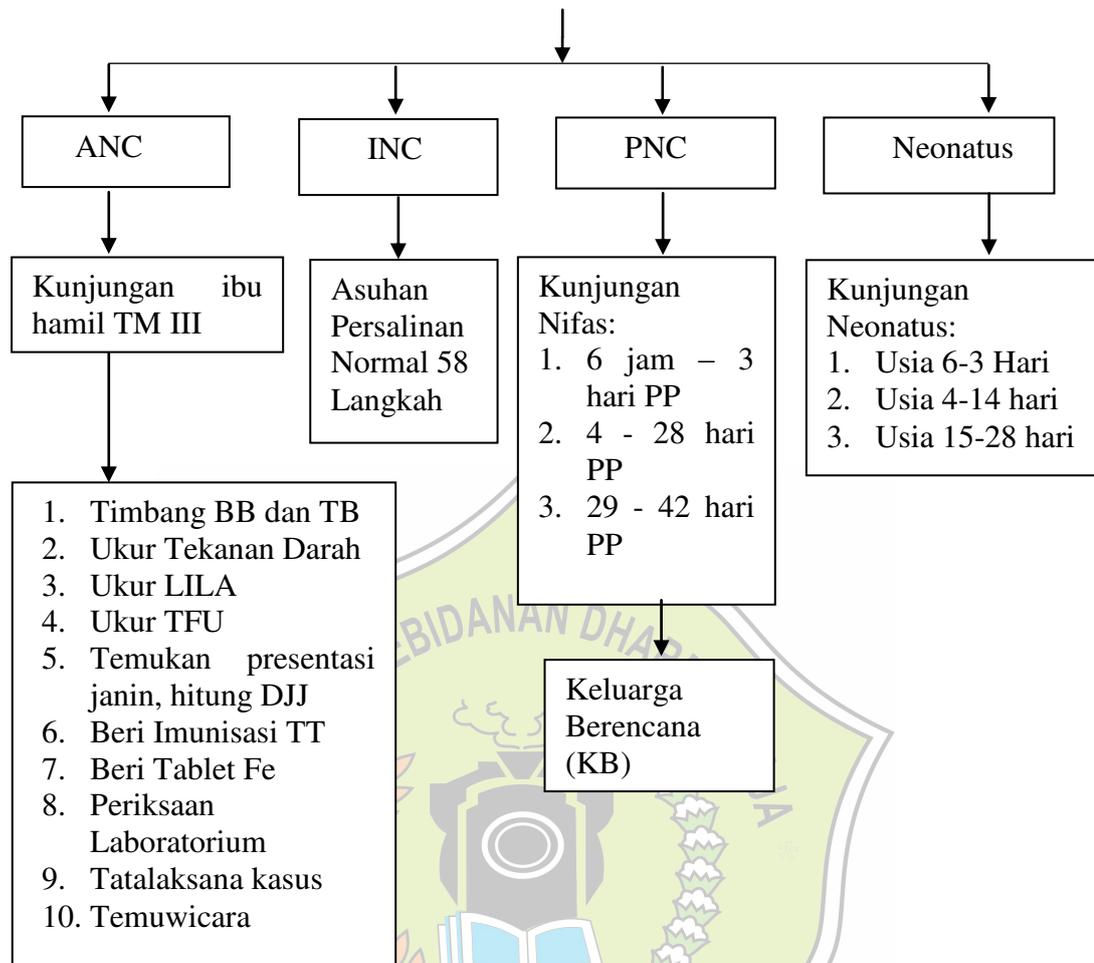
3.1 Jenis/Desain/Rancangan Laporan Tugas Akhir

Laporan tugas akhir ini dilakukan dalam bentuk studi kasus, dimana mahasiswa mengumpulkan data dan menguraikan proses asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis *Continuity of Care* (COC) pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana (KB) melalui pendekatan SOAP.

3.2 Kerangka Operasional

Kerangka operasional merupakan kerangka yang menguraikan tentang urutan langkah dalam melakukan penelitian atau asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis *Continuity of Care* (COC) (Nursalam, 2008: 55).





Gambar 3.1 Kerangka Operasional

3.3 Subjek Study Kasus

Subjek studi kasus ini adalah Ibu hamil usia kehamilan 28-40 minggu yang mengalami peristiwa, bersalin, nifas, bayi yang dilahirkan/neonatus, dan ibu nifas dengan akseptor KB.

3.4 Fokus studi

Fokus studi yang dalam studi kasus ini berupa asuhan kebidanan kehamilan (*antenatal care*), asuhan kebidanan persalinan (*intranatal care*), asuhan kebidanan nifas (*postnatal care*), asuhan kebidanan bayi baru lahir (BBL), dan asuhan kebidanan KB secara komprehensif berbasis *Continuity of Care (COC)*.

3.5 Instrumen

Instrument Penelitian dalam tugas akhir ini (LTA) yaitu:

1. Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
2. Kartu Skor Puji Rohjati (KSPR)
3. Pemeriksaan Fisik Set
4. Lembar Partograf
5. Lembar Penapisan
6. Partus Set
7. MTBM (Managemen Terpadu Bayi Muda)
8. Alat Bantu Pengambilan Keputusan Ber-KB (ABPK)
9. Kartu Penapisan KB

3.6 Lokasi dan Waktu

1. Lokasi
 - a. BPM Ny “N” di Desa petung Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso
 - b. Rumah pasien Ny “S” Desa Penambangan Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso
2. Waktu: 30 Desember 2017 sampai tanggal 25 Februari 2018.

3.7 Metode Pengumpulan Data

1. Primer (Sumber langsung)

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

2. Sekunder (Sumber tidak langsung)

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

3.8 Etika Study Kasus

1. Lembar persetujuan (*inform consent*)

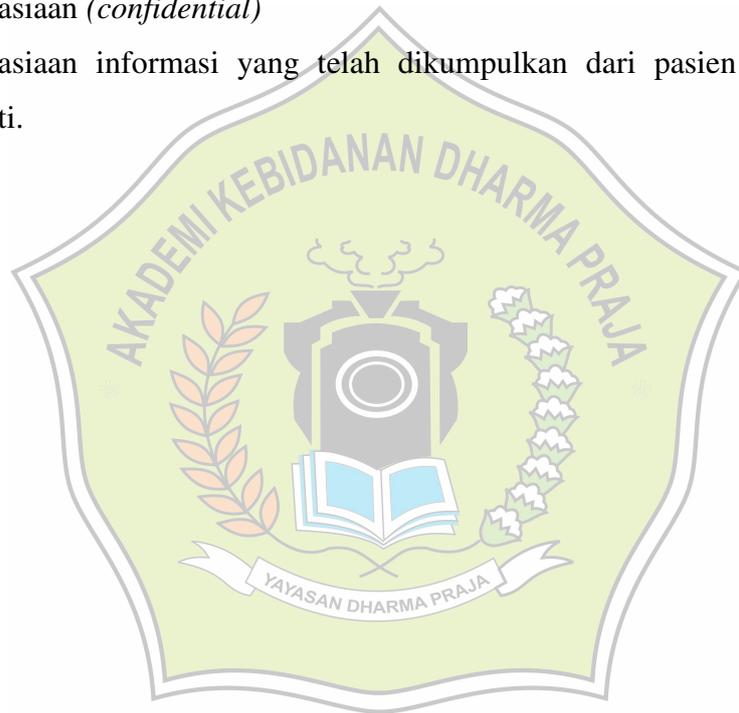
Lembar persetujuan menjadi pasien (*informed concent*) diberikan sebelum studi kasus agar pasien mengetahui maksud dan tujuan studi kasus.

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 KEBIDANAN KOMPREHENSIF
CONTINUITY OF CARE (COC)

4.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Trimester III

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "S" GIP₀₀₀₀₀UK 37 Minggu dengan Kehamilan Normal
Janin, Tunggal/ Hidup.

I. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 30-12-2017 Pukul : 16.00 WIB
Tempat : PMB Ny. Ni Nyoman Sri Astuti, SST.
Petugas : Sari Nur Hidayanti

Data subyektif

1. Biodata

Nama ibu	: Ny "S"	Nama Suami	: Tn "A"
Usia	: 20 tahun	Usia	: 28 tahun
Suku/Bangsa	: Madura	Suku/Bangsa	: Madura
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Desa Penambangan RT.09 Bondowoso		

2. Keluhan utama

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

3. Riwayat kesehatan

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

alergi terhadap obat tertentu.

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

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

4. Riwayat menstruasi

Menarche : 11 tahun
 Siklus : 28 hari
 Teratur/ tidak : Teratur
 Lama : 7 hari
 Volume/ banyak : 3x ganti pembalut
 Sifat darah : Encer, warna merah,berbau khas darah
 Disminorrhea : Tidak ada
 Keputihan : Ada, sedikit, putih, tidak berbau, tidak gatal, sebelum menstruasi
 HPHT : 15-04-2017

5. Riwayat obstetri

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

6. Riwayat KB (Kontrasepsi)

Setelah menikah ibu tidak pernah menggunakan KB apapun karena menginginkan anak.

7. Riwayat kehamilan sekarang

TM	Keluhan	Tempat Periksa	Fre k	Peme-Riksa	Konseling	Terapi
I	Mual	PMB	1x	Bidan	Baca buku KIA hal.1-4 Periksa laboratorium ke PKM	Tidak ada
II	Tidak ada keluhan	PMB	3x	Bidan	Gizi ibu hamil	Fe, Kalk
III	Tidak ada keluhan	PMB	2x	Bidan	Baca buku KIA hal.8-9 tanda bahaya kehamilan	Fe, Kalk

8. Pola kehidupan sehari-hari

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

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

9. Riwayat psikososial dan budaya

a. Riwayat perkawinan

Usia pertama menikah : 20 tahun

Lama menikah : 1 tahun

Status perkawinan : sah

b. Keadaan psikososial

Kehamilan ini : direncanakan

Respon suami dan keluarga : mendukung

Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami

c. Kebiasaan hidup sehat

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

d. Rencana persalinan

Tempat persalinan : PMB Ni Nyoman Sri Astuti, SST.

Penolong persalinan : Bidan Ni Nyoman

Persiapan biaya persalinan : Biaya sendiri

Persiapan kendaraan : Sepeda motor

Pendamping persalinan : suami

KB pasca salin : suntik 3 bulan

Data objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB sebelum hamil : 58 kg

areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum belum keluar.

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

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 3 jari dibawah px (Mc.Donald: 29 cm), teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

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

Leopold III : Teraba keras, bulat, dapat digoyang (kepala) belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP)

Leopold IV : Konvergen

DJJ : 136x/ menit

TBJ : $(29-12) \times 155 = 2635$ gram

Eks. Atas : simetris, tidak oedema.

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

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak terkaji

II. INTERPRESTASI DATA DASAR

Ds : Ibu hamil anak pertama dengan usia kehamilan 9 bulan, saat ini tidak ada keluhan apapun. Terakhir menstruasi tanggal 15-04-2017

Do : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80x/ menit

Suhu : 36.6°C
 Pernafasan : 20x/ menit
 HPL : 22-01-2018
 Abdomen : tidak ada linea alba, ada linea nigra, tidak ada striae albican, tidak ada striae livide, pusat datar, pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas SC, tampak gerakan janin.

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 3 jari dibawah px (Mc.Donald: 29 cm), teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

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

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

Leopold IV : Konvergen

DJJ : 136x/ menit

TBJ : $(29-12) \times 155 = 2635$ gram

Dx : Ny "S" GI P₀₀₀₀₀UK 37 Minggu dengan Kehamilan Normal Janin, Tunggal/ Hidup.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

-

IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

V. RENCANA TINDAKAN DAN RASIONAL

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

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal: 30-12-2018

Jam : 16. 15 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa kondisi ibu dan bayinya sehat. TD : 110/70 mmHg, DJJ : 136x/ menit.
2. Menganjurkan ibu untuk minum Fe secara teratur 1 kali sehari sebelum tidur dengan dan Kalk 1 kali sehari pada pagi hari. Fe diminum untuk mencegah anemia pada ibu hamil sedangkan Kalk untuk kekebalan tubuh ibu, pertumbuhan tulang dan gigi bayi.

3. Memberikan KIE pada ibu dalam mempersiapkan menghadapi persalinan yaitu:
 - a. Menentukan penolong persalinan
 - b. Sarana transportasi yang digunakan
 - c. Persiapan dan persalinan
 - d. Pembuat keputusan dalam keluarga
 - e. Pendonor darah jika dibutuhkan donor darah
 - f. Mempersiapkan baju dan kain panjang, baik baju untuk ibu maupun bayi.
4. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya kehamilan seperti pusing sampai pandangan kabur, bengkak pada muka tangan atau kaki, keluar darah dari kemaluan, gerakan janin berkurang dari biasanya dan efek yang ditimbulkan apabila ibu tidak segera memeriksakan ke tenaga kesehatan dapat membahayakan ibu maupun janin.
5. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng yang terus menerus, keluar cairan ketuban dari kemaluan, keluar lendir disertai darah dari kemaluan.
6. Menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilannya 2 minggu lagi atau terdapat keluhan, tanda-tanda bahaya kehamilan, atau pun terdapat tanda-tanda persalinan.
7. Menganjurkan ibu untuk periksa laboratorium untuk mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

V. EVALUASI

Tanggal : 30-12-2017

Jam: 16.25 WIB

- S : Ibu mengerti penjelasan yang telah disampaikan.
- O : Ibu mampu mengulang kembali penjelasan yang telah diberikan.
- A : Ny. "S" GIP₀₀₀₀ Hamil 37 Minggu dengan kehamilan normal Janin, Tunggal/ Hidup.
- P : 1. Ingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi
 2. Ingatkan ibu minum tablet Fe dan kalk secara rutin
 3. Ingatkan ibu untuk kontrol ulang 2 minggu lagi

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "S" GI P₀₀₀₀₀ UK 39 Minggu dengan Kehamilan Normal

Janin, Tunggal/ Hidup.

Tanggal : 21 Januari 2018
 Tempat : PMB Ny. Ni Nyoman Sri Astuti, SST.
 Petugas : Sari Nur Hidayanti

DATA SUBJEKTIF (S)

1. Keluhan Utama

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

DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 BB sebelum hamil : 58 kg
 BB sekarang : 66,5 kg
 TB : 152 cm
 LILA : 24,4 cm

Tanda - tanda vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg
 Nadi : 82x/ menit
 Suhu : 36.7°C
 Pernafasan : 20x/ menit

HPL/TP : 22-01-2018

2. Pemeriksaan fisik

Kepala : rambut tidak rontok, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan.
 Wajah : tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasmagruvidarum.

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

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 2 jari dibawah px (Mc Donald: 30 cm), teraba lunak kurang bulat, kurang melenting (bokong).

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

kiri ibu (ekstermitas).

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

Lepold IV : divergent (4/5 bagian)

DJJ : 140x/ menit

TBJ : $(30-11) \times 155 = 2945$ gram

Eks. Atas : simetris, tidak oedema

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

3. Pemeriksaan Penunjang

Tidak terkaji

ANALISA (A)

Ny "S" GI P₀₀₀₀₀UK 39 minggu dengan Kehamilan Normal Janin, Tunggal/ Hidup.

PENATALAKSANAAN (P)

Tanggal: 21-01-2018

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa kondisi ibu dan bayinya baik. *Ibu mengerti.*
2. Menganjurkan ibu untuk rutin minum tablet FE 1x/ hari dimalam hari untuk mencegah anemia dan kalk 1x/ hari di pagi hari untuk pembentukan tulang dan gigi janin. *Ibu mengerti dan bersedia.*
3. Menganjurkan ibu untuk segera periksa ke bidan apabila ditemukan tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng yang terus menerus, keluar cairan ketuban dari kemaluan, keluar lendir disertai darah dari kemaluan. Jika ditemui tanda-tanda tersebut, maka ibu harus segera ke fasilitas kesehatan. *Ibu mengerti dan bersedia periksa ke bidan "N".*
4. Menganjurkan ibu untuk menyiapkan perlengkapan persalinan seperti perlengkapan ibu dan bayi, kendaraan untuk menuju tempat persalinan, biaya persalinan atau kartu BPJS beserta persyaratannya. *Ibu mengerti dan akan menyiapkan kebutuhannya.*

4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "S" GI P₀₀₀₀₀ 40 Minggu

Inpartu Kala I Fase Aktif Akselerasi

Janin, Tunggal/Hidup.

Tanggal : 24 Januari 2018 Pukul : 23.30 WIB
 Tempat : PMB Ny. Ni Nyoman Sri Astuti, SST.
 Petugas : Sari Nur Hidayanti

DATA SUBJEKTIF (S)

1. Biodata

Nama ibu	: Ny "S"	Nama Suami	: Tn "A"
Usia	: 20 tahun	Usia	: 28 tahun
Suku/Bangsa	: Madura	Suku/Bangsa	: Madura
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Penambangan RT.09 Bondowoso		

2. Keluhan utama

Ibu mengeluh kencing-kencing sejak pukul 22.30 WIB tanggal 24-01-2018 dan keluar lendir dan darah dari kemaluannya.

DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan Umum

KU	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
BB sekarang	: 67 kg
Tanda-tanda Vital	: TD : 120/80mmHg
	N : 82x/ menit
	S : 36,6°C
	RR : 24x/ menit

2. Pemeriksaan Fisik

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

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 2 jari dibawah px (Mc Donald: 30 cm), teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

Leopold II : teraba datar, keras, memanjang disisi

kanan ibu (punggung) teraba bagian terkecil janin disisi kiri ibu (ekstermitas).

Leopold : teraba keras, bulat, tidak dapat
 III digoyang (kepala) sudah masuk PAP
 Leopold IV : divergent (2/5 bagian)
 DJJ : 140x/ menit
 HIS : 3.10'.40"
 TBJ : $(30-11) \times 155 = 2945$ gram

VT : V/V

bersih, tidak oedema, tidak ada varises, porsio lunak, eff 50%, pembukaan 4 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, hodge II.

Eks. Atas : Simetris, tidak oedema

Eks. Bawah : Simetris, tidak oedema, tidak varises

ANALISA (A)

Diagnosa : Ny "S" GIP₀₀₀₀₀ UK 40 Minggu Inpartu Kala I Fase Aktif Akselerasi, Janin, Tunggal/Hidup.

PELAKSANAAN (P)

Tanggal : 25 Januari 2018

Jam :23.30 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan. *TD : 120/80 mmHg, periksa dalam : Ø 4 cm. Ibu mengerti.*
2. Menyarankan ibu untuk tidur miring kiri agar lebih cepat penurunan kepala janinnya. *Ibu mengerti dan melakukannya.*
3. Mengajarkan ibu teknik relaksasi pernafasan saat ada his yaitu dengan cara mengambil nafas panjang dari hidung dan mengeluarkannya melalui mulut untuk mengurangi rasa nyeri ketika kontraksi. *Ibu mengerti dan melakukannya.*
4. Meminta agar suami atau keluarga mendampingi ibu untuk memberikan dukungan dan semangat berupa pujian. *Keluarga mendampingi dan*

memberi semangat pada ibu.

5. Melakukan Observasi TTV, His dan DJJ. TD: 120/80 mmHg, His: 3.10'.40', DJJ: 140x/menit.
6. Melakukan pendokumentasian. *Pendokumentasian pada lembar partograf.*

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

PadaNy "S" GI P₀₀₀₀₀ 40 Minggu

Inpartu Kala II, Janin, Tunggal/Hidup.

Tanggal : 25 Januari 2018

Jam : 01.00WIB

S : Ibu merasa kenceng-kencengnya semakin sering dan keluar cairan dari kemaluannya serta ada keinginan untuk meneran seperti mau BAB.

O : KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 120/80 mmHg
 Nadi : 83x/ menit
 Suhu : 36,6°C
 Pernafasan : 20x/menit

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 2 jari dibawah px, bokong

Leopold II : PUKA

Leopold III : kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : divergen (0/5 bagian)

HIS : 4.10'.45"

DJJ : 142x/ menit

VT : V/V bersih, tidak oedema, tidak ada varises, porsio tidak teraba, eff 100%, pembukaan 10 cm, ketuban jernih, presentasi kepala, HIII+, denominator UUK jam 12, Molase 0, tidak ada bagian terkecil di samping kanan dan kiri

kepala janin, tidak ada tali pusat menumbung.

A : Ny "S" GI P₀₀₀₀₀ UK 40 Minggu Inpartu Kala II, Janin,
Tunggal/Hidup.

P :

Tanggal: 25-01-2018

jam: 01.00 WIB

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
2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
 - a. Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
 - b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

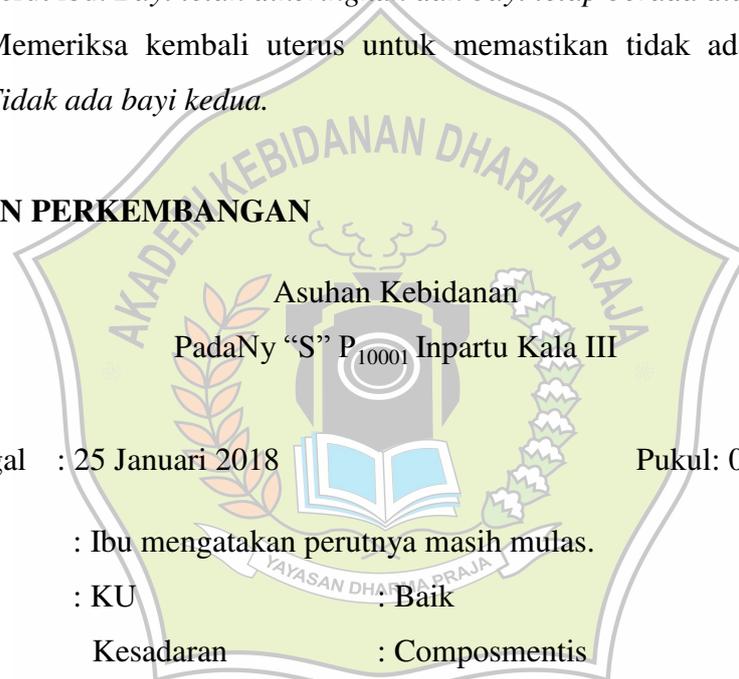
Peralatan telah lengkap.
3. Memakai alat pelindung diri. *Alat pelindung diri telah dipakai.*
4. Mencuci tangan dengan sabun. *Tangan telah bersih.*
5. Memakai sarung tangan steril pada tangan yang akan digunakan periksa dalam. *Sarung tangan telah digunakan.*
6. Memasukkan oksitosin ke dalam spuit steril. *Oksitosin telah disiapkan.*
7. Melakukan vulva hygiene. *Ibu bersikap kooperatif.*
8. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. *V/V bersih, tidak oedema, tidak ada varises, porsio tidak teraba, eff 100%, pembukaan 10 cm, ketuban sudah pecah, presentasi kepala, HIII+, denominator UUK jam 12, Molase 0, tidak ada bagian terkecil di samping kanan dan kiri kepala janin, tidak ada tali pusat menumbung.*
9. Merendam sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian dalam

keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. *Sarung tangan telah terendam.*

10. Memeriksa DJJ untuk memastikan DJJ dalam batas normal. *DJJ =140x/menit.*
11. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap. *Ibu bersikap kooperatif.*
12. Menganjurkan ibu memilih posisi yang nyaman. *Ibu memilih posisi litotomi.*
13. Mengajarkan cara meneran yang benar. *Ibu bersikap kooperatif.*
14. Memimpin ibu meneran pada saat kontraksi. *Ibu bersikap kooperatif.*
15. Meletakkan handuk bersih diperut ibu, setelah kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. *Handuk telah dipasang.*
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. *Kain telah terpasang.*
17. Membuka tutup partus set dan memastikan kembali kelengkapan alat dan bahan. *Alat-alat lengkap.*
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. *Sarung tangan terpasang.*
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. *Ibu bersikap kooperatif.*
20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat. *Tidak ada lilitan tali pusat.*
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan. *Bayi melakukan putar paksi luar.*
22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. *Ibu bersikap kooperatif.*
23. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah, menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. *Telah dilakukan sanggah susur.*

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. *Bayi lahir spontan, JK: Perempuan.*
25. Melakukan penilaian selintas. *Bayi menangis kuat, tonus otot baik, bernafas normal.*
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. *Bayi telah dikeringkan dan bayi tetap berada diatas perut ibu.*
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi kedua. *Tidak ada bayi kedua.*

CATATAN PERKEMBANGAN



Asuhan Kebidanan

Pada Ny "S" P₁₀₀₀₁ Inpartu Kala III

Tanggal : 25 Januari 2018 Pukul: 01.46 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya masih mulas.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Kontraksi Uterus : Baik

Palpasi abdomen : TFU setinggi pusat, tidak ada janin kedua

Genetalia : terdapat semburan darah, tali pusat terjulur didepan vulva.

A : Ny "S" P₁₀₀₀₁ Inpartu Kala III

P :

Tanggal: 25-01-2018

Jam: 01.46 WIB

1. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik. *Ibu bersikap kooperatif.*
2. Menyuntikkan oksitosin 10 iu secara IM. *Oksitosin telah disuntikkan.*

3. Setelah 2 menit, menjepit tali pusat dengan 2 klem, 3 cm dari pusat bayi dan 2 cm dari klem pertama. *Tali pusat telah diklem.*
4. Memotong tali pusat diantara 2 klem dan mengikat tali pusat dengan benang DTT. *Tali pusat telah dipotong dan diikat.*
5. Meletakkan bayi di dada ibu. *Bayi berada di dada ibu.*
6. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi bayi. *Bayi sudah diselimuti dan telah dipasang topi.*
7. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. *Klem telah dipindahkan.*
8. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. *Ada semburan darah, tali pusat memanjang, perubahan tinggi fundus.*
9. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat kearah bawah. *Tali pusat telah ditegangkan.*
10. 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. *Ibu bersikap kooperatif.*
11. Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan hingga selaput ketuban terpinil. *Plasenta lahir lengkap.*
12. Melakukan masase uterus selama 15 detik agar uterus berkontraksi dengan baik. *Masase telah dilakukan dan uterus berkontraksi dengan baik.*
13. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. *Plasenta dan selaput ketuban utuh.*
14. Mengevaluasi adanya laserasi pada perineum. *Terdapat laserasi derajat II dan dilakukan penjahitan dengan anastesi.*
15. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. *Uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.*
16. Melanjutkan IMD selama ± 1 jam. *IMD telah berhasil dilakukan.*

17. Setelah 1 jam, melakukan penimbangan atau pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral. *Telah dilakukan antropometri dan diberi tetes mata dan injeksi Vit K 1 mg.*
18. Setelah 1 jam pemberian vitamin K, memberikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral. *Imunisasi telah diberikan.*

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan
Pada Ny "S" P₁₀₀₀₁ Inpartu Kala IV

Tanggal : 25 Januari 2018 Pukul: 02.15 WIB

S : Ibu merasa senang bayinya lahir dan masih merasa lelah

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg
N : 84x/ menit
S : 36,6°C
RR : 24x/menit

Wajah : Tidak pucat

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda.

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

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

A : Ny "S" P₁₀₀₀₁ dengan kala IV

P :

Tanggal: 25-01-2018

Jam: 02.15 WIB

1. Mengecek TFU, kandung kemih, kontraksi uterus. *TFU 2 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik.*
2. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus. *Ibu dan keluarga dapat melakukan masase uterus.*
3. Memeriksa jumlah perdarahan. *Perdarahan $\pm 100cc$.*
4. Memeriksa nadi dan kandung kemih setiap 15 menit (pada jam pertama), setiap 30 menit (pada jam kedua). *Nadi= 80x/menit dan kandung kemih kosong.*
5. Memantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. *Tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayi.*
6. Meletakkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci peralatan setelah di dekontaminasi. *Alat telah diletakkan dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit kemudian dicuci.*
7. Membersihkan ibu dairan ketuban, lendir dan darah dengan menggunakan air DTT. *Ibu bersikap kooperatif.*
8. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan sesuai keinginan ibu. *Keluarga memberi makan pada ibu.*
9. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% dan membuang bahan habis pakai ke tempat sampah yang sesuai. *Tempat bersalin telah dibersihkan.*
10. Mencuci sarung tangan. *Sarung tangan telah dicuci.*
11. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. *Tangan sudah bersih.*
12. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

4.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "S" P₁₀₀₀₁ 6 Jam Post Partum

Dengan Nifas Normal

Tanggal : 25 Januari 2018 Pukul : 06.00WIB
 Tempat : PMB Ny. Ni Nyoman Sri Astuti, SST.
 Petugas : Sari Nur Hidayanti

DATA SUBYEKTIF (S)

1. Keluhan utama

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

2. Riwayat obstetri

Kehamilan : Ke : 1
 Usia Kehamilan : 9 bulan
 Komplikas : Tidak ada
 persalinan : Jenis persalinan : Spontan
 Tempat bersalin : PMB
 Penolong : Bidan
 Komplikasi : Tidak ada
 Anak : Jenis kelamin : Perempuan
 PB/BB : 50/2900
 Tunggal/ganda : Tunggal

DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 120/80 mmHg
 N : 84x/ menit
 S : 36°C
 RR : 22x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah	: Tidak pucat, tidak oedema
Mata	: simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.
Payudara	: simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum keluar, ASI lancar.
Abdomen	Tidak ada striae albican, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, diastesi recti 2,5 cm, kandung kemih kosong, tidak kembung.
Genetalia	: tidak oedem, tidak varises, lochea rubra, warna merah segar, bau amis, terdapat luka jahitan perineum.
Eks. Bawah	: simetris, tidak oedema, tidak ada varises, tidak ada human sign.

ANALISA (A)

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

PELAKSANAAN (P)

Tanggal : 25 Januari 2018

Jam : 06.10 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. *Ibu mengetahui kondisinya.*
2. Menjelaskan tentang pentingnya menjaga kebersihan genetalia dengan air mengalir, dengan cara membasuh kemaluan dari arah depan ke belakang agar kuman yang berada di anus tidak masuk kedalam kemaluan ibu. *Ibu mengerti.*
3. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini dengan cara miring kiri kanan terlebih dahulu, jika tidak pusing maka dilanjutkan duduk, setelah duduk maka dilanjutkan dengan jalan-jalan disekitar ruangan. *Ibu*

berjalan-jalan disekitar ruangan.

4. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, sayur dan buah-buahan untuk mempercepat proses pemulihan tenaga ibu dan dapat memperbanyak produksi ASI. *Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran tersebut.*
5. Memberikan konseling mengenai pentingnya dan manfaat ASI pertama/kolostrum bagi bayi yaitu kolostrum tinggi akan kandungan protein, mengandung kekebalan tubuh yang lengkap dan dibutuhkan oleh bayi dan memberikan perlindungan terhadap berbagai penyakit. *Ibu mengerti.*
6. Mengajari ibu untuk melakukan perawatan tali pusat yaitu dengan cara membungkus tali pusat dengan kasa steril tanpa diberi apapun. *Ibu dapat melakukannya.*
7. Memberitahu ibu tentang bahaya nifas yaitu perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam tinggi, bengkak pada wajah, tangan dan tungkai, payudara bengkak dan kemerahan disertai rasa nyeri. *Ibu mengerti*
8. Memberitahu ibu untuk tidak membersihkan payudara dengan menggunakan alkohol atau sabun karena akan terhisap oleh bayi, tidak boleh mengikat perut terlalu kencang, tidak boleh menempelkan dedaunan pada kemaluan karena akan menimbulkan infeksi. *Ibu mengerti dan akan melaksanakan anjuran bidan.*
9. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup pada saat bayinya tidur. *Ibu mengerti*
10. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif, menyusui dengan ASI saja tanpa diberi apapun, seperti air gula, air putih, madu, dan susu formula selama 6 bulan setiap 2 jam sekali atau sesering mungkin. *Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran bidan.*
11. Memberikan ibu terapi vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul diminum 1x selang waktu 24 jam, diminum dalam waktu yang sama, Asam mefenamat diminum 3x sehari untuk mengurangi rasa nyeri pada luka

jahitan dan amoxilin 3x sehari sebagai antibiotic, Fe 40 tablet diminum 1x sehari. *Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.*

12. Memperbolehkan ibu dan bayi untuk pulang dan menganjurkan ibu untuk kontrol 3 hari atau jika ada keluhan. *Ibu bersedia.*

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "S" P₁₀₀₀₁ Post Partum Hari ke 4 dengan Nifas Normal

Tanggal : 29 Januari 2018

Pukul : 15.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Petugas : Sari Nur Hidayanti

S : Melahirkan 4 hari yang lalu pada tanggal 25-01-2018, mengeluh nyeri luka jahitan.

O : KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 120/80 mmHg
 N : 82x/ menit
 S : 37°C
 RR : 24x/ menit

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

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

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

A : Ny "S" P₁₀₀₀₁ Post Partum Hari Ke 4 dengan Nifas Normal
Masalah : Nyeri luka jahitan

P :

Tanggal: 29-01-2018

jam: 15.05 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik. *Ibu mengetahui kondisinya.*
2. Mengevaluasi adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan yang tidak normal. *Tidak ada tanda-tanda demam dan infeksi.*
3. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya setiap 2 jam sekali dan tidak memberikan makanan tambahan apapun selama 6 bulan. *Ibu bersedia.*
4. Mengajari ibu untuk melakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan bagian areola menggunakan kapas yang diberi minyak kelapa atau baby oil, dibersihkan dengan air hangat, dilakukan masase pada payudara, kemudian bersihkan dengan air hangat dan air dingin secara bergantian. Lakukan setiap hari agar ASI lancar dan tidak terjadi pembengkakan pada payudara. *Ibu mengerti dan bersedia melakukan.*
5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genetaliaanya, ganti CD 3x sehari serta ganti pembalut 4 jam sekali agar terhindar dari infeksi dan memberi kenyamanan pada ibu. *Ibu mengerti dan bersedia.*
6. Mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, tempe, tahu, sayur, dan buah-buahan. *Ibu bersedia.*
7. Menganjurkan ibu untuk bergerak atau berjalan-jalan untuk mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan. *Ibu mau berjalan-jalan.*

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "T" P₁₀₀₀₁ Nifas Hari Ke 29 dengan Nifas Normal

Tanggal : 22 Februari 2018 Pukul : 10.00 WIB
 Tempat : Rumah pasien
 Petugas : Sari Nur Hidayanti

S : Melahirkan 4 minggu yang lalu 25 Januari 2018, kondisinya baik, saat ini tidak ada keluhan.

O : KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 120/80 mmHg
 Nadi : 84x/ menit
 Suhu : 36,7°C
 Pernafasan : 22x/ menit
 Abdomen : TFU tidak teraba diatas symphysis, kontraksi baik, kandung kemih kosong, diastasi recti 1 cm, tidak kembung.
 Genitalia : Luka perineum sudah kering.

A : Ny "T" P₁₀₀₀₁ Nifas Hari Ke-29 dengan Nifas Normal

P :

Tanggal: 22-02-2018 jam: 10.00 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik TD: 120/80 mmHg. *Ibu mengerti.*
2. Mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, tempe, tahu, sayur, dan buah-buahan. *Ibu bersedia.*
3. Mengingatkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif sampai usai 6 bulan. *Ibu bersedia.*
4. Memberikan konseling tentang kontrasepsi agar ibu menggunakan KB yang sesuai seperti KB suntik 3 bulan, implant, IUD, dll. *Ibu dan suami*

memilih KB suntik 3 bulan.

4.4 Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Asuhan Kebidanan Neonatal
Pada Bayi Ny “S” Usia 6 Jam
Dengan Neonatus Cukup Bulan

Tanggal : 25 Januari 2018

Tempat : PMB Ny. Ni Nyoman Sri Astuti, SST.

Petugas : Sari Nur Hidayanti

DATA SUBYEKTIF (S)

1. Identitas bayi

Nama : Bayi Ny.“S”
Umur : 6 jam
Jenis Kelamin : perempuan
Tanggal lahir : 25 Januari 2018 / 01.45 WIB
Anak ke : 1 (Pertama)

2. Identitas orang tua

Nama ibu	: Ny “S”	Nama Suami	: Tn “A”
Usia	: 20 tahun	Usia	: 28 tahun
Suku/Bangsa	: Madura	Suku/Bangsa	: Madura
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Penambangan RT 09 Bondowoso		

3. Riwayat natal

Jenis persalinan : Spontan
Ditolong oleh : Bidan
Ketuban pecah : Spontan, jernih
Keadaan bayi : Segera menangis, tonus otot kuat, kulit bayi kemerahan.
BB : 2900 gram

PB : 50 cm
 Komplikasi persalinan : 1) Ibu ;: Tidak ada
 2) Bayi : Tidak ada

4. Riwayat post natal

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

5. Pola kebiasaan bayi

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

DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

KU : Baik
 TTV : N : 100x/ menit
 S : 36,5°C
 RR : 46x/ menit
 BB : 2900 gram
 PB : 50 cm

2. Pemeriksaan fisik

Kepala : Bentuk kepala simetris, rambut merata, warna rambut hitam, ubun-ubun datar, tidak ada pembengkakan sutura, tidak ada moulage, ada caput succedaneum, tidak ada cephal haematoma, Lingkar kepala: 33 cm

Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ikterus

Hidung : simetris, bersih, tidak ada pengeluaran lendir.

- Mulut : bibir simetris, tidak sianosis, tidak ada *labiopalatoschizis*
- Teliga : simetris, tidak ada secret
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- Dada : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan dan retraksi dinding dada, jantung reguler. Lingkar dada 32 cm
- Abdomen : Simetris, tali pusat bersih dan terbungkus kassa, tidak ada perdarahan tali pusat, bising usus normal, tidak ada benjolan.
- Genetalia : Terdapat lubang pada vagina, terdapat lubang uretra, terdapat labia mayor.
- Eks. Atas : simetris, jari tangan lengkap, tidak oedema, gerakan aktif.
- Eks.Bawah : simetris, jari kaki lengkap, tidak oedem, gerakan aktif
- Anus : Ada lubang
3. Pemeriksaan neurologis /refleks
- Reflek rooting : (+) baik, saat diberi rangsangan pada pipi, bayi langsung menoleh kearah rangsangan
- Refleks suckling : (+) baik, bayi menghisap kuat saat diberi ASI
- Reflek graps : (+) baik, pada saat telapak tangan disentuh bayi mengepal tangan petugas.

ANALISA (A)

Bayi Ny "S" usia 6 jam Dengan Neonatus Cukup Bulan

PENATALAKSANAAN (P)

Tanggal : 25 Januari 2018

Jam : 06.50 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya lahir cukup bulan dengan BB :2900 gram dan PB : 50 cm. *Ibu mengerti kondisi bayinya.*
2. Memberitahu ibu dan keluarga untuk menjaga bayi tetap hangat yaitu

membedong bayi, memakaikan topi pada bayi, memandikan bayi dengan air hangat. *Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia.*

3. Memberikan konseling mengenai pemberian ASI eksklusif yaitu bayi diberi ASI saja hingga berusia 6 bulan pertama kelahiran, dimana bayi tidak boleh diberikan makanan atau minuman apapun kecuali ASI yang bermanfaat untuk pertahanan tubuh bayi, bayi disusui sesering mungkin, jika bayi tidur sebaiknya dibangunkan untuk disusui, minimal setiap 2 jam sekali. *Ibu mengerti dan bersedia.*
4. Memberikan konseling mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi, diantaranya bayi rewel, tali pusat berbau, bengkak dan berwarna merah, bayi kuning, tidak mau menyusu, jika terjadi tanda-tanda tersebut, diharapkan ibu membawa bayi ke fasilitas kesehatan secepatnya. *Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.*

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan Neonatal
Pada Bayi Ny "S" Usia 4 Hari
Dengan Neonatus Cukup Bulan

Tanggal : 29 Januari 2018

Pukul : 16.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

Petugas : Sari Nur Hidayanti

- S : Ibu mengatakan keadaan bayi baik, tidak rewel, tali pusat belum lepas dan tidak bau, menyusu dengan baik.
- O : KU : Baik
- TTV : N : 100x/ menit
- S : 36,7°C
- RR : 46x/ menit
- Kulit : Kemerahan, tidak biru
- Kepala : rambut bersih, rambut merata berwarna hitam, caput succedaneum sudah tidak ada.

Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ikhterus

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

Abdomen : tali pusat belum lepas, kering dan tidak kembang

A : Bayi Ny "S" usia 3 Hari Dengan Neonatus Cukup Bulan

P :

Tanggal: 29-01-2018

Jam: 16.05

1. Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya dalam keadaan baik dan kondisinya sehat. *Ibu mengerti kondisi bayinya.*
2. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI secara eksklusif dan sesering mungkin. *Ibu mengerti dan bersedia.*
3. Membimbing ibu untuk menyendawakan bayinya setiap selesai menyusui dengan menepuk punggung bayi secara halus untuk mengeluarkan udara yang masuk lambung agar bayi tidak gumoh. *Ibu mengerti dan dapat melakukannya.*
4. Menjelaskan kepada ibu untuk mengganti popok bayi setelah bayi BAB maupun BAK untuk mencegah terjadinya ruam popok serta memberitahu pada keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungannya, agar bayi tetap sehat. *Ibu mengerti dan bersedia.*
5. Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari setiap pagi antara jam 7-8 selama 15 menit untuk mencegah kuning pada bayi. *Ibu mengerti.*
6. Menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan bayinya setiap bulan ke posyandu. *Ibu mengerti dan bersedia.*

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan Neonatal
Pada Bayi Ny "S" Usia 27 Hari
Dengan Neonatus Cukup Bulan

Tanggal : 20 Februari 2018 Pukul : 15.00 WIB
Tempat : Posyandu
Petugas : Sari Nur Hidayanti

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

O : KU : Baik
TTV : N : 110x/ menit

S : 36,7°C

RR : 48x/ menit

Mata : simetris, tidak ada sklerotik, sklera jernih, konjungtiva merah muda, tidak icterus

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

Dada : tidak ada retraksi

Abdomen : simetris, pusat kering

A : Bayi Ny "S" usia 27 Hari

P :

Tanggal: 20-02-2018 jam: 15.05 WIB

1. Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya dalam keadaan baik dan kondisinya sehat. *Ibu mengerti.*
2. Menganjurkan ibu untuk memberikan rangsangan seperti mengajak bayi tersenyum, bicara dan mendengarkan musik untuk merangsang perkembangan bayi. *Ibu mengerti dan bersedia.*
3. Memberikan KIE tentang imunisasi bahwa bayi harus mendapatkan imunisasi lengkap. *Ibu mengerti dan akan membawa bayinya untuk diimunisasi BCG sesuai jadwal dan usia anak.*
4. Menganjurkan ibu untuk datang ke pelayanan kesehatan jika terdapat

keluhan pada bayi. *Ibu mengerti dan akan melakukannya.*

4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "S" P₁₀₀₀₁ Calon Akseptor Baru

KB Suntik 3 Bulan

Tempat : PMB Ny. Ni Nyoman Sri Astuti, SST.

Tanggal : 25 Februari 2018

Pukul : 15.00 WIB

Petugas : Sari Nur Hidayanti

DATA SUBYEKTIF (S)

1. Keluhan utama

Ibu ingin menggunakan kontrasepsi yang sesuai untuk ibu, saat ini ibu dalam masa nifas dan menyusui dan selama masa nifas ibu belum melakukan hubungan seksual dengan suaminya.

2. Riwayat kesehatan

Saat ini tidak sedang dan tidak pernah menderita penyakit apa pun, seperti penyakit jantung, ginjal, asma, batuk darah, penyakit kuning, kencing manis, darah tinggi serta penyakit menular seksual.

3. Riwayat obstetrik

Kehamilan	: Ke	: 1
	Usia Kehamilan	: 9 bulan
	Komplikas	: Tidak ada
persalinan	: Jenis persalinan	: Spontan
	Tempat bersalin	: PMB
	Penolong	: Bidan
	Komplikasi	: Tidak ada
anak	: Jenis kelamin	: Perempuan
	PB/BB	: 50/2900
	Tunggal/ganda	: Tunggal

4. Riwayat KB

Ibu mengatakan setelah menikah tidak menggunakan KB apapun karena menginginkan kehamilan.

DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 110/70 mmHg
 Nadi : 82x/ menit
 Suhu : 36,7°C
 Pernafasan : 24x/ menit
 BB : 60 kg

2. Pemeriksaan fisik

Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda.
 Payudara : simetris, bersih, payudara menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi dada, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ASI keluar.
 Abdomen : tidak ada pembesaran uterus, tidak ada benjolan ataupun tumor, tidak ada nyeri tekan.
 Genetalia : tidak oedem, tidak varises, tidak ada condiloma akuminta, tidak ada perdarahan, tidak mengeluarkan cairan abnormal

ANALISA (A)

Ny."S" Usia 20 tahun P₁₀₀₀₁ Calon Akseptor KB Suntik 3 Bulan

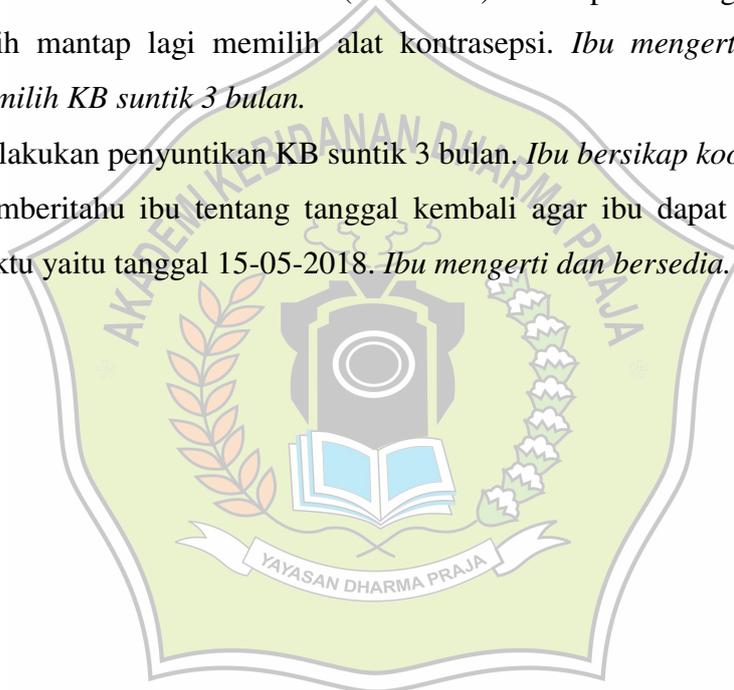
PELAKSANAAN (P)

Tanggal : 25 Februari 2018

Jam : 15.00 WIB

1. Menginformasikan kepada ibu tentang kondisinya saat ini baik. *Ibu mengerti.*

2. Memberikan konseling pada ibu dan suami tentang alat kontrasepsi. *Ibu dan suami mengerti.*
3. Menjelaskan pada ibu dan suami tentang macam-macam alat kontrasepsi. *Ibu mengerti dan memilih KB suntik 3 bulan.*
4. Memberikan konseling tentang cara penggunaan KB suntik 3 bulan. *Ibu mengerti.*
5. Melakukan *informed consent* serta memberikan konseling pada ibu tentang metode, efek samping, kerugian, keuntungan dari kontrasepsi terutama KB suntik 3 bulan (Triclofem) untuk pertimbangan ibu supaya lebih mantap lagi memilih alat kontrasepsi. *Ibu mengerti dan mantap memilih KB suntik 3 bulan.*
6. Melakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan. *Ibu bersikap kooperatif.*
7. memberitahu ibu tentang tanggal kembali agar ibu dapat kembali tepat waktu yaitu tanggal 15-05-2018. *Ibu mengerti dan bersedia.*



BAB 5

PEMBAHASAN

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

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

5.1 Analisis Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny “S” di (PMB) Bidan “N”

Pada kasus Ny. “S” dilakukan pemeriksaan sebanyak 7 kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama sebanyak 1 kali, trimester 2 sebanyak 3 kali, dan trimester 3 sebanyak 3 kali pemeriksaan di bidan.

Menurut PPIBI (2016: 29), selama kehamilan ibu wajib melakukan kunjungan pemeriksaan sebanyak 4 kali yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga.

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

Pada pemeriksaan yang dilakukan Ny. “S” ditemukan hasil yaitu BB: 66 kg, TB: 152 cm, LILA: 24,4 cm, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/ menit, RR: 20x/ menit, Suhu: 36,6⁰C. pada pemeriksaan leopard, ditemukan TFU: 29 cm (pertengahan pusat dan px), bagian fundus teraba lunak, kurang bulat, dan kurang melenting (bokong), leopard II teraba keras, memanjang disisi kanan ibu (PUKA) dan pada perut bagian kiri teraba bagian terkecil janin (ekstermitas), leopard III bagian terendah janin teraba

keras, bulat, melenting (kepala), Leopold IV kepala belum masuk PAP, status TT4, tablet FE sebanyak 120 tablet, tes laboratorium tidak dilakukan, DJJ dalam batas normal 136x/ menit, tata laksana dan temu wicara (konseling) dalam rangka rujukan.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan sesuai standar 10T, diantaranya yaitu timbang BB (BB naik 1 kg tiap bulan), dan ukur tinggi badan (TB normal \geq 145 cm), ukur tekanan darah (90/70-130/90 mmHg), nilai status gizi (23,5 cm), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi toksoid TT bila diperlukan, beri tablet penambah darah (minimal 90 tablet), test laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, temu wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan (PP IBI, 2016: 51-55).

Berdasarkan teori dan kasus di atas terdapat kesenjangan dalam standar pelayanan 10T yaitu Ny "S" tidak melakukan pemeriksaan laboratorium selama hamil karena kurangnya pengetahuan ibu, sehingga membuat informasi tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan terabaikan. Hal ini didukung oleh penelitian dari Fitri (2014) tentang analisis faktor ibu hamil terhadap kunjungan antenatal care di puskesmas Siwalankerto kecamatan Wonocolo kota Surabaya, Ada hubungan antara pengetahuan ibu hamil terhadap kunjungan antenatal care. Pengetahuan berkorelasi dengan bagaimana seorang ibu hamil menangkap informasi sehingga ibu hamil mau melakukan kunjungan atau tidak.

5.2 Analisis Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny "S" di (PMB) Bidan "N"

Pada studi kasus Ny. "S" GI P₀₀₀₀₀ 40 minggu ibu datang ke PMB pukul 23.30 WIB (24-01-2018) dengan keluhan kenceng-kenceng dan keluar lendir serta darah sejak pukul 22.30 WIB (24-01-2018), pemeriksaan TTV dalam batas normal yaitu TD: 120/80 mmHg, N: 82x/ menit, S: 36,6⁰C, RR: 24x/ menit, dilakukan pemeriksaan dalam (VT)

dengan hasil vulva dan vagina bersih, tidak odema, tidak varises, porsio lunak, eff 50%, pembukaan 4 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, hodge II. Pada pukul 01.00 WIB (25 Januari 2018) dilakukan VT ulang dengan indikasi ketuban pecah spontan dan ibu merasa ada dorongan untuk meneran didapatkan hasil vulva vagina bersih, tidak odema, tidak varises, porsio lunak, eff 100%, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan berwarna jernih, presentasi kepala, hodge III+, UUK jam 12, molase 0, tidak ada bagian kecil di kiri dan kanan janin dan tidak ada tali pusat menumbung. Proses kala I berlangsung 1 jam 30 menit dimulai sejak terdapat tanda-tanda persalinan yaitu ibu mengalami kenceng-kenceng dan keluar lendir darah dari jalan lahir, dilakukan pemeriksaan dengan hasil terdapat pembukaan yaitu 4 cm dan 1 jam 30 menit kemudian ibu mengalami kenceng-kenceng semakin kuat, merasa ingin BAB dan keluar cairan ketuban dari jalan lahir serta adanya tanda gejala kala II.

Kala I dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin (Mochtar, 2011: 71).

Berdasarkan teori dan kasus di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada Ny. "S" kala II berlangsung selama 45 menit dan diawali sejak pembukaan lengkap (10 cm), terdapat dorongan kuat untuk meneran, tekanan meningkat pada anus dan vagina, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka, ibu di damping oleh keluarga, dan di pimpin meneran sejak pukul 01.00 WIB (25-01-2018). Bayi lahir spontan pada pukul 01.45 WIB (25-01-2018), kemudian dilakukan IMD dan berlanjut

sesuai APN.

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi serta adanya tanda-tanda gejala kala II seperti doran, teknus, perjol, vulka. Kala dua disebut juga sebagai kala pengeluaran bayi. Kala II pada primigravida berlangsung selama 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½ - 1 jam (Mochtar, 2011- 72).

Berdasarkan teori dan kasus di atas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena pada kasus Ny. "S" kala II berlangsung selama 45 menit masih dalam batas normal.

Pada Ny. "S" kala III berlangsung selama 10 menit dimulai jam 01.45 WIB dengan adanya perubahan TFU sampai lahirnya plasenta dengan adanya tanda pelepasan plasenta yaitu TFU setelah bayi lahir setinggi pusat dengan bentuk uterus globuler, adanya semburan darah yang cepat dan singkat serta tali pusat bertambah panjang, plasenta lahir lengkap jam 01.55 WIB serta tidak ada temuan abnormal pada ibu.

Persalinan kala III dimulai setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi 2 kali lebih tebal dari sebelumnya. Kemudian akan timbul his untuk pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2011: 73).

Berdasarkan teori dan kasus di atas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena pada kasus Ny. "S" berlangsung selama 10 menit dan masih dalam batas normal.

Pada kasus Ny. "S" kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam *post partum* yaitu dilakukan observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan) setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua serta perdarahan pervaginam yaitu kontraksi uterus baik (teraba keras), perdarahan kurang lebih 150 cc, kandung kemih

kosong, terdapat luka jahitan perineum, plasenta dan selaput ketuban lengkap, keadaan umum ibu baik TD: 120/80 mmHg Nadi: 84x/menit RR: 24x/menit, S: 36,6⁰C, dan tidak ada temuan yang abnormal pada ibu dan keadaan bayi baik.

Persalinan kala IV adalah pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Rustam M., 2011: 73).

Berdasarkan teori dan kasus diatas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Persalinan Ny. "S" kala IV dalam batas normal dan tidak ada temuan yang tidak normal.

5.3 Analisis Asuhan Kebidanan Nifas Pada Ny "S" di (PMB) Bidan "N"

Pada study kasus Ny. "S" dilakukan pemeriksaan setelah melahirkan dengan kunjungan nifas yang dilakukan sebanyak 3 kali yaitu 6 jam post partum, 4 hari post partum, dan 29 hari post partum. Menurut Asih (2016: 230-231), kunjungan nifas dilakukan minimal 3 kali yaitu pada 6 jam - 3 hari post partum, 4 - 28 hari post partum, 29 - 42 hari post partum. Berdasarkan teori dan kasus peneliti menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena kunjungan nifas Ny. "S" dilakukan sesuai dengan standart yang telah ditentukan.

Pada kunjungan pertama 6 jam post partum didapatkan hasil pemeriksaan TD: 120/80 mmHg, N: 84x/menit, RR: 22x/menit, S: 36⁰C, ASI: lancar, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, pengeluaran pervaginam lochea rubra (merah segar), diastasis recti 2,5 cm, tidak ada human sign. Pada kunjungan kedua 4 hari post partum didapatkan hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan pusat dan simpisis, warna darah merah kecoklatan (lochea sanguinolenta), ASI lancar pada kedua payudara, tidak ada tanda-tanda infeksi hanya saja ibu mengeluh nyeri luka jahitan perineum, tidak ada human sign, luka jahitan perineum kering. Pada kunjungan ketiga 29 hari post partum yaitu dalam pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU bertambah kecil, ASI tetap lancar, luka perineum sudah kering, serta

tidak ada komplikasi nifas.

Menurut Mochtar (2011: 87), pada pemeriksaan palpasi penurunan TFU sesuai yaitu bayi lahir setinggi pusat, uri lahir 2 jari dibawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat symphysis, 2 minggu tidak teraba diatas symphysis, 6 minggu bertambah kecil, 8 minggu sebesar normal. Pemeriksaan diastasis recti normalnya $\leq 2,5$ cm dan tidak terdapat human sign. Pada pemeriksaan lochea terdiri dari lochea rubra berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan, lochea sanguinolenta berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan, lochea serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari 7-14 pasca persalinan, lochea alba cairan putih, setelah 2 minggu, lochea purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk, lokiostatis lochea tidak lancar keluarnya.

Berdasarkan teori dan kasus di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan. Menurut Triwik (2017: 01) dalam penelitiannya yang berjudul nyeri perineum berdasarkan karakteristik ibu post partum dikemukakan bahwa nyeri perineum timbul karena adanya kejadian robekan/ laserasi perineum saat proses melahirkan. Nyeri luka jahitan pada hari ke 3 normal karena masih dalam proses pemulihan dalam beberapa minggu luka jahitan akan mengering dan kembali seperti semula. Tatalaksana yang dilakukan menganjurkan ibu untuk bergerak atau berjalan-jalan untuk mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan serta menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alata genetaliaanya dengan cara mengganti pembalut sesering mungkin agar terhindar dari infeksi.

Pelayanan yang diberikan pada Ny. "S" pada 6 jam post partum yaitu pemberian terapi Vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul, Fe 40 tablet 1x1, Amoxillin 3x1, Asam Mefenamat 3x1, melakukan pencegahan perdarahan, pemberian ASI awal, dan konseling tentang asuhan pada bayi.

Menurut Asih (2016: 230-231), pelayanan kunjungan selama nifas pada kunjungan pertama melakukan pencegahan perdarahan masa nifas karena persalinan, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan rujuk jika perdarahan berlanjut, pemberian ASI awal, melakukan hubungan

antara ibu dan bayi, memberikann ibu terapi vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul yang berfungsi untuk mencengah pandangan mata kabur, tablet FE sebanyak 40 tablet 1x1 untuk mencegah anemia pada ibu nifas, Amoxilin 3x1 yang berfungsi sebagai profilaksis jika terjadi infeksi, memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

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

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

Pada studi kasus bayi Ny “S” dilakukan kunjungan neonatus sebanyak 3 kali yaitu pada 6 jam setelah bayi lahir, pada hari ke 4 dan pada hari ke 27 setelah bayi lahir. Menurut Depkes RI (2016), kunjungan neonatas minimal dilakukan sebanyak 3 kali yaitu 6 sampai 48 jam, 3 sampai 7 hari dan 8 sampai 28 hari setelah bayi lahir. Berdasarkan teori dan kasus di atas dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dann kasus karena kunjungan neonatus yang dilakukan sudah sesuai dengan standart yang telah di tentukan.

Pada studi kasus bayi Ny “S” kunjungan pertama didapatkan hasil pemeriksaan, bayi menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot kuat, jenis kelamin perempuan, BB : 2900 gram, PB: 50 cm, LK: 33 cm, LD: 32 cm. Pemeriksaan TTV bayi, S: 36,5°C, N: 100x/ menit, RR: 46x/ menit. Pada kunjungan kedua keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ikhterus, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, tali pusat belum lepas, menyusui dengan baik. Pada kunjungan ketiga keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tali pusat sudah terlepas kering, bayi menyusui dengan baik, tumbuh kembang sesuai dengan usia.

Pada bayi baru lahir normal, tandanya yaitu berat badan 2500-4000 gr, panjang badan 48-50 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120-140 kali/ menit, pernapasan 40-60 kali/ menit, kulit

kemerah-merahan dan licin karena jaringan *subkutan* cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya tumbuh baik, kuku agak panjang dan lemas, genetalia perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada, refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, refleks graps atau mengenggam sudah baik, eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama (Sondakh, 2013: 150).

Berdasarkan kasus dan teori dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus bayi Ny "S". Kunjungan neonatus sudah dilakukan sesuai prosedur. Tatalaksana yang dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan dan memberi konseling mengenai cara perawatan bayi baru lahir.

5.5 Analisi Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" di PMB Ny. "N" pada Masa KB

Mengambil keputusan menggunakan alat kontrasepsi merupakan hal penting. Setelah dilakukan konseling tentang macam-macam alat kontrasepsi, efek samping, serta waktu pemasangannya Ny. "S" memilih untuk menggunakan KB suntik 3 bulan. Hasil pemeriksaan tidak ditemui masalah dalam penggunaan alat kontrasepsi, TTV dalam batas normal yaitu TD: 110/70 mmHg, N: 82x/ menit, S: 36,7⁰C, RR: 24x/ menit, pada pemeriksaan payudara tidak terdapat benjolan maupun nyeri tekan, pada pemeriksaan abdomen tidak terdapat benjolan maupun nyeri tekan serta tidak ada pembesaran uterus, ASI keluar lancar dan menyusui secara eksklusif dan belum menstruasi.

Alat kontrasepsi yang mengandung progesterone cocok digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen (PPIBI, 2016: 127). Progesterone merangsang kelenjar susu untuk memproduksi ASI.

Berdasarkan teori dan kasus diatas tampak tidak terdapat kesenjangan bahwa Ny "S" telah tepat memilih dan menggunakan KB suntik 3 bulan

pada hari ke 32 pasca persalinan. Sehingga cocok untuk ibu menyusui dan tidak mengganggu produksi ASI.



BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan selama kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB pada Ny “S” yang dimulai pada waktu penelitian yaitu tepat pada tanggal 30 Desember 2017 sampai tanggal 25 Februari 2018 yaitu dapat disimpulkan sebagai berikut:

6.1.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Trimester III

Pada masa kehamilan Ny “S” adalah fisiologi dan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Dalam standar pelayanan 10T terdapat kesenjangan yaitu pada pemeriksaan laboratorium, Ny “S” tidak melakukan pemeriksaan laboratorium selama hamil dikarenakan kurangnya pengetahuan dan dukungan dari keluarga tentang pentingnya pemeriksaan Hb.

6.1.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

Proses persalinan pada Ny “S” tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Karena pada kasus Ny. “S” pada kala I sampai kala IV dalam batas normal dan tidak ada temuan yang tidak normal.

6.1.3 Asuhan Kebidanan Nifas

Pada masa nifas Ny “S” tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Nyeri luka jahitan pada hari ke 3 normal karena masih dalam proses pemulihan dalam beberapa minggu luka jahitan akan mengering dan kembali seperti semula.

6.1.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Pada bayi Ny “S” tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali dan hasil pemeriksaan dalam batas normal

6.1.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana (KB)

Pada Ny. “S” tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Ny “S” menggunakan KB suntik 3 bulan pada hari ke 30 pasca persalinan dan

ibu memilih yang cocok untuk ibu menyusui dan tidak mengganggu produksi ASI.

6.2 Saran

6.2.1 Secara Teoritis

Hasil dari studi kasus ini diharapkan penulis mampu 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

Mampu memberikan tambahan sumber kepustakaan dan pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

2. Bagi tenaga kesehatan

Mampu mengetahui komplikasi lebih dini pada ibu hamil, untuk meningkatkan program yang telah disusun oleh pemerintah serta meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dengan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif sesuai standar pelayanan yang berkualitas.

3. Bagi lahan praktek

Dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dalam asuhan kebidanan ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

4. Bagi penulis

Dapat membandingkan antara teori dengan kasus dan mendapat pemahaman mengenai asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

DAFTAR PUSTAKA

- Asih, Y. (2016). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2016*. Surabaya: Dinkes Prov. Jawa Timur
- Dinas Kesehatan Bondowoso. (2017). *Profil Kesehatan Bondowoso Tahun 2016*. Bondowoso: Dinkes Bondowoso
- Hidayat, AAA. (2008). *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Irianto K. (2012). *Keluarga Berencana untuk Para Medis dan Nonmedis*. Bandung: Yrama Widya
- Jannah, N. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Andi Offset
- JNPK-KR. (2014). *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: USAID
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Manuaba, I. (2010). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC
- Mochtar, R. (2011). *Sinopsis Obstetri*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Mukaromah, H. (2014). *faktor ibu hamil terhadap kunjungan antenatal care, jurnal Promkes*, Vol. 2 No. 1, Juli 2014 : 39- 48. Surabaya
- Mulati, T. (2017). *nyeri perineum berdasarkan karakteristik pada ibu post partum, jurnal involusi kebidanan*. Vol. 7, no. 13 januari 2017: 40-50. Surakarta
- Muslihatun dkk. (2009). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya
- Nikmatur R. (2012). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: AR-Ruzz Medika.
- PP IBI. (2016). *Midwifery Update*. Jakarta: Indonesia
- Pratami, E. (2014). *Konsep Kebidanan berdasarkan kajian Filosofi dan Sejarah*. Magetan : Forum Ilmiah Kesehatan.
- Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- _____. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- _____. (2014). *ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

- Sherwood, L. (2014), *Fisiologi Manusia Dari Sel ke Sistem*. Edisi 8. Edited by B. U. Pendit et al. Jakarta: EGC
- Sondakh, Jenny J.S. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Erlangga
- Sujiyatini. (2011). *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Jogjakarta: Nuha Medika
- Sulistyawati, A. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika

