

HALAMAN JUDUL

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. F. S.
DI PUSKESMAS MAUKARO KECAMATAN MAUKARO
KABUPATEN ENDE PERIODE TANGGAL
13 MARET S/D 14 JUNI 2019**

Sebagai Laporan Tugas Akhir yang diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Dalam menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan pada Program Studi
Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

PAULINA DHINA
NIM: PO. 5303240181407

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN KUPANG
2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. F.S DI
PUSKESMAS MAUKARAO KECAMATAN MAUKARO
KABUPATEN ENDE PERIODE 13 MARET
S/D 14 JUNI 2019**

Oleh:

PAULINA DHINA
NIM : PO.5303240181407

Telah Disetujui Untuk Diperiksa Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal : 20 Juli 2019

Pembimbing



Namsyah Baso, SST.,M.Keb
NIP. 19831029 200604 2 014

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH
NIP. 19760310 200012 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. F.S DI
PUSKESMAS MAUKARO KECAMATAN MAUKARO
KABUPATEN ENDE
PERIODE 13 MARET S/D 14 JUNI 2019**

Oleh:

PAULINA DHINA
NIM : PO.53032401347

Telah Dipertahankan Di Hadapan Tim Penguji
Pada tanggal : 20 Juli 2019

Penguji I

Diyan Maria Kristin, SST., M.Kes

Penguji II

Namsyah Baso, SST., M.Keb
NIP. 19740517200012 2 006

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang

Dr. Mareta Bakale Bakoil, SST., MPH
NIP. 19760310 200012 2 001

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Paulina Dhina
NIM : PO. 5303240181407
Jurusan : Kebidanan
Angkatan : XVIII
Jenjang : Diploma III Kebidanan

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul: **“LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. F. S. DI PUSKESMAS MAUKARO KECAMATAN MAUKARO KABUPATEN ENDE PERIODE TANGGAL 13 MARET S/D 14 JUNI 2019”**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Ende, Maret 2019

Penulis

Paulina Dhina
NIM: PO. 5303240181407

RIWAYAT HIDUP

Nama : Paulina Dhina
Tempat Tanggal Lahir : Mundinggasa, 23 Agustus 1980
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Asal : Mundinggasa, RT 04, RW 02, Desa
Mundinggasa, Kecamatan Maukaro, Kabupaten
Ende

Riwayat Pendidikan:

1. Tamatan SDI Mundinggasa, tahun 1992
2. Tamatan SMPK Swadaya Maukaro, tahun 1996
3. Tamatan SPK St. Elisabeth Lela Maumere, tahun 1999
4. Tamatan Program Pendidikan Bidan (P2BA) Ende, tahun 2001
5. Tahun 2018 sampai sekarang melanjutkan pendidikan di Poltekkes
Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul: **“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. F. S. DI PUSKESMAS MAUKARO KECAMATAN MAUKARO KABUPATEN ENDE PERIODE TANGGAL 13 MARET S/D 14 JUNI 2019 ”** ini dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Jurusan Kebidanan Politeksik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. R. H. Kristina SKM., M. Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
2. Dr. Mareta B. Bakoil, SST., MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
3. Ir. Marselinus Y. W. Petu selaku Bupati Ende yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk belajar dan menimba ilmu di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang
4. Namsyah Baso, SST., M. Keb., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
5. Diyan Maria Kristin, SST., M.Kes., selaku penguji yang telah memberikan masukan dalam melengkapi Laporan Tugas akhir ini.
6. Yakob Ndore, A.Md. Kl. selaku kepala Puskesmas Maukaro yang telah memberi izin dan membantu penelitian ini.

7. Bapak Bernadus Dey dan Ibu Floriana Sare yang telah bersedia menjadi responden dan Klien selama penulis memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan.
8. Orang tuaku tercinya Bapak Michael Bhoka (Alm) dan Mama Veronika Nake (Almh) yang telah memberi dukungan baik spiritual, moril maupun material serta kasih sayang yang tak terkira dalam setiap langkah kaki penulis.
9. Suami dan anak tercinta yang telah memberi semangat dan dukungan baik moril maupun material serta kasih sayang yang tiada terkira dalam seyiap langkah kaki penulis.
10. Teman-teman seangkatan XVIII khususnya kelas RPL pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang, yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.
11. Semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan satu persatu, yang ikut berpartisipasi dalam menyelesaikan Laporan tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan laporan Tugas Akhir ini.

Ende, Maret 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
ABSTRAK	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	6
D. Manfaat	6
E. Keaslian Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Teori Medis	8
B. Standar Asuhan Kebidanan	97
C. Kewenangan Bidan	99
D. Kerangka Pikir	103
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	104
B. Lokasi Dan Waktu	104
C. Subjek Laporan Kasus	104
D. Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data	104
E. Keabsahan Penelitian	105
F. Instrumen Laporan Kasus	105
G. Etika Studi Kasus	105
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	

A. Gambaran Lokasi Penelitian	107
B. Tinjauan Kasus	107
C. Pembahasan	151

BAB V PENUTUP

A. Simpulan.....	159
B. Saran	160

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

			Halaman
Tab el	2.1	Anjuran Makan Sehari Untuk Ibu Hamil Tambahan.....	17
Tab el	2.2	Ketidaknyamanan Trimester III dan Cara Mengatasi.....	20
Tab el	2.3	Skor Poedji Rochjati.....	24
Tab el	2.4	TFU Sesuai Umur Kehamilan.....	28
Tab el	2.5	Rentan Waktu Pemberian Imunisasi TT.....	28
Tab el	2.6	Jadwal Imunisasi Pada Bayi.....	37
Tab el	2.7	Asuhan dan Jadwal Kunjungan Rumah Masa Nifas.....	79
Tab el	2.8	Perubahan Normal Pada Uterus Selama Post Partum.....	80
Tab el	2.9	Perbedaan Masing-masing Lochea.....	82
Tab el	2.1 0	Pola Penggunaan Metode Kontrasepsi yang Rasional.....	95
Tab el	4.1	Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu.....	10 8

Tab el	4.2	Pola hari.....	Kebiasaan	Sehari-	10 9
Tab el	4.3	Analisa Masalah.....	Diagnosa	dan	11 3
	4.4				
Tab el		Pemantauan VT.....	His, DJJ, TTV	dan	12 4

DAFTAR GAMBAR

			Halaman
Gamba r	2.1	Leopold I.....	38
Gamba r	2.2	Leopol II.....	39
	2.3	Leopold	39
	2.4	III.....	40

Gambar	Leopold
r	IV.....
Gambar	
r	

DAFTAR BAGAN

			Halaman
Bagan	2.1	Kerangka	10
		Pikir.....	3

DAFTAR SINGKATAN

ABPK	:	Alat Bantu Pengambilan Keputusan
AIDS	:	<i>Acquired Immonudeficiency Syndrome</i>
AKB	:	Angka Kematian Bayi
AKBK	:	Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	:	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	:	Angka Kematian Ibu
ANC	:	<i>Antenatal Care</i>
ASI	:	Air Susu Ibu
ATP	:	<i>Adenosine Tri Posphate</i>
BAB	:	Buang Air Besar
BAK	:	Buang Air Kecil
Balita	:	Bawah Lima Tahun
BB	:	Berat Badan
BBL	:	Bayi Baru Lahir
BBLR	:	Berat Badan Lahir Rendah
BMR	:	<i>Basal Metabolic Rate</i>
Ca	:	Kalsium
Cc	:	Centimeter kubik
CD	:	<i>Conjugata diagonalis</i>
Cm	:	Centimeter
CO ₂	:	Karbondioksida
CPD	:	<i>Cephalo Pelvic Disproportion</i>
CV	:	<i>Conjugata vera</i>
CVA	:	<i>Cerebro Vasculas Accident</i>
Depkes	:	Departemen Kesehatan
Dinkes	:	Dinas Kesehatan
DJJ	:	Denyut Jantung Janin

DII	:	Dan lain-lain
DMPA	:	<i>Depo Medroksi Progesteron Asetat</i>
DTT	:	Desinfeksi Tingkat Tinggi
EDC	:	<i>Estimated Date of Confinement</i>
EDD	:	<i>Estimated Date of Delivery</i>
F	:	Fosfor
FSH	:	<i>Follicle Stimulating Hormone</i>
GCS	:	<i>Glasgow Coma Scale</i>
Gr	:	Gram
HB	:	Hemoglobin
Hcg	:	<i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HCL	:	<i>Hidrogen Clorida</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	:	Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	:	<i>Human Placenta Lactogen</i>
igA	:	Imunoglobulin A
IgE	:	Imunoglobulin E
igM	:	Imunoglobulin M
IM	:	Intra Muskular
IMD	:	Inisiasi Menyusu Dini
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
INC	:	<i>Intranatal Care</i>
ISK	:	Infeksi Saluran Kencing
IU	:	Internasional Unit
IUD	:	<i>Intra Uterine Device</i>
JNPK-KR	:	Jaringan Nasional Pelatihan Klinis-Kesehatan Reproduksi
K1	:	Pemeriksaan Kesehatan Pertama

K4	:	Kontak minimal 4 kali
KB	:	Keluarga Berencana
KEK	:	Kekurangan Energi Kronik
Kemenkes	:	Kementerian Kesehatan
KET	:	Kehamilan Ektopik Terganggu
KF	:	Kunjungan Nifas
Kg	:	Kilogram
KH	:	Kelahiran Hidup
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	:	Komunikasi Informasi dan Edukasi
KK	:	Kepala Keluarga
KMS	:	Kartu Menuju Sehat
KN	:	Kunjungan Neonatus
KN1	:	Kunjungan Neonatus pertama
KN3	:	Kunjungan Neonatus ketiga
KRR	:	Kehamilan Resiko Rendah
KRST	:	Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	:	Kehamilan Resiko Tinggi
KSPR	:	Kartu Skor Poedji Rochjati
Lansia	:	Lanjut Usia
LH	:	<i>Luteinizing Hormone</i>
LILA	:	Lingkar Lengan Atas
MDGs	:	<i>Millenium Development Goal's</i>
Mg	:	Miligram
mmHg	:	Milimeter Hidrogium
MTBS	:	Manajemen Terpadu Balita Sakit
NTT	:	Nusa Tenggara Timur

Ny	:	Nyonya
O ₂	:	Oksigen
P4K	:	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	:	Pintu Atas Panggul
PITC	:	<i>Provider Initiated Testing And Counselling</i>
PKK	:	Pembina Kesejahteraan Keluarga
PNC	:	<i>Postnatal Care</i>
Posyandu	:	Pos Pelayanan Terpadu
Prov.	:	Provinsi
PRP	:	Penyakit Radang Panggul
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	:	Puskesmas Pembantu
PWS	:	Pemantauan Wilayah Setempat
Px	:	<i>Prococcus Xyphoideus</i>
Renstra	:	Rencana Strategi
RI	:	Republik Indonesia
RS	:	Rumah Sakit
RT	:	Rukun Tetangga
RW	:	Rukun Warga
S.I	:	Satuan Internasional
SAR	:	Segmen Atas Rahim
SBR	:	Segmen Bawah Rahim
SD	:	Sekolah Dasar
SDKI	:	Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
SOAP	:	Subyektif, Objektif, Assessment, Penatalaksanaan
SpOG	:	Spesialis Obgyn dan Ginekologi

TB	:	Tinggi Badan
TBBJ	:	Tafsiran Berat Badan Janin
TBC	:	Tuberkulosis
TFU	:	Tinggi Fundus Uteri
TM	:	Trimester
TT	:	Tetanus Toksoid
UK	:	Usia Kehamilan
USG	:	<i>Ultrasonography</i>
VT	:	<i>Vaginal Toucher</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WITA	:	Waktu Indonesia Tengah

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	I	Kartu Konsultasi Laporan Tugas Akhir Pembimbing
n		
Lampiran	II	Surat Persetujuan Responden
n		
Lampiran	III	Skor Poedji Rochjati
n		
Lampiran	IV	Buku KIA Ibu Hamil
n		
Lampiran	V	Partograf
n		
Lampiran	VI	SAP
n		
Lampiran	VII	Leaflet
n		

ABSTRAK

**Kementrian Kesehatan RI
Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang
Jurusan Kebidanan
Maret s/d Juni 2019**

Paulina Dhina

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny F.S di Puskesmas Maukaro Kabupaten Ende Periode tanggal Bulan Maret S/D Juni 2019”

Latar Belakang: Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu masih menghadapi berbagai masalah, yakni semakin meningkat Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), (Kemenkes, 2015). Berdasarkan sumber data profil dinas kesehatan Kabupaten Ende AKB tahun 2018 sebesar 109 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan adanya kenaikan AKB, bila dibandingkan dengan AKB pada tahun 2017, pada tahun 2018 dari data yang di kumpulkan bidang kesehatan keluarga terdapat 109 kasus kematian bayi dari 4.968 kelahiran hidup, sedangkan untuk kasus lahir mati berjumlah 19 kasus (Dinkes Kab. Ende 2018). Sedangkan AKB Puskesmas Maukaro 7 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2014-2017, AKI 2 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2014-2017. Dengan dilakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil trimester

III sampai perawatan masa nifas diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya menurunkan (AKI) dan (AKB) di Indonesia serta tercapainya kesehatan ibu dan anak yang optimal.

Tujuan: Mampu memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny F.S. di Puskesmas Maukaro.

Metode: Jenis penelitian menggunakan studi penelahan kasus dengan unit tunggal, pengumpulan data primer dan sekunder serta pendekatan 7 langkah varney dan metode SOAP.

Hasil Studi Kasus: Berdasarkan asuhan yang telah diberikan kepada Ny F.S. selama masa kehamilan dalam keadaan sehat, proses persalinan berjalan dengan normal, pada masa nifas involusi berjalan dengan normal, bayi normal tidak mengalami ikterus atau kelainan serta motifasi mengikuti KB, ibu dan suami bersepakat untuk mengikuti KB suntik 3 bulanan.

Kesimpulan: Setelah melakukan semua asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.F.S berjalan dengan lancar yang ditandai dengan keluhan selama hamil teratasi dengan baik, persalinan terjadi di fasilitas kesehatan, perawatan bayi berjalan dengan baik, masa nifas normal dan motifasi KB berhasil, keadaan ibu dan bayi sehat dan normal.

Kata Kunci: Asuhan kebidanan berkelanjutan kehamilan, persalinan, bayi, nifas dan KB.

Kepustakaan: 14 buku-buku

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang dilakukan melalui *Antenatal care* (ANC), *intranatal Care* (INC), *postnatal Care* (PNC), dan bayi baru lahir (BBL) secara berkelanjutan pada pasien. Ukuran yang dipakai untuk menilai baik buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity Care*) dalam suatu Negara atau daerah pada umumnya disebut kematian martenal (*maternal mortality*). Mengapa kematian martenal dipakai sebagai tolak ukur untuk menilai kualitas pelayanan kebidanan? Kematian martenal merupakan masalah kesehatan global yang menjadi indikator penting dalam keberhasilan program kesehatan ibu sekaligus salah satu indikator dalam menggambarkan derajat kesehatan masyarakat.

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting dalam menilai derajat kesehatan. Kematian ibu dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan dan melahirkan. Indikator ini dipengaruhi oleh status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitifitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikanya sebagai indikator keberhasilan pembangunan sector kesehatan. Kasus kematian ibu meliputi kematian ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas.

Menurut World Health Organization (WHO) memperkirakan setiap hari terdapat 800 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan proses melahirkan. Laporan WHO tahun 2014 menunjukan AKI didunia sebesar 289.000 jiwa, dimana terbagi atas beberapa Negara, antara lain Amerika serikat mencapai 9.300 jiwa, afrika utara 179.000 jiwa dan asia tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di Negara maju besar 16/100.000 KH, sedangkan di Negara berkembang mencapai angka

230/100.000KH, artinya Negara berkembang menyumbang 99% kematian maternal di dunia.

Indonesia sebagai salah satu Negara berkembang yang menempati urutan AKI tertinggi se Asia Tenggara pada tahun 2014 yaitu 214 per 100.000 KH, diikuti Filipina 170, Vietnam 160, Thailand 44, Brunei 60, dan Malaysia 39 per 100.000 KH. Tingginya angka kematian ini menggambarkan masih rendahnya derajat kesehatan masyarakat dan berpotensi menyebabkan kemunduran ekonomi dan sosial di level rumah tangga, komunitas, dan nasional. Angka kematian ibu secara nasional dari tahun 1991 – 2015 bergerak fluktuatif. Hasil survey demografi kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan penurunan AKI selama periode tahun 1991 – 2007 dari 390 menjadi 228 per 100.000 KH, tahun 2012 mengalami kenaikan menjadi 359 per 100.000 KH, dan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 kembali menunjukkan penurunan AKI menjadi 305 per 100.000 KH. Penurunan angka kematian tersebut belum mencapai target MDGs yaitu menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 KH pada tahun 2015 dan masih jauh dari output SDGs untuk mengurangi AKI hingga 70 per 100.000 KH pada tahun 2030 (WHO, 2013).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 KH. Angka ini sedikit menurun dibandingkan dengan SDKI tahun 1991, yaitu sebesar 390 per 100.000 KH. Target global SDGs (sustainable development Goals) adalah menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 KH. Mengacu dari kondisi saat ini, potensi untuk mencapai target SDGs, untuk menurunkan AKI adalah “offtrack” artinya diperlukan kerja keras dan sungguh sungguh untuk mencapainya (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten se propinsi NTT tahun 2015 menunjukkan bahwa konversi AKI per 100.000 kelahiran hidup dalam tiga tahun terakhir mengalami fluktuasi. Jumlah AKI pada tahun 2011 sebesar 208 atau 220 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2012

menurun menjadi 192 atau 200 per 100.000 KH, pada tahun 2013 menurun menjadi 176 atau 185,6 per 100.000 KH, selanjutnya pada tahun 2015 meningkat menjadi 178 kematian atau 133 per 100.000 KH.

Sedangkan AKI di kabupaten ende pada tahun 2018 mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Berdasarkan data yang dilaporkan oleh bidang kesehatan keluarga tercapai kematian ibu pada tahun 2018 mengalami kenaikan yaitu tujuh kasus jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya lima kasus.

Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian Neonatal (0 – 28 hari) juga menjadi penting karena kematian Neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Berdasarkan SDKI tahun 2012, angka kematian Neonatal (AKN) sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI 2007 dan hanya menurun satu poin dibanding SDKI tahun 2002 sampai 2003 yaitu 20 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2018)

Berdasarkan data angka kematian bayi (AKB) di kabupaten Ende pada tahun 2018 sebesar 109 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan adanya kenaikan AKB, bila dibandingkan dengan AKB pada tahun 2017, pada tahun 2018 dari data yang dikumpulkan bidan kesehatan keluarga terdapat 109 kasus kematian bayi dari 4.968 kelahiran hidup. Sedangkan kasus lahir mati berjumlah 19 kasus (Dinkes Kab. Ende 2018) sedangkan AKB puskesmas maukaro 7 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2014 – 2017, AKI 2 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2014 – 2017.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah diatas, maka rumusan pada studi kasus ini yaitu bagaimana asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. F. S di puskesmas maukaro periode 13 maret sampai 14 juni 2019.

C. Tujuan Laporan Tugas Akhir

1. Tujuan umum

Umtuk menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. F.S di puskesmas maukaro periode 13 maret sampai 14 juni 2019.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengumpulan data subjektif, objektif, analisa data dan penatalaksanaan kehamilan pada Ny. F. S di puskesmas maukaro
- b. Melakukan pengumpulan data subjektif, objektif, analisa data dan penatalaksanaan persalinan pada Ny. F. S di puskesmas maukaro
- c. Melakukan pengumpulan data subjektif, objektif, analisa data dan penatalaksanaan masa nifas pada Ny. F. S di puskesmas maukaro
- d. Melakukan pengumpulan data subjektif, objektif, analisa data dan penatalaksanaan bayi baru lahir pada Ny. F. S di puskesmas maukaro
- e. Melakukan pengumpulan data subjektif, objektif, analisa data dan penatalaksanaan KB dan kespro pada Ny. F. S di puskesmas maukaro.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Laporan studi kasus ini dapat di jadikan sumber pengetahuan ilmiah dan memberi tambahan referensi tentang asuhan kebidanan

berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, kespro dan KB.

2. Manfaat aplikatif

a. Bagi institusi prodi D III Kebidanan

Laporan studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai referensi dan sumber bacaan tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, kespro dan KB.

b. Bagi profesi bidan di puskesmas maukaro.

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, kespro dan KB.

c. Bagi klien dan masyarakat

Agar klien maupun masyarakat bias melakukan deteksi dari asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, kespro dan KB, sehingga memungkinkan segera mendapat pertolongan.

E. Keaslian Laporan Kasus

Laporan tugas akhir ini sudah pernah dilakukan oleh mahasiswa jurusan kebidanan di sekolah tinggi akademi kebidanan yayasan husada madani atas nama siti desi agustina pada tahun 2014 dengan judul : asuhan

kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil tri smester III di RB jati uwung kota tangeran”.

Ada perbedaan antara laporan tugas akhir penulis lakukan dengan sebelumnya baik dari segi waktu, tempat dan subjek. Studi kasus yang penulis ambil dengan judul asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. F.S di puskesmas maukaro periode 13 maret sampai 14 juni 2019.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar kasus

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahir bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Manuaba, 2009).

Kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dan sel mani (sperma) yang disebut pembuahan atau fertilisasi, yang terjadi di ampulla tuba (Mandriwati, 2016).

b. Tanda-tanda kehamilan sesuai umur kehamilan

Menurut Romauli (2011) tanda pasti kehamilan sebagai berikut :

1) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin dapat didengar dengan stetoskop Leanec pada minggu 17-18, pada orang gemuk lebih lambat. Penggunaan stetoskop ultrasonic (Doppler), DJJ dapat didengar lebih awal lagi, sekitar minggu ke-12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.

2) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-28 minggu pada multigravida, karena pada usia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi. Sedangkan pada primigravida ibu dapat merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 18-20 minggu.

3) Tanda *Braxton-hiks*

Terjadi bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Keadaan uterus yang membesar tapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri maka tanda ini tidak ditemukan.

c. Kebijakan Kunjungan Antenatal

Menurut Depkes RI (2009), mengatakan kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama kehamilan yaitu: minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), minimal 1 kali pada trimester kedua, minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4).

Menurut Sunarsih (2014) jadwal pemeriksaan antenatal sebagai berikut:

- 1) Kunjungan I (16 minggu) bertujuan untuk hal-hal seperti, penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan, pencegahan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
- 2) Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu) bertujuan untuk pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya, penapisan preeklampsi, gemeli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, mengulang perencanaan persalinan
- 3) Kunjungan IV (36 minggu) sampai lahir untuk mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, mengenali tanda- tanda persalinan, memantau merencanakan persalinan

d. Perubahan Fisiologi Dan Psikologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Fisiologi

Kehamilan trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Kehamilan trimester akhir, ibu hamil akan merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan (Pantikawati, 2010).

Menurut Pantikawati tahun 2010 perubahan fisiologi ibu hamil trimester III sebagai berikut :

a) Uterus

Kehamilan trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR), karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah rahim yang lebih tipis. Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus.

b) Sistem Payudara

Pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat pada kehamilan trimester III. Usia kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

c) Sistem Traktus Urinarius

Akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul yang menyebabkan keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali.

d) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral.

e) Sistem Respirasi

Usia kehamilan 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas (Romauli, 2011).

f) Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan (Romauli, 2011).

g) Sistem Integumen

Menurut Pantikawati tahun 2010, pada kehamilan trimester III kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Kebanyakan multipara selain *striae* kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya. Kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*, selain itu pada areola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan.

h) Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvik pada kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara

menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan. Pergerakan menjadi sulit dimana struktur ligament dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Lordosis progresif merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal. Selama trimester akhir rasa pegal, mati rasa dan lemah dialami oleh anggota badan atas yang disebabkan lordosis yang besar dan fleksi anterior leher (Pantikawati, 2010).

i) Sistem Metabolisme

Menurut Pantikawati tahun 2010 perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula terutama pada trimester ke III

- (1) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- (2) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi.
- (3) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- (4) Menurut Romauli (2011) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi : Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari, dan Zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari. Ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

j) Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Menurut Saryono (2010) mengatakan kenaikan berat badan selama hamil 9- 13,5 kg yaitu pada trimester 1 kenaikan berat badan minimal 0,7 –1,4 kg , pada trimester 2 kenaikan berat badan 4,1 kg dan pada trimester 3 kenaikan berat badan 9,5 kg.

Standar kenaikan berat selama hamil adalah sebagai berikut :

- (1) Kenaikan berat badan trimester 1 kurang lebih 1 kg. kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu
- (2) Kenaikan berat badan trimester 2 adalah 3 kg atau 0,3 per minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada ibu
- (3) Kenaikan berat badan trimester 3 adalah 6 kg atau 0,3 sampai 0,5 kg per minggu. Sekitar 60% dan kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

Menurut Saryono (2010) berat badan dilihat dari Quetet atau Body masa indek (Indek Masa Tubuh = IMT). Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah. Sedangkan berat badan overweight meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan. Penilaian indeks masa tubuh diperoleh dengan rumus: $IMT = \frac{BB \text{ sebelum hamil (kg)}}{TB^2 \text{ (meter)}}$

k) Sistem darah dan pembekuan darah

(1) Sistem darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan intraseluler adalah cairan yang disebut plasma dan di dalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah. Volume darah secara ksesluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55%nya adalah cairan sedangkan 45% sisanya terdiri atas sel darah. Sususnan darah terdiri dari air 91,0%, protein 8,0% dan mineral 0.9% (Walyani, 2015).

(2) Pembekuan darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah

sebagaimana setelah diterangkan. Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Thrombin tidak ada dalam darah normal yang masih dalam pembuluh. Protombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif thrombin oleh kerja trombokinas. Trombokinas atau trombokiplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan ke darah (Walyani, 2015).

1) Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan-perubahan neurohormonal hipotalami-hipofisis. Menurut Romauli (2011) perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular :

- (1) Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- (2) Lordosis dan dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
- (3) Hipokalsenia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuscular, seperti kram otot atau tetani.
- (4) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi awal kehamilan.
- (5) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya.
- (6) *Akroestesia* (gatal ditangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan dirasakan pada beberapa wanita selama hamil.

2) Perubahan Psikologi pada Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua. Adapun perubahan psikologi antara lain: rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa

dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya, khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya, merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka (sensitif), libido menurun (Romauli, 2011)

e. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Walyani (2015) kebutuhan dasar ibu hamil trimester III adalah sebagai berikut :

1) Nutrisi

a) Energi/ Kalori

Sumber tenaga digunakan untuk tumbuh kembang janin dan proses perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh yang meliputi pembentukan sel baru, pemberian makan ke bayi melalui plasenta, pembentukan enzim dan hormon penunjang pertumbuhan janin, menjaga kesehatan ibu hamil, persiapan menjelang persiapan persalinan dan persiapan laktasi.

Kekurangan energi dalam asupan makan akan berakibat tidak tercapainya berat badan ideal selama hamil (11-14 kg), karena kekurangan energi akan diambil dari persediaan protein. Sumber energi dapat diperoleh dari : karbohidrat sederhana seperti (gula, madu, sirup), karbohidrat kompleks seperti (nasi, mie, kentang), lemak seperti (minyak, margarin, mentega).

b) Protein

Protein diperlukan sebagai pembentuk jaringan baru pada janin, pertumbuhan organ-organ janin, perkembangan alat kandung ibu hamil, menjaga kesehatan, pertumbuhan plasenta, cairan amnion, dan penambah volume darah.

c) Lemak

Lemak dibutuhkan sebagai sumber kalori untuk persiapan menjelang persalinan dan untuk mendapatkan vitamin A,D,E,K.

d) Vitamin

Vitamin dibutuhkan untuk memperlancar proses biologis yang berlangsung dalam tubuh ibu hamil dan janin.

e) Mineral

Kebutuhan mineral untuk menghindari cacat bawaan dan defisiensi, menjaga kesehatan ibu selama hamil dan janin, serta menunjang pertumbuhan janin. Beberapa mineral yang penting antara lain kalsium, zat besi, fosfor, asam folat, yodium.

f) Faktor yang mempengaruhi gizi ibu hamil

Usia, berat badan ibuhamil, aktivitas, kesehatan, pendidikan dan pengetahuan, ekonomi, kebiasaan dan pandangan terhadap makanan, diit pada masa sebelum hamil dan selama hamil, lingkungan, psikologi.

g) Pengaruh status gizi terhadap kehamilan

Status gizi ibu hamil buruk, maka dapat berpengaruh pada:

- (1) Janin : kegagalan pertumbuhan, BBLR, premature, lahir mati, cacat bawaan, keguguran
- (2) Ibu hamil : anemia, produksi ASI kurang
- (3) Persalinan : SC, pendarahan, persalinan lama.

h) Menyusun menu seimbang bagi ibu hamil

Tabe 2.1 Anjuran Makan Sehari Untuk Ibu Hamil

Bahan Makanan	Wanita Tidak Hamil	Ibu Hamil		
		Trimester I	Trimester II	Trimester III
Makanan Pokok	3 porsi	4 porsi	4 porsi	4 porsi
Lauk Hewani	1½ potong	1½ potong	2 potong	2 potong
Lauk Nabati	3 potong	3 potong	4 potong	4 potong

Sayuran	1½ mangkok	1½ mangkok	3 mangkok	3 mangkok
Buah	2 potong	2 potong	3 potong	3 potong
Susu	-	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	6-8 Gelas	8-10 gelas	8-10 gelas	8-10 gelas

Sumber Kritiyanasari 2010

2) Oksigen

Berbagai kandungan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung, untuk mencegah hal tersebut, hal-hal yang perlu dilakukan adalah latihan napas melalui senam hamil seperti tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau hentikan rokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.

3) Personal hygiene

Hal kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah kulit dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium (Walyani, 2015)

4) Pakaian

Kebutuhan pakaian ibu hamil pada dasarnya pakaian apa saja bisa dipakai, pakaian hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Payudara perlu didorong dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak nyaman (Walyani, 2015).

5) Eliminasi

Keinginan BAK ibu hamil akan meningkat pada Kehamilan trimester III karena penurunan kepala ke PAP sehingga hal-hal yang perlu dilakukan untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung

kemih yakni dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormon progesteron meningkat sehingga untuk mengatasi keluhan ini dianjurkan meningkatkan aktifitas jasmani dan makan berserat (Walyani, 2015)

6) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan (Romauli, 2011)

7) Body Mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim. Nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil yaitu sikap duduk, berdiri, berjalan, tidur, bangun dan baring, membungkuk dan mengangkat (Romauli, 2011).

8) Imunisasi

Menurut Romauli (2011) imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat 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. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya TT2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ketiga (interval minimal dari dosis kedua) maka statusnya TT3, status TT4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ketiga) dan status TT5 didapatkan

bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis keempat).

Ibu hamil dengan status TT4 dapat diberikan sekali suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup atau 25 tahun (Romauli, 2011)

9) Seksualitas

Menurut Walyani tahun 2015 hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti sering abortus dan kelahiran premature, perdarahan pervaginam, coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterine. Kehamilan trimester III, libido mulai mengalami penurunan. Hal ini disebabkan karena rasa tidak nyaman di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, napas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual.

10) Istirahat dan tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat pada siang hari selama 1 jam (Romauli, 2011).

f. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

Tabel 2.2 Ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
1.	Sering buang air kecil	1. kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula. 2. Batasi minum kopi, teh, dan soda

- | | | |
|----|-----------------------------------|--|
| 2. | <i>Hemoroid</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah. 2. Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid. |
| 3. | Keputihan <i>leukorhea</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari 2. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap 3. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur |
| 4. | Sembelit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah 2. Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C 3. Lakukan senam hamil |
| 5 | Sesak napas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang 2. Mendorong postur tubuh yang baik |
| 6 | Nyeri <i>ligamentum rontundum</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri 2. Tekuk lutut kearah abdomen 3. Mandi air hangat 4. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring |
| 7 | Perut kembung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari makan makanan yang mengandung gas 2. Mengunyah makanan secara teratur 3. Lakukan senam secara teratur |
| 8 | Pusing/ sakit kepala | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat |

2. Hindari berbaring dalam posisi terlentang
- 9 Sakit punggung atas dan bawah
1. Posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas
 2. Hindari mengangkat barang yang berat
 3. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung
- 10 Varises pada kaki
1. Istrahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin untuk mengembalikan efek gravitasi
 2. Jaga agar kaki tidak bersilangan
 3. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama.

Sumber: Romauli (2011)

g. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Penting bagi seorang bidan untuk mengetahui dan memeriksa tanda-tanda bahaya pada setiap kali kunjungan antenatal.

Menurut Pantikawati (2010) tanda bahaya tersebut adalah sebagai berikut :

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan yang tidak normal adalah berwarna merah, banyak, dan kadang-kadang tidak selalu disertai dengan nyeri. Perdarahan ini bisa disebabkan oleh plasenta previa, solusio plasenta dan gangguan pembekuan darah.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap, tidak hilang dengan beristirahat dan biasanya disertai dengan penglihatan kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi.

3) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.

4) Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung dan preeklamsia.

5) Gerakan janin yang berkurang

Normalnya ibu mulai merasakan pergerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6 tetapi beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Normalnya bayi bergerak dalam satu hari adalah lebih dari 10 kali.

6) Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III bisa mengindikasikan ketuban pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

h. Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan Trimester III

Menurut Poedji Rochyati (2003) deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III dan penanganan serta prinsip rujukan kasus yaitu:

1) Menilai faktor resiko

a) Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidakpuasan pada ibu atau bayi. Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):

- b) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- c) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- d) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2010).

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak maupun di masyarakat (Skor Poedji Rochjati, 2003).

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

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
 - b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
 - c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor \geq 12 (Rochjati Poedji, 2003).
- 2) Tujuan sistem skor Poedji Rochjati

- a) Membuat pengelompokkan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- b) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.
- c) Fungsi skor
- (1) Sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE – bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan.
- d) Cara pemberian skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsi diberi skor 8.

Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi (Poedji Rochjati, 2003).

Tabel 2.3 Skor Poedji Rochjati

		II	III	IV			
Kel.	No	Masalah/ Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
F.B		Skor awal ibu hamil	2				2
	1	Terlalu muda, hamil < 16 Th	4				

I	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 Th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 Tn	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 Th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 Th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4/ lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 Th	4				
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan					
		a. Tarikan tang/vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/ Transfusi	4				
		10	Pernah operasi sesar	8			
II	11	Penyakit pada ibu hamil					
		a. Kurang darah b.	4				
		Malaria					
		c. TBC paru d.	4				
	Payah jantung						
e. Kencing manis (4						
Diabetes)							
d. Penyakit menular seksual	4						
12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4					

	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hidramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/kejang-kejang	8				
JUMLAH SKOR							

Keterangan :

- (1) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
 - (2) Ibu hamil dengan skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSOG
- e) Pencegahan kehamilan risiko tinggi
- Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi untuk kehamilan dan persalinan aman.
- (1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
 - (2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama dengan tinggi badan rendah.
 - (3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis (Rochjati Poedji, 2003).

- (a) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.
- (b) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan nifas.
- (c) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
- (d) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- (e) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. (Manuaba, 2010)

i. Konsep Dasar Antenatal Care dan Standar Pelayanan Antenatal

1) Pengertian

Asuhan Antenatal merupakan upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal, melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2008).

Antenatal Care merupakan pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, yang meliputi upaya koreksi terhadap penyimpangan dan intervensi dasar yang dilakukan (Pantikawati, 2010).

2) Tujuan ANC

Menurut Sunarsih (2014) tujuan dari ANC adalah :

- a) Memantau kemajuan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial budaya ibu dan bayi.
- c) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

- d) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayidengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri dan kelahiran bayi.
 - e) Mengembangkan persiapan persalinan serta persiapan menghadapi komplikasi.
 - f) Membantu menyiapkan ibu menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial.
- 3) Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulan yang menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya factor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (Kemenkes RI, 2015).

2) Ukur tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg). Kehamilan dengan preeklampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Kemenkes RI, 2015).

3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/ LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah

(BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA > 28 cm (Kemenkes RI, 2015).

4) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 2.4 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

Tinggi (cm)	Fundus uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat – simfisis
20	Dibawa pinggir pusat
24	Pinggir pusat atas
28	3 jari atas pusat
32	½ pusat – <i>proc. Xiphoideus</i>
36	1 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i>
40	3 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i>

Sumber Nugroho,dkk, 2014.

5) Pemantauan Imunisasi Tetanus Dan Pemberian Imunisasi Tetanus Tokosiod Sesuai Status Imunisasi (T5).

Tabel 2.5 Rentang Waktu Pemberian Immunisasi dan Lama Perlindungannya

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber Kemenkes RI, 2015.

6) Tentukan presentase janin dan denyut jantung janin (T6)

Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/ menit atau cepat >160x/ menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2015).

7) Beri tablet tambah darah (T7)

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizibesi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zatbesi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

8) Periksa laboratorium (T8)

- a) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan
- b) Tes haemoglobin. Dilakukan minimal sekali pada trimester 1 dan sekali pada trimester 3. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester 2 dilakukan atas indikasi.
- c) Tes pemeriksaan urin (air kencing). Dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada protein urin dalam air kencing ibu. ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.
- d) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi diabetes melitus. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap trimester.

e) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).

9) Tata laksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

10) Temu wicara atau konseling (T10)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan 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, inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi (Kemenkes RI, 2015).

J. Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengumpulan data

a) Data subyektif

1) Biodata berisikan tentang biodata ibu dan suami meliputi: Nama, umur, Agama, Pendidikan terakhir, Pekerjaan, Alamat, dan nomor HP (Romauli, 2011)

2) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan (Romauli, 2011).

3) Riwayat keluhan utama

Riwayat keluhan utama ditanyakan dengan tujuan untuk mengetahui sejak kapan seorang klien merasakan keluhan tersebut (Romauli, 2011).

4) Riwayat menstruasi

Menstruasi dimulai antara usia 12-15 tahun dan dapat menimbulkan berbagai gejala pada remaja, diantaranya nyeri perut (kram), sakit kepala terkadang vertigo, perasaan cemas, gelisah dan konsentrasi buruk (Romauli, 2011).

Menstruasi adalah perdarahan periodik pada uterus yang dimulai sekitar 14 hari setelah ovulasi hari pertama keluarnya darah menstruasi ditetapkan sebagai hari pertama siklus endometrium, lama rata-rata menstruasi adalah 5 hari (rentang 3-6 hari) dan jumlah darah rata-rata yang hilang ialah 50 ml (rentang 20-80 ml), namun hal ini sangat bervariasi.

Menstruasi dikatakan normal apabila siklusnya 21-35 hari (rata-rata 28 hari), lamanya 2-7 hari, sebanyak 20-60 ml (2-3 pembalut per hari), tidak ada rasa nyeri, dan terjadi ovulasi (Romauli, 2011).

5) Riwayat perkawinan

Beberapa pertanyaan yang perlu ditanyakan kepada klien antara lain yaitu:

(a) Menikah

Tanyakan status klien apakah ia sekarang sudah menikah atau belum menikah. Hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut apakah dari hasil pernikahan yang resmi atau hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan.

(b) Usia saat menikah

Tanyakan kepada klien pada usia berapa ia menikah hal ini diperlukan karena jika ia mengatakan bahwa menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tempat bidan tersebut sudah tak lagi muda dan kehamilannya adalah kehamilan pertama, ada kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat

diharapkan. Hal ini akan berpengaruh bagaimana asuhan kehamilannya (Romauli, 2011).

(c) Lama pernikahan

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama ia menikah, apabila klien mengatakan bahwa telah lama menikah dan baru saja mempunyai keturunan anak kemungkinan kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan (Romauli, 2011).

(d) Dengan suami sekarang

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama menikah dengan suami sekarang, apabila mereka tergolong pasangan muda maka dapat dipastikan dukungan suami akan sangat besar terhadap kehamilan.

(e) Istri keberapa dengan suami sekarang

Tanyakan kepada klien istri ke berapa dengan suami klien, apabila klien mengatakan bahwa ia adalah istri kedua dari suami sekarang maka hal itu bisa mempengaruhi psikologi klien saat hamil. (Walyani, 2015)

6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

a) Tanggal, bulan dan tahun persalinan

b) Usia gestasi

Usia gestasi saat bayi yang terdahulu lahir harus diketahui karena kelahiran preterm cenderung terjadi lagi dan karena beberapa wanita mengalami kesulitan mengembangkan ikatan dengan bayi yang dirawat dalam waktu yang lama (Romauli, 2011).

c) Jenis persalinan

Catat kelahiran terdahulu apakah pervaginam, melalui bedah sesar, forcep atau vakum (Romauli, 2011).

d) Tempat persalinan, penolong persalinan, keadaan bayi

e) Lama persalinan

Lama persalinan merupakan faktor yang penting karena persalinan yang lama dapat mencerminkan suatu masalah dapat berulang. Kemungkinan ini semakin kuat jika persalinan yang lama merupakan pola yang berulang. Persalinan pertama yang lama jarang berulang padapersalinan berikutnya, persalinan singkat juga harus dicatat karena hal ini juga sering berulang (Suryati, 2011).

f) Berat lahir

Berat lahir sangat penting untuk mengidentifikasi apakah bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi besar untuk masa kehamilan, suatu kondisi yang biasanya berulang, apabila persalinan pervaginam, bert lahir encerminkan bahwa bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal (Suryati, 2011).

g) Jenis kelamin

Bidan membicarakan jenis kelamin bayi terdahulu, klinisi memiliki kesempatan untuk menanyakan klien tentang perasaannya terhadap anak laki-laki dan perempuan serta keinginannya dan pasangannya sehubungan dengan jenis kelamin bayi yang dikandungnya saat ini (Suryati, 2011)

h) Komplikasi

Setiap komplikasi yang terkait dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang. Kondisi lain yang cenderung berulang adalah anomali congenital, diabetes gestasional, pre-eklampsia, reterdasi, pertumbuhan intrauterin, depresi pasca partum dan perdarahan pasca partum (Suryati, 2011).

7) Riwayat hamil sekarang

a) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Bidan ingin mengetahui hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan dilahirkan.

b) TP (Taksiran Persalinan)/Perkiraan Kelahiran

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery* (EDD)) yang disebut taksiran partus (*estimated date of confinement* (EDC)) di beberapa tempat. EDD ditentukan dengan perhitungan internasional menurut hukum Naegele. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun (Romauli, 2011).

c) Kehamilan yang keberapa

Jumlah kehamilan ibu perlu ditanyakan karena terdapatnya perbedaan perawatan antara ibu yang baru pertama hamil dengan ibu yang sudah beberapa kali hamil, apabila ibu tersebut baru pertama kali hamil otomatis perlu perhatian ekstra pada kehamilannya (Romauli, 2011).

8) Riwayat kontrasepsi

a) Metode KB

Tanyakan pada klien metode apa yang selama ini digunakan. Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi (*estimated date of delivery*) EDD, dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggali kehamilan

b) Lama penggunaan

Tanyakan kepada klien berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

c) Masalah

Tanyakan pada klien apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Apabila klien mengatakan bahwa kehamilannya saat ini adalah kegagalan kerja alat kontrasepsi, berikan pandangan pada klien terhadap kontrasepsi lain (Walyani, 2015).

9) Riwayat kesehatan ibu

Menurut Walyani (2015) data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan psikologi pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui antara lain:

a) Penyakit yang pernah diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita klien. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama

b) Penyakit yang sedang diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang ia derita sekarang. Tanyakan bagaimana urutan kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda dari penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya. Misalnya klien mengatakan bahwa sedang menderita penyakit DM maka bidan harus terlatih memberikan asuhan kehamilan klien dengan DM.

10) Riwayat kesehatan keluarga

a) Penyakit menular

Tanyakan klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular. Apakah klien mempunyai penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekati keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu hamil dan janinnya (Walyani, 2015)

b) Penyakit keturunan/genetik

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan. Hal ini diperlukan untuk mendiagnosa apakah janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak, hal ini bisa dilakukan dengan cara membuat daftar penyakit apa saja yang pernah diderita oleh keluarga klien yang dapat diturunkan (penyakit genetik, misalnya hemofili, tekanan darah tinggi, dan sebagainya) (Walyani, 2015)

11) Riwayat psikososial

Menurut Walyani (2015) hal perlu di tanyakan yaitu: dukungan keluarga terhadap ibu dalam masa kehamilan, tempat yang diinginkan untuk bersalin, petugas yang diinginkan untuk menolong persalinan, beban kerja dan kegiatan ibu sehari-hari, jenis kelamin yang diharapkan, pengambilan keputusan dalam keluarga, tradisi yang mempengaruhi kehamilan, kebiasaan yang merugikan ibu dan keluarga (Walyani, 2015)

12) Riwayat sosial dan kultural

Menurut Romauli (2011) hal yang perlu ditanyakan yaitu: Respon ibu terhadap kehamilan, respon keluarga terhadap kehamilan, dan kebiasaan pola makan dan minum: Jenis makanan, porsi, frekuensi, pantangan dan alasan pantang

b) Pemeriksaan fisik umum

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria: Baik, lemah, kesadaran, tinggi badan, berat badan, bentuk tubuh (Suryati, 2011).

2) Tanda-tanda vital

Menurut Suryati (2011), pengukuran tanda- tanda vital diantaranya Tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, dan lingkaran lengan atas.

c) Pemeriksaan fisik obstetri

1) Kepala: Melakukan inspeksi dan palpasi pada kepala dan kulit kepala untuk melihat kesimetrisan, rambut, ada tidaknya pembengkakan, kelembaban, lesi, edem, serta bau. Melakukan pemeriksaan rambut yang dilihat bersih atau kotor, pertumbuhan, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

2) Muka: Tampak kloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigment yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011).

3) Mata : Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal warna putih, bila kuning ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Romauli, 2011).

4) Hidung: Normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup (Romauli, 2011).

5) Telinga: Normal tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

6) Mulut : Adakah sariawan, bagaimana kebersihannya. Kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang

mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).

- 7) Leher : Normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis(Romauli, 2011).
- 8) Payudara : Normal bentuk simetris, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol(Romauli, 2011).
- 9) Abdomen: Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida, dan terdapat pembesaran abdomen.

(a) Palpasi (Leopold)

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba. Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan dan mengetahui perkembangan kehamilan. Leopold bertujuan untuk evaluasi iritabilitas, tonus, nyeri tekan, konsistensi dan kontraktibilitas uterus; evaluasi tonus otot abdomen, deteksi gerakan janin, perkiraan gerak janin, penentuan letak, presentasi, posisi, dan variasi janin; penentuan apakah kepala sudah masuk PAP.

(1) Leopold I

Fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (Bokong).Tujuan : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus (Romauli, 2011)



Gambar 2.1 Leopold 1

(2) Leopold II

Normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba

bagian kecil. Tujuan : untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu, yaitu: punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang (Romauli, 2011).



Gambar 2.2 Leopold II

(3) Leopold III

Normalnya teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuan : mengetahui presentasi/ bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu (Romauli, 2011).



Gambar 2.3 Leopold III

(4) Leopold IV

Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan : untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah jading kedalam PAP (Romauli, 2011).



Gambar 2.4 Leopold IV

(b) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan yang mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh melalui alat stetoskop. Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoaural atau doopler untuk menentukan Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah umur kehamilan 18 minggu normalnya 120-160/menit yang meliputi frekuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ (Romauli, 2011).

(c) Pemeriksaan penunjang kehamilan trimester III

Menurut Walyani 2015 pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan antara lain : Pemeriksaan darah, Pemeriksaan urine, Pemeriksaan USG.

2. Interpretasi Data Dasar

1) Primi atau multigravida

Menurut Walyani 2015 perbedaan antara primigravida dan multigravida adalah:

- a) Primigravida: Buah dada tegang, puting susu runcing, perut tegang dan menonjol kedepan, *Striae lividae*, perinium utuh, vulva tertutup, hymen perforatus, vagina sempit dan teraba rugae, porsio runcing
- b) Multigravida : Buah dada lembek, menggantung, Puting susu tumpul, perut lembek dan tergantung, *striae lividaedan striae albicans*, perinium berparut, vulva menganga, *carunculae*

myrtiformis, vagina longgar, selaput lendir licin, porsio tumpul dan terbagi dalam bibir depan dan bibir belakang.

2) Tuanya kehamilan

Menurut Romauli 2011, tuanya kehamilan dapat diduga dari: Lamanya amenore, tingginya fundus uteri, besarnya anak terutama dari besarnya kepala anak misalnya diameter biparietal dapat di ukur secara tepat dengan ultrasound, saat mulainya terasa pergerakan anak, saat mulainya terdengar bunyi jantung anak, dari masuk atau tidak masuknya kepala ke dalam rongga panggul

3) Janin hidup atau mati

Menurut Romauli 2011 perbedaan janin hidup atau mati antara lain :

- a) Tanda-tanda anak mati adalah :Denyut jantung janin tidak terdengar, rahim tidak membesar dan fundus uteri turun, palpasi anak menjadi kurang jelas, tidak merasa pergerakan anak
- b) Tanda-tanda anak hidup adalah :Denyut jantung janin terdengar jelas, rahim membesar, palpasi anak menjadi jelas, merasa ada pergerakan anak

4) Janin tunggal atau kembar

Menurut Romauli (2011) perbedaan janin tunggal atau kembar yaitu:

- a) Tanda-tanda anak kembar adalah :Perut lebih besar dari umur kehamilan, teraba 3 bagian besar/lebih (kepala dan bokong), teraba 2 bagian besar berdampingan, mendengar denyut jantung janin pada 2 tempat, USG nampak 2 kerangka janin
- b) Tanda-tanda anak tunggal adalah :Perut membesar sesuai umur kehamilan, mendengar denyut jantung janin pada 1 tempat, USG nampak 1 kerangka janin

5) Letak kepala

Menurut Romauli (2011) istilah letak anak dalam rahim mengandung 4 pengertian di antaranya adalah :

- a) Situs (letak)

Letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu, misalnya ; letak bujur, letak lintang dan letak serong
 - b) Habitus (sikap)

Sikap bagian anak satu dengan yang lain, misalnya ; fleksi (letak menekur) dan defleksi (letak menengadahkan). Sikap anak yang fisiologis adalah : badan anak dalam kyphose, kepala menekur, dagu dekat pada dada, lengan bersilang di depan dada, tungkai terlipat pada lipatan paha, dan lekuk lutut rapat pada badan.
 - c) Position (kedudukan)

Kedudukan salah satu bagian anak yang tertentu terhadap dinding perut ibu/jalan lahir misalnya ; punggung kiri, punggung kanan
 - d) Presentasi (bagian terendah)

Misalnya presentasi kepala, presentasi muka, presentasi dahi
- 6) Intra uterin atau ekstra uterin
 - a) Intra uterine (kehamilan dalam rahim)

Tanda-tandanya :Palpasi uterus berkontraksi (Braxton Hicks) dan terasa ligamentum rotundum kiri kanan
 - b) Ekstra uterine (kehamilan di luar rahim)

Kehamilan di luar rahim disebut juga kehamilan ektopik, yaitu kehamilan di luar tempat yang biasa, tanda-tandanya yaitu pergerakan anak di rasakan nyeri oleh ibu, anak lebih mudah teraba, kontraksi Braxton Hicks negative, rontgen bagian terendah anak tinggi, saat persalinan tidak ada kemajuan dan pemeriksaan dalam kavum uteri kosong
 - 7) Keadaan jalan lahir

Apakah keadaan panggul luarnya dalam keadaan normal dengan tinggi kurang dari 145 cm.
 - 8) Keadaan umum penderita

Keadaan umum ibu sangat mempengaruhi proses persalinan. Ibu yang lemah atau sakit keras tentu tidak di harapkan menyelesaikan proses

persalinan dengan baik. Sering dapat kita menduga bahwa adanya penyakit pada wanita hamil dari keadaan umum penderita atau dari anamnesa.

3. Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial Dan Mengantisipasi Penanganannya

Bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi (Walyani, 2015).

4. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain.

Mengantisipasi perlunya tindakan segera oleh bidan dan dokter untuk konsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain (Walyani, 2015).

5. Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Menurut Walyani 2015 Kriteria perencanaan asuhan sebagai berikut:

- a) Rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga.
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e) Memperuntungkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada. Rencana yang diberikan bersifat menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu di rujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Langkah ini tugas bidan

adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

6. Pelaksanaan Asuhan

Langkah ini rencana asuhan yang komprehensif yang telah dibuat dapat dilaksanakan secara efisien seluruhnya oleh bidan atau dokter atau tim kesehatan lainnya (Romauli, 2011)

7. Evaluasi

Kriteria evaluasi menurut Romauli (2011) yaitu:

- (a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- (b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/keluarga.
- (c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- (d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

11) Konsep 4 Terlalu Dalam Kehamilan

Menurut Saifuddin (2014) empat terlalu adalah hamil terlalu muda (primi muda) usia ibu < 20 tahun, hamil terlalu tua (grande multi) usia ibu > 35 tahun, terlalu dekat jarak kehamilan atau persalinannya < dari 2 tahun, dan terlalu banyak anak (anak lebih dari 4).

1) Terlalu Muda (Primi muda)

Terlalu Muda (Primimuda) adalah ibu hamil pertama pada usia kurang dari 20 tahun. Dimana kondisi panggul belum berkembang secara optimal dan kondisi mental yang belum siap menghadapi kehamilan dan menjalankan peran sebagai ibu.

Dampak kehamilan resiko tinggi pada usia muda yaitu keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan mudah terjadi infeksi, anemia kehamilan/ kekurangan zat besi, keracunan kehamilan, kematian ibu yang tinggi.

2) Terlalu Tua (Primi tua)

Terlalu Tua (Primi Tua) adalah ibu hamil pertama pada usia ≥ 35 tahun. Usia ini organ kandungan menua, jalan lahir tambah kaku, ada kemungkinan besar ibu hamil mendapat anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

Resiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu tua (primitua ≥ 35 tahun) adalah: Hipertensi/ tekanan darah tinggi, Preeklampsia, Ketuban pecah dini, Persalinan macet, Perdarahan setelah bayi lahir, bayi lahir dengan berat badan lahir rendah/ BBLR < 2500 gr.

3) Terlalu Dekat Jarak Kehamilan

Terlalu dekat jarak kehamilan adalah jarak antara kehamilan satu dengan berikutnya kurang dari 2 tahun (24 bulan). Kondisi rahim ibu belum pulih, waktu ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang. Resiko yang mungkin terjadi pada kehamilan jarak dekat adalah Keguguran, anemia, bayi lahir belum waktunya, bayi Berat lahir rendah (BBLR), cacat bawaan, tidak optimalnya tumbuh kembang balita

4) Terlalu Banyak Anak (Grande Multi)

Terlalu Banyak Anak (Grande Multi) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih. Kemungkinan akan di temui kesehatan yang terganggu, kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung.

Resiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu banyak anak (4 kali melahirkan) adalah: Kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan.

2. Konsep Dasar Persalinan

1) Pengertian

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

minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2005).

1) Persalinan berdasarkan teknik

- a) Persalinan spontan, yaitu bila persalinan berlangsung dengan tenaga ibu sendiri dan melalui jalan lahir
- b) Persalinan buatan yaitu, bila persalinan berlangsung dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum, dan sectio sesaria (Sarwono, 2000)
- c) Persalinan anjuran yaitu, persalinan yang paling ideal karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinan yang paling ringan sehingga kualitas sumber daya manusia dapat terjamin (Manuaba, 2010)

2) Persalinan berdasarkan umur kehamilan

- a) Abortus: pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan < 500 gram
- b) Partus immaturus: pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.
- c) Partus prematurus: pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram sampai 2.499 gram.
- d) Partus matur atau aterm : pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat diatas 2.500 gram.

2) Tahapan Persalinan

Menurut Walyani (2016) tahapan persalinan dibagi menjadi :

1) Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar *karnalis servikalis* karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang

teratur,adekuat,menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I terdiri atas :

- a) Fase *laten* : pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.
- b) Fase aktif, terbagi atas :
 - (1) Fase *akselerasi* : Pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam,dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - (2) Fase *dilatasi maksimal* : Pembukaan berlangsung 2 jam,terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - (3) Fase *deselerasi* : Pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap.

Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/*bloody show*. Lendir berasal dari lendir kanalis servikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalis servikaliss yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika servik membuka.

Pemantauan kemajuan persalinan kala I dengan partograf.

a) Pengertian Partograf

Menurut Walyani (2016) partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I.

- (1) Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama. (Setyorini, 2013).

(2) Pencatatan Partograf

Kemajuan persalinan :

(a) Pembukaan (\emptyset) Serviks

Pembukaan servik dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (X). Garis waspada merupakan sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm perjam (Walyani, 2016).

(b) Penurunan Kepala Janin

Menurut Walyani (2016) penurunan dinilai melalui palpasi abdominal, pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

Penilaian penurunan kepala dilakukan dengan menghitung proporsi bagian bawah janin yang masih berada diatas tepi atas symphysis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (per lima). Bagian diatas symphysis adalah proporsi yang belum masuk PAP.

5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas symphysis pubis.

4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.

3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.

2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas shympisis dan (3/5) bagian telah masuk PAP.

1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas shympisis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.

0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Ambarwati ,2009)

(c) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu : kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

(d) Keadaan Janin

Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100.

Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit (Walyani, 2016).

Warna dan Adanya Air Ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering) (Walyani, 2016).

Molase Tulang Kepala Janin

Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase (**0**) tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, (**1**) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (**2**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, (**3**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

Keadaan Ibu

Yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume,protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan(Hidayat,2010).

- (e) Informasi tentang ibu : nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit,

nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2- 4 jam yang dicatat setiap kali berkemih (Hidayat,2010).

b) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman (Walyani, 2016).

c) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur.

d) Persiapan Persalinan

Persiapan yang perlu di perhatikan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan (Walyani, 2016).

2) Kala II

Persalinana kala II adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan atau juga dikatakan Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi (Walyani, 2016).

a) Tanda dan gejala kala II yaitu :

- (1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi (dorongan meneran atau doran).
- (2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya.
- (3) Perineum menonjol (perjol)
- (4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- (5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- (6) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

b) Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah rangkaian gerakan pasif dari janin terutama yang terkait dengan bagian terendah janin. Secara singkat dapat disimpulkan bahwa selama proses persalinan janin melakukan gerakan utama yaitu turunnya kepala, fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi. Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan (Walyani, 2016).

c) Posisi Meneran

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi meneran dalam persalinan yaitu : Posisi miring, posisi jongkok, posisi merangkak, posisi semi duduk dan posisi duduk (Walyani, 2016).

d) Persiapan penolong persalinan yaitu : sarung tangan, perlengkapan pelindung pribadi, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, serta persiapan ibu dan keluarga.

Menurut Walyani (2016) menolong persalinan sesuai 60 APN yaitu:

- (1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II:
 - (a) Ibu sudah merasa adanya dorongan kuat untuk meneran.
 - (b) Ibu sudah merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
 - (c) Perineum tampak menonjol.
 - (d) Vulva dan sfingter ani membuka.
- (2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

- (a) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat
- (b) handuk/ kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- (c) Alat penghisap lender
- (d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Asuhan ibu

- (a) Menggelarkain di perut bawah ibu
 - (b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - (c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
 - (d) Pakai celemek plastic atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
- (3) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.
 - (4) Memakai satu sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
 - (5) Memasukan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alatsuntik.

- (6) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT).
 - (a) Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.
 - (b) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - (c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan chlorin 0,5%.
- (7) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- (8) Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
- (9) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasi penilaian serta asuhan lain dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- (10) Memberitahukan pada ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - (a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin

- (ikut pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
- (b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu dan meneran secara benar
- (11) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Kondisi itu, ibu di posisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
- (12) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
- (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 untuk memberikan dukungan dan semangat.
 - (f) Berikan cairan peroral (minum).
 - (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - (h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida
- (13) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
- (14) Letakan kain bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

- (15) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- (16) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
- (17) Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
- (18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi *refleks* dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- (19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal ini terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan:
 - (a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - (b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut
- (20) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlansung secara spontan
- (21) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraks. Lakukan dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- (22) Setelah kedua bahu lahir, satu tangga menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas
- (23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki

dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

- (24) Lakukan penilaian selintas:
- (a) Apakah bayi cukup bulan?
 - (b) Apakah bayi menangis kuat dan/ atau bernapas tanpa kesulitan.
 - (c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia
Bila semua jawabannya adalah “YA” lanjut ke langkah 26
- (25) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering dan bersih. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu
- (26) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)
- (27) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- (28) Waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
- (29) Kurun waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jar itelunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama
- (30) Pemotongan dan pengikat tali pusat
- (a) Gunakan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut

- (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - (c) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan
- (31) Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dengan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mama eibu
- (a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain yang kering, bersih dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - (b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - (c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
 - (d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui
- (32) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- (33) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- (34) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas

- (35) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu
- (36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding di depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan
- (a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan di tarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah sejajar lantai atas)
 - (b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - (c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - i. Ulangi pemberian oksitosin kedua 10 unit IM
 - ii. Lakukan katektisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - iii. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - iv. Ulangi tekanan dorsol-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - v. Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual
- (37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/ steri luntuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

- (38) Segera setelah plasenta lahir dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letak akan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terabakeras) lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase
- (39) Menilai perdarahan periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus
- (40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan
- (41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- (42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan katerisasi
- (43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk
- (44) Anjurkan kepada ibu/ keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi
- (45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- (46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- (47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-6 kali/ menit)
- (48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- (49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

- (50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakain yang bersih dan kering
 - (51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minum dan makanan yang diinginkannya
 - (52) Dekontaminasi termpat bersalin dengan larutan clorin
 - (53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
 - (54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering
 - (55) Pakai sarung tangan bersih/ DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
 - (56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60 kali/ menit) dan temperature tubuh normal (36-,5 °C -37,5° C) setiap 15 menit
 - (57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
 - (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit
 - (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering
 - (60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV Persalinan
- 3) Kala III

Menurut Walyani (2016) kala III dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan

fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah. Tanda pelepasan plasenta adalah uterus menjadi bundar, darah keluar secara tiba-tiba, tali pusat semakin panjang. Manajemen aktif kala III menurut Hidayat (2010) : Jepit dan gunting tali pusat, memberi oksitosin, lakukan PTT dan masase fundus

4) Kala IV

Pemantauan kala IV ditetapkan sebagai waktu 2 jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan post partum dapat dihindarkan (Hidayat, 2010).

b. Tanda Tanda Persalinan

Menurut Lailiyana (2011) tanda-tanda persalinan yaitu :

1) Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

a) Terjadinya His Persalinan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan servik. Kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornuuteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif.

His efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik.

Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap isthmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
 - (1) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
 - (2) Terjadi perubahan pada serviks.
 - (3) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.
 - (4) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show).

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka

- b) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstaksi vakum dan sectio caesarea.

- c) Dilatasi dan Effacement

Dilatasi merupakan terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement merupakan pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Walyani (2016) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan:

1) *Power*/tenaga yang mendorong anak

a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

His persalinan menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks.

Terdiri dari his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.

b) Tenaga mengejan

(1) Kontraksi otot-otot dinding perut.

(2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan.

(3) Paling efektif saat kontraksi/his (Hidayat,2010).

1) *Passage* (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

Menurut Ilmiah (2015) *passage* terdiri dari :

a) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) yaitu *os coxae (os illium, os ischium, os pubis), os Sacrum (promontorium) dan os. Coccygis.*

b) Bagian lunak : otot-otot, jaringan dan ligamen- ligamenpintu panggul:

(1) Pintu atas panggul (PAP) = disebut *Inlet* dibatasi oleh *promontorium, linea inominata* dan *pinggir atas symphisis.*

(2) Ruang tengah panggul (RTP) kira-kira pada *spina ischiadica*, disebut *midlet.*

(3) Pintu Bawah Panggul (PBP) dibatasi *simfisis* dan *arkus pubis*, disebut *outlet.*

(4) Ruang panggul yang sebenarnya (*pelvis cavity*) berada antara *inlet* dan *outlet.*

c) Sumbu Panggul

Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu Carus).

d) Bidang-bidang Hodge

(1) Bidang Hodge I : Terbentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *symphysis* dan *promontorium*.

(2) Bidang Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah *symphysis*.

(3) Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri.

(4) Bidang Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi *os coccygis*

e) Stasion bagian presentasi atau derajat penurunan yaitu stasion 0 sejajar *spina ischiadica*, 1 cm di atas *spina ischiadica* disebut Stasion 1 dan seterusnya sampai Stasion 5, 1 cm di bawah *spina ischiadica* disebut stasion -1 dan seterusnya sampai Stasion -5.

2) *Passanger*

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor *passager* adalah :

a) Presentase janin dan janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti presentase kepala (muka, dahi), presentasi bokong (letak lutut atau letak kaki), dan presentase bahu (letak lintang).

b) Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya *fleksi*, *defleksi*.

c) Posisi janin

Hubungan bagian atau point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

(1) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang.

(2) Bagian terendah janin, *oksiput*, *sacrum*, dagu dan *scapula*.

(3) Bagian panggul ibu : depan, belakang.

d) Bentuk atau ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir (Hidayat,2010).

e) Plasenta

Plasenta terbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15 – 20 cm tebal 2 – 3 cm, berat 500 – 600 gram.

f) Air Ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai “bantalan” untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, dan juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, dan menjadi sasaran yang memungkinkan janin bergerak bebas (Walyani, 2016).

d. Deteksi/ Penapisan Awal Ibu Bersalin

Menurut Walyani (2016) Penapisan awal ibu bersalin yaitu:

- 1) Riwayat bedah Caesar
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu)
- 4) Ketuban pecah dengan mekonium kental
- 5) Ketuban pecah lama (> 24 jam)
- 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)
- 7) Ikterus
- 8) Anemia berat
- 9) Tanda dan gejala infeksi
- 10) Preeklamsia/ hipertensi dalam kehamilan
- 11) Tinggi fundus 40 cm atau lebih
- 12) Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- 13) Presentasi bukan belakang kepala
- 14) Gawat janin
- 15) Presentasi majemuk

- 16) Kehamilan gemeli
- 17) Tali pusat menumbung
- 18) Syok
- 19) Penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

e. Rujukan

Menurut Walyani (2016) jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood.

Singkatan BAKSOKUDOPN dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

- B (Bidan) :** Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan BBL untuk di bawah ke fasilitas rujukan.
- A (Alat) :** Bawah perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBL (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.
- K (Keluarga) :** beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu hingga ke fasilitas rujukan.

- S (Surat)** : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
- O (Obat)** : bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan di perjalanan.
- K(Kendaraan)** : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.
- U (Uang)** : Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- Do (Donor)** : persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan .
- P (Posisi)** : Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan.
- N (Nutrisi)** : Pastikan nutrisi ibu tetap terpenuhi selama dalam perjalanan

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Menurut Wahyuni (2012) Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dewi (2010) ciri-ciri bayi baru lahir adalah sebagai berikut: Lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkaran dada 30-38 cm, lingkaran kepala 33-35 cm, lingkaran lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan \pm 40-60 x/menit, kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna. Kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, pergerakan aktif, bayi lahir langsung menangis kuat dan refleksnya baik. Organ genitalia pada laki-laki ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan pada perempuan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

c. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

1) Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Menurut Lailiyana (2011) dalam bukunya menjelaskan penyesuaian paling kritis yang harus dialami bayi baru lahir ialah penyesuaian sistem pernapasan. Paru bayi cukup bulan mengandung sekitar 20 ml cairan/ Kg. Udara harus diganti dengan cairan yang mengisi traktus respiratorius sampai alveoli. Bayi lahir pervaginam, sejumlah cairan keluar dari trakea dan paru bayi. Sistem limfatik paru secara kontinu mengeluarkan cairan jumlah besar dalam satu jam pertama kehidupan bayi. Pengeluaran cairan ini juga diakibatkan perbedaan tekanan dari alveoli sampai jaringan interstitial dan sampai kapiler pembuluh darah.

Menurut Dewi (2010) selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pertama terjadi karena beberapa hal berikut:

- a) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).

- b) Penurunan PaO_2 dan peningkatan PaCO_2 merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).
- d) Refleks deflasi Hering Breur

Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Apabila surfaktan berkurang maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.

2) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Menurut Dewi (2010) menjelaskan pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung. Kemudian ke bilik kiri jantung. Darah dari bilik kiri dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran, oleh karena tekanan pada paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan

biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi (Dewi, 2010)

3) Perubahan Pada Sistem Thermoregulasi

Sudarti dan Fauziah (2012) menjelaskan ketika bayi baru lahir, bayi merasa pada suhu lingkungan yang > rendah dari suhu di dalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas melalui konveksi. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu tubuh bayi sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit.

Dewi (2010) menjelaskan empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya:

- a) Konduksi: Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.
 - b) Evaporasi: Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).
 - c) Konveksi: Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).
 - d) Radiasi: Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).
- ### 4) Perubahan Pada Sistem metabolisme

Selama jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatkan susu, sekitar di hari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40% (Dewi, 2010).

5) Perubahan Pada Sistem Renal

Dewi (2010) menjelaskan tubuh BBL mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena: Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tuulus proksimal, *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa

6) Perubahan Pada Sistem Traktus Digestivus

Menurut Dewi (2010) traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. *Traktus digestivus* neonatus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut dengan mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses berbentuk dan berwarna biasa enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amilase pankreas.

7) Perubahan Pada Sistem Imunoglobulin

Dewi (2010) menjelaskan bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propia ileum dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Bayi Baru Lahir ada juga hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpeks simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G, dan M.

8) Perubahan Sistem Integumen

Menurut Lailiyana (2012) menjelaskan bahwa semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa juga berfungsi dengan epidermis dan berfungsi sebagai

lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama didaerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit sianotik. Warna kebiruan ini, akrosianosis, disebabkan ketidakstabilan vasomotor, stasis kapiler, dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin.

9) Perubahan Pada Sistem Reproduksi

Lailiyana (2012) menjelaskan sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur karena tidak terbentuk *oogonia* lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Peningkatan kadar estrogen selama hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau, kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (*pseudomenstruasi*). Genitalia eksternal biasanya edema disertai pigmentasi yang lebih banyak. Bayi baru lahir cukup bulan, labio mayora dan minora menutupi vestibulum, dan bayi prematur, klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka.

Kematangan pada laki-laki testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Bayi usia satu tahun, insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. *Spermatogenesis* tidak terjadi sampai pubertas. *Prepusium* yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu ukuran genitalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel (penimbunan

cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan (Lailiyana ,2012)

10) Perubahan Pada Sistem Skeletal

Lailiyana (2012) menjelaskan pada bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Terdapat dua kurvatura pada kolumna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat baru lahir, tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan.

11) Perubahan Pada Sistem Neuromuskuler

Menurut Ilmiah (2015), sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstermitas. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleks neurologis yang primitif.

Menurut Ilmiah (2015), ada atau tidaknya refleks tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik yaitu:

a) Refleks hisap (*sucking*)

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu.

b) Refleks mencari (*rooting*).

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Penilaiannya dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

c) Refleks Genggam (*grapsing*)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat, jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya.

d) Refleks *babinsky*

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan kaki sepanjang telapak kaki, maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

e) Refleks moro

Refleks ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

f) Refleks melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras.

d. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Dewi (2010) tahapan-tahapan pada bayi baru lahir diantaranya:

- 1) Tahap I terjadi setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik.

- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
 - 3) Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.
- e. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

Lailiyana (2012) menyebutkan penilaian awal yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut: menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan, warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan), gerakan, posisi ekstremitas, atau tonus otot bayi, aterm (cukup bulan) atau tidak dan mekonium pada air ketuban

- f. Pelayanan Essensial Pada Bayi baru Lahir

Menurut Lailiyana (2012) pelayanan essensial pada bayi baru lahir adalah : Jaga bayi tetap hangat, pembebasan jalan napas, cara mempertahankan kebersihan untuk mencegah infeksi, perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pemberian salep mata, pemberian vitamin K dan pemberian imunisasi Hb 0.

Tabel 2.6 Jadwal Imunisasi Pada bayi

Umur	Jenis Imunisasi	
	Lahir Di Rumah	Lahir Di Sarana Pelayanan Kesehatan
0-7 hari	HB-0	HB-0, BCG, Polio 1
1 bulan	BCG	-----
2 bulan	DPT-HB 1 dan Polio 1	DPT-HB 1 dan Polio 2
3 bulan	DPT –HB-HIB	DPT –HB-HIB
4 bulan	Polio 2 DPT –HB-HIB	Polio 2 DPT –HB-HIB
6 bulan	Polio 3	Polio 3
9 bulan	Campak	Campak

Sumber Dwi 2010

- g. Kunjungan ulang BBL

Buku Kesehatan Ibu dan Anak dituliskan pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu

pertama pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8-28 setelah lahir.

4. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan.

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung selama 6 minggu (Risneni, 2016).

b. Tujuan masa nifas

Menurut Ambarwati (2010) asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk : Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi, pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi. Segera merujuk ibu ke asuhan tenaga bila mana perlu, mendukung dan mendampingi ibu dalam menjalankan peran barunya, mencegah ibu terkena tetanus, dan memberi bimbingan dan dorongan tentang pemberian makan anak secara sehat serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.

c. Tahap masa nifas

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) masa nifas terbagi menjadi 3 tahap yaitu :

1) *Puerperium Dini*

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2) *Puerperium Intermedial*

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu.

3) *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

d. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Saifudin (2014) Pemerintah memberikan kebijakan yakni paling sedikit ada 4 kali kunjungan pada masa nifas

Tujuan :

1. Menilai kesehatan ibu dan bayi baru lahir
2. Pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
3. Mendeteksi adanya kejadian-kejadian masa nifas
4. Menangani berbagai masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu maupun bayi pada masa nifas

Menurut saifuddin kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2.7 Asuhan dan jadwal kunjungan rumah masa Nifas

No	Waktu	Asuhan
1	6 jam–8 lam	<ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pada perdarahan, rujuk bila perdarahan c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi (Bouding Attachment) f. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia.
2	1 Minggu	<ol style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalannormal : uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal b. Menilai adanya tanda-tandademam, infeksi atau perdarahanabnormal c. Memastikan ibu mendapatkancukup makanan, cairan dan istirahat

		d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 Minggu	Sama seperti kunjungan ke 2 (6 hari setelah persalinan)
4	6 Minggu	a. Menanyakan ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber : saifudin (2014)

e. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Involution uterus

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

- (1) *Iskemia* miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- (2) *Atrofi* jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta.
- (3) *Autolysis* merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.
- (4) Efek oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan

mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan

Tabel 2.8 Perubahan-Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Involusi Uteri	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

b) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah placenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali, yaitu pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidu basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta sehingga terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembersihan lokhea (Yanti dan Sundawati, 2011)

c) 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 antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus

menjadi retrofleksi, ligamen fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti dan Sundawati, 2011).

d) Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulasi dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk, oleh karena *hiperpalpasi* dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil (Yanti dan Sundawati, 2011)

e) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva, vagina dan perineum mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan (Saifudin, 2014).

f) Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa-sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia. Reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda setiap wanita (Saifudin, 2014).

Table 2.9 Perbedaan Masing-masing Lokhea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
--------	-------	-------	-----------

Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah dan lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut yang mati

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011

2) Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrotinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun, namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal.

Menurut Yanti dan sundawati (2011) beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sistem pencernaan yaitu nafsu makan, *motilitas*, dan pengosongan usus.

3) Perubahan sistem perkemihan

Selama masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan peenurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Yanti dan Sundawati (2011) hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain *Hemostasis internal*, keseimbangan asam basa tubuh dan pengeluaran sisa metabolisme racun dan zat toksin ginjal

4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah, adaptasinya mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum sistem muskuloskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Yanti dan Sundawati, 2011).

5) Perubahan ligament

Setelah janin lahir, ligament-ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala (Saifudin, 2014).

6) Perubahan Sistem Endokrin

Yanti dan Sundawati (2011) menjelaskan selama masa kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

a) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (human placenta lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam sehingga hari ke 7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 *post partum*.

b) Hormon pituitary

Hormon *pituitari* antara lain : hormon prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berperan dalam peembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH

dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) *Hipotalamik pituitary ovarium*

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca salin berkisar 16 persen dan 45 persen setelah 12 minggu pasca salin. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 persen setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90 persen setelah 24 minggu.

d) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, berkerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke 3 persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan ekskresi oksitosin, sehingga dapat memantau involusi uteri.

e) Hormon *estrogen dan progesteron*

Volume darah selama kehamilan, akan meningkat. Hormone estrogen yang tinggi memperbesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormone progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum serta vulva dan vagina.

7) Perubahan tanda-tanda vital

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

- a) Suhu badan: Suhu wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °c. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari 0,5 °c dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu

melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum suhu akan naik lagi.

- b) Nadi : Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi brikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.
 - c) Tekanan darah : Tekanan darah adalah tekanan yang dialami oleh pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sitolik antara 90 -120 mmHg dan distolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.
 - d) Pernafasan : Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 samapi 20 kali permenit. Ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondisi istirahat.
- 8) Perubahan Fisiologis Pada Sistem Kardiovaskuler

Menurut Maritalia (2014) setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relatif akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat, namun hal tersebut segera diatasi oleh sistem homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah melahirkan.

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Persalinan pervaginam, hemokonsentrasi cenderung naik dan pada persalinan *sectio sesaria*, hemokonsentrasi cenderung

stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011).

Menurut Maritalia (2014) Estimasi visual jumlah kehilangan darah yaitu dengan menggunakan:

- a) Satu pembalut standar dapat menampung 100 ml darah
- b) Tumpahan darah di lantai: tumpahan darah dengan diameter 50 Cm, 75 Cm, 100 Cm secara berurutan mewakili kurang darah 500 ml, 1000 ml, dan 1.500 ml
- c) *Nierbeken* atau ginjal hidangan mampu menampung 500 ml darah
- d) *Underpad* : dengan ukuran 75 Cm × 57 Cm, mampu menyerap 250 ml darah
- e) Kasa standar ukuran 10 Cm × 10 Cm, mampu menyerap 60 ml darah sedangkan kasa ukuran 45 Cm × 45 Cm, mampu menyerap 350 ml darah.

9) Perubahan Sistem *Hematologi*

Menurut Nugroho,dkk (2014) pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa nifas berkisar 500 ml.

f. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Periode ini kecemasan wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran.

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

a) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive dan lebih cepat tersinggung.

c) Fase *letting go*

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan peratan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya.

g. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) kebutuhan ibu nifas meliputi:

1) Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain :

- a) Kalori : Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 -500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

- b) Kalsium dan vitamin D : Berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D di dapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahukalsium.
- c) Magnesium: Membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.
- d) Sayuran hijau dan buah : Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4- 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.
- e) Karbohidrat: Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara ddengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.
- f) Lemak : Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 4 1/2 porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, 1/2 buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad.
- g) Cairan: Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.
- h) Vitamin: Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain : Vitamin A yang berguna bagi

kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg; Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitain B6 dapat ditemui didaging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang; Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum.

- i) *Zinc (seng)*: Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc di dapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging.
- j) *DHA*: DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi, asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan

2) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan (Nugroho dkk, 2014)

3) Eliminasi

- a) *Miksi* : Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesmen oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.
- b) *Defekasi*: Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur; cukup cairan,

konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rectal atau lakukan klisma bilamana perlu.

4) Kebersihan diri

Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri adalah sebagai berikut: mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia (Nugroho dkk, 2014)

5) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

6) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti, namun pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain: hindari menyebut ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi, membantu kesibukan istri, menyempatkan berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka, konsultasi dengan ahlinya (Nugroho dkk, 2014)

h. Proses laktasi dan menyusui

Payudara adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Risneni, 2016).

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI merupakan suatu intraksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormon (Risneni, 2016)

Menurut Risneni (2016) refleks yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu :

- 1) Refleks prolaktin: Hormone ini merangsang sel-sel alveoli yang berungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi.
- 2) Refleks letdown: Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas kearah ampulla.

1) Manfaat pemberian ASI

Menurut Risneni (2016) adapun beberapa manfaat pemberian ASI yaitu :

- a) Bagi bayi : Komposisi sesuai kebutuhan, mengandung zat pelindung, kalori dari ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia enam bulan, perkembangan psikomotorik lebih cepat, menunjang perkembangan penglihatan, mempunyai efek psikologis yang menguntungkan, dasar untuk perkembangan kepribadian yang percaya diri dan memperkuat ikatan batin antara ibu dan anak.
- b) Bagi ibu: Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hypofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan. Menyusui secara murni (esklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Hormon yang mempertahankan laktasi berkerja menekan hormon ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan.

2) Tanda bayi cukup ASI

Menurut Risneni (2016) bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut :Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama, kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir, buang air kecil (BAK) paling tidak 6-8 kali/sehari, dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI, payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis, warna kulit bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.

Pertumbuhan berat badan (BB) bayi dan tinggi badan (TB) bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan dan perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai sesuai rentang usianya), bayi kelihatan puas, sewaktu-sewaktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup, bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

3) Cara menyusui yang baik dan benar

Menurut Risneni (2016) adapun cara menyusui yang benar adalah :

- a) Cuci tangan yang bersih menggunakan sabun dan air yang mengalir. Perah sedikit ASI oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.
- b) Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu.

- c) Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka dan bibir bawah bayi membuka lebar.
- d) Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Cara menyendawakan adalah:
 - (1) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.
 - (2) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Kontrasepsi/ Keluarga Berencana

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti ‘mencegah’ atau ‘melawan’ dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/ mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma (Husada, 2008).

b. Tujuan Kontrasepsi

Menurut Hartanto (2003) pelayanan kontrasepsi diupayakan untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna. Guna mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan mengkategorikan tiga fase untuk mencapai sasaran, yaitu:

- 1) Fase menunda kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun dengan menggunakan kontrasepsi pil oral, kondom, IUD mini.
- 2) Fase menjarangkan kehamilan bagi PUS dengan usia istri antara 20–30/ 35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2–4 tahun, dengan menggunakan kontrasepsi IUD sebagai pilihan utama.

- 3) Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan / kesuburan periode umur di atas 20-35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.

c. Pola Perencanaan Keluarga Berencana

Menurut Hartanto (2003) pola perencanaan keluarga adalah mengenai penentuan besarnya jumlah keluarga yang menyangkut waktu yang tepat untuk mengakhiri kesuburan. Perencanaan keluarga harus diketahui kapan kurun waktu reproduksi sehat, berapa sebaiknya jumlah anak sesuai kondisi, berapa perbedaan jarak umur antara anak.

Menurut Mulyani dan Rinawati (2013) menjelaskan seorang wanita secara biologik memasuki usia reproduksinya beberapa tahun sebelum mencapai umur dimana kehamilan dan persalinan dapat berlangsung dengan aman dan kesuburan ini akan berlangsung terus-menerus sampai 10-15 tahun, sesudah kurun waktu dimana kehamilan dan persalinan itu berlangsung dengan aman. Kurun waktu yang paling aman adalah umur 20-35 tahun dengan pengaturan:

- 1) Anak pertama lahir sesudah ibunya berumur 20 tahun
- 2) Anak kedua lahir sebelum ibunya berumur 30 tahun
- 3) Jarak antara anak pertama dan kedua sekurang-kurangnya 2 tahun atau diusahakan jangan ada 2 anak balita dalam kesempatan yang sama. Kemudian menyelesaikan besarnya keluarga sewaktu istri berusia 30-35 tahun dengan kontrasepsi mantap.

Tabel 2.10 Pola Penggunaan Metode Kontrasepsi yang Rasional.

Menunda	Menjarangkan	Mengakhiri
Usia < 20 tahun pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk digunakan adalah cara sederhana seperti pil, kondom, dan pantang berkala	Usia 20-35 tahun Alat kontrasepsi yang cocok untuk digunakan adalah IUD, implan, dan suntikan	Usia > 35 tahun Masa ini alat kontrasepsi yang paling cocok adalah kontrasepsi mantap (MOW dan MOP, disusuli AKDR dan implan)

--	--	--

Sumber: Handayani, 2011

d. Suntikan Progestin

1) Pengertian

Menurut Handayani (2011) Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu :

- a) *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (Depoprovera) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik *intramusculer*.
- b) *Depo Noretisteron Enntat* (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik *intramusculer*.

2) Cara Kerja

Menurut Handayani (2011) carakerjasuntikan progestin yaitu : Menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetresi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *atrofi* dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

3) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungansuntikan progestin yaitu : Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai primenopause.

4) Keterbatasan

Menurut Handayani (2011) keterbatasan suntikan progestin yaitu sering ditemukan gangguan haid, seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting), tidak haid sama sekali, klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik), tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu sebelum suntikan berikut, tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi Virus HIV terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat.

5) Efek Samping

Menurut Handayani (2011) efek samping suntikan progestin yaitu :*Amenorrhea*, perdarahan hebat atau tidak teratur, penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).

Menurut Mulyani dan Rinawati (2013) penanganan efek samping suntikan progestin yaitu bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu, bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien, hentikan penyuntikan. Apabila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera, jangan berikan terapi hormonal, tunggu 3–6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik. Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan, serta informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat dan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikanlah diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok, bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

B. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa

dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan (Permenkes 938, 2007)

1. Standar I : Pengkajian

Pernyataan Standar: Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Kriteria pengkajian: Data tepat, akurat dan lengkap, terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya) dan data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II: perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

Pernyataan standar: Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan: Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III: perencanaan

Pernyataan standar: Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan.

Kriteria perencanaan:

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/ pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/ keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV: implementasi

Pernyataan standar: Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/ pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria Implementasi:

Memperhatikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural, setiap tindakan atau asuhan harus mendapatkan persetujuan klien atau keluarganya (*informed consent*), melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*, melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan, menjaga privasi klien/pasien, melaksanakan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan, menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai, melakukan tindakan sesuai standar dan mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Standar V: Evaluasi

Pernyataan standar: bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perkembangan kondisi klien.

Kriteria evaluasi: Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien, hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga, evaluasi dilakukan sesuai dengan standar dan hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI: Pencatatan asuhan kebidanan

Pernyataan standar : Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat singkat dan jelas mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/ KMS/ status pasien/ buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

- d. O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, *follow up* dan rujukan.

C. Kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan.

Seorang bidan dalam menangani kasus diberi kewenangan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464/ Menkes/ Per/ X/ 2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan, yang disebut dalam BAB III praktik kebidanan antara lain:

1. Pasal 9

Bidan dalam menyelenggarakan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi: Pelayanan kesehatan ibu, Pelayanan kesehatan anak, dan, Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan/keluarga berencana.

2. Pasal 10

- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 no.1 diberikan pada masa prahamil, kehamilan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan
- b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) meliputi :
 - 1) Pelayanan konseling pada masa prahamil
 - 2) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
 - 3) Pelayanan persalinan normal

- 4) Pelayanan ibu nifas normal
 - 5) Pelayanan ibu menyusui
 - 6) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan
- c. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (b) berwenang untuk :
- 1) Episiotomi
 - 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat 1 dan 2
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dianjurkan dengan rujukan
 - 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
 - 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - 6) Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
 - 7) Pemberian uteronika pada manajemen aktif kala III dan post partum
 - 8) Penyuluhan dan konseling
 - 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
 - 10) Pemberian surat keterangan kematian
 - 11) Pemberian surat keterangan cuti bersali
3. Pasal 11
- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada pasal 9 no. 2 diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, anak pra sekolah.
 - b. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (a) berwenang untuk :
 - 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.
 - 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan
 - 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
 - 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
 - 6) Pemberian konseling dan penyuluhan, Pemberian surat keterangan kelahiran dan Pemberian surat keterangan kematian

4. Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk: memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana dan memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

5. Pasal 18

a. Pelaksanakan praktik/kerja, bidan berkewajiban untuk:

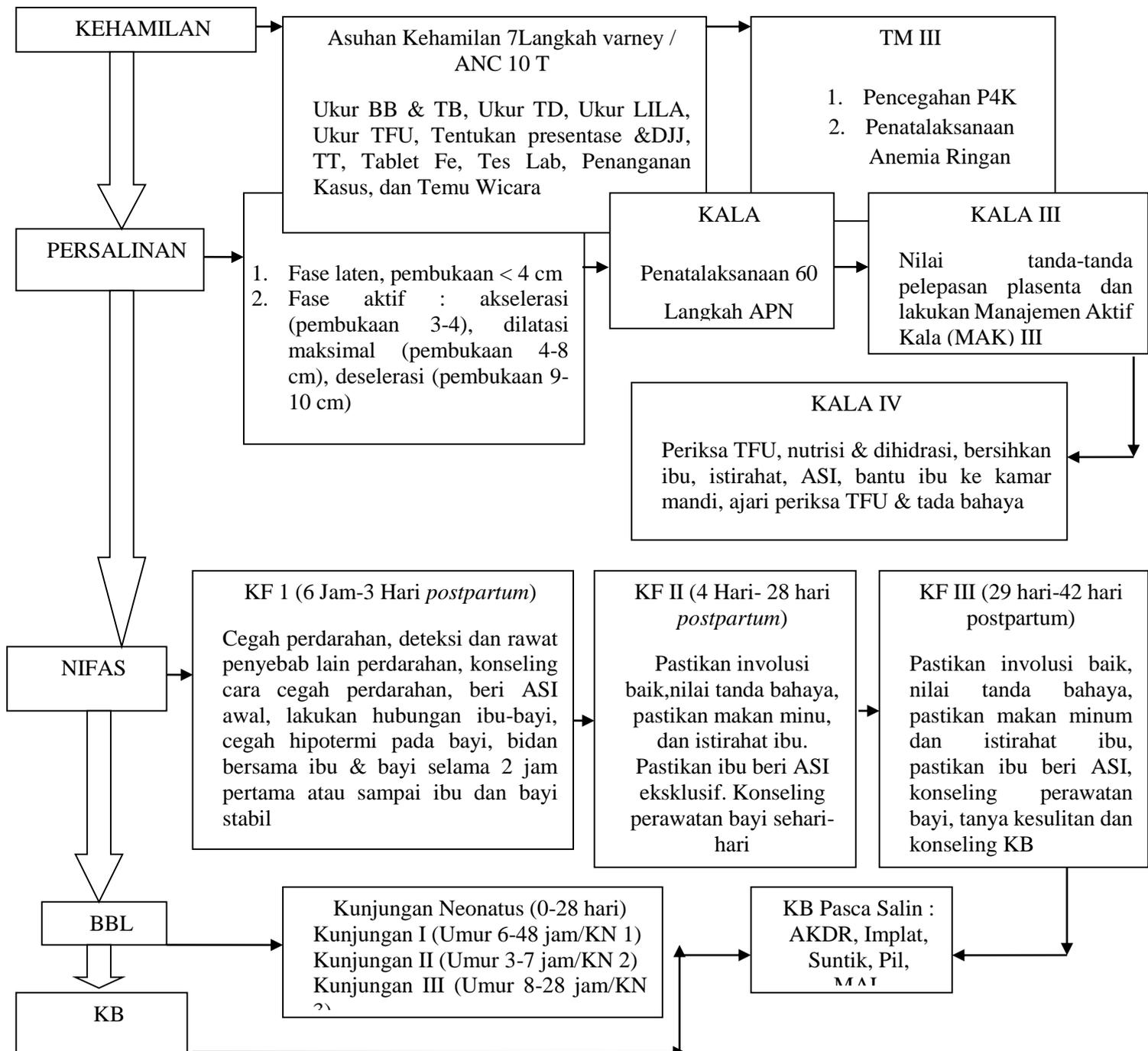
- 1) Menghormati hak pasien
- 2) Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan
- 3) Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu
- 4) Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan
- 5) Menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 6) Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya secara sistematis
- 7) Mematuhi standar
- 8) Melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian

b. Bidan dalam menjalankan praktik/kerja senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.

Bidan dalam menjalankan praktik kebidanan harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

D. Kerangka Pemikiran

Bagan 2.1 Kerangka Pemikiran



Sumber : Marmi, 2012, Ilmiah, 2015, Handayani, 2010

BAB III

METODE LAPORAN KASUS

A. Jenis Laporan Kasus

Penelitian dengan judul “ Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. F. S. di Puskesmas Maukaro periode 13 Maret S/D 14 Juni 2019 ”, menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus.

B. Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Maukaro pada tanggal 13 Maret sampai 14 Juni 2019.

C. Subjek Laporan Kasus

1. Populasi

Studi kasus ini populasinya adalah seluruh ibu hamil trimester III yang berada di Puskesmas Maukaro pada bulan Maret 2019.

2. Sampel

Studi kasus ini sampel yang diambil adalah pada Ny. F.S. umur 33 tahun G₃P₁A₁AH₁ UK 33 minggu 4 hari di Puskesmas Maukaro.

D. Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis data

a. Data primer

Kasus ini, penulis memperoleh data langsung dari pasien Ny. F.S. umur 33 tahun dengan melakukan wawancara

b. Data sekunder

Kasus ini, penulis menggunakan catatan medik pasien yang ada di Puskesmas Maukaro, Buku Register dan Buku KIA.

2. Teknik pengumpulan data

a. Observasi

Kasus ini peneliti mendapatkan data obyektif dari pengamatan langsung pada klien yaitu: observasi tentang keadaan pasien mulai dari pasien

hamil, bersalin, BBL, nifas dan KB. Peneliti juga melakukan observasi pada kemajuan persalinan dengan menggunakan format asuhan kebidanan dan partograf.

b. Wawancara

Laporan kasus ini peneliti melakukan wawancara pada ibu hamil trimester III, bersalin, BBL, nifas, dan KB dengan menggunakan format asuhan kebidanan.

E. Keabsahan Penelitian

Studi kasus ini penulis mendapatkan gambaran dari subyek yang sedang diteliti melalui sumber antara lain suami, keluarga dan bidan Puskesmas Rewarangga dengan teknik wawancara.

Cara mengumpulkan sumber data, maka penulis menggunakan cara observasi dan wawancara langsung kepada ibu hamil trimester III. Observasi digunakan untuk mengumpulkan data obyektif, sehingga hasil yang di dapat berupa: keadaan umum, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik klien dari hamil, bersalin, BBL, nifas dan KB.

F. Instrumen Laporan Kasus

Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan pada ibu hamil, partograf, ibu bersalin, BBL, ibu nifas dan KB (format dalam bentuk metode SOAP).

G. Etika Studi Kasus

Studi kasus ini, penulis juga mempertahankan prinsip etika dalam mengumpulkan data antara lain :

1. Hak untuk *self determination*

Penulis memberikan otonomi kepada subyek penelitian untuk membuat keputusan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini.

2. Hak *privacy* dan martabat

Penulis memberikan kesempatan kepada subjek penelitian untuk menentukan waktu dan situasi dia terlibat. Dengan hak ini pula informasi yang didapatkan

di subjek penelitian tidak boleh dikemukakan kepada umum tanpa persetujuan dari yang bersangkutan.

3. Hak terhadap *anonymity* dan *confidentiality*

Studi kasus ini, subjek penelitian memiliki hak untuk tidak ditulis namanya atau anonim dan memiliki hak berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Maukaro tepatnya di Puskesmas Maukaro sejak tanggal 13 Maret Sampai 14 Juni 2019.

Puskesmas Maukaro merupakan salah satu puskesmas dari 24 puskesmas yang ada di kabupaten Ende. Wilayah kerja puskesmas Maukaro terdiri dari 11 desa. Puskesmas maukaro juga mempunyai 3 pustu, 7 poskesdes, dan 22 posyandu.

Batas wilayah Puskesmas Maukaro: Sebelah utara berbatas dengan laut flores, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Ende dan Nangapanda, sebelah timur dengan Kecamatan Wewaria, sebelah barat dengan Kecamatan Wolowae Kabupaten Nagekeo.

B. Tinjauan Kasus

Kasus ini membahas tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. F.S dari masa kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan KB di Puskesmas Maukaro pada tanggal 13 Maret sampai 14 Juni 2019 dengan metode 7 langkah varney dan mendokumentasikannya dalam bentuk SOAP.

I. PENGKAJIAN

A. Subjektif

1. Identitas/ Biodata

Nama Ibu	: Ny. F.S	Nama Suami	: Tn.B.D
Umur	: 33 Tahun	Umur	: 34 Tahun
Agama	: Katolik	Agama	: Katolik
Suku/ Bangsa	: Ende/ WNI	Suku/ Bangsa	: Ende/ WNI
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Ndetundopo	Alamat	: -

2. Alasan Kunjungan

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya, pernah keguguran, ibu juga mengatakan sudah tidak haid kurang lebih 8 bulan dari bulan Juli 2018. Ibu juga mengeluh sering kencing 1 minggu yang lalu.

3. Riwayat Menstruasi

Haid pertama umur 14 tahun, siklus teratur 28 hari, banyaknya darah 3x ganti pembalut, lamanya 1minggu, sifat darah cair dan tidak ada nyeri haid

4. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan sudah menikah sah dengan suaminya, lama menikah 5 tahun, umur saat menikah 25 tahun, ini merupakan perkawinan yang pertama.

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl Lahir/ umur	Usia kehamila n	Jenis persalin an	Tempat persalin an	Komplikas		Nifas		Riwayat AB
					Ibu	Ba yi	Kea daan	Lakt asi	
1	24 Maret 2015	38 minggu	Sponta n	Puskes mas	-	-	Baik	Baik	1
2	Ini G3P1A1AH1 UK 33 minggu 4 hari								

6. Riwayat Kehamilan Ini

Hari pertama haid terakhir tanggal 21-07-2018. Ibu selalu melakukan ANC di Puskesmas Maukaro dan total ANC yang dilakukan 7 kali yaitu:

Trimester I (0-12 minggu) 2x Ibu melakukan ANC yaitu (tgl 09-08-2018 dan tgl 19-10-2018) dengan keluhan mual-mual, Therapy Asm Folat 30 tablet

Trimester II (12-28 minggu) 3x ibu melakukan ANC yaitu (tgl 13-11-2018 dan tgl 15 – 01 - 2019) tidak ada keluhan, therapy FE, Kalak

Trimester III (28-40 minggu) 2 kali ibu melakukan ANC yaitu (tgl 14-02 - 2019 dan tgl 13-03-2019) dengan keluhan pusing – pusing dan merasakan kencang –kencang pada perut bagian bawah, therapy FE, Kalak, VIT C.

Ibu mengatakan sudah mendapatkan Imunisasi TT sebanyak 2x yaitu:

TT1 Tgl 13 -12-2018

TT2 Tgl 15 – 01- 2019

Ibu mengatakan merasakan pergerakan anak pertama kali pada usia kehamilannya 4 bulan dan jumlah pergerakan anak yang dirasakan 24 jam terakhir kurang lebih dari 10-12 kali.

7. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menjadi akseptor KB

8. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

Jenis Pola	Sebelum Hamil	Selama Hamil
Nutrisi	<p>Makan</p> <p>Frekuensi : 3 kali/hari</p> <p>Porsi : 1 piring tiap kali makan</p> <p>Komposisi : nasi, ikan, daging, telur, sayur-mayur, tahu, tempe, telur</p> <p>Minum</p> <p>Jumlah : 6-8 gelas/hari</p> <p>Jenis : air putih, teh</p>	<p>Makan</p> <p>Frekuensi : 4 kali/hari</p> <p>Porsi : 1 ½ piring tiap kali makan</p> <p>Komposisi : nasi, ikan, telur, sayur-mayur, tahu, tempe</p> <p>Minum</p> <p>Jumlah : 6- 8 gelas/hari</p> <p>Jenis : air putih</p> <p>Keluhan : tidak ada</p>
Eliminasi	<p>BAB</p> <p>Frekuensi : 1-2 x/hari</p> <p>Konsistensi : lembek</p> <p>Warna : kuning</p> <p>BAK</p> <p>Frekuensi : 4-5x/hari</p> <p>Konsistensi : cair</p> <p>Warna : kuning jernih</p>	<p>BAB</p> <p>Frekuensi : 2-3 x/hari</p> <p>Konsistensi : lembek</p> <p>Warna : kuning</p> <p>BAK</p> <p>Frekuensi : 6-7 x/hari</p> <p>Konsistensi : cair</p> <p>Warna : kuning jernih</p>
Seksualitas	<p>Frekuensi : 3x/minggu</p>	<p>Frekuensi : 1x/minggu</p> <p>Keluhan : tidak ada</p>
Personal hygiene	<p>Mandi : 2 kali/hari</p> <p>Keramas : 2 kali/minggu</p> <p>Sikat gigi : 2 kali/hari</p> <p>Cara cebok : benar (dari depan ke belakang)</p> <p>Perawatan payudara : saat mandi (dengan sabun dan bilas dengan air)</p>	<p>Mandi : 2 kali/hari</p> <p>Keramas : 2 kali/minggu</p> <p>Sikat gigi : 2 kali/hari</p> <p>Cara cebok : benar (dari depan ke belakang)</p> <p>Perawatan payudara : saat mandi (dengan sabun dan bilas dengan air, kadang diberi minyak kelapa)</p>

	ganti pakaian dalam : 2 kali/hari	ganti pakaian dalam : 2 kali/hari
Istirahat dan tidur	Tidur siang : 1/2 jam/hari (ibu bekerja) Tidur malam : ±8 jam/hari	Tidur siang : 1/2 jam/hari Tidur malam : ± 10 jam/hari(jam 20.00 s/d 06.00 wita)
Aktivitas	Memasak, membersihkan rumah, mencuci pakian	Memasak, membersihkan rumah dan mencuci pakian

9. Riwayat penyakit sistemik yang lalu

Ibu mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit sistemik seperti, jantung, ginjal, asma/TBC paru, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi, dan epilepsi. Ibu juga belum pernah melakukan operasi.

10. Riwayat penyakit sistemik yang sedang diderita

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit sistemik seperti, jantung, ginjal, asma/TBC paru, hepatitis, diabetes militus, hipertensi, dan epilepsi.

11. Riwayat penyakit keluarga

Ibu mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit sistemik seperti, jantung, ginjal, asma/TBC paru, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi, dan epilepsi.

12. Riwayat psikososial

Ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan dan ibu merasa senang dengan kehamilannya. Reaksi orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini, orang tua dan keluarga mendukung ibudengan menasehatkan untuk memeriksakan kehamilan di puskesmas. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah ibu dan suami (dirundingkan bersama).

Ibu dan suami mengatakan sudah membeli perlengkapan bayi untuk persiapan persalinan, ibu dan suami tidak cemas jika sewaktu-waktu ibu ingin melahirkan karna mereka mempunyai kendaraan sendiri yaitu sepeda motor dan ibu mempunyai kartu jaminan kesehatan yaitu Kartu KIS.

A. Data Objektif

Tanggal Pengkajian : 13 Maret 2019

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Keadaan emosional : stabil
- d. Tanda- tanda vital:
 - Tekanan Darah : 100/70 mmHg Denyut nadi : 84 kali/menit
 - Pernafasan : 18 kali/menit Suhu tubuh : 36 °C
- e. Tinggi badan : 155 cm
- f. Berat badan ibu saat pertama kali periksa : 60 kg
- g. Berat badan sekarang : 70 kg
- h. Lingkar lengan atas : 26 cm
- i. Posisi tulang belakang : lordosis
- j. Kepala
 - 1) Muka : Pada inspeksi tidak terlihat adanya oedem dan tidak ada cloasma gravidarum.
 - 2) Mata : Pada inspeksi mata bersih, kelopak mata tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera warna putih.
 - 3) Hidung : Pada inspeksi hidung bersih, tidak terdapat sekret dan tidak ada polip.
 - 4) Telinga : Pada inspeksi telinga bersih, tidak ada serumen.
 - 5) Mulut : Pada inspeksi mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis dan tidak ada gigi karies
- k. Leher

Pada palpasi tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada pembendungan vena jugularis.
- l. Dada

Pada inspeksi bentuk payudara simetris, areola mammae mengalami hiperpigmentasi, puting susu menonjol; pada palpasi tidak terdapat

benjolan, pengeluaran ada kolostrum jika dipijat, dan tidak ada nyeri tekan.

m. Abdomen

Pada inspeksi tidak ada bekas luka operasi, terdapat linea nigra, dan membesar sesuai usia kehamilan

n. Ekstremitas

Pada palpasi ekstremitas atas (penekanan pada daerah kuku) tidak pucat, pada ekstremitas bawah tidak terdapat oedem.

Pada ekstremitas bawah fungsi gerak normal, tidak ada varises; palpasi daerah kuku tidak pucat, kaki tidak oedem; perkusi tidak dilakukan.

2. Pemeriksaan Kebidanan

Palpasi Uterus

Leopold I : Tinggi fundus uteri $\frac{1}{2}$ pusat prosesus xipoides, pada fundus teraba bagian yang lunak, kurang bulat, dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba bagian datar, keras seperti papan dan memanjang (pu-ka) bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin

Leopold III: Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala) masih bisa digoyangkan.

Leopold IV : Divergen (kepala sudah masuk PAP)

Pemeriksaan TFU menurut Mc Donald: 28 cm

TBBJ : $28-11 \times 155 = 2635$ gram

Auskultasi

DJJ : Terdengar jelas, kuat dan teratur di bagian kanan bawah perut ibu dengan frekwensi 137x/mnt

Ano-Genital : Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Haemoglobin : 11,4 gr/ dl

HbSAg : Negatif

Golongan darah : B
 USG : tidak dilakukan

II. Analisa Diagnosa dan Masalah

Diagnosa	Data Dasar
Ny. F.S G ₃ P ₁ A ₁ UK 33 minggu 4 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intra uterine, keadaan ibu dan janin baik.	<p>Ds : Ibu mengatakan sedang hamil anaknya yang ketiga, pernah keguguran 1 kali, anak hidup 1 orang, hari pertama haid terakhir 21 Juli 2018.</p> <p>DO: TP: 28 April 2019</p> <p>1. Pemeriksaan Umum</p> <p>Keadaan umum : baik,</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>Tanda-tanda vital: => Tekanan Darah : 100/70 mmHg Denyut nadi : 84x/mnt Pernafasan : 18 kali/menit Suhu tubuh : 36 °C</p> <p>Antropometri: => Tinggi badan : 155 Cm BB Sebelum Hamil : 49 Kg BB Saat Hamil : 60 Kg</p> <p>Palpasi Uterus</p> <p>Leopold I: Tinggi fundus uteri ½ pusat prosesus xipoideus , pada fundus terababagian yang lunak, kurang bulat, dan tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba bagian datar, keras seperti papan dan memanjang (pu-ka), bagian kiri perut ibu teraba bagian- bagian terkecil janin</p> <p>Leopold III: Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, (kepala) tidak bisa digoyangkan.</p> <p>Leopold IV: Divergen (kepala sudah masuk PAP)</p> <p>Pemeriksaan TFU menurut Mc Donald : 28 cm TBBJ : 28-11x155=2635 gram DJJ : Terdengar jelas, kuat, teratur di bagian kanan bawah perut ibu dengan frekwensi 140x/mnt Skor Poedji Rochjati: 6 Skor</p>

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Diagnosa: Ny. F.S umur 33 tahun G3P1A1AH1 UK 33 minggu 4 Hari janin hidup tunggal intra uterin letak kepala keadaan ibu dan janin baik.

1. Beritahukan hasil pemeriksaan kepada ibu.

Rasional: Merupakan hak ibu untuk mengetahui kondisi kesehatan ibu dan janinnya sehingga ibu kooperatif dalam melakukan asuhan

2. Jelaskan ketidaknyamanan pada trimester III yang dialami ibu yaitu merasakan kurang istirahat atau gangguan pola istirahat dan tidur.

Rasional: Reaksi individu berbeda terhadap perubahan yang terjadi.

Informasi yang diberikan dapat membantu ibu/dan pasangan untuk menerima dan memahami kehamilan sebagai kondisi yang sehat dan normal, bukan sakit.

3. Jelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III

Rasional: Memastikan bahwa ibu akan mengenali gejala yang harus dilaporkan. Gejala yang khususnya berhubungan dengan trimester ketiga adalah nyeri epigastrik, sakit kepala yang hebat, gangguan visual, edema pada wajah dan tangan, tidak ada gerakan janin, gejala infeksi (vaginitis atau ISK), dan perdarahan vagina atau nyeri abdomen hebat (plasenta previa, abrupsi plasenta). Semua kondisi tersebut dapat membahayakan janin dan ibu sehingga membutuhkan evaluasi secepatnya.

4. Jelaskan tanda-tanda persalinan kepada ibu

Rasional: Memperkuat informasi yang benar yang mungkin sudah diketahui oleh ibu dan mengurangi ansietas.

5. Anjurkan kepada ibu untuk tidur posisi miring ke kiri.

Rasional: Pembuluh darah balik berada di bagian kanan sehingga dengan posisi miring kiri, ibu tidak dapat menekan pembuluh darah balik yang dapat menyebabkan hipoksia pada janin.

6. Anjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat gizi.

Rasional: Nutrisi yang cukup dapat memenuhi kebutuhan zat makanan untuk janin dalam masa pertumbuhan dan perkembangan didalam kandungan dan untuk membantu ibu selama proses kehamilannya sampai aterm

7. Diskusikan persiapan persalinannya seperti memilih tempat persalinan, transportasi untuk ke tempat persalinan, pendamping persalinan, biaya persalinan dan perlengkapan yang dibutuhkan untuk persalinan (pembalut, kain, perlengkapan bayi, dll).

Rasional: Kurangnya persiapan di akhir kehamilan dapat mengindikasikan masalah finansial, sosial, atau emosi.

8. Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan USG.

Rasional: Memastikan bahwa janin dalam keadaan sehat dan memastikan keadaan organ panggul dapat dilalui janin dalam proses persalinan nanti.

9. Lakukan pengambilan darah vena untuk pemeriksaan HB di puskesmas.

Rasional: Mengetahui kadar sel darah merah dalam darah dan mendeteksi kemungkinan anemia pada ibu dalam proses kehamilan.

10. Dokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Rasional: Sebagai bahan evaluasi, tanggung jawab dan tanggung gugat

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 13 Maret 2019

Jam : 09.00 Wita

Diagnosa : Ny. F. S umur 33 tahun G3 P1 A1 AH1 UK 33 minggu 4 Hari ,
janin hidup tunggal intra uterin letak kepala keadaan ibu dan janin baik.

1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan, tafsiran persalinan, umur kehamilan. Hasil pemeriksaan didapatkan:

Tekanan darah: 100/70 mmHg Nadi : 84 x/menit

Suhu : 36°C Pernapasan : 18 x/menit

Berat badan : 60 kg

Denyut jantung janin : 140 x/ menit

2. Menjelaskan ketidaknyamanan pada trimester III yang dialami ibu salah satunya adalah sering kencing. Hal ini terjadi adanya penekanan kepala yang turun dalam panggul sehingga menekan kandung kemih yang membuat ibu sering kencing. Cara mengatasinya dengan perbanyak minum air putih pada pagi dan siang hari dan kurangi minum pada malam hari, segera kosongkan kandung kemih jika ada dorongan untuk berkemih.
3. Menjelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III. Gejala yang khususnya berhubungan dengan trimester ketiga adalah nyeri epigastrik, sakit kepala yang hebat, gangguan visual, edema pada wajah dan tangan, tidak ada gerakan janin, gejala infeksi (vaginitis atau ISK), dan perdarahan vagina atau nyeri abdomen hebat (plasenta previa, abrupsi plasenta).
4. Menjelaskan tanda-tanda persalinan seperti perut mulas secara teratur dan semakin lama kontraksi semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir.
5. Mengajarkan kepada ibu untuk tidur posisi miring kiri dan jika bangun miringkan badan terlebih dahulu baru bangun dari tempat tidur.
6. Mengajarkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung gizi seimbang seperti karbohidrat terdapat dalam makanan pokok yaitu, nasi, jagung, umbi umbian, roti, protein terdapat pada tahu, tempe, ikan, telur, Lemak terdapat pada daging, susu, Vitamin terdapat pada sayur sayuran dan buah-buahan, dan mengkonsumsi air ± 6-8 gelas per hari terutama pada siang hari. Makan secara teratur dan tidak mengurangi pola atau porsi makan setiap hari.
7. Mendiskusikan persiapan persalinannya seperti membuat rencana persalinan, membuat perencanaan untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambil keputusan tidak ada, mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan, membuat rencana/pola menabung, mempersiapkan langkah yang diperlukan untuk persalinan.
8. Mengajarkan ibu untuk melakukan pemeriksaan USG

9. Melakukan pengambilan darah vena pada vena dengan jumlah 2 cc kemudian mengantar darah ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan selanjutnya oleh petugas.
10. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan.

VII. EVALUASI

Tanggal : 13 Maret 2019

Jam : 09:10 Wita

1. Hasil pemeriksaan telah diberitahukan pada ibu dan respon ibu baik dan senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Ibu dapat menyebutkan kembali ketidaknyamanan pada trimester III dan cara mengatasinya.
3. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mampu mengulangi kembali semua tanda bahaya sesuai dengan penjelasan yang diberikan
4. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu mampu mengulang kembali semua tanda persalinan dengan baik.
5. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan bersedia untuk melakukannya di rumah.
6. Ibu menerima anjuran yang di berikan dan bersedia untuk mengkonsumsi makanan sesuai dengan yang dijelaskan oleh bidan.
7. Ibu mengerti, dan berjanji akan kontrol lagi sesuai jadwal, dan ibu bersedia dikunjungi di rumah pada tanggal yang dimaksud (27 – 03 - 2019)
8. Ibu memilih bersalin di Puskesmas Maukaro, ibu ingin bidan yang menolong, ibu dapat langsung pergi ke puskesmas bersama keluarga, ibu memiliki jaminan kesehatan berupa KISS dan suami telah menyiapkan uang untuk kebutuhan mendadak saat proses persalinan, yang mengambil keputusan adalah suami, jika suami tidak ada kakak perempuan ibu yang akan menggantikan, ibu juga telah mempersiapkan perlengkapan yang dibutuhkan saat persalinan (seperti baju bayi, perlengkapan bayi, kain, pembalut), ibu dan suami sudah mendapatkan persetujuan kendaraan

mobil dari tetangga yang akan mengantar ibu ke puskesmas jika sudah ada tanda- tanda persalinan.

9. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan bersedia untuk melakukan pemeriksaan USG. Hasil pemeriksaan darah sudah diketahui yaitu Hb 11 gram %, HbSAg negatif.
10. Semua hasil pemeriksaan dan asuhan telah dicatat dalam status pasien, KMS ibu dan kohort ibu.

CATATAN PERKEMBANGAN I (KUNJUNGAN ANC I)

Tempat : Rumah Ny. F. S.

Hari/Tanggal : Rabu 27 Maret 2019

Pukul : 09.00 WITA

S : Ibu mengatakan sering kencing pada malam hari

O: Pemeriksaan fisik :

Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,5°C

Pernapasan : 18 kali/menit

Pemeriksaan obstetri :

Palpasi : Tinggi fundus 1/2 pusat proses xifoideus (28 cm), punggung kiri, letak kepala, kepala belum masuk pintu atas panggul, DJJ 145 kali/menit. TBBJ (28 -11) x 155 = 2635 gram. Usia kehamilan 35 minggu.

A: Ibu G₃P₁A₁AH₁ UK 33 minggu 4 hari janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik.

P :

1. Menginformasikan kepada ibu semua hasil pemeriksaan tanda vital:

Tekanan Darah : 110/80 mmHg Suhu Tubuh : 36,5 °C

Nadi : 84 kali/menit Pernafasan : 18 kali/menit

DJJ 145 kali/menit, posisi janin dalam rahim baik yaitu kepala di bawah, kepala janin belum masuk ke panggul. Tafsiran berat janin saat ini 2635gram. Hasil pemeriksaan telah diberitahukan kepada ibu, ibu mengerti dan respon ibu senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Mengkaji kembali keluhan ibu pada kunjungan sebelumnya yaitu gangguan istirahat/ tidur pada siang hari

Ibu mengatakan sudah dapat tidur siang dengan baik dan nyaman karena suami dan keluarga telah mengatur waktu untuk menemani ibu pada siang hari.

3. Melakukan konseling mengenai persiapan persalinan ibu.

Ibu tetap ingin melahirkan di Puskesmas Maukaro, untuk transportasi suami mengatakan keluarga bisa menyewa angkutan umum bila istrinya mendapat tanda persalinan di siang hari, tapi belum bila mendapat tanda di malam hari kemungkinan memakai motor saja (bila tidak mendapat angkutan), untuk biaya persalinan ibu sudah menyiapkan kartu jaminan kesehatan dan suami sudah menabung uang Rp 2.000.000,- untuk menjaga kemungkinan terjadinya rujukan atau tindakan yang membutuhkan tagihan langsung dari pasien.

4. Mengajarkan ibu untuk sering jalan-jalan pagi dan sore, latihan fisik tersebut meningkatkan tonus otot untuk persiapan persalinan dan kelahiran, dapat mempersingkat persalinan, dan mengurangi kebutuhan untuk induksi oksitosin, berjalan-jalan dapat meningkatkan aliran balik vena dengan menyebabkan otot rangka berkontraksi dan menekan vena pada tungkai Ibu mengatakan ia memang sering jalan-jalan di pagi hari dan sore hari ditemani suami atau keluarga.

5. Mengajarkan dan memotivasi ibu untuk memeriksakan kehamilannya secara teratur di Puskesmas, guna memantau kondisi ibu dan janin melalui pemeriksaan kebidanan.

Ibu mengerti dan akan datang melakukan pemeriksaan di puskesmas sesuai jadwal.

6. Menganjurkan ibu untuk sering-sering membaca buku KIA tentang Kesehatan Ibu dan Anak yang berguna untuk menambah pengetahuan ibu selama hamil, bersalin, nifas, dan merawat anak.

Ibu merasa senang mendapat buku tersebut dan berjanji akan selalu membacanya.

7. Memastikan bahwa ibu sudah teratur meminum obat yang diberikan dari Pustu dengan menghitung jumlah obat yang masih ada.

Ibu meminum obatnya secara teratur, obat yang tersisa tinggal 4 tablet.

8. Menjadwalkan untuk kunjungan ulang berikutnya yaitu tanggal 11 April 2019

Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan untuk pemeriksaan selanjutnya.

9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi.

Hasil pemeriksaan telah dicatat

CATATAN PERKEMBANGAN 2 (KUNJUNGAN ANC II)

Tempat : Rumah Ny. F. S

Hari/Tanggal : Kamis 11 April 2019

Pukul : 10.00 WITA

S : Ibu mengatakan sering kencing dan nyeri pinggang

O : Pemeriksaan fisik :

Tanda-tanda vital :

Tekanan darah : 110/80 mmHg Nadi : 80kali/menit

Suhu : 36,5°C Pernapasan : 18 kali/menit

Berat badan : 67 kg

Pemeriksaan obstetri :

Palpasi: Tinggi fundus 3 jari bawah procesus xifoideus (29 cm), punggung kiri, letak kepala, kepala belum masuk pintu atas panggul, denyut Jantung

Janin 146 kali/menit. TBBJ (29-11) x 155 = 2790 gram. Usia kehamilan 37 minggu.

A : Ibu G₃ P₁ A₁ AH₁ UK 37 minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik.

P :

1. Menginformasikan kepada ibu semua hasil pemeriksaan tanda vital:

Tekanan Darah: 110/70 mmHg Suhu Tubuh : 36,5 °C

Nadi : 80 kali/menit Pernafasan : 18 kali/menit

BB : 67 kg (naik 2 kg dari pemeriksaan tanggal 28 Feb 2019)

Denyut Jantung Janin 145 kali/ menit, posisi janin baik dengan kepaladibawah, kepala janin belum masuk panggul, tafsiran berat janin 2790 gram, usia kehamilan 37 minggu.

Hasil pemeriksaan telah diberitahukan kepada ibu, ibu mengerti dan senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Mengingatkan kembali tentang pemenuhan pola nutrisi selama hamil.

Ibu mengatakan untuk kebutuhan makan dan minum selalu tercukupi dengan adanya tanaman seperti jagung dan marungga di depan halaman, setiap hari ibu selalu membeli lauk-pauk seperti tahu, tempe dan ikan. Ibu juga lebih sering minum air putih.

- a. Mengingatkan kembali tentang pemenuhan pola tidur.

Ibu mengatakan ia sudah bisa tidur siang ± 1 jam, dan malam ibu tidur jam 09.00 wita, malam sampai jam 6.00 wita

- b. Mengingatkan tentang tanda-tanda persalinan seperti perut mulas secara teratur dan semakin lama kontraksi semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir (ibu dapat membaca di buku KIA halaman 10).

Ibu mengerti dan ibu mampu menyebutkan tanda-tanda persalinan dengan baik dan berjanji akan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami tanda-tanda persalinan.

c. Memastikan bahwa ibu sudah teratur meminum obat yang diberikan dari Puskesmas dengan menghitung jumlah obat yang masih ada.

Obat yang lalu telah habis dan terapi dilanjutkan Camabion Vit. C 10 tablet.

d. Menjadwalkan kunjungan rumah berikutnya yaitu tanggal 28 April 2019.

Ibu bersedia untuk menerima kunjungan.

e. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi.

Hasil pemeriksaan telah dicatat

CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN (KUNJUNGAN INC)

Hari/ tanggal : Minggu, 05 Mei 2019

Pukul : 01.00 Wita

Tempat : Ruang Bersalin Puskesmas Maukaro

S : Ibu mengatakan merasakan perut mules, sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak jam 22.00 WITA (04/05/2019), dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah : 110 / 70 mmHg, suhu : 36,6 °C, pernapasan : 18 x/ menit, nadi 84 x/ menit.

Palpasi abdomen :

Leopold I : TFU 3 jari di bawah PX, teraba kepala.

Leopold II : punggung kanan.

Leopold III : teraba kepala.

Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen), perlimaan 2/5.

TFU : 30 cm, TBBJ : 2945 gram.

Kontraksi uterus : 4 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik.

Auskultasi : DJJ 140 kali/ menit, kuat dan teratur menggunakan dopler di perut ibu bagian kanan.

Jam 01:10 WITA

Pemeriksaan dalam: vulva/ vagina: tidak ada kelainan, tidak odema, dan ada pengeluaran lendir serta darah, serviks: portio tipis lunak, pembukaan 9 cm, ketuban utuh, presentasi: kepala ubun-ubun kecil kanan depan, tidak teraba bagian terkecil janin di samping kepala, penurunan kepala turun hodge III, tidak ada molase.

A : Ny. F.S G3 P₁ A₁ AH₁ hamil 41 minggu 1 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intra uterin, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif.

P 1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan tekanan darah: 110/70 mmHg, suhu: 36,6 °C, pernapasan: 18 x/menit, nadi: 84 x/menit, DJJ 140 kali/menit, pemeriksaan dalam pembukaan 9 cm. Ibu mengerti dengan dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga dengan meyakinkan mereka bahwa proses persalinan merupakan hal yang fisiologi, apabila rasa nyeri bertambah itu seiring dengan pembukaan serviks dan memberikan semangat kepada ibu dalam menghadapi proses persalinan.

Ibu dapat mengerti dan merasa senang serta mau menuruti apa yang dianjurkan.

3. Melakukan pemantauan kontraksi uterus, DJJ, nadi setiap 30 menit, suhu setiap 2 jam dan pembukaan serviks, penurunan kepala serta tekanan darah setiap 4 jam.

Tabel 4.4 Pemantauan His, DJJ, TTV dan VT

Jam	His	DJJ	Nadi	Suhu	TD	VT
01.10	4x10 menit, durasi 45-50 detik	140x/ menit	84x/ menit	37°C	110/70 mmHg	Vulva atau vagina: tidak ada kelainan, tidak ada varises, portio tipis lunak, pembukaan 9cm, KK +, presentase belakang kepala, ubun-ubun kecil kiri depan,

						penurunan kepala di di Hodge III-IV, sutura sagitalis terpisah
01.40	5x10 menit, durasi 50-55 detik	145x/ menit	84x/m enit	36°C	110/70	

4. Memberitahu ibu untuk berjalan di dalam ruangan, berbaring miring ke kiri dengan kaki kanan ditekuk kaki kiri lurus, berat uterus dan isinya akan menekanvena kava inferior yang dapat menyebabkan turunnya aliran darah dari ibu ke plasenta sehingga terjadi hipoksia pada janin.
Ibu mengerti dan sudah tidur dalam posisi miring ke kiri.
5. Menjelaskan pada ibu tentang posisi meneran dalam proses persalinan, membantu memberikan kenyamanan, mempercepat turunnya kepala dan mempercepat proses persalinan, menjelaskan pada ibu tentang posisi meneran yang dapat dipilih yaitu jongkok, merangkak, miring dan posisi ½ duduk.
Ibu mengerti penjelasan yang diberikan dan memilih posisi ½ duduk.
6. Mengajarkan ibu saat merasakan nyeri melakukan teknik relaksasi yaitu dengan menarik nafas panjang dan dalam menghembuskan lewat mulut, sehingga dapat mengurangi rasa sakit.
Ibu sudah mengerti dan bisa melakukan teknik relaksasi.
7. Memberikan asuhan sayang ibu seperti membantu ibu melakukan perubahan posisi sesuai keinginan dan kebutuhan ibu serta memberitahu keluarga untuk memberi sentuhan ringan seperti memijat punggung ibu.
Bidan dan keluarga membantu ibu merubah posisi dan memijat punggung ibu.

8. Mengajarkan ibu makan dan minum di luar his, dan menjelaskan pada suami agar memberi ibu makan dan minum sesuai keinginan selama proses persalinan, agar dapat menambah tenaga untuk ibu meneran.
Ibu mau makan, dan ibu makan $\frac{1}{2}$ piring dan telur 1 butir, minum \pm 200 cc.
9. Mengajarkan ibu untuk berkemih, jika kandung kemih penuh. Kandung kemih yang penuh berpotensi untuk memperlambat turunnya kepala dan mengganggu kemajuan persalinan serta menyebabkan ketidaknyamanan bagi ibu.
Ibu berkemih \pm 100 cc.
10. Menjelaskan kepada ibu cara mengedan yang benar yaitu ibu tidur dalam posisi setengah duduk, kedua tangan yang merangkul paha yang diangkat, kepala melihat ke arah perut dan membuka mata saat meneran, serta tidak mengedan sebelum waktunya karena dapat menyebabkan kelelahan.
Ibu mengerti dan memahami cara mengedan yang baik dan benar serta bersedia untuk melakukannya.
11. Menyiapkan semua peralatan dan bahan yang akan digunakan selama proses persalinan sesuai salf, yaitu :
 - a. Salf I :

Partus set	: Klem tali pusat (2 buah), gunting tali pusat (1 buah), gunting episiotomy (1 buah), $\frac{1}{2}$ kocher (1 buah), penjepit tali pusat (1 buah), handscoen handscoon (2 pasang), kapas secukupnya.
Hecting set	: Nailfuder (1 buah), benang, gunting benang, pinset anatomis dan pinset sirurgis (1 buah), handscoen (1 pasang), kasa secukupnya.
Tempat obat	: Oxytocin 3 ampul (1 ml), lidokain 1 %, aquades, Vit. Neo K (1 ampul), salep mata oxytetracyclin 1%.

Kom berisi : Air DTT dan kapas, korentang dalam tempatnya, klorin spray 1 botol, doppler, pita centi, disposable (1cc, 3cc, 5cc) DTT, kateter DTT dan sarung tangan DTT.

b. Saff II

Pengisap lendir (dee lee), tempat plasenta, tempat sampah tajam, tensimeter, stetoskop dan thermometer.

c. Saff III

Cairan infus, infus set, abocat, pakaian ibu dan bayi, celemek, penutup kepala, masker, waslap, plastic merah, kuning, hitam, handuk, duk, kacamata, sepatu both, alat resusitasi bayi.

12. Mendokumentasi semua hasil tindakan pada status pasien.

Semua hasil sudah di dokumentasi.

CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN KALA II

Hari / Tanggal : Minggu, 05 Mei 2019

Pukul : 01.45 Wita

Tempat : Puskesmas Maukaro

S : Ibu mengatakan nyeri pada pinggang dan perut bagian bawah bertambah serta adanya dorongan kuat untuk mendedan dan ada rasa ingin BAB.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terdapat tanda gejala kala II yaitu adanya dorongan kuat untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan spingter ani membuka, tekanan darah : 120/70 mmHg, suhu: 36,6 °C, pernapasan: 20x/ menit, nadi: 84 x/ menit, DJJ: 150x/ menit, his 5x dalam 10 menit dengan durasi 50-55 detik.

Pemeriksaan dalam:

Vulva/ vagina: tidak ada kelainan, ada odema, tidak ada condiloma, tidak ada inflamasi, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lendir darah, serviks: portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, effacement 100%, kulit

ketuban pecah spontan warna jernih, presentase: ubun-ubun kecil kanan depan, tidak teraba bagian terkecil janin di samping kepala, penurunan kepala turun hodge IV, tidak ada molase.

A : Inpartu kala II.

P :

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua:
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva-vagina dan spingter anal membuka.
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
Semua peralatan, bahan dan obat-obatan sudah disiapkan dan siap pakai, dispo sudah berada dalam baki steril, oksitosin sudah dipatahkan.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
Penolong sudah memakai APD.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
Semua perhiasan sudah dilepas dan tangan dalam keadaan bersih dan kering.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
Tangan kanan sudah memakai handscoen steril.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/ wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

Oksitosin 10 unit sudah dimasukkan ke dalam tabung suntik dan sudah diletakkan ke dalam partus set.

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah 9).

Sudah dilakukan vulva hygiene.

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi. Pemeriksaan dalam sudah dilakukan dan hasilnya vulva vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, kantong ketuban negatif, pembukaan 10 cm.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

Sarung tangan sudah di dekontaminasi dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Tangan sudah dalam keadaan bersih dan kering.

10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/ menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf. DJJ: 150 kali/ menit, irama kuat dan teratur pada perut ibu bagian kanan. Sudah dilakukan pendokumentasian pada partograf.
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran. Ibu mengerti dan mau meneran saat merasa sakit.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

Ibu sudah dalam posisi setengah duduk, keluarga siap membantu dan mendampingi ibu saat persalinan.

13. Memimpin persalinan saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang). Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu. Menganjurkan asupan cairan per oral. Menilai DJJ setiap lima menit. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

Ibu sudah minum teh manis 1 gelas, DJJ 150 kali/ menit.

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

Handuk sudah diletakkan di atas perut ibu.

15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu. Kain sudah dilipat 1/3 bagian dan sudah diletakkan di bawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
Partus set dalam keadaan terbuka.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
Kedua tangan sudah memakai sarung tangan steril.
18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee DTT atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
Kepala bayi telah lahir dan tangan kiri melindungi kepala bayi dan tangan kanan menahan defleksi.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
Muka, mulut dan hidung bayi sudah bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi : jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi, jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
Tidak ada lilitan tali pusat dileher.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
Kepala bayi sudah melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah

keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Tangan dalam keadaan biparietal memegang kepala bayi. Bahu anterior dan bahu posterior sudah dilahirkan.

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

Tangan kanan menyangga kepala dan tangan kiri menelusuri lengan dan siku.

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penyusuran telah dilakukan dan bayi telah lahir.

25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bayi lahir tanggal 05-05-2019 jam 01.50 Wita, jenis kelamin laki - laki, ibu melahirkan secara spontan, bayi lahir langsung menangis, bergerak aktif, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, A/S : 9/10.

26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.

Bayi sudah dikeringkan, kepala dan badan bayi sudah dibungkus.

27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

Tali pusat sudah dalam keadaan di klem.

28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

Tali pusat telah dipotong.

29. Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.

Bayi dalam keadaan bersih dan kering diselimuti dengan kain bersih.

30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

Bayi dalam keadaan tengkurap dengan posisi perut ibu dan dada bayi menempel dan kepala bayi diantara kedua payudara ibu.

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

Fundus teraba kosong, bayi tunggal.

32. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

Ibu bersedia untuk disuntik.

33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Oksitosin 10 unit telah disuntikkan secara IM di 1/3 paha bagian distal lateral jam 13.05 Wita.

CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN KALA III

Hari / Tanggal : Minggu, 05 Mei 2019

Pukul : 01.52 Wita

Tempat : Puskesmas Maukaro

S : Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.

O : Keadaan umum baik, kesadaran : composmentis, kontraksi uterus baik, TFU: setinggi pusat, uterus membesar, keras, tali pusat bertambah panjang dan ada semburan darah keluar dari jalan lahir

A : Kala III.

P :

34. Memindahkan klem pada tali pusat.

Klem tali pusat sudah dipindahkan.

35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

Kontraksi uterus baik dan tangan kanan menegangkan tali pusat.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (*dorso kranial*) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu.

Tangan kiri melakukan dorso kranial.

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.

Tali pusat bertambah panjang dan klem sudah dipindahkan.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika

selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal. Plasenta lahir spontan lengkap jam 01.55 Wita.

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Kontraksi uterus baik ditandai dengan fundus teraba keras.

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

Kotiledon, selaput kotiledon dan amnion lengkap. Plasenta diletakkan di dalam kantong plastik.

41. Mengevaluasi tidak ada laserasi pada vagina dan perineum.

CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Hari / Tanggal : Minggu, 05 Mei 2019

Pukul : 02.10 Wita.

Tempat : Puskesmas Maukaro

S : Ibu mengatakan perutnya sedikit mules, dan merasa lega karena telah melahirkan anaknya, serta senang mendengar tangisan anaknya

O : Keadaan umum: baik, kesadaran: komposmentis, TFU 2 jari bawa pusat, kantong kemih kosong, kontraksi uterus baik. Tekanan darah: 110/60 mmHg, nadi: 84 x/menit, suhu: 36,7°C, pernapasan: 18 x/menit perdarahan ± 100 cc

A : Kala IV.

P :

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
Kontraksi uterus baik, perdarahan dalam batas normal.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
Sarung tangan sudah dicelupkan ke dalam larutan klorin 0,5 % dan sudah dikeringkan.
44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
Tali pusat sudah diikat dengan simpul mati.
45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
Tali pusat sudah diikat dengan simpul mati.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
Klem sudah dilepaskan dan diletakkan di dalam larutan klorin 0,5 %.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
Bayi sudah diselimuti dengan kain yang bersih dan kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
Ibu mulai memberikan ASI pada bayi.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam: 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 berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai. 2-3 kali dalam 15 menit pertama

pasca persalinan. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan. Setiap 20-30 menit pada jam ke 2 pasca persalian.

Hasilnya terlampir di partograf.

50. Mengajarkan pada ibu/ keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

Ibu sudah melakukan masase fundus sendiri dengan meletakkan telapak tangan di atas fundus dan melakukan masase selama 15 kali gerakan memutar dan ibu dan keluarga mengerti bahwa kontraksi yang baik ditandai dengan perabaan yang keras pada fundus.

51. Mengevaluasi kehilangan darah.

Ibu sudah ganti pembalut 1 kali.

52. Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal. Kebersihan dan keamanan.

Hasilnya terlampir dalam partograf.

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

Semua peralatan sudah direndam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dan sudah dibersihkan.

54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

Semua bahan-bahan yang terkontaminasi sudah dibuang dalam tempat sampah yang sesuai.

55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu . memakai pakaian yang bersih dan kering.

Ibu sudah dibersihkan dan sudah memakai pakaian yang bersih.

56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
Ibu sudah nyaman dan sudah makan nasi ½ piring, sayur dan telur.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
Tempat persalinan sudah didekontaminasi.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
Sarung tangan sudah direndam dalam keadaan terbalik.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
Tangan sudah dicuci.
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).
Partograf sudah dilengkapi.

**CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN NEONATUS I)**

Hari / Tanggal : Senin, 06 Mei 2019

Pukul : 09.00 Wita

Tempat : Ruang Nifas Puskesmas Maukaro

- S** : Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, isap ASI kuat, BAB 2 kali, BAK 3 kali, gerakan aktif, menangis kuat
- O** : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, suhu : 36,8 °C, nadi : 140 x/menit, pernafasan : 40 x/menit, BB : 3300 gram, PB : 49 cm, isapan ASI kuat, perut tidak kembung, tali pusat tidak berdarah dan tidak ada tanda-tanda infeksi, warna kulit kemerahan dan tidak ikterik.
- A** : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 1 hari.
- P** :

1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV : Suhu : 36,8 °C, nadi : 140 x/menit, pernafasan : 40 x/menit, BB : 3300 gram, PB : 49 cm.

Ibu mengerti dan senang mendengarnya.

2. Menjelaskan kepada ibu tentang ASI eksklusif yaitu memberikan ASI sesuai dengan keinginan bayi atau kebutuhan ibu (jika payudara penuh).
 - a. Frekuensi menyusui 2-3 jam .
 - b. ASI yang keluar pertama kali itu dinamakan kolostrum. Bayi harus mendapat cukup kolostrum selama 24 jam pertama, kolostrum memberikan zat pelindung terhadap infeksi dan membantu mengeluarkan mekonium.
 - c. Berikan ASI sampai bayi berusia 6 bulan tanpa makanan tambahan.

Ibu sudah mengerti dan akan selalu memberi ASI.

3. Mengajarkan ibu cara menjaga kehangatan bayi yaitu :
 - a. Hindari bayi terpapar dengan udara dingin.
 - b. Bayi mengenakan pakian yang hangat dan tidak terlalu ketat.
 - c. Segera menggantikan kain yang basah.
 - d. Jika bayi kedinginan harus di dekap erat ke tubuh ibu.
 - e. Pembungkus bayi atau selimut harus memfasilitasi pergerakan dari tangan dan kaki.

Ibu sudah mengerti dan dapat melakukannya

4. Mengajarkan ibu cara mencegah infeksi pada bayi yaitu cuci tangan sebelum dan setelah memegang bayi. Muka, pantat dan tali pusat dibersihkan setiap hari dengan air bersih, hangat dan sabun setiap hari dan setiap orang yang memegang bayi harus cuci tangan terlebih dahulu, dengan begitu dapat meminimalisir penyebaran infeksi.

Ibu sudah mengerti dan mau melakukannya.

5. Melakukan perawatan tali pusat dan mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat yaitu:

- a. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih, lipatan popok harus dibawah tali pusat. Jika tali pusat kotor cuci dengan air bersih dan sabun, kemudian keringkan sampai betul-betul kering.
 - b. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
 - c. Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Nasihatkan hal ini juga kepada ibu dan keluarganya.
 - d. Sebelum meninggalkan bayi, lipat popok di bawah puntung tali pusat.
 - e. Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
 - f. Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
 - g. Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.
Ibu sudah mengerti dan dapat mengulang kembali penjelasan yang diberikan.
6. Mengajarkan ibu untuk membawa bayinya kembali ke Puskesmas pada tanggal 13-05-2019.
Ibu mengerti dan akan kembali tanggal 13-05-2019.
 7. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan status pasien.
Sudah dilakukan pendokumentasian.

**CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN NEONATUS II)**

Hari / Tanggal : Senin, 13 Mei 2019
Pukul : 09.00 Wita
Tempat : Rumah Ny. F. S.

S : Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, BAB 3-4 kali/hari dan BAK 7-8 kali/hari

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, suhu : 37°C, nadi : 140 kali/menit, pernapasan : 42 kali/menit, BB : 3300 gram, PB : 49 cm, isapan ASI kuat, perut tidak kembung, tali pusat : kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, warna kulit kemerahan dan tidak ada ikterik

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 6 hari.

P :

1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwakondisi bayi dalam keadaan baik yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV : Suhu : 37 °C, nadi : 140 x/menit, pernafasan : 42 x/menit, BB : 3300 gram, PB : 49 cm.
Ibu mengerti dan senang mendengarnya.
2. Menanyakan kepada ibu tentang cara menjaga kehangatan tubuh bayi.
Ibu sudah mengenakan pakaian yang hangat pada bayi, memakaikan topi, segera menggantikan kain yang basah, dan selalu mendekap bayinya.
3. Menanyakan kepada ibu cara merawat tali pusat bayi.
Ibu sudah merawat tali pusat bayi dengan benar dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat.
4. Menanyakan pada ibu tentang pemberian ASI eksklusif pada bayi.
Ibu sudah menyusui bayi sesering mungkin dan tidak memberikan makanan apapun pada bayi.
5. Menanyakan kepada ibu tentang cara pencegahan infeksi pada bayi.

Ibu dan keluarga selalu mencuci tangan sebelum memegang bayi dan sesudah mengganti popok bayi yang basah.

6. Memberitahukan kepada ibu untuk kembali ke Puskesmas Maukaro untuk kunjungan ulang pada tanggal 20-05-2019.

Ibu mengerti dan mau datang lagi tanggal 20-05-2019.

7. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan status pasien.
Sudah dilakukan pendokumentasian.

CATATAN PERKEMBANGAN (KUNJUNGAN NEONATUS III)

Hari / Tanggal : Rabu, 22 Mei 2019

Pukul : 10.00 Wita

Tempat : Rumah F. S.

S : Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, BAB 3-4 kali/hari dan BAK 7-8 kali/hari

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, suhu : 36,8°C, nadi : 142 kali/menit, pernapasan : 40 kali/menit, BB : 3200 gram, PB : 49 cm, isapan ASI kuat, perut tidak kembung, tali pusat : sudah puput, tidak ada tanda-tanda infeksi, warna kulit kemerahan dan tidak ada ikterik

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 17 hari

P :

1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV : Suhu : 36,8 °C, nadi : 142 x/menit, pernafasan : 40 x/menit, BB : 3200 gram, PB : 49 cm.

Ibu mengerti dan senang mendengarnya.

2. Menanyakan kepada ibu tentang cara menjaga kehangatan tubuh bayi.

Ibu selalu mengenakan pakian yang hangat pada bayi, memakaikan topi, segera menggantikan kain yang basah, dan selalu mendekap bayinya.

3. Menanyakan kepada ibu cara merawat tali pusat bayi.

Tali pusat sudah puput dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

4. Menanyakan pada ibu tentang pemberian ASI eksklusif pada bayi.
Ibu sudah menyusui bayi sesering mungkin dan tidak memberikan makanan apapun pada bayi.
5. Menanyakan kepada ibu tentang cara pencegahan infeksi pada bayi.
Ibu dan keluarga selalu mencuci tangan sebelum memegang bayi dan sesudah mengganti popok bayi yang basah.
6. Memberitahukan pada ibu tanda-tanda bahaya pada bayi. Tanda-tanda bahaya yaitu :
 - a. Pernafasan sulit, suhu $>38^{\circ}\text{C}$ atau kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$, warnah kulit biru atau pucat.
 - b. Hisapan lemah mengantuk berlebihan, rewel banyak muntah, tinja lembek, sering warnah hijau tua, dan ada lendir darah. Tali pusat merah bengkak, keluar cairan berbau busuk, tidak berkemih dalam waktu 3 hari dan 24 jam.
 - c. Menggigil, rewel, lemas, dan kejang.
 - d. Jika menemukan salah satu tanda tersebut diatas maka segera periksa ke fasilitas kesehatan.

Ibu sudah mengerti dan akan selalu waspada.
7. Memberitahukan pada ibu untuk membawa bayinya ke posyandu untuk di timbang dan mendapat imunisasi sesuai dengan jadwal Posyandu pada tanggal 13 - 05 -2019.
Ibu akan ke posyandu dan selalu memperhatikan jadwal posyandu yaitu tanggal 13 -05 - 2019.
8. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan status pasien.
Sudah dilakukan pendokumentasian.

CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN NIFAS I)

Hari/ Tanggal : Senin, 06 Mei 2019
 Jam : 10.00 Wita
 Tempat : Ruang Nifas Puskesmas Maukaro

- S** : Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, dan darah yang keluar tidak terlalu banyak serta berwarna merah kehitaman. Ibu mampu memberikan ASI dan ASInya dapat keluar dengan banyak
- O** : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, tensi darah : 110/70 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 kali/menit, pernapasan : 18 kali/menit, pengeluaran colostrum : ++ pada payudara kiri dan kanan, tidak terjadi bendungan ASI, kontraksi uterus : baik, TFU : 2 jari di bawah pusat, pengeluaran lochea rubra, warna kemerahan dan tidak berbau, lukajahitan masih basah.
- A** : Ny. F.S P₂ A₁ AH₂ post partum normal hari 1
- P** :
1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga yaitu TD 110/70 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 kali/menit, pernapasan : 18 kali/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lokea rubra. Ibu dan keluarga mengerti dan memahami penjelasan bidan dan merasa senang.
 2. Menanyakan kepada ibu cara melakukan masase fundus uteri.
Ibu sudah melakukan masase fundus uteri dan tidak terjadi perdarahan.
 3. Menanyakan kepada ibu cara menyusui bayinya.
Ibu sudah bisa menyusui bayinya dan tidak ada keluhan.
 4. Menanyakan kepada ibu tentang pola nutrisi.
Ibu sudah makan nasi, sayur, lauk dan minum air sebelum menyusui bayi atau jika merasa haus.
 5. Menanyakan kepada ibu tentang kebersihan diri.

Ibu sudah mandi, menyikat gigi, mengganti pembalut jika basah dan merawat luka jalan lahir dengan membersihkan dari depan depan ke belakang dan segera BAK jika ada keinginan untuk BAK.

6. Menanyakan kepada ibu tentang pola istirahat.

Ibu sudah istirahat jika bayi tertidur dan terjaga bila bayi menangis.

7. Menanyakan kepada ibu tentang aktivitas yang sudah dilakukan.

Ibu mengatakan sudah berjalan, merawat anak sendiri dan kadang dibantu oleh keluarga.

8. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan status pasien.

Sudah dilakukan pendokumentasian.

CATATAN PERKEMBANGAN (KUNJUNGAN NIFAS II)

Hari/ Tanggal : Senin, 13 Mei 2019

Jam : 09.00Wita

Tempat : Rumah Ny. F. S.

S : Ibu mengatakan perutnya masih mules dan terdapat pengeluaran cairan dari jalan lahir yang berwarna putih bercampur merah. Ibu mampu memberikan ASI dan tidak ada pembengkakan pada payudara.

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, tensi darah : 110/70 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 kali/menit, pernapasan : 18 kali/menit, pengeluaran ASI : +/+ pada payudara kiri dan kanan, tidak terjadi bendungan ASI, kontraksi uterus : baik, TFU: pertengahan pusat simfisis, pengeluaran lokea sanguinolenta, warna merah kekuningan dan tidak berbau, luka jahitan mulai kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi

A : Ny. F.S P₂ A₁ AH₂ post partum normal hari ke 8

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga yaitu TD 110/60 mmHg, suhu: 36°C, nadi: 80 kali/menit, pernapasan: 18 kali/menit, TFU 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lokea rubra.

- Ibu dan keluarga mengerti dan memahami penjelasan bidan.
2. Menanyakan kepada ibu tentang pola nutrisi.
Ibu makan 3-4 kali/hari, komposisi nasi, sayur, lauk kadang dengan buah, minum air 12-14 gelas/hari.
 3. Menanyakan kepada ibu tentang pola istirahat..
Ibu bisa istirahat jika anaknya tertidur dan terjaga jika anaknya menangis.
 4. Menanyakan kepada ibu tentang pola aktivitas.
Ibu sudah melakukan aktivitas seperti memasak, menyapu dan mampu merawat anaknya sendiri.
 5. Menanyakan kepada ibu bagaimana respon dari suami dan keluarga terhadap bayi.
Ibu mengatakan suami dan keluarga sangat senang dengan kehadiran bayi dan selalu membantu ibu merawat bayinya.
 6. Menanyakan kepada ibu tentang kebersihan diri.
Ibu selalu mandi, menyikat gigi, mengganti pembalut jika basah, merawat luka jalan lahir dengan membersihkan dari depan depan ke belakang dan mengeringkan setelah BAB atau BAK.
 7. Menanyakan kepada ibu tentang pola eliminasi.
Ibu mengatakan sudah BAB 1 kali/hari, BAK 4-5 kali/hari, tidak ada keluhan dan tidak menahan BAK jika kandung kemih penuh.
 8. Menanyakan kepada ibu tentang kebersihan lingkungan.
Ibu selalu membersihkan rumah jika kotor.
 9. Memberitahukan kepada ibu untuk datang ke Posyandu pada tanggal 13-05-2019 untuk penimbangan dan imunisasi bayi.
Ibu mengerti dan mau ke Posyandu pada tanggal 13-05-2019.
 10. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan status pasien.
Sudah dilakukan pendokumentasian.

**CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN NIFAS III)**

Hari/ Tanggal : Rabu, 22 Mei 2019

Jam : 10.00 Wita

Tempat : Rumah Ny. F. S.

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, tensi darah : 110/70 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 kali/menit, pernapasan : 18 kali/menit, wajah dan ekstremitas tidak oedema, putting susu menonjol, pengeluaran ASI lancar, TFU: tidak teraba, pengeluaran lokea alba.

A : Ny. F.S P₂A₁AH₂ post partum normal hari ke 17

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga yaitu TD 110/60 mmHg, suhu: 36°C, nadi: 80 kali/menit, pernapasan: 18 kali/menit, TFU 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lokea rubra.
Ibu dan keluarga mengerti dan memahami penjelasan bidan
2. Menanyakan kepada ibu tentang pola nutrisi.
Ibu makan 3-4 kali/hari, komposisi nasi, sayur, lauk kadang dengan buah, minum air 12-14 gelas/hari.
3. Menanyakan kepada ibu tentang pola istirahat.
Ibu bisa istirahat jika anaknya tertidur dan terjaga jika anaknya menangis.
4. Menanyakan kepada ibu tentang pola aktivitas.
Ibu sudah melakukan aktivitas seperti memasak, menyapu dan mampu merawat anaknya sendiri.
5. Menanyakan kepada ibu bagaimana respon dari suami dan keluarga terhadap bayi.
Ibu mengatakan suami dan keluarga sangat senang dengan kehadiran bayi dan selalu membantu ibu merawat bayinya.

6. Menanyakan kepada ibu tentang kebersihan diri.

Ibu selalu mandi, menyikat gigi, mengganti pembalut jika basah, merawat luka jalan lahir dengan membersihkan dari depan depan ke belakang dan mengeringkan setelah BAB atau BAK.

7. Menanyakan kepada ibu tentang pola eliminasi.

Ibu mengatakan sudah BAB 1 kali/hari, BAK 4-5 kali/hari, tidak ada keluhan dan tidak menahan BAK jika kandung kemih penuh.

8. Menanyakan kepada ibu tentang kebersihan lingkungan.

Ibu selalu membersihkan rumah jika kotor.

9. Memberitahukan kepada ibu untuk datang ke Posyandu pada tanggal 13-05-2019 untuk penimbangan dan imunisasi bayi.

Ibu mengerti dan mau ke Posyandu pada tanggal 13-05-2019.

10. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan status pasien.

Sudah dilakukan pendokumentasian.

CATATAN PERKEMBANGAN KB

Hari / Tanggal : Jumad, 14 Juni 2019

Pukul : 09.00 Wita

Tempat : Rumah Ny. F. S.

S : Ibu mengatakan ingin menjadi akseptor KB suntik 3 bulan untuk menunda kehamilan. Ibu mengatakan tidak ingin menggunakan alat kontrasepsi yang mengganggu produksi ASI. Ibu akan menggunakan KB suntik 3 bulanan setelah 40 hari pasca salin.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,2°C, nadi 80 kali/menit, pernapasan 18 kali/menit, konjungtiva merah muda, pengeluaran ASI : +/+ pada payudara kiri dan kanan, tidak terjadi bendungan ASI, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan antara pusat dan symphysis, terdapat pengeluaran pervaginam berupa lochea serosa, tidak ada perdarahan, luka jahitan kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi

A : Ny. F.S Umur 33 tahun P₂ A₁AH₂ calon akseptor KB suntik 3 bulan.

P :

1. Menyampaikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan. Keadaan umum ibu baik, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,2°C, nadi 80 kali/menit, pernapasan 18 kali/menit, konjungtiva merah muda, pengeluaran ASI : +/+ pada payudara kiri dan kanan, tidak terjadi bendungan ASI, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan antara pusat dan symphysis, terdapat pengeluaran pervaginam berupa lochea serosa, tidak ada perdarahan, luka jahitan kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan yang disampaikan.

2. Menjelaskan pada ibu tentang macam-macam KB yang dapat ibu gunakan serta tidak mengganggu produksi ASI. KB yang dapat ibu gunakan antara lain AKDR, implant, suntik progestin (3 bulan), pil progestin, dan MAL.

Ibu mengerti dengan macam-macam KB yang telah disebutkan.

3. Menjelaskan tentang AKDR. AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan kedalam rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif. Keuntungan dari AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A) dan tidak perlu diganti, sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual. Kerugian terjadi perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antara menstruasi.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

4. Menjelaskan tentang implant. Implant adalah salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas.Keuntungan implant perlindungan jangka panjang (sampai 3 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, dan kerugiannya nyeri kepala, peningkatan/ penurunan berat badan, nyeri payudara, perasaan mual dan pening/pusing kepala.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

5. Menjelaskan tentang pil progestin. Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormone progesteron. Jenisnya ada yang kemasan isi 35 pil dan ada kemasan yang berisi 28 pil. Keuntungan : tidak mengganggu hubungan seksual, tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI, segera kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan, bisa mengurangi kram haid. Kerugian yaitu perubahan pada pola haid, sedikit penambahan dan pengurangan berat badan, harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari dan pasokan ulang harus tersedia.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

6. Menjelaskan tentang suntikan progestin (3 bulan). Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormone progesteron. Jenisnya suntikan 3 bulan. Keuntungan tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak mengganggu ASI efek sampingnya sedikit. Kerugian yaitu terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spoting, penambahan berat badan, pemulihan kesuburan akan tertunda 7-9 bulan setelah penghentian.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

7. Menjelaskan tentang MAL. MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun. MAL efektif selama 6 bulan sejak persalinan apabila ibu belum mendapat haid kembali dan sangat efektif jika digunakan dengan benar.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

8. Menanyakan kembali metode apa yang akan ibu gunakan, setelah diberikan penjelasan.

Ibu mengatakan mau menggunakan KB suntik 3 bulan dan akan mendiskusikan dengan suami untuk penggunaan KB selanjutnya yaitu alat kontrasepsi suntikan 3 bulan.

3. Pembahasan

Ada beberapa hal yang penulis uraikan pada pembahasan ini dimana penulis akan membahas tentang kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang ada. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. F. S. tidak ditemukan kesenjangan pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB. Namun pada saat diikuti tahap demi tahap, penulis menemukan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang diambil mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB, yang akan dibahas sebagai berikut:

1. Kehamilan

Pada langkah pertama yaitu pengumpulan data subyektif dan data obyektif tidak dibahas oleh penulis karena tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang penulis temukan dalam melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. F.S umur 33 tahun G3 P1 A1 umur kehamilan 33 minggu 4 hari di Puskesmas Maukaro.

Pada langkah kedua yaitu diagnosa dan masalah, pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah yang benar terhadap diagnosa dan masalah serta kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data dari hasil anamnesa yang dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. G3P1A1AH1 UK 33 minggu 4 Hari janin hidup tunggal letak kepala intrauteri keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin sehat. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek dalam penulis merumuskan diagnosa dan masalah serta kebutuhan dalam menerapkan asuhan kebidan berkelanjutan pada Ny. F. Sumur 33 tahun G3 P1 A1 AH1 umur kehamilan 33 minggu 4 Hari di Puskesmas Maukaro. Dengan demikian penulis tidak perlu membahas secara mendetail dalam topik pembahasan ini.

Pada langkah ketiga yaitu antisipasi diagnosa dan masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Dalam langkah ini penulis tidak menemukan adanya masalah potensial karena keluhan atau masalah tetap. Hal ini sesuai dengan teori dan praktek

yang penulis temukan dalam menerapkan Asuhan Kebidanan berkelanjutan pada Ny.F. S umur 33tahun G3P1A1AH1 umur kehamilan 33 minggu 4 hari di Puskesmas Maukaro.

Pada langkah keempat yaitu tindakan segera. Penulis tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

Pada langkah kelima yaitu perencanaan tindakan, asuhan yang ditentukan berdasarkan langkah – langkah sebelumnya dan merupakan kelanjutan terhadap masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Dalam perencanaan tindakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang penulis terapkan pada Ny F.Sumur 33 tahun G3P1A1AH1 umur kehamilan 33 minggu 4 hari di Puskesmas Maukarosehingga penulis tidak membahas perencanaan yang dilakukan secara terperinci pada langkah kelima ini.

Pada langkah keenam yaitu pelaksanaan asuhan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya oleh klien atau Tim Kesehatan lainnya. (Manuaba,2010)

Penulis telah melakukan pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Dalam langkah Pelaksanaan yang diterapkan penulis kepada Ny. F.S. umur 33tahun G3P1A1AH1 umur kehamilan 33 minggu 4 hari di Puskesmas Maukaro sesuai dengan teori yang membahas tentang pelaksanaan asuhan yang efisien kepada ibu hamil trimester III.

Pada langkah ketujuh yaitu evaluasi dilakukan untuk mengetahui keefektifan dari asuhan yang diberikan. Dalam langkah ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam melakukan evaluasi pada semua asuhan yang telah penulis lakukan kepada Ny. F.S umur 33 tahun G3P1A1AH1 umur kehamilan 33 minggu 4 hari di Puskesmas Maukaro.

2. Persalinan

Data subyektif pada persalinan kala I fase laten yang di dapat dari Ny. F.S umur 33 tahun yaitu mengatakan bahwa ibu hamil anak pertama sudah tidak haid \pm 9 bulan yang lalu, dan merasakan perutnya mules mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak jam dan keluar ledir bercampur darah dari jalan lahir jam, sedangkan kala I fase aktif data subyektif yang didapat yaitu sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah semakin bertambah. Hal ini sesuai dengan teori dalam (Marmi, 2012)

Data subyektif yang didapat dari kala II yaitu ibu mengatakan pinggangnya terasa sakit menjalar keperut bagian bawah makin bertambah, ibu ingin meneran dan ingin berteriak ada pengeluaran cairan tiba – tiba dari jalan lahir. Hal ini sesuai teori dalam (Ilmiah, 2015) Pada kala III ibu mengatakan perutnya mules, menurut (Rukiah dkk, 2009) data subyektif kala III yaitu ibu mengatakan perutnya mules, bayi sudah lahir, plasenta belum lahir. Pada kala IV yaitu sedikit lemas, lelah dan tidak nyaman, ibu mengatakan darah yang keluar banyak seperti hari pertama haid.

Data Obyektif yang didapat dari Ny. F.S umur 33 tahun pada persalinan kala I fase aktif pada pemeriksaan dalam pukul 10.00 wita , pembukaan 8cm, bagian terendah kepala turun hodge III. Hal ini sesuai dengan teori tahapan persalinan dalam (Marmi, 2012). Pada kala II pemeriksaan dalam pukul 12.50 wita, data obyektif yaitu pada pemeriksa dalam yaitu vulva vagina : tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada condiloma, tidak ada inflamasi, tidak ada jaringan paru, ada pengeluaran lendir darah, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm effacement 100 persen, kulit ketuban pecah spontan, presentasi : kepala ubun – ubun kecil kiri depan, tidak ada bagian terkecil janin di samping, kepala turun hodge IV, tidak ada molase, hal ini sesuai dengan teori (Rukiah dkk, 2009). Pada kala III data obyektif yaitu TFU: setinggi pusat, membulat, keras, tali pusat bertambah panjang dan keluar darah dari jalan lahir. Hal ini sesuai dengan teori dalam (Lailiyana dkk, 2011).

Assement yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan saat memasuki fase persalinan yaitu inpartu kala I, II,III dan kala IV. Diagnosa ditegakan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 938/Menkes SK/VIII/2007.

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. F.S umur 33 tahun pada kala I fase aktif yaitu meberikan dukungan pada ibu dan keluarga dengan yakinkan mereka bahwa proses persalinan merupakan hal yang fisiologi, memberi informasi tentang kemajuan persalinan, memberitahu ibu untuk berjalan – jalan, berbaring miring ke kiri, mengajarkan ibu saat merasakan nyeri melakukan teknik bernafas, menganjurkan ibu makan dan minum di luar his, menganjurkan ibu untuk berkemih, menganjurkan suami dan keluarga untuk melakukan masase/pijat pada punggung ibu, hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) asuhan sayang ibu kala I yaitu berikan dukungan dan yakinkan dirinya, berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan, lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu ditempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring kekiri, sarankan ibu untuk berjalan, berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi dan sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

Pada fase aktif mengobservasi his, nadi, DJJ setiap 30 menit, pembukaan serviks, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam, hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase laten DJJ setiap 30 menit, kontraksi setiap 1 jam, nadi setiap 1 jam, pembukaan servik setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, sedangkan pada fase aktif yaitu tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, DJJ setiap 30 menit, kontraksi setiap 30 menit, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam dan nadi setiap 30 menit. Pukul, pembukaan 10 cm dan terlihat adanya tanda gejala kala II (ibu ingin meneran pada saat kontraksi, ibu merasa peningkatan pada rectum, perinium terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka

) maka melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN, hal ini sesuai dengan (Marmi,2012) menolong persalinan sesuai dengan 60 APN bayi lahir spontan pukul, lamanya kala II 35 menit, menurut (Marmi, 2012) lamanya kala II untuk primi 1,5 – 2 jam, pada multi 0,5 – 1 jam.

3. Bayi Baru Lahir

Data subyektif yang didapat pada By Ny.F.S ibu mengatakan keadaan bayinya baik – baik saja, dan bayinya sudah menetek dengan kuat BAK 1 kali. Pada kunjungan kedua mengatakan bayinya sehat – sehat, Isap ASI kuat, tali pusat sudah terlepas hal ini sesuai dengan teori (Wahyuni, 2012) tali pusat biasanya jatuh sekitar 5 -7 hari setelah lahir. Mungkin akan keluar beberapa tetes darah atau lendir saat tali pusat terlepas ini hal yang normal, dan BAB 3 kali serta BAK 6 kali. Kunjungan yang ketiga yang didapat dari By Ny. F.S yaitu ibu mengatakan bayinya sehat – sehat dan ASI keluar banyak, BAK 6 kali, BAB 4 kali, sesuai dengan (Wahyuni, 2012) bayi miksi minimal 4-5 kali sehari, dan bayi defekasi 2-3 kali sehari.

Data obyektif yang dikaji pada By Ny. F.S pada kunjungan pertama yaitu keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, tanda – tanda vital suhu : 37°C, nadi : 140 x/permenit, pernafasan : 45 x/ menit, isapan ASI kuat, kulit kemerahan dan talipusat basah dan bersih. Pada kunjungan kedua didapat keadaan umum baik, kesadaran composmentis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, tanda – tanda vital suhu : 36,5 °C, nadi : 140 x/ menit, pernafasan : 40 x/menit, isapan ASI kuat, kulit kemerahan, pusatnya sudah kering. BB : 3300 gr (13–05-2019). Hal ini sesuai dengan teori (Ilmiah, 2015) tanda – tanda vital pada bayi tingkat pernafasan normalnya 30 – 60 x/menit, detak jantung janin normalnya 120 – 160 x/menit, suhu tubuh normalnya 36,5 – 37,5 °C. Dan menurut (Wahyuni, 2012) menjelaskan bayi yang normal memiliki tonus otot yang normal, gerakan aktif, warna kulit normal merah muda (tidak kebiruan), menangis kuat.

Assesment yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif ditegakan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan

oleh bidan terhadap Bayi serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes SK /VIII/2007.

Penatalaksanaan pada By Ny. F.S yaitu pada kunjungan pertama yaitu mengajarkan ibu tentang ASI eksklusif, mengajarkan ibu cara menjaga kehangatan, mengajarkan ibu cara mencegah infeksi, mengajarkan tanda – tanda bahaya bayi pada orang tua, mengajarkan ibu cara merawat tali pusat, hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) asuhan yang 1 -24 jam pertama lahir dengan mengajarkan orang tua cara merawat bayi yaitu nutrisi : berikan ASI sesering keinginan bayi atau kebutuhan ibu (jika payudara ibu penuh), berikan ASI saja sampai berusia 6 bulan, menganjurkan ibu untuk datang kepuskesmas untuk mendapatkan imunisasi dan melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

4. Nifas

Data subyektif kunjungan hari 1 post partum yang didapat pada Ny. F.S Yaitu ibu mengatakan bahwa keadaan ibu sekarang baik – baik saja, perutnya sedikit mules, ibu merasakan sedikit lega dan tenang setelah ibu mengalami kecemasan dan juga ibu mengatakan keluar darah sedikit dari jalan lahir serta ibu belum ada keinginan untuk BAK. Kunjungan kedua yang didapat dari Ny. F.S yaitu mengatakan kondisinya sekarang mulai membaik dan pola makan ibu selalu teratur dan BAB, BAK lancar, ASI keluar lancar dan banyak. Data subjektif yang didapat dari kunjungan nifas ketiga yaitu ibu mengatakan sekarang sudah semakin sehat, pengeluaran darah dari jalan lahir sedikit, ASI keluar banyak dan lancar.

Data obyektif yang didapat pada Ny F.S pada kunjungan pertama 1 hari post partum yaitu TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik (mengeras), perdarahan : ½ pembalut, colostrum (+), lochea rubra. Pada kunjungan kedua yang didapat pada Ny F.S yaitu ASI lancar, TFU pertengahan pusat dan simpysis, pengeluaran lochea sanguinolenta (warnanya merah kuning berisi darah dan lendir), yang didapat pada kunjungan ketiga yaitu ASI lancar, TFU tidak teraba diatas simpysis dan

pengeluaran lochea alba, hasil pemeriksaan lab HB : 11,4 gr% hal ini sesuai dengan teori Assesment yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 938/Menkes SK/VIII/2007. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang penulis dapatkan dalam melakukan pengkajian pada Ny.F.S umur 33 tahun P2 A1 AH2 di Puskesmas Maukaro

Penatalaksanaan pada kunjungan pertama yaitu mengevaluasi kondisi umum ibu, proses involusi, memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentang kebutuhan nutrisi, personal higiene, pemberian Asi on-demoun dan Eksklusif, kebutuhan istirahat, tanda- tanda bahaya dalam masa nifas, KB pasca salin. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang penulis terapkan dalam memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. F.S umur 33 tahun P2 A1 AH2 di Puskesmas Maukaro.

Penatalaksanaan pada kunjungan kedua menginformasikan kepada ibu dan keluarga berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi ibu baik-baik saja menanyakan perasaan ibu terhadap bayinya hasil ibu merasa sedikit sedih karena belum bisa merawat bayinya dan ibu akan berusaha belajar untuk merawat bayinya. Hal ini sesuai dengan teori (Yanti dan Sundawati, 2011) fase taking hold yaitu ibu berusaha belajar mandiri dan mencoba belajar merawat bayinya. Selain itu mengingatkan ibu untuk memperhatikan personal higiene, kebutuhan nutrisi selama dalam masa nifas, pola eliminasi yang sehat, kebutuhan istirahat/ tidur, perawatan payudara dan pemberian Asi Eklusif kepada bayinya.

Pada kunjungan yang ketiga menjelaskan kepada ibu untuk kapan memulai sanggama yaitu jika darah merah berhenti dan ibu masukan dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Hal ini sesuai dengan teori (Yanti dan Sundawati, 2011). Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti.

Memberi motivasi ibu untuk mengikuti KB hal ini sesuai dengan teori pada (Buku KIA, 2015).

5. Keluarga Berencana

Pada kunjungan hari ke tiga penulis lakukan untuk memastikan ibu telah mantap dengan pilihannya untuk menggunakan KB metode Amenorhea Laktasi, sebelum menggunakan KB Suntikan 3 bulan. Berdasarkan pengkajian yang telah penulis lakukan, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin di sampaikan, ibu masih aktif menyusui bayinya selama ini tanpa pemberian apapun selain ASI saja.. Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan objektif maka penulis menegakan diagnose/ Assesment yakni Ibu dengan P2A1AH2 dengan akseptor KB MAL. Penatalaksanaan yang penulis lakukan antara lain melakukan promosi kesehatan tentang keluarga berencana agar ibu semakin mantap mengikuti MAL dan metode kontrasepsi yang akan di gunakan setelah MAL yaitu ibu ingin menggunakan KB Suntik. Hal ini sesuai dengan teori (MulyanI dan Rinawati, 2013), kontrasepsi pasca persalinan salah satunya kontrasepsi non hormonal salah satunya metode amenorhea laktasi (MAL), dan kontrasepsi hormonal yaitu KB Suntik, dan asuhan yang terakhir mendokumentasikan semua hasil tindakan.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. F. S. dapat disimpulkan bahwa:

1. Asuhan kebidanan pada Ny. F. S. telah dilakukan oleh penulis mulai dari usia kehamilan 33 minggu 4 hari, dilakukan kunjungan antenatal 7 kali, tidak terdapat komplikasi pada kehamilan.
2. Asuhan kebidanan pada persalinan Ny. F. S. dilakukan di Puskesmas Maukaro, ibu melahirkan saat usia kehamilan 33 minggu 4 hari, ibu melahirkan normal, bayi lahir langsung menangis dan tidak terdapat komplikasi pada saat persalinan.
3. Asuhan kebidanan pada Ny. F. S. selama masa nifas telah dilakukan, mulai dari 6 jam post partum sampai 40 hari postpartum. Masa nifas berjalan lancar, involusi terjadi secara normal, tidak terdapat komplikasi dan ibu tampak sehat.
4. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi Ny. F. S. lahir pada usia kehamilan 40 minggu. Asuhan dilakukan mulai dari bayi usia 6 jam sampai bayi usia 21 hari dan bayi tampak sehat.
5. Dalam asuhan keluarga berencana Ny. F. S. memilih menggunakan MAL sebagai alat kontrasepsinya.

B. Saran

1. Kepala Puskesmas Maukaro

Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan khususnya dalam pelayanan KIA

2. Profesi Bidan

Bidan dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam asuhan kebidanan yang komprehensif dengan metode 7 langkah Varney dan SOAP.

3. Pasien dan keluarga

Diharapkan agar rajin melakukan kunjungan ibunhamil, nifas dan neonatal untuk imunisasi, segera datang ke fasilitas kesehatan bila ada tanda-tanda bahaya baik ibu maupun bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Mita Cendikia.
- Dewi, V.N. Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang . 2014. *Profil kesehatan Kota Kupang*. Kupang.
2015. *Profil Kesehatan Kota Kupang*. Kupang.
- Dongoes, Marliynn E & Moorhouse Mari Frances. 2001. *Rencana Perawatan Maternal/Bayi*. Jakarta : EGC.
- Erawati, Ambar Dewi. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta : EGC.
- Green, Carol J., dan Judith M Wilkinson. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Maternal & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
- Handayani, Sri. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hani, Umami, dkk.2011. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, Asri & Sujiyatini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Ilmiah, Widia Shofa . 2015. *Buku Ajar asuhan persalinan normal*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- JNPK-KR. 2008. [Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal](#)
- Kementrian Kesehatan RI. 2010. *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta : JIC.
2013. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta : JIC
2015. *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta : JIC.
2015. *Profil kesehatan Indonesia*. Jakarta.

- Kuswanti, Ina dan Melina, Fitri. 2013. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Lailiyana, dkk . 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta : EGC.
- Mansyur, N., Dahlan A.K. 2014. *Buku ajar asuhan kebidanan masa nifas*. Malang : Selaksa Medika.
- Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan* . EGC : Jakarta.
- Maritalia, Dewi. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta.: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Menkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho, Taufan. Dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Pantikawati, Ika & Saryono. 2010. *Asuhan kebidanan (Kehamilan)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Patricia, Ramona. 2013. *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir Edisi 5*: Jakarta: EGC.
- Pudiastuti, Retna Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Hamil Normal dan Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Purwanti, Eni. 2011. *Asuhan Kebidanan Untuk Ibu Nifas*. Yogyakarta : Cakrawala Ilmu.

- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rukiyah, Ai Yeyeh. Dkk. 2009. *Asuhan kebidanan II Persalinan* Jakarta : Cv Trans Info Media.
- Saifuddin, Abdul Bari dkk. 2014. *Ilmu kebidanan Sarwono Prawirohardjo.*: Jakarta : YBPSP.
2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Sarinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Sudarti dan Endang Khoirunisa. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Sulistiawaty, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Pada Ibu Nifas*, Yogyakarta: Andi.
- Syafrudin, dkk. 2009. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Untuk Bidan*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Wahyuni, Sari. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Jakarta : EGC.
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yanti, Damai dan Dian Sundawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Bandung : Refika Aditama.

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : PAULINA DHINA
NIM : P.O.5303240181407
JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN
 PADA NY. F.S DI PUSKESMAS MAUKARO
 PERIODE 13 MARET S/D 14 JUNI 2019
NAMA PEMBIMBING : NAMSyah BASO, SST., M.Keb

NO	HARI / TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF
1	Selasa, 21-5-2019	Jeduk LTA via email	/
2	Kamis, 13-6-2019	Penjelasan ttg pembuatan Lta	/
3	Senin, 9-7-2019	Revisi cover dan BAB I	/
4	Rabu, 10-7-2019	Acc cover dan BAB I	/
5	Kamis, 11-7-2019	BAB II	/
6	Jumada II, 12-7-2019	BAB III, IV & V	/
7	Kamis, 18-7-2019	BAB I, II, III, IV & lain lain	/
8	Sabtu, 20-7-2019	All	/

Mengetahui
Pembimbing



NAMSyah BASO, SST.M.Keb
 NIP : 19831027 200604 2 014

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : PAULINA DHINA
NIM : P.O.5303240181407
JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN
PADA NY. F.S DI PUSKESMAS MAUKARO
PERIODE 13 MARET S/D 14 JUNI 2019
NAMA PEMBIMBING : NAMSYAH BASO, SST., M.Keb

NO	HARI / TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF
1	Sabtu, 27-7-2016	Revisi penempatan no. pada cover	
2	Senin, 28-7-2016	Revisi BAB IV. ACC.	
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Mengetahui
Pembimbing


NAMSYAH BASO, SST.M.Keb
NIP : 19831027 200604 2 014

PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

No Register : -

Nama Responden : Ny. F.S

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 33 Tahun

Alamat : Ndetundopo Kec. Maukaro

Dengan ini memberikan **PERSETUJUAN** untuk diberikan Asuhan Kebidanan secara komprehensif yang bertujuan untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir dari Mahasiswi Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang. Demikian Persetujuan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, Maret 2019

Responden

Mahasiswi

Ny. F.S

Paulina Dhina
NIM, PO 5303240181407

Tabel 2.3 Skor Poedji Rochjati

Kel. F.B	II	III	SKOR	IV			
				Tribulan			
	No	Masalah/ Faktor Risiko		I	II	III.1	III.2
		Skor awal ibu hamil	2				2
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 Th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 Tn	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 Th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 Th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4/ lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 Th	4				
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				4
	9	Pernah melahirkan dengan					
	a. Tarikan tang/vakum	4					
	b. Uri dirogoh	4					
	c. Diberi infus/ Transfusi	4					
	10	Pernah operasi sesar	8				
II		Penyakit pada ibu hamil					
		a. Kurang darah b.	4				
	11	Malaria	4				
		c. TBC paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		d. Penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hidramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					6

Keterangan :

- (1) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.



Departemen Kesehatan
Republik Indonesia

362.198.2
Ind
b

BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK



BAWA BUKU INI SETIAP KE
FASILITAS KESEHATAN,
POSYANDU, KELAS IBU,
DAN PAUD

Nama Ibu : NY. FLORIANA SARE

Nama Anak : _____



Nomor Registrasi :
Nomor Urut : 03
Tanggal menerima buku KIA : 7 - 09 - 2018
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan :

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : NY. FLORIANA SARE
Tempat/Tgl lahir : 38.1th
Kehamilan ke : III Anak Terakhir umur : 3.6... tahun
Agama : KATHOLIK
Pendidikan : Tidak Sekolah (SD) SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah : " B " ..
Pekerjaan : IRT
No. JKN :

Nama Suami : TN. BERNARDUS DEI
Tempat/Tgl lahir : 34.1th
Agama : KATHOLIK
Pendidikan : Tidak Sekolah (SD) SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah : ..
Pekerjaan : PETANI

Alamat Rumah : DESA KOLIKAPA
DU SURU NDEPUNDORO
Kecamatan : MAULIARO
Kabupaten/Kota : ENDE
No. Telpn yang bisa dihubungi :

Nama Anak : L/P*
Tempat/Tgl Lahir :
Anak Ke : dari anak
No. Akte Kelahiran :

Lingkari yang sesuai



Nomor Registrasi
Nomor Urut 03
Tanggal menerima buku KIA 7 - 09 - 2018
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu NY. FLORIANA SARE
Tempat/Tgl lahir 33 Tln
Kehamilan ke II Anak Terakhir umur 3,6 tahun
Agama KATHOLIK
Pendidikan Tidak Sekolah (SD) SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah "B"
Pekerjaan IPT
No. JKN

Nama Suami TN. BERTADUS DCI
Tempat/Tgl lahir 34 Tln
Agama KATHOLIK
Pendidikan Tidak Sekolah (SD) SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah -
Pekerjaan PEJANI

Alamat Rumah DESA KOLIKAPA
..... DU SARI MPEPUMBOYO
Kecamatan KAUFAKO
Kabupaten/Kota ETIPE
No. Telpn yang bisa dihubungi

Nama Anak L/P*
Tempat/Tgl Lahir
Anak Ke dari anak
No. Akte Kelahiran

*Lingkari yang sesuai



CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ...II... Jumlah persalinan ...I... Jumlah keguguran ...I... G ...II... P ...I... A ...I...
 Jumlah anak hidup ...I... Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 3 thn 6 bulan
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir Bidan
 Cara persalinan terakhir** : Spontan/Normal Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+	PP 1851 ⊖	Asam Folat 5	- Hindari makan sayur - makan sayur lebih sering	Pkm. Mawkan	9/9-2018
⊖/+		Asam Folat 5	- Are teratur - Hindari makan sayur - Pedas, asam	Pkm. Mawkan	13/11-2018
⊖/+		Fe x 2, Kelak 5	- Istirahat cukup - Kurangi bangun malam	Pkm. Mawkan	13/12-2018
⊖/+	TT I. Hb 11,4 g/l	Fe x 2, Kelak 5 Vit C	- Are teratur - Istirahat cukup - Pedas	Pkm. Mawkan	15/1-2019
-/+	TT 2. Malaria: Neg Hb 10,5 g/l : Neg	Fe x 2, Kelak 5 Vit C 5	- Istirahat cukup - Pedas - Are teratur	Pkm. Mawkan	14/2-2019
-/+		Kalak 5, C 5	- Are teratur - Istirahat cukup - Kebersihan diri	Pkm. Mawkan	13/3-2019
-/+		Kalak 5, Vit C 5	- Istirahat cukup - Are teratur - Berada persalinan	Pkm. Mawkan	13/4-2019
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 08/5/2019 Minggu 1 Wulan
- Usia Kehamilan: 40 minggu
 - Prematur Aterm Postmatur
- Letak: kepala
- Persalinan:
 - Normal Tidak Seksis
- Nama Bidan: Paulina Arina
- Tempat Persalinan:
 - Rumah, Puskesmas: Marek DPO
 - Polindes, Rumah sakit:
 - Klinik Swasta, Lainnya:
- Alamat tempat persalinan: WA BULOG
- Catatan: Rujuk, Kalat: I / II / III / IV /
- Alasan Merujuk:
 - Ibu: _____
 - Janin/Bayi: _____
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk
 - Suami Dukun Kader Keluarga lain 2

KALA I

- Partograf melewati garis Waspada: V/D
- Masalah lain, Sebutkan: _____
- Penatalaksanaan masalah tersebut: _____
- Hasilnya: _____

KALA II

- Episiotomi:
 - Ya, Indikasi: _____
 - Tidak
- Pendamping pada saat merujuk
 - Suami Keluarga Dukun Kader lain 2
- Gawat Janin:
 - Ya, Indikasi: _____
 - Tidak
- Distosia Bahu:
 - Ya, Indikasi: _____
 - Tidak
- Masalah lain, Sebutkan: _____
- Penatalaksanaan masalah tersebut: _____
- Hasilnya: _____

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15 menit pada jam pertama, tiap 30 menit pada jam kedua

WAKTU	TENSI	SUHU	NADI	TFU	KONTRAKSI	DARAH	K. KEMIH	KET
03.50	110/70	36	80 x/1/m	A 3/3	Berat	Normal	-	-
04.05	110/70		80 x/1/m	A 3/3	Berat	Normal	-	-
04.20	110/70		80 x/1/m	A 3/3	Berat	Normal	-	-
04.35	110/70		80 x/1/m	A 3/3	Berat	Normal	-	-
04.50	110/70		80 x/1/m	A 3/3	Berat	Normal	-	-

PEMANTAUAN Bayi Baru Lahir : Tiap 15 menit pada jam pertama, tiap 30 menit pada jam kedua

WAKTU	NAPAS	SUHU	WARNA	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB/BAK
03.50	41 x/2/m	37.2	Merah	A 3/3	Kilat	Berat	-	-/1
04.05	41 x/2/m		Merah	A 3/3	Kilat	Berat	-	-/1
04.20	41 x/2/m		Merah	A 3/3	Kilat	Berat	-	-/1
04.35	41 x/2/m		Merah	A 3/3	Kilat	Berat	-	-/1
04.50	41 x/2/m		Merah	A 3/3	Kilat	Berat	-	-/1

Tanda Bahaya: Ibu: Tidak ada Bayi: Tidak ada

Tindakan: Dirujuk Tidak Dirujuk

CATATAN KELAHIRAN BAYI

- Jenis Kelahiran: SIK - R
- Saat Lahir: Jam: 01:55 Hari: 08/5/2019
- Bayi: Lahir Hidup Lahir Mati
- Penilaian: (Tanda V: ya. X: Tidak)
 - Bayi napas spontan teratur
 - Gerakan aktif / Tonus Kuat
 - Air ketuban Jernih
- Asuhan Bayi:
 - Keringkan dan hangatkan
 - Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka
 - Inisiasi Menyusui Dini < 1 Jam
 - Vit K1 1 mg di paha kiri atas (1 Jam setelah bayi lahir)
 - Salep mata / tetes mata
 - Hb O di paha kanan (1 Jam dari pemberian Vit K)
- Apakah Bayi di resusitasi?
 - YA TIDAK
 - Jika YA Tindakan: _____
 - Resusitasi: Jam: _____
 - Langkah Awal, Oleh: _____
 - Ventilasi, Oleh: _____ Selama: _____ mt
 - Hasilnya:
 - Berhasil, Jam: _____
 - Rujuk, Jam: _____
 - Gagal, Jam: _____ (Dukungan Moril)
- Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan:
 - YA TIDAK
- Kapan Bayi mandi: 6 Jam setelah lahir (Jam: _____ WIT)
- UK: 31 cm, LD: 32 cm, LP: 83 cm
- Kelainan Bawaan: _____

KALA III

- Lama Kala III: 5 Menit
- Mengjemen Kala III
 - Oksitosin 10 IU IM dalam: 2 Menit
 - Peregangan Tali Pusat Terkendal
 - Inisiasi Menyusui Dini < 1 Jam
- Pemberian Ulang Oksitosin
 - Ya, Alasan: _____
 - Tidak
- Plasenta Lahir Lengkap (Infact)?
 - YA TIDAK
 - Jika YA Tindakan: _____
- Plasenta tidak lahir < 30 menit:
 - YA TIDAK
 - Jika YA Tindakan: _____
- Laserasi:
 - YA TIDAK
 - Jika YA dimana: _____
 - Derajat: 1 / 2 / 3 / 4
- Tindakan:
 - YA
 - Tidak
 - Jika YA Tindakan: _____
- Jumlah Perdarahan: 100 ml

Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

Bidan
Paulina Arina

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik : Asi Eksklusif
Sasaran : Ibu Hamil Trimester III
Hari/Tanggal: Rabu 13Maret2019
Waktu : 20 menit
Tempat : Rumah Bumil, Ndetundopo
Penyuluh : Mahasiswi Paulina Dhina

A. TUJUAN INTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan masyarakat dapat mengerti, memahami tentang arti dari ASI eksklusif itu sendiri, manfaat ASI bagi ibu dan anak serta langkah- langkah keberhasilan ASI eksklusif

B. TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan masyarakat dapat :

- a) Memahami dan mengerti arti dari ASI eksklusif 6 bulan
- b) Mengerti manfaat ASI eksklusif bagi ibu
- c) Mengerti manfaat ASI eksklusif bagian anak

C. MATERI

Terlampir

D. MEDIA

1. Materi SAP

E. METODE

- a) Ceramah
- b) Tanya jawab
- c) Demonstrasi

Waktu Kegiatan Penyuluhan : 14 menit

Pembukaan: Memberi salam

Menjelaskan tujuan penyuluhan

Menyebutkan materi/ pokok bahasan yang akan disampaikan 10 menit

Pelaksanaan :Menjelaskanmateripenyuluhansecaraberurutan dan teratur.

Materi :

1. Pengertian ASI eksklusif 6 bulan
2. Manfaat ASI Eksklusif bagi ibu
3. Manfaat ASI eksklusif bagi anak 35 menit

Evaluasi

1. Memberi kesempatan kepada masyarakat untuk bertanya 42 menit

Penutup:

Mengakhiri penyuluhan mengucapkan terima kasih dan salam

F. EVALUASI

Metode Evaluasi: Demonstrasi

Jenis pertanyaan:

- a. Jelaskan apa yang dimaksud dengan ASI eksklusif 6 bulan?
- b. Sebutkan manfaat ASI eksklusif bagi ibu?
- c. Sebutkan manfaat ASI eksklusif bagi bayi?

G. LAMPIRAN MATERI ASI EKSKLUSIF

1. Pengertian ASI Eksklusif

Yang dimaksud dengan ASI Eksklusif adalah pemberian ASI selama 6 bulan tanpa dicampur dengan tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi tim. Setelah usia bayi 6 bulan, barulah bayi diberikan makanan pendamping ASI, sedangkan ASI dapat diberikan sampai 2 tahun atau lebih.

2. Keuntungan menyusui eksklusif secara umum

Ada beberapa keuntungan menyusui eksklusif secara umum, yaitu :

- a. Memberikan nutrisi yang optimal dalam hal kualitas dan kuantitas bagi bayi. Dalam ASI terkandung kolostrum, yang merupakan cairan kental yang berwarna kekuning-kuningan yang dihasilkan oleh alveoli payudara ibu, pada periode akhir atau trimester ketiga kehamilan kolostrum dikeluarkan pada hari pertama setelah kelahiran.

Kolostrum sangat penting bagi bayi, karena :

- Kolostrum pada hari pertama sampai hari keempat, merupakan cairan yang kaya akan nutrisi dan antibody
- Jumlah kolostrum bervariasi antara 10-100ml per hari.
- Jumlah kolostrum akan bertambah dan mencapai komposisi ASI biasa/matur sekitar 3-14 hari
- Kolostrum memberi nutrisi dan melindungi terhadap infeksi dan alergi
- Memberikan imunisasi pertama, ASI dapat dikatakan sebagai “cairan hidup”
- Kandungan pada kolostrum :
 - 1.Laxansia (laksatif/pencabar) yang membersihkan mekonium
 - 2.Growth factor, membantu dalam pematangan usus
 - 3.Kaya vitamin A, yang dapat mencegah berbagai macam penyakit infeksi dan mencegah penyakit mata.

b. Meningkatkan kecerdasan secara :

-Asuh(fisikbiomedis)

Menunjukkan kebutuhan bayi untuk pertumbuhan otaknya. Untuk pertumbuhan suatu jaringan sangat dibutuhkan nutrisi atau makanan bergizi. Dan ASI memenuhi kebutuhan ini.

-Asah (stimulasi pendidikan)

Menunjukkan kebutuhan akan stimulasi atau rangsangan yang akan merangsang perkembangan kecerdasan secara optimal. Ibu menyusui termasuk guru pertama yang terbaik bagi anaknya.

Dengan demikian, perkembangan sosialisasinya akan baik dan ia akan mudah berinteraksi dengan lingkungannya kelak.ASI dan menyusui secara eksklusif akan menciptakan factor lingkungan yang optimal untuk meningkatkan kecerdasan bayi melalui pemenuhan semua kebutuhan awal dari factor-faktor lingkungan.

-Asih (fisik biomedis)

Menunjukkan kebutuhan bayi untuk perkembangan emosi dan spiritualnya. Yang terpenting disini adalah pemberian kasih sayang dan rasa aman. Seorang anak yang merasa disayangi akan mampu

menyayangi lingkungannya sehingga akan berkembang menjadi manusia dengan budi pekerti dan nurani yang baik.

Selain itu seorang bayi merasa aman, karena merasa dilindungi, akan berkembang menjadi orang dewasa yang mandiri dan emosi yang stabil.

3. Manfaat ASI bagi bayi

- a. ASI mengandung protein yang spesifik untuk melindungi bayi dari alergi
- b. Secara alamiah, ASI memberikan kebutuhan yang sesuai dengan usia kelahiran bayi (seperti pada bayi prematur, ASI memiliki kandungan protein yang lebih tinggi dibanding pada bayi yang cukup bulan)
- c. ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi
- d. ASI sebagai zat antivirus dan bakteri

Didalam ASI terkandung kolostrum. Kolostrum adalah istilah yang dipakai untuk menyatakan ASI pertama yang diisap oleh bayi, kolostrum mengandung protein, mineral dan aneka vitamin.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

- Topik : Keluarga Berencana
Hari/Tanggal: Rabu, 13 Maret 2019
Waktu : 50 menit
Tempat : Rumah Bumil, Ndetundopo
Sasaran : Ibu Hamil Trimester III
Penyuluh : Paulina Dhina

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasangan usia subur dan ibu menyusui tentang KB.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan:

- a. Peserta dapat menyebutkan pengertian KB

- b. Peserta dapat menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi
- c. Peserta dapat menyebutkan syarat-syarat mengikuti KB

B. Materi

- a. Pengertian KB
- b. Jenis-jenis alat kontrasepsi
- c. Syarat-syarat mengikuti KB

C. Metode

Ceramah, Tanya jawab dan diskusi

D. Media

Materi KB

E. Rincian Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Penyuluh	Peserta	Waktu
1.	Pembukaan	<ul style="list-style-type: none"> • Salam pembuka • Perkenalan 	<ul style="list-style-type: none"> • Membalas salam • Mendengarkan 	2 menit
2.	Menyampaikan materi	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan Tentang pengertian KB • Menjelaskan tentang jenis alat kontrasepsi • Menjelaskan syarat-syarat mengikuti program KB 	Mendengarkan dan memperhatikan	30 menit
3.	Penutup	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan kesimpulan • Tanya jawab • Evaluasi • Salam penutup 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengarkan kesimpulan yang disampaikan • Membahas • Membalas salam 	18 menit

MATERI KELUARGA BERENCANA

A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah suatu program yang dicanangkan oleh pemerintah untuk mengatur jarak kelahiran anak sehingga dapat tercapai keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

B. Tujuan Keluarga Berencana

1. Mencegah kehamilan
2. Menjarangkan kehamilan
3. Membatasi jumlah anak
4. Peningkatan kesejahteraan keluarga

C. Sasaran Keluarga Berencana

1. Ibu dengan penyakit kronis
2. Usia ibu < 20 tahun atau > 30 tahun dengan jumlah anak > 3 orang
3. Ibu yang sudah pernah melahirkan > 5 kali
4. Ibu dengan riwayat persalinan yang buruk
5. Keluarga dengan social ekonomi yang kurang memadai
6. Telah mengalami keguguran berulang-ulang

D. Metode Keluarga Berencana

Mulyani dan Rinawati (2013) menjelaskan beberapa metode kontrasepsi Pasca Persalinan meliputi :

1. AKDR

Mulyani dan Rinawati (2013) menjelaskan metode kontrasepsi AKDR sebagai berikut

a. Pengertian

AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan kedalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif.

b. Cara kerja

- 1) Produksi lokal prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan adanya kontraksi uterus pada pemakaian AKDR yang dapat menghalangi nidasi.

- 2) AKDR yang mengeluarkan hormone akan mengentalkan lender serviks sehingga menghalangi pergerakan sperma untuk dapat melewati cavum uteri.
- 3) Sebagai metode biasa (dipasang sebelum hubungan seksual terjadi) AKDR mengubah transportasi tuba dalam rahim dan mempengaruhi sel telur sperma sehingga pembuahan tidak terjadi.
- 4) Sebagai metode darurat (dipasang setelah hubungan seksual terjadi) dalam beberapa kasus mungkin memiliki mekanisme kasus yang mungkin adalah dengan mencegah terjadinya
- 5). Implantasi atau penyerangan sel telur yang telah dibuahi kedalam dinding rahim.

c. Keuntungan

- 1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CUT-380A dan tidak perlu diganti).
- 3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat – ingat.
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu. AKDR (CuT 380 A)
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas ASI
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 10) Tidak interaksi dengan obat – obat
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik

d. Kerugian

- 1) Perubahan siklus haid(umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- 2) Haid lebih lama dan banyak.

- 3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
- 4) Saat haid lebih sakit
- 5) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- 6) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- 7) Penyakit radang panggul terjadi. Seorang perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dapat memicu infertilitas.
- 8) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan akut selama pemasangan.
- 9) Sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- 10) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang dapat melakukannya.
- 11) Mungkin AKDR keluar lagi dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang sesudah melahirkan).
- 12) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
- 13) Perempuan harus memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bias memasukkan jarinya ke dalam vagina. Sebagian perempuan ini tidak mau melakukannya.

e. Efek Samping dan Penanganan

Tabel Efek Samping dan Penanganan AKDR

Efek Samping	Penanganan
Amenorea	Pastikan hamil atau tidak. Bila klien tidak hamil, AKDR tidak perlu dicabut, cukup konseling saja. Salah satu efek samping menggunakan AKDR yang mengandung hormone adalah amenorea (20-50%). Jika klien tetap saja menganggap amenorea yang terjadi sebagai masalah, maka rujuk klien. Jika terjadi kehamilan < 13 minggu dan benang AKDR terlihat, cabut AKDR. Nasihatkan agar kembali ke klinik jika terjadi perdarahan, kram, cairan berbau atau demam. Jangan mencabut AKDR jika benang tidak kelihatan dan kehamilannya > 13 minggu. Jika klien hamil dan ingin meneruskan kehamilannya tanpa mencabut AKDRnya, jelaskan padanya tentang

	meningkatnya risiko keguguran, kehamilan preterm, infeksi, dan kehamilannya harus diawasi ketat.
Kram	Pikirkan kemungkinan terjadi infeksi dan beri pengobatan yang sesuai. Jika kramnya tidak parah dan tidak ditemukan penyebabnya, cukup diberikan analgetik saja. Jika penyebabnya tidak dapat ditemukan dan menderita kram berat, cabut AKDR, kemudian ganti dengan AKDR baru atau cari metode kontrasepsi lain.
Perdarahan yang tidak teratur dan banyak	Sering ditemukan terutama pada 3-6 bulan pertama. Singkirkan infeksi panggul atau kehamilan ektopik, rujuk klien bila dianggap perlu. Bila tidak ditemukan kelainan patologik dan perdarahan masih terjadi, dapat diberi ibuprofen 3x800mg untuk satu minggu, atau pil kombinasi satu siklus saja. Bila perdarahan banyak beri 2 tablet pil kombinasi untuk 3-7 hari saja, atau boleh juga diberi 1,25mg estrogen equin konjugasi selama 14-21 hari. Bila perdarahan terus berlanjut sampai klien anemia, cabut AKDR dan bantu klien memilih metode kontrasepsi lain.
Benang hilang	Periksa apakah klien hamil. Bila tidak hamil dan AKDR masih di tempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. Bila tidak yakin AKDR masih berada di dalam rahim dan klien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen/ USG. Bila tidak ditemukan, pasang kembali AKDR sewaktu dating haid. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan amenorea.
Cairan vagina/ dugaan penyakit radang panggul	Bila penyebabnya kuman gonokokus atau klamidia, cabut AKDR dan berikan pengobatan yang sesuai. Penyakit radang panggul yang lain cukup diobati dan AKDR tidak perlu dicabut. Bila klien dengan penyakit radang panggul dan tidak ingin memakai AKDR lagi, berikan antibiotika selama 2 hari dan baru kemudian AKDR dicabut dan bantu klien untuk memilih kontrasepsi lain.

Sumber : Saifuddin (2006)

2. Implant

Mulyani dan Rinawati (2013) menjelaskan metode kontrasepsi implant sebagai berikut:

a. Pengertian

Implan adalah salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas. Di kenal 2 macam implant yaitu :

1) Non Biodegradable implant, yaitu dengan ciri-ciri :

- a) Norplant (6"kasul"), berisi hormone Levonogrestel, daya kerja 5 tahun.
- b) Norplant -2 (2 batang), berisi hormone Levonogerestel, daya kerja 3 tahun.
- c) Satu batang, berisi hormon ST-1435, day kerja 2 tahun. Rencana siap pakai :tahun 2000.
- d) Satu batang, berisi hormon 3-keto desogesteri daya kerja 2,5-4 tahun.

2) Biodegradable Implant

Biodegradable implant melepaskan progestin dari bahan pembawa/ pengangkut yang secara perlahan-lahan larut di dalam jaringan tubuh. Jadi bahan pembawanya sama sekali tidak diperlukan untuk dikeluarkan lagi seperti pada norplant.

b. Cara kerja

- 1) Menghambat ovulasi.
- 2) Perubahan lender serviks menjadi lebih kental dan sedikit.
- 3) Menghambat perkembangan siklis dan endometrium.

c. Keuntungan

- 1) Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen.
- 2) Dapat digunakan untuk jangka waktu yang panjang 5 tahun dan bersifat reversibel.
- 3) Efek kontraseptif akan berakhir setelah implannya dikeluarkan.
- 4) Perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah.
- 5) Resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim.

d. Kerugian

- 1) Susuk/KB harus dipasang dan diangkat oleh tenaga kesehatan yang terlatih.
- 2) Lebih mahal.
- 3) Sering timbul perubahan pola haid.

- 4) Akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri.
- 5) Beberapa wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya.

e. Efeks samping dan Penanganan

Tabel Efek Samping dan Penanganan Implan

Efek samping	Penanganan
Amenorea	Pastikan hamil atau tidak, tidak memerlukan penanganan khusus. Cukup konseling saja. Bila klien tetap saja tidak menerima, angkat implan dan anjurkan menggunakan kontrasepsi lain. Bila terjadi kehamilan dan klien ingin melanjutkan kehamilan, cabut implan dan jelaskan, bahwa progesterin tidak berbahaya bagi janin. Bila diduga terjadi kehamilan ektopik, klien dirujuk. Tidak ada gunanya memberikan obat hormone untuk memancing timbulnya perdarahan.
Perdarahan bercak (spoting) ringan	Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering ditemukan terutama tahun pertama. Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun. Bila klien tetap saja mengeluh masalah perdarahan dan ingin melanjutkan pemakaian implant dapat diberikan pil kombinasi satu siklus, atau ibuprofen 3x800mg selama 5 hari. Terangkan kepada klien bahwa akan terjadi perdarahan setelah pil kombinasi habis. Bila terjadi perdarahan lebih banyak dari biasa, berikan 2 tablet pil kombinasi untuk 3-7 hari dan kemudian lanjutkan dengan satu siklus pil kombinasi, atau dapat juga diberikan 50 μ g etinilestradiol 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari
Ekspulsi	Cabut kapsul yang ekspulsi, periksa apakah kapsul yang lain masih di tempat, dan apakah terdapat tanda-tanda infeksi daerah insersi. Bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, pasang kapsul baru 1 buah pada tempat insersi yang berbeda. Bila ada infeksi cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru ada lengan yang lain, atau anjurkan klien menggunakan metode kontrasepsi lain.
Infeksi pada daerah insersi	Bila terdapat infeksi tanpa nanah, bersihkan dengan sabun dan air, atau antiseptik. Berikan antibiotik yang sesuai untuk 7 hari. Implan jangan dilepas dan klien diminta kembali satu minggu. Apabila tidak membaik, cabut implan dan pasang yang baru pada sisi lengan yang lain atau cari metode kontrasepsi yang lain. Apabila ditemukan abses, bersihkan antiseptik, insisi dan alirkan pus keluar, cabut implan, lakukan perawatan luka, dan berikan antibiotik oral 7 hari.

Berat badan naik/ turun	Informasikan kepada klien bahwa perubahan berat badan 1-2 kg 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.
-------------------------	---

Sumber : Saifuddin (2006)

3. Pil

Handayani (2011) menjelaskan mengenai kontrasepsi pil sebagai berikut:

a. Pengertian

Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon eksintensis progesterone.

b. Cara kerja

- 1) Menghambat ovulasi
- 2) Mencegah implantasi
- 3) Memperlambat transport gamet/ ovum
- 4) Luteolysis
- 5) Mengentalkan lender servic yang kental

c. Keuntungan

- 1) Keuntungan kontraseptif
 - a) Sangat efektif bila digunakan secara benar
 - b) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - c) Tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI
 - d) Segera bias kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan
 - e) Tidak mengganggu estrogen
- 2) Keuntungan nonkontraseptif
 - a) Bisa mengurangi kram haid
 - b) Bisa mengurangi perdarahan haid
 - c) Bisa memperbaiki kondisi anemia
 - d) Memberi perlindungan terhadap kanker endometrial
 - e) Mengurangi keganasan penyakit payudara
 - f) Mengurangi kehamilan ektopik
 - g) Memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID

d. Kerugian

- 1) Menyebabkan perubahan dalam pola perdarahan haid
- 2) Sedikit penambahan atau pengurangan berat badan bisa
- 3) Bergantung pada pemakai (memerlukan motivasi terus – menerus dan pemakaian setiap hari
- 4) Harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari
- 5) Kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metode
- 6) Pasokan ulang harus selalu tersedia
- 7) Berinteraksi dengan obat lain, contoh : obat – obat epilepsi dan tuberculosae

e. Efek samping

- 1) Amenore
- 2) Spotting
- 3) Perubahan berat badan

f. Penanganan

- 1) Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil tidak perlu tindakan khusus, cukup konseling, bila amenorhe berlanjut rujuk, bila hamil hentikan pil.
- 2) Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan atau tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus.
- 3) Bila klien tidak dapat menerima ganti metode kontrasepsi

4. Suntik

Handayani (2011) menjelaskan mengenai kontrasepsi pil sebagai berikut:

a. Pengertian

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormone progesteron

b. Cara kerja

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa

- 3) Membuat endometrium menjadi kurang baik/ layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi
- 4) Mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi

c. Keuntungan

1) Keuntungan kontraseptif

- a) Sangat efektif (0,3 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan)
- b) Cepat efektif (<24 jam) jika dimulai pada hari ke 7 dari siklus haid
- c) Metode jangka waktu menengah (intermediate – term) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi
- d) Pemeriksaan panggul tidak dilakukan untuk memulai pemakaian
- e) Tidak mengganggu hubungan seks
- f) Tidak mempengaruhi pemberian ASI
- g) Efek sampingnya sedikit
- h) Klien tidak memerlukan suplai bahan
- i) Bisa diberikan oleh petugas non medis yang sudah terlatih
- j) Tidak mengandung estrogen

2) Keuntungan non kontraseptif

- a) Mengurangi kehamilan ektopik
- b) Bisa mengurangi nyeri haid
- c) Bisa mengurangi perdarahan haid
- d) Bisa memperbaiki anemia
- e) Melindungi terhadap kanker endometrium
- f) Mengurangi penyakit payudara ganas
- g) Mengurangi krisis sickle sel
- h) Memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID (Penyakit Inflamasi Pelvik)

d. Kerugian

- 1) Perubahan pada pola perdarahan haid. Perdarahan bercak tak beraturan awal pada sebagian besar wanita
 - 2) Penambahan berat badan (± 2 kg) merupakan hal biasa
 - 3) Meskipun kehamilan tidak mungkin, namun jika terjadi, lebih besar kemungkinannya berupa ektopik dibanding pada wanita bukan pemakai
 - 4) Pasokan ulang harus tersedia
 - 5) Harus kembali lagi untuk ulangan injeksi setiap 3 bulan (DMPA) atau 2 bulan (NET-EN)
 - 6) Pemulihan kesuburan bias tertunda selama 7 – 9 bulan (secara rata – rata) setelah penghentian
- e. Efek samping
- 1) Amenorrhea
 - 2) Perdarahan hebat atau tidak teratur
 - 3) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)
- f. Penanganan
- 1) Bila tidak hamil tidak perlu pengobatan khusus, bila hamil hentikan penyuntikan.
 - 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan, dan ingin melanjutkan suntikan maka disarankan 2 pilihan pengobatan :
 - a) 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 μ g *etinilestradiol*), ibuprofen (sampai 800mg, 3x/ hari untuk 5 hari)
 - b) Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikkan, ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kombinasi atau selama 3-7 hari
 - c) Dilanjutkan dengan 1 siklus pil atau diberi 50 μ g *etinilestradiol*/1,25 mg estrogen equikonjugasi untuk 14-21 hari
 - 3) Informasikan bahwa kenaikan/ penurunan berat badan sebanyak 1 sampai 2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan

berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan lanjutkan metode kontrasepsi lain.

5. Metode Amenorhea Laktasi

Handayani (2011) menjelaskan mengenai MAL sebagai berikut:

a. Pengertian

Metode amenorrhea laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan atau minuman apapun.

b. Cara kerja

Efek kontrasepsi pada ibu menyusui menyatakan bahwa rangsangan syaraf dari puting susu diteruskan ke Hypothalamus, mempunyai efek merangsang pelepasan beta endropin yang akan menekan sekresi hormon gonadotropin oleh hypothalamus. Akibatnya adalah penurunan sekresi dari hormon Luteinizing Hormon (LH) yang menyebabkan kegagalan ovulasi.

c. Keuntungan

1) Keuntungan kontrasepsi

- a) Segera efektif
- b) Tidak mengganggu senggama
- c) Tidak ada efek samping secara sistemik
- d) Tidak perlu pengawasan medis
- e) Tidak perlu obat atau alat
- f) Tanpa biaya

2) Keuntungan non kontrasepsi

Untuk bayi :

- a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
- b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
- c) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

Untuk Ibu :

- a) Mengurangi perdarahan pasca persalinan
- b) Mengurangi resiko anemia
- c) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

d. Kerugian

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
- 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social
- 3) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk kontrasepsi B/ HBV dan HIV/ AIDS

E. Tempat Pelayanan Keluarga Berencana

Tempat-tempat yang dapat melayani KB adalah:

1. Dokter dan bidan praktek swasta
2. Lembaga masyarakat seperti: posyandu, kelompok akseptor KB
3. Lembaga kesehatan seperti: Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik Swasta, dll

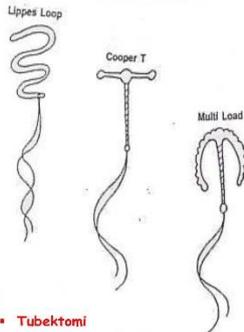
2. Metode Efektif

▪ IUD (AKDR)

(Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) tidak ada batasan umur.

Kerugiannya : dapat terjadi perdarahan, infeksi dan keputihan.

Keuntungan : dapat mencegah kehamilan selama lima tahun, kesuburan dapat pulih kembali setelah dibuka, sederhana dan tidak memerlukan teknik khusus.



▪ Tubektomi

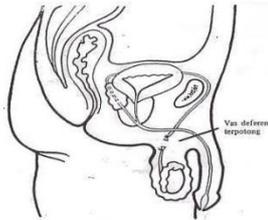
Diberikan pada wanita usia > 39 tahun.

Keuntungan : ibu tetap mendapat haid dan dapat melakukan senggama, tidak mengganggu gairah senggama, ASI tetap lancar dan jarang terjadi efek samping.

▪ Vasektomi

Diberikan pada pria.

Keuntungan : tidak mengganggu gairah seks dan jarang ada keluhan.



Di manakah KB Dapat Dilayani ?

Tempat - tempat yang dapat melayani KB adalah :

1. Dokter dan bidan praktek swasta.
2. Lembaga masyarakat seperti: posyandu, kelompok akseptor KB.
3. Lembaga kesehatan seperti: Rumah Sakit, puskesmas, klinik swasta dll.

WUJUDKAN KELUARGA KECIL BAHAGIA & SEJAHTERA DENGAN KB



POLTEKES KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEBIDANAN
2019

Apakah KB Itu ?

KB adalah usaha untuk mengontrol jumlah dan jarak antara kelahiran anak

KB adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan, memberi nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan menjarakkan kehamilan dan tidak melawan hukum serta moral Pancasila.

Apa Tujuan KB ?

Tujuan KB adalah :

1. Mencegah Kehamilan.
2. Menjarangkan kehamilan..
3. Membatasi jumlah anak..
4. Peningkatan kesejahteraan keluarga.

Siapa Saja Sasaran KB ?

Yang menjadi sasaran program keluarga berencana adalah :

1. Ibu dengan penyakit kronis.
2. Usia ibu < 20 tahun atau > 30 tahun dengan jumlah anak > 3 orang
3. Ibu yang sudah pernah melahirkan >5 kali melahirkan
4. Ibu dengan riwayat persalinan yang buruk.
5. Keluarga dengan sosial ekonomi yang kurang memadai

Jenis metode KB apa Yang Dapat Digunakan ?

1. Jenis Hormon.

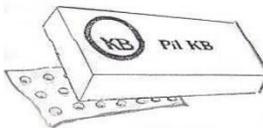
▪ Pil KB

Diberikan kepada wanita 20-30 tahun.

Kerugian : minum harus teratur, tumbuh jerawat dan kadang-kadang rambut rontok

Keuntungan : mudah dipakai, haid teratur dan mengurangi kanker ovarium.

Cara minum : pil yang berisi 28 butir mulai diminum pada hari pertama haid satu butir satu hari sedangkan yang berisi 21 atau 22 butir diminum pada hari kelima haid satu butir satu hari.



▪ Suntikan KB.

Diberikan kepada wanita usia 20-35 tahun.

Kerugiannya : perdarahan tidak menentu, tidak haid berkepanjangan dan masih ada kemungkinan terjadi kehamilan.

Keuntungannya : bebas melakukan hubungan seksual, tidak mengganggu pengeluaran ASI dan dapat diberikan setelah persalinan keguguran dan setelah menstruasi.



▪ Implant (AKBK)

(Alat Kontrasepsi wanita usia 20-35 tahun).

Kerugiannya : berat badan bertambah. Liang senggama terasa kering dan haid tidak teratur.

Keuntungannya : dipasang selama lima tahun, biaya ringan dan tidak menyebabkan anemia.



ASI EKSKLUSIF

Pengertian ASI Eksklusif

ASI Eksklusif adalah air susu ibu yang diberikan untuk bayi sejak baru lahir sampai 6 bulan tanpa makanan pendamping dan minuman lainnya seperti air gula, teh, dan sebagainya.

Macam –Macam Posisi Menyusui



Manfaat ASI Eksklusif

1. Bagi Bayi :
ASI merupakan sumber gizi sempurna, dapat meningkatkan daya tahan tubuh bayi, meningkatkan kecerdasan dan kemandirian anak, ASI meningkatkan jalinan kasih sayang
2. Bagi Ibu :
Dapat menjadi salah satu metode KB yaitu Metode Amenorrhoe Laktasi, Membantu mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan, Lebih ekonomis, Mudah diberikan kapan saja



1. Pelekatan :

- Dagu menempel pada payudara ibu
- Bibir bawah terbuka ke luar
- Mulut terbuka lebar
- Bagian atas areola mammae lebih banyak berada dalam mulut bayi



2. Posisi tubuh :

- Perut bayi menghadap badan ibu
- Telinga, bahu, tangan berada dalam satu garis lurus
- Bayi di dekatkan dengan ibu
- Ibu menyangga seluruh badan bayi

Oleh :

PAULINA DHINA
MAHASISWI KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES
KUPANG
2019

Mengapa ASI Penting ?

KARENA ASI :

- Mengandung zat gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan anak.
- Mengandung zat anti infeksi, terutama untuk infeksi saluran pencernaan.
- Mengandung zat kekebalan tubuh, sehingga bayi tidak mudah sakit.



Cara Mendapatkan ASI yang Banyak

1. Menyusui bayi setiap 2 jam pada pagi siang dan malam hari, dengan lama menyusui 10-15 menit disetiap payudara.
2. Bangunkan bayi, lepaskan baju yang menyebabkan rasa gerah, dan dudukkan selama menyusui
3. Pastikan bayi menyusui dalam posisi menempel yang baik dan dengarkan suara menelan yang aktif
4. Susui bayi ditempat yang tenang dan nyaman dan minumlah setiap kali habis menyusui
5. Tidurlah bersebelahan dengan bayi
6. Ibu harus meningkatkan istirahat dan minum

LANGKAH-LANGKAH MENYUSUI YANG BENAR

1. Cuci tangan sebelum menyusui
2. Ibu duduk atau berbaring dengan santai
3. Membuka pakaian bagian atas
4. Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan sekitar areola payudara
5. Meletakkan bayi pada satu lengan, kepala bayi berada pada lengkung siku ibu dan bokong bayi berada pada lengan bawah ibu
6. Menempelkan perut bayi pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi di belakang badan ibu dan yang satu di depan, kepala bayi menghadap payudara
7. Memposisikan bayi dengan telinga dan lengan pada garis lurus
8. Memegang payudara dengan ibu jari diatas dan jari yang lain
9. menopang dibawah serta jangan menekan puting susu dan areolanya
10. Merangsang membuka mulut bayi :
 - menyentuh pipi dengan puting susu
 - menyentuh sudut mulut bayi
11. Setelah bayi membuka mulut (anjurkan ibu untuk mendekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara ibu, kemudian memasukkan puting susu serta sebagian besar areola ke mulut bayi)



12. Setelah bayi mulai menghisap, ibu tidak PERLU memegang atau menyangga payudara lagi
13. Memperhatikan bayi selama menyusui
14. Melepas isapan bayi (jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu bayi ditekan ke bawah.
15. Setelah selesai menyusui, ajarkan ibu untuk mengoleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola. Biarkan kering dengan sendirinya
16. Menyendawakan bayi :
Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan sampai bayi bersendawa (bila tidak bersendawa tunggu 10 – 15 menit) ATAU bisa juga dengan posisi Bayi ditengkurapkan dipangkuan ibu

Bayi Sehat Keluarga Bahagia

