

STUDI KASUS

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF KEHAMILAN, PERSALINAN,
NIFAS, BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA PADA
NY. N USIA 22 TAHUN G₂P₁Ab₀Ah₁ DI PUSKESMAS MALAWILI
KABUPATEN SORONG TAHUN 2022**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Diploma III
Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Sorong**



Disusun Oleh :

MEDI DELVANITA ULIMPA

41540119016

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLTEKKES KEMENKES SORONG

PRODI DIII KEBIDANAN

TAHUN 2022

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

Asuhan Kebidanan Komprehensif Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan Keluarga Berencana Pada Ny. N Usia 22 Tahun G₂P₁Ab₀Ah₁ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Tahun 2022.

Yang diajukan oleh :

MEDI DELVANITA ULIMPA

41540119016

Telah konsultasikan dan disetujui untuk diseminarkan oleh :

Pembimbing I

Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO

Tanggal, 21 Juli 2022

Pembimbing II

Adriana Egam, S.ST.,M.Kes
NIP. 196707241988012004

Tanggal, 20 Juli 2022

Pembimbing III

Herminiati, STr.Keb
NIP. 197308242006072001

Tanggal, 17 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

Asuhan Kebidanan Komprehensif Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan Keluarga Berencana Pada Ny. N Usia 22 Tahun G₂P₁Ab₀Ah₁ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Tahun 2022.

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 22 Juli 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Penguji I	:	Fitra Duhita, M.Keb NIP. 198817052020122003
Penguji II	:	Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO NIP. –
Penguji III	:	Adrina Egam, S.ST.,M.Kes NIP. 196707241988012004
Penguji IV	:	Herminiati, STr.Keb NIP. 197308242006072001

Mengetahui

Direktur

Ketua Jurusan Kebidanan

**Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes
NIP. 196601011985032005**

**Adriana Egam, S.ST.,M.Kes
NIP. 196707241988012004**

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Penulis

1. Nama : Medi Delvanita Ulimpa
2. Tempat, Tanggal Lahir : Nabire, 04 Januari 2001
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Kristen Protestan
5. Suku / Bangsa : Moi / Indonesia
6. Alamat : Jl. Saton KM 12 Kelurahan Klaurung

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 8 Mega tamat tahun 2013
2. SMP Negeri 8 Mega tamat tahun 2016
3. SMA Negeri 3 Mega Kabupaten Sorong tamat tahun 2019
4. Poltekkes Kemenkes Sorong Prodi D-III Kebidanan tahun 2019 sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan Karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana Pada Ny. N Usia 22 Tahun G₂P₁Ab₀Ah₁ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Tahun 2022”, diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong.

Penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan di Instansi ini.
2. Adriana Egam, S.ST.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong.
3. Rizqi Kamalah, M.Keb, selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong.
4. Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO, selaku pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing, memberi dukungan, memberi saran dan masukan yang membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Adriana Egam, S.ST.,M.Kes, selaku pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing, memberi dukungan, memberi saran

dan masukan yang membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

6. Herminiati, STr. Keb, selaku pembimbing III yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing, memberi dukungan, memberi saran dan masukan yang membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Bapak/Ibu dosen dan seluruh staf pengajar Prodi D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong atas semua jasa dan ilmu yang telah diberikan selama perkuliahan.
8. Ibu Novita Dwi Larasati, selaku Responden atas perhatian dan kerjasamanya yang baik.
9. Orang tua, kakak, adik, semua keluarga, yang telah membantu dengan doa, memberikan banyak motivasi dan dukungan moril maupun materil kepada penulis.
10. Rekan-rekan seperjuangan yang telah setia membantu dan memberikan banyak pengalaman selama perkuliahan.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang turut serta memberikan bantuan maupun dukungan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian, penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik

pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan atas segala kasih yang telah di berikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Sorong, 22 Juli 2022

Penulis

Medi Delvanita Ulimpa. 2022. **Asuhan Kebidanan Komprehensif Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana Pada Ny. N Usia 22 Tahun G₂P₁Ab₀Ah₁ di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Tahun 2022.** (Pembimbing I Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO, dan Pembimbing II Adriana Egam, S.ST.,M.Kes).

ABSTRAK

Masalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tergolong tinggi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah angka kematian ibu naik dari 4.197 Tahun 2019 menjadi 4432 di Tahun 2020. Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat tahun 2018, AKI yang terjadi juga tergolong masih tinggi. Papua Barat merupakan penyumbang tingginya AKI dalam dua tahun terakhir yaitu 2017 dan 2018, terdapat 204 dan 108 kematian dalam kurun waktu satu tahun, tingginya kematian ibu tersebut menggambarkan masih rendahnya pelayanan kepada ibu hamil, di mana kunjungan ibu hamil pertama K1 dan K4 dalam 2 tahun ini mengalami penurunan yaitu 66.97%, 24.12% dan 0.0%, 41.5%, begitupun persalinan oleh tenaga kesehatan 48.807% dan 38.3%.

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan metode asuhan kasus Manajemen Kebidanan 7 langkah Varney dan didokumentasikan dengan metode SOAP. Subjek penelitian Ny. N yang didampingi saat hamil Trimester 3 dengan usia kehamilan 39 minggu, bersalin, nifas, BBL, dan KB. Hasil kasus diambil di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong mulai dari tanggal 16 Juni s/d 14 Juli 2022.

Tanggal 16 Juni 2022 dilaksanakan ANC pertama dengan hasil kehamilan normal. Tanggal 23 Juni 2022 dilaksanakan ANC kedua. Pada tanggal 01 Juli 2022 jam 07.30 WIT, Ny. N datang dengan keluhan mules-mules, hasil pemeriksaan pembukaan 2 cm, inpartu kala I fase laten. Pukul 10.15 WIT ibu mengatakan merasa ingin BAB, tanda-tanda persalinan telah terlihat. Pukul 10.30 WIT bayi lahir spontan. Pukul 10.35 WIT plasenta lahir lengkap beserta kotiledonnya. Kunjungan Neonatus 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan kunjungan Nifas 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu sekaligus kunjungan KB.

Kesimpulan penelitian, peneliti telah menerapkan Asuhan Kebidanan Komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan keluarga berencana dengan Manajemen Asuhan Kebidanan metode 7 langkah Varney dan pendokumentasian dengan Metode SOAP.

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan Komprehensif, Ny. N

DAFTAR ISI

RIWAYAT HIDUP	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Ruang Lingkup Asuhan.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 KEHAMILAN	7
2.1.1. Pengertian Kehamilan	7
2.1.2. Fisiologi Kehamilan	8
2.1.3. Tanda-Tanda Kehamilan.....	22
2.1.4. Perubahan-Perubahan Pada Ibu Hamil.....	24
2.1.5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil.....	34
2.1.6. Asuhan Kehamilan (<i>Antenatal Care</i>).....	39
2.2 PERSALINAN	44
2.2.1. Pengertian Persalinan	44
2.2.2. Macam-Macam Persalinan.....	45
2.2.3. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	46

2.2.4.	Tahap Persalinan	48
2.2.5.	Tanda-Tanda Persalinan.....	49
2.2.6.	Mekanisme Persalinan Normal	50
2.3	NIFAS.....	52
2.3.1.	Pengertian Nifas	52
2.3.2.	Tahapan Masa Nifas.....	53
2.3.3.	Adaptasi Psikologi Masa Nifas	53
2.3.4.	Cara Menyusui Yang Benar	57
2.3.5.	Asuhan Masa Nifas Normal	62
2.4	BAYI BARU LAHIR.....	64
2.4.1.	Pengertian Bayi Baru Lahir Normal	64
2.4.2.	Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal.....	64
2.4.3.	Klasifikasi Bayi Baru Lahir	65
2.4.4.	Tahapan Bayi Baru Lahir	66
2.4.5.	Penanganan dan Perilaku Bayi Baru Lahir	67
2.4.7.	Kunjungan Neonatus.....	71
2.4.8.	Asuhan Bayi Baru Lahir Normal	72
2.5	KELUARGA BERENCANA (KB)	78
2.5.1.	Pengertian Keluarga Berencana (KB).....	78
2.5.2.	Tujuan Keluarga Berencana.....	79
2.5.3.	Syarat Kontrasepsi	79
2.5.4.	Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana (KB)	79
2.5.5.	Efektivitas Kontrasepsi	80
2.6	Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut 7 Langkah Varney dan SOAP 81	
2.6.1.	Manajemen Askeb pada Kehamilan Trimester III	81
2.6.2.	Manajemen Askeb pada Persalinan	121
2.6.3.	Manajemen Askeb pada Masa Nifas.....	140
2.6.4.	Manajemen Askeb pada Bayi Baru Lahir	160
2.6.5.	Manajemen Askeb pada Keluarga Berencana.....	181
BAB III.....		195

METODE PENELITIAN.....	195
3.1 Jenis Penelitian	195
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	195
3.3 Instrumen Penelitian.....	196
3.4 Subjek Penelitian.....	196
3.5 Teknik Pengumpulan Data	196
3.6 Kerangka Kerja Penelitian.....	198
3.7 Etika Penelitian.....	199
BAB IV	200
TINJAUAN KASUS.....	200
4.1 ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN	200
4.1.1 ANC Kunjungan 1.....	200
4.1.2 ANC Kunjungan 2.....	211
4.2 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN.....	215
A. Pengkajian Data Subjektif.....	215
B. Pengkajian Data Objektif	220
C. Analisa.....	223
D. Penatalaksanaan	223
4.3 ASUHAN KEBIDANAN NIFAS KF I (6 JAM PP)	237
A. Pengkajian Data Subjektif.....	237
B. Pengkajian Data Objektif	242
C. Analisa.....	244
D. Penatalaksanaan	244
4.4 ASUHAN KEBIDANAN BBL	256
4.5 ASUHAN KEBIDANAN KB	272
A. Pengkajian Data Subjektif.....	272
B. Pengkajian Data Objektif	277
C. Analisa.....	279
D. Penatalaksanaan	279
BAB V.....	385
PEMBAHASAN	385

5.1	KEHAMILAN	385
5.2	PERSALINAN	387
5.3	NIFAS.....	392
5.4	BBL	395
5.5	KB.....	396
BAB VI		397
PENUTUP		397
6.1	KESIMPULAN	397
6.2	SARAN.....	398
DAFTAR PUSTAKA		400
DOKUMENTASI		405

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perkembangan Fungsi Organ Janin.....	21
Tabel 2.2	Penambahan Ukuran TFU Per Tiga Jari.....	26
Tabel 2.3	Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil Berdasarkan IMT Sebelum Hamil.....	32
Tabel 2.4	Penambahan Berat Badan Selama Hamil pada masing-masing Komponen Tubuh.....	32
Tabel 2.5	Kebutuhan Zat Gizi Wanita Hamil.....	35
Tabel 2.6	Rentang Total Kenaikan Berat Badan yang Direkomendasikan untuk Wanita Hamil Berdasarkan IMT Sebelum Hamil.....	48
Tabel 2.7	Jadwal Pemberian Imunisasi TT.....	50
Tabel 2.8	TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi.....	88
Tabel 2.9	Macam-macam Lokhea.....	90
Tabel 2.10	Kunjungan Nifas 4 Kali.....	120
Tabel 2.11	Perkembangan Sistem Pulmonial.....	124
Tabel 2.12	Nilai APGAR Score.....	135
Tabel 2.13	Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU dalam cm...	211
Tabel 2.14	Kebutuhan Dasar Cairan pada Neonatus.....	265
Tabel 2.15	Perubahan Pola Tidur Bayi.....	266
Tabel 2.16	Penurunan Berat Badan Sesuai Umur.....	269

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Fertilisasi.....	11
Gambar 2.2 Proses Nidasi.....	13
Gambar 2.3 Zigot.....	14
Gambar 2.4 Janin 4 Minggu.....	15
Gambar 2.5 Janin 8 Minggu.....	15
Gambar 2.6 Janin 12 Minggu.....	16
Gambar 2.7 Janin 16 Minggu.....	16
Gambar 2.8 Janin 20 Minggu.....	17
Gambar 2.9 Janin 24 Minggu.....	18
Gambar 2.10 Janin 28 Minggu.....	18
Gambar 2.11 Janin 32 Minggu.....	19
Gambar 2.12 Janin 36 Minggu.....	19
Gambar 2.13 Janin 40 Minggu.....	20
Gambar 2.14 Ukuran Uterus Sesuai Kehamilan.....	26
Gambar 2.15 Jenis dan Macam-macam Alat Kontrasepsi.....	177
Gambar 2.16 Proses Penurunan Kepala Berdasarkan Sistem Perlindungan.....	210

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus.....	300
---	-----

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
ASI	: Air Susu Ibu
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APD	: Alat Pelindung Diri
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory
A/S	: Apgar Score
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BMI	: Body Mass Index
COC	: Continuity Of Care
Cm	: Centimeter
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Mellitus

Gr	: Gram
GPAPAH	: Gravida, Partus, Aterm, Prematur, Abortus, dan Anak Hidup
HB	: Hemoglobin
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
INC	: Intranatal Care
IUD	: Intra Uteri Device
IUFD	: Intra Uteri Fetal Death
IUGR	: Intra Uterine Growth Restriction
IV	: Intra Vena
JK	: Jenis Kelamin
Jl	: Jalan
Kalk	: Kalsium Laktat
KB	: Keluarga Berencana
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KPD	: Ketuban Pecah Dini

KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
MAL	: Metode Alamiah Laktasi
MDGs	: Millenium Development Goals
Mg	: Miligram
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
MOW	: Metode Operasi Wanita
MOP	: Metode Operasi Pria
N	: Nadi
Ny.	: Nyonya
PAP	: Pintu Atas Pinggul
PB	: Panjang Badan
PNC	: Postnatal Care
PP	: Post Partum
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
Px	: Prosesus xipioideus
RI	: Republik Indonesia
RR	: Respiratory Rate
S	: Suhu
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: Sectio Caesarea

SDGs	: Sustainable Development Goals
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
Sf	: Sulfas ferrosus
SOAP	: Subjek, Objek, Assesmen, Pelaksanaan
Sp. OG	: Spesialis Obstetri & Ginekologi
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberkulosis
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
Tn.	: Tuan
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization
WIT	: Waktu Indonesia Timur

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Informed consent menjadi responden
2. Surat konsultasi LTA dengan pembimbing
3. Partograf

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) memperkirakan terdapat 216 kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Pada tahun 2015 jumlah total kematian ibu diperkirakan mencapai 303.000 kematian di seluruh dunia. Angka kematian ibu di Negara berkembang mencapai 239/100.000 kelahiran hidup, 20 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju. Negara berkembang menyumbang sekitar 90% atau 302.000 dari seluruh total kematian ibu yang diperkirakan terjadi pada tahun 2015. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang penyumbang kematian ibu tertinggi di dunia (WHO, 2016).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan kesehatan di suatu Negara. Tingginya AKI dan AKB termasuk tantangan paling berat untuk mencapai *Millenium Development Goals (MDGs)* tahun 2015. Agenda pembangunan berkelanjutan yaitu *Sustainable Development Goals (SDGs)* yang telah disahkan pada September 2015 berisi 17 tujuan dan 169 target. Tujuan ketiga SDGs adalah menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia dengan salah satu target mengurangi AKI secara global sebanyak 70 per 100.000 Kelahiran Hidup tahun 2030 (WHO, 2017).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2017 menunjukkan Angka Kematian Bayi Baru Lahir/ Neonatal (AKN) sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) 24 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2019). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia secara umum terjadi penurunan dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup, walau sudah cenderung menurun namun belum berhasil mencapai target MDGs. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah angka kematian ibu naik dari 4.197 Tahun 2019 menjadi 4432 di Tahun 2020 (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat tahun 2018, AKI yang terjadi juga tergolong masih tinggi. Papua Barat merupakan penyumbang tingginya AKI dalam dua tahun terakhir yaitu 2017 dan 2018, terdapat 204 dan 108 kematian dalam kurun waktu satu tahun. Jumlah kematian ibu terbanyak di Manokwari sebanyak 12 orang, Kaimana sebanyak 8 orang, Fak-fak sebanyak 4 orang, Teluk Wondama sebanyak 4 orang, Teluk Bintuni sebanyak 1 orang, Kabupaten Sorong sebanyak 2 orang, Kota Sorong sebanyak 2 orang, Raja Ampat sebanyak 5 orang, dan Maybrat sebanyak 1 orang, maka jika dibandingkan pada tahun 2017 jumlah kematian ibu yang dilaporkan adalah 218 orang dan pada tahun 2018 dilaporkan sebanyak 184 orang, sehingga bisa dikatakan bahwa pada tahun 2018 terjadi penurunan jumlah kematian ibu yang dilaporkan sebanyak 34 orang. Namun, tingginya kematian ibu tersebut menggambarkan masih rendahnya pelayanan kepada ibu hamil, di mana kunjungan ibu hamil pertama K1 dan K4 dalam 2 tahun

ini mengalami penurunan yaitu 66.97%, 24.12% dan 0.0%, 41.5%, begitupun persalinan oleh tenaga kesehatan 48.807% dan 38.3% (Dinkes Papua Barat, 2018).

Upaya penurunan AKI merupakan salah satu target Kementerian Kesehatan. Beberapa program yang telah dilaksanakan antara lain Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke puskesmas di kabupaten/ kota, program yang memastikan semua perempuan mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya dan Gerakan Sayang Ibu. Selain itu, telah dilakukan penempatan bidan di tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir kepada masyarakat. Upaya lainnya yaitu strategi *Making Pregnancy Safer*, Selanjutnya pada tahun 2012 diluncurkan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan AKI dan neonatal sebesar 25% (Susiana, 2019).

Continuity of care yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode. *Continuity of care* memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan (Ningsih, 2017).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada “Ny. M” selama masa kehamilan hingga ber KB (Keluarga Berencana) dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. M Usia 32 Tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Provinsi Papua Barat Tahun 2022”.

1.2 Ruang Lingkup Asuhan

Ruang lingkup asuhan kebidanan diberikan kepada ibu hamil trimester III dengan kehamilan fisiologis dan dilanjutkan dengan asuhan masa persalinan, asuhan masa nifas, asuhan bayi baru lahir dan asuhan keluarga berencana. Pelayanan ini diberikan dengan *continuity of care*.

1.3 Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dengan menggunakan metode pendekatan tujuh langkah Varney dan pendokumentasian dengan SOAP.

2. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu :

- a. Mampu melakukan pengkajian data pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- b. Mampu menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa masalah pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

- c. Mampu mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- d. Mampu menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- e. Mampu menyusun rencana asuhan secara menyeluruh pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas bayi baru lahir, dan KB.
- f. Mampu mengimplementasikan asuhan pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- g. Mampu mengevaluasi hasil asuhan pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritik

Dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan secara langsung dalam memberikan asuhan yang komprehensif.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi penulis

Kegiatan studi kasus ini bermanfaat untuk menambah dan meningkatkan kemampuan /kompetensi penulis dalam hal memberikan pelayanan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai metode penilaian pada mahasiswa dalam melaksanakan tugasnya dalam menyusun laporan studi kasus, mendidik dan membimbing mahasiswa agar lebih terampil dalam memberikan asuhan kebidanan.

c. Bagi lahan praktek

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, KB dan bayi baru lahir secara komprehensif.

d. Bagi klien

Mendapat pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KEHAMILAN

2.1.1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm) (Manuaba,dkk,2012 : 64).

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender Internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga minggu ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Prawirohardjo, 2014 : 213).

Kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya terjadi kehamilan. Apabila kehamilan direncanakan, akan memberi rasa bahagia

dan penuh harapan, tetapi di sisi lain diperlukan kemampuan bagi wanita untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi selama kehamilan, baik perubahan yang bersifat fisiologis maupun psikologis (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya (yang pada umumnya di dalam rahim). Kehamilan pada manusia berkisar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung dari awal periode menstruasi terakhir sampai melahirkan. Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus, agar dapat berlangsung dengan baik kehamilan mengandung kehidupan ibu maupun janin. Resiko kehamilan ini bersifat dinamis, karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba-tiba dapat berisiko tinggi (Katmini, 2020).

2.1.2. Fisiologi Kehamilan

1. Konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Konsepsi ini dapat terjadi jika terpenuhi beberapa kriteria, yaitu sebagai berikut :

- a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
- b) Ovum dijumpai pada inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yang disebut vitelus.

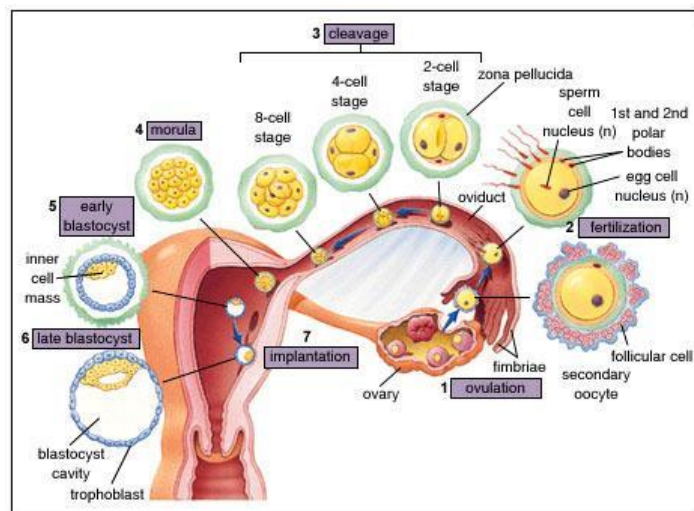
- c) Dalam perjalanannya korona radinata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlalu lama di dalam ampula tuba.
- e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri terjadi pelepasan kapasitas yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa menuju tuba fallopi. Selanjutnya akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatis. Melalui stomata sperma masuk ke dalam ovum, setelah kepala masuk ke dalam ovum ekornya akan lepas dan tertinggal di luar. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dan akan membentuk zigot (Manuaba, 2010 : 67).
- f) Agar terjadi kehamilan sebaiknya dilakukan sebelum tepat dihari wanita ovulasi karena sperma dapat hidup sampai tiga hari di dalam vagina. Sedangkan ovum hanya bertahan 12-24 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (ovulasi). Kapan wanita mengalami ovulasi dapat dikenali melalui bentuk cairan vagina yang keluar.

Jika terlihat bening, banyak, dan licin, maka kemungkinan besar wanita dalam keadaan subur. Cairan vagina secara bertahap akan menjadi kental berwarna putih keruh setelah melewati masa ovulasi. Selain mengamati karakter cairan vagina, ovulasi dapat juga diprediksi melalui perhitungan siklus menstruasi. Wanita mengalami ovulasi pada hari ke-12 sampai ke-14 siklus menstruasi, namun cairan ini kurang dapat digunakan pada wanita dengan siklus menstruasi yang tidak teratur (Sulistyawati, 2012 : 35).

Diperkirakan ada 300 juta sperma yang dikeluarkan saat ejakulasi dan yang dapat ditampung oleh bagian belakang vagina, namun dalam perjalanannya hanya beberapa ribu saja yang dapat mencapai tuba fallopi. Lingkungan vagina yang asam dan adanya daya fagosit dari uterus membuat sebagian besar sperma tidak mampu untuk bertahan hidup, yang akhirnya dikeluarkan lagi melalui vagina (Sulistyawati, 2012 : 35-36).

2. Fertilisasi

Merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu spermatozoa yang bertemu dengan ovum yang terjadi di dalam tuba fallopi. Penyatuan sperma dengan ovum ini akan berubah menjadi zigot (Suririnah, 2009 : 55).



Gambar 2.1
Fertilisasi

Sumber : <http://ilmudaninfopendidikan.blogspot.com/2016/12/pengertian-proses-fertilisasi.html>

3. Implantasi

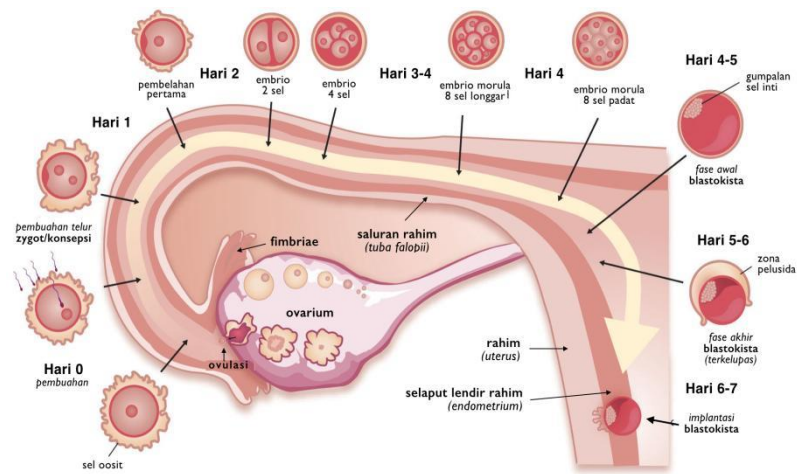
Implantasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi kedalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu selaput, disebut trofoblast yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan (Sulistiyawati, 2012:37).

Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil

yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut dengan tanda Hartman. Umumnya nidasi terjadi pada dinding atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uterus (Sulistyawati,2012:37).

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel lebih kecil terletak dekat ruang exocoelema membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi endoderm dan membentuk ruang amnion. Terbentuklah suatu lempeng embrional diantara amnion dan yolk sac. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah akan melapisi bagian dalam trofoblast, sehingga terbentuklah sekat korionik yang kelak menjadi korion. Sel-sel trofoblast tumbuh menjadi dua lapisan, yaitu *sititrofoblast* (sebelah dalam) dan *sinsiotrofoblast* (bagian luar) (Sulistyawati,2012:46).

Villi korialis ‘yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut sebagai korion frondosum, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis (korion leave) kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang. Dalam peringatan nidasi trofoblast dihasilkan hormon human chorionic gonadotropin (HCG) (Sulistyawati,2012:47).



Gambar 2.2
Proses nidasi
Sumber : Winkjosatro, 2015 : 46

4. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin, 2010 : 145-146).

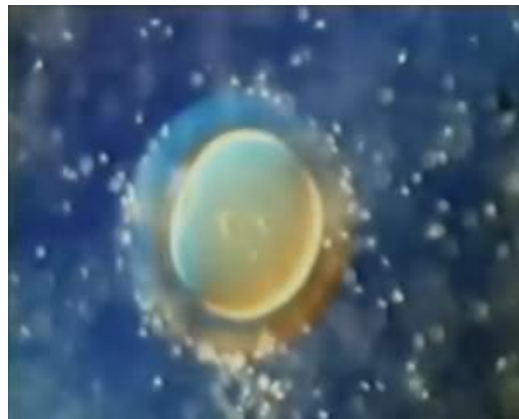
Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk kantong kuning telur sedangkan sel lain membentuk ruangan amnion, sedangkan plat embrio terbentuk diantara dua ruangan amnion dan kantong kuning telur tersebut. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 10 sampai 11 setelah konsepsi sedangkan arteri pada hari ke 14 sampai 15. Bagian

desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 kotiledon maternal, pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus dan setiap kotiledon fetus terus bercabang dan mengembang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pembuahan (Manuaba, 2012:82-85).

5. Pertumbuhan dan perkembangan janin

a) Minggu ke-1 / Bulan ke-0

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11.



Gambar 2.3
Zigot

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

b) Minggu ke-4 / Bulan ke-1

Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk.



Gambar 2.4
Janin 4 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

c) Minggu ke-8 / Bulan ke-2

Panjang janin 250 mm, jantung mulai memompa darah, raut muka dan bagian utama otak dapat terlihat. Terbentuk telinga, tulang dan otot di bawah kulit yang tipis.



Gambar 2.5
Janin 8 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

d) Minggu ke-12 / Bulan ke-3

Panjang janin 7-9 cm. Tinggi rahim di atas simpisis (tulang kemaluan). Embrio menjadi janin. Denyut jantung terlihat pada USG, mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urin.



Gambar 2.6
Janin 12 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandunga>

e) Minggu ke-16 / Bulan ke-4

Panjang janin 10-17 cm. Berat janin 100 gram. Tinggi rahim setengah atas simpisis-pubis. Sistem muskuloskeletal sudah matang, sistem saraf mulai melakukan kontrol. Pembuluh darah berkembang cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang aktif. Pankreas memproduksi insulin. Kelamin luar sudah bisa ditentukan jenisnya.

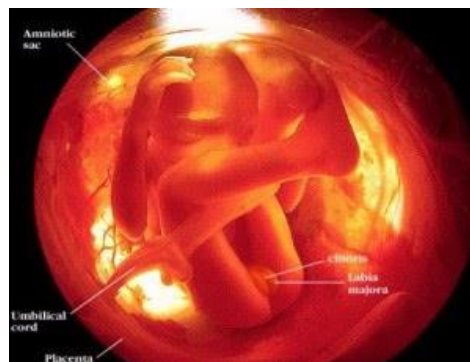


Gambar 2.7
Janin 16 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

f) Minggu ke-20 / Bulan ke-5

Panjang janin 18-27 cm. Berat janin 300 gram. Tinggi rahim setinggi pusat, verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit. Terbentuk alis, bulu mata, dan rambut. Janin membuat jadwal teratur tidur, menelan, dan menendang. Panjang janin 18-27 cm. Berat janin 300 gram. Tinggi rahim setinggi pusat, verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit. Terbentuk alis, bulu mata, dan rambut. Janin membuat jadwal teratur tidur, menelan, dan menendang.



Gambar 2.8
Janin 20 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

g) Minggu ke-24 / Bulan ke-6

Panjang janin 28-34 cm. Berat janin 600 gram. Tinggi rahim di atas pusat. Kerangka berkembang cepat. Berkembangnya sistem pernafasan.



Gambar 2.9
Janin usia 24 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

h) Minggu ke-28 / Bulan ke-7

Panjang janin 35-38 cm. Berat janin 1000 gram. Tinggi rahim antara pertengahan pusat-prosessus xifodeus. Janin bisa bernafas, menelan dan mengatur suhu. Terbentuk surfaktan dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk janin dua per tiga saat lahir.



Gambar 2.10
Janin usia 28 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

i) Minggu ke-32 / Bulan ke-8

Panjang janin 42,5 cm. Berat janin 1700 gram. Tinggi rahim dua per tiga di atas pusat. Simpanan lemak berkembang di bawah kulit. Janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Kulit merah dan gerak aktif.



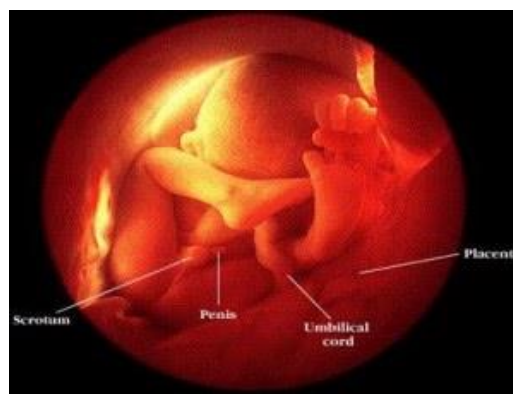
Gambar 2.11

Janin usia 32 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

j) Minggu ke-36 / Bulan ke-9

Panjang janin 46 cm. Berat janin 2500 gram. Tinggi rahim setinggi prosessus xifoideus. Kulit penuh lemak, organ sudah sempurna.



Gambar 2.12

Janin usia 36 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

k) Minggu ke-40 / Bulan ke-10

Panjang janin 50 cm. Berat janin 3000 gram. Tinggi rahim dua jari di bawah prosesus xifodeus. Kepala janin masuk PAP (Pintu Atas Panggul), kuku panjang, testis telah turun untuk laki-laki, untuk perempuan labia mayora menutupi labia minora. Kulit halus hampir tidak ada lanugo.



Gambar 2.13

Janin usia 40 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

Tabel 2.1
Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia gestasi	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih tergeggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Jantung
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleksi.
25-28	Saat itu disebut permulaan trimester ke-3, di mana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.

29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, di mana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber : (Prawirohardjo, 2010 : 161)

2.1.3. Tanda-Tanda Kehamilan

Ada 2 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, tanda pasti dan tanda tidak pasti. Tanda tidak pasti dibagi menjadi dua, pertama tanda subjektif (presumtif) yaitu dugaan atau perkiraan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, kedua tanda objektif (probability) atau kemungkinan hamil.

1. Tanda pasti

- a. Gerakan janin dalam rahim
- b. Terlihat/ teraba gerakan janin dan teraba bagian- bagian janin.
- c. Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiotokografi, alat Doppler dan dapat dilihat dengan ultrasonografi (Yulizawati et al., 2017).

2. Tanda tidak pasti

Berikut adalah tanda-tanda dugaan adanya kehamilan :

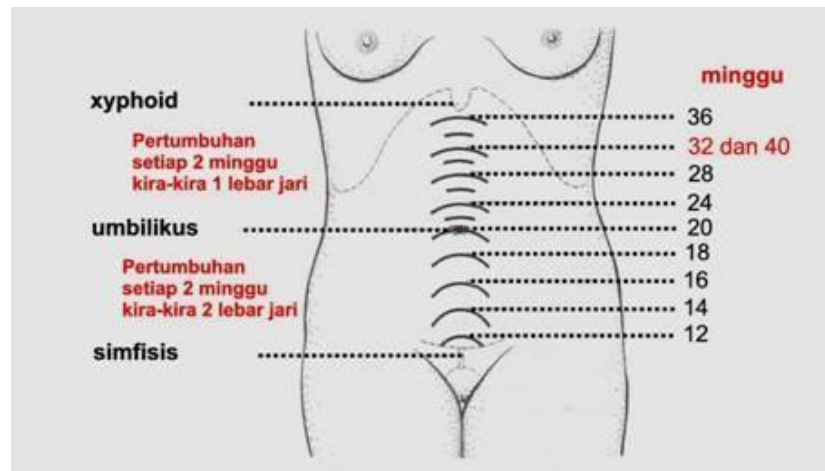
- a. *Amenorea* (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de Graaf* dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus *Naegle*, dapat ditentukan perkiraan persalinan.
- b. Mual dan muntah (*Emesis*). Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang
- c. Ngidam. Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.
- d. Sinkope atau pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu
- e. Payudara tegang. Pengaruh estrogen-progesteron dan *somatomamotrofin* menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

- f. Sering miksi. Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada trimester II, gejala ini sudah mulai menghilang.
- g. Konstipasi atau obstipasi. Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- h. Pigmentasi kulit. Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (striae lividae, striae nigra, linea alba makin hitam) dan sekitar payudara (hiperpigmentasi areola mammae, puting, susu makin menonjol, kelenjar *Montgomery* menonjol, pembuluh darah manifes sekitar payudara).
- i. Epulis. Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.
- j. Varises atau penampakan pembuluh darah vena. Karena pengaruh dari estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki, betis dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan (Yulizawati et al., 2017).

2.1.4. Perubahan-Perubahan Pada Ibu Hamil

- a) Perubahan fisiologis kehamilan
 - 1) Sistem reproduksi

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram. Perubahan uterus adalah sebagai berikut: pada minggu ke-16 dari luar, fundus uteri kira-kira terletak diantara setengah jarak pusat ke simfisis, pada minggu ke-20 fundus uteri terletak kira-kira dipinggir bawah pusat, pada minggu ke-24 fundus uteri berada tepat dipinggir atas pusat, pada minggu ke-28 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat ke *prosesus xifodeus*, pada minggu ke-39 fundus uteri terletak diantara setengah jarak pusat dari *prosesus xifodeus*, pada minggu ke-36 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah *prosesus xifodeus*, pada minggu ke-40 fundus uteri turun kembali dan. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada primigravida turun dan masuk ke dalam rongga panggul Vagina, terjadi pembuluh darah vagina bertambah, hingga warna selaput lendirnya membiru (tanda Chadwick), kekenyalan (elastis). Vagina bertambah artinya daya diregang bertambah, sebagai persiapan persalinan (Fatimah & Nuryaningsih, 2017) .



Gambar 2.14

Ukuran uterus sesuai usia kehamilan

Sumber: (<https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasileopold/>)

Table 2.2

Penambahan Ukuran TFU per tiga jari

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

Sumber : (Sulistyawati,2010:60).

2) Sistem integument

Ibu hamil sering mengalami perubahan pada kulit yaitu terjadi hiperpigmentasi atau warna kulit kelihatan lebih gelap. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan *Melanosit Stimulating Hormon* (MSH). Hiperpigmentasi dapat terjadi pada muka, leher,

payudara, perut, lipat paha dan aksila. Hiperpigmentasi pada muka disebut kloasma gravidarum biasanya timbul pada hidung, pipi dan dahi. Hiperpigmentasi pada perut terjadi pada garis tengah berwarna hitam kebiruan dari pusat kebawah sampai symphysis yang disebut linea nigra. Perubahan keseimbangan hormon pada ibu hamil dapat juga menimbulkan perubahan berupa penebalan kulit, pertumbuhan rambut maupun kuku. Perubahan juga terjadi pada aktifitas kelenjar meningkat sehingga wanita hamil cenderung lebih banyak mengeluarkan keringat maka ibu hamil sering mengeluh kepanasan. Peregangan kulit pada ibu hamil menyebabkan elastis kulit mudah pecah sehingga timbul striae gravidarum yaitu garis-garis yang timbul pada perut ibu hamil. Garis-garis pada perut ibu berwarna kebiruan disebut *striae livide*. Setelah partus *striae livide* akan berubah menjadi *striae albicans*. Pada ibu hamil multigravida biasanya terdapat *striae livide* dan *striae albikan* (Tyastuti & Wahyuningsih, 2016).

3) Mammae

Selama kahamilan payudara bertambah besar, tegang, berat. Dapat teraba nodule-noduli, akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada puting susu dan areola payudara. Kalau diperas keluar air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning. Perkembangan payudara ini karena

pengaruh hormon saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone dan *somatomamotropin* (Fitriahadi, 2017b).

Perubahan payudara pada ibu hamil yaitu payudara menjadi lebih besar, areola payudara makin hitam karena hiperpigmentasi, *glandula Montgomery* makin tampak menonjol dipermukaan areola mammae, pada kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu keluar cairan putih jernih (kolostrum) yang berasal dari kelenjar asinus yang mulai bereaksi, pengeluaran ASI belum berjalan oleh karena prolaktin ini ditekan oleh PIH (*Prolaktine Inhibiting Hormone*), dan setelah persalinan, dengan dilahirkannya plasenta pengaruh estrogen, progesterone dan *somotomammotropin* terhadap *hipotalamus* hilang sehingga prolaktin dapat dikeluarkan dan laktasi terjadi (Fitriahadi, 2017b).

4) Endokrin

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan seperti:

- (a) Kelenjar tiroid : dapat membesar sedikit
- (b) Kelenjar hipofise : dapat membesar terutama lobus anterior
- (c) Kelenjar adrenal : tidak begitu terpengaruh (Fitriahadi, 2017b).

5) Sistem kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung.

antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vascular sistemik dan perubahan pada aliran pulsasi arterial. Ventrikel kiri akan mengalami hipertrofi dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan cardiac output, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang, sehingga mengurangi aliran balik ke jantung.

6) Sistem respirasi

Wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernafas dada (*thoracic breathing*) (Fitriahadi, 2017b).

7) Sistem pencernaan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (*nausea*). Mungkin ini akibat kadar hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan apa yang telah dicernakan lebih lama berada dalam usus-usus. Hal ini mungkin baik untuk resorpsi akan tetapi menimbulkan pola obstipasi yang

memang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil. Tidak jarang dijumpai pada bulan-bulan pertama kehamilan gejala muntah (emesis).

8) Sistem perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali.

9) Sistem *muskuloskletal*

Bentuk tubuh ibu hamil berubah secara bertahap menyesuaikan penambahan berat ibu hamil dan semakin besarnya janin, menyebabkan postur dan cara berjalan ibu hamil berubah. Peningkatan hormon seks steroid yang bersirkulasi mengakibatkan terjadinya jaringanikat dan jaringan kolagen mengalami perlunakan dan elastisitas berlebihan sehingga mobiditas sendi panggul mengalami peningkatan dan relaksasi. Derajat relaksasi bervariasi, simfisis pubis merenggang 4 mm, tulang pubik melunak seperti tulang sendi, sambungan sendi *sacroccigis* mengendur membuat tulang *coccigis* bergeser kebelakang untuk persiapan persalinan.

10) Berat badan dan IMT

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan menurut (Retno, 2017:87) adalah 12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan risiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan. Tingkat edema, laju metabolik, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotik dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungkan. Usia maternal, ukuran tubuh pre kehamilan, paratis, rasa etensitas, hipertensi, dan diabetes juga memengaruhi pola peningkatan berat badan maternal.

Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh pre kehamilan (Body Masa Index) yang menggambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki kehamilan dengan berat badan sehat.

Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil dan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.3
Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil Berdasarkan
IMT Sebelum Hamil

IMT Sebelum Hamil	Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil	
	Kg	Pon
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18	28-40
Normal (IMT 19,8-26,00)	11,5-16	25-35
Tinggi (IMT >26,00-29,00)	7,0-11,5	15-25
Obesitas (IMT >29,00)	<7,00	<15

Sumber : (Retno, 2017:34).

Kenaikan berat badan pada trimester satu hanya sekitar 0,7-1,4 kg, sedangkan pada trimester selanjutnya peningkatan berat badan per minggu 0,35-0,5 kg. Adapun perkiraan distribusi dari penambahan berat badan selama hamil sebagai berikut :

Tabel 2.4
Penambahan Berat Badan Selama Hamil Pada Masing-Masing
Komponen Tubuh

Komponen Tubuh	Penambahan Berat Badan
Jaringan Ekstrauterin	1kg
Janin	3-3,8 kg
Jaringan Amnion	1 kg
Plasenta	1-1,1 kg
Payudara	0,5-2 kg
Tambahan Darah	2-2,5 kg
Tambahan Cairan Jaringan	1,5-2,5 kg
Tambahan Jaringan Lemak	2-2,5 kg
Total	11,5-16 (rentan kenaikan BB selama hamil untuk ibu dengan IMT normal)

Sumber : (Retno, 2017:35).

b) Perubahan psikologis dalam masa kehamilan

1) Trimester I

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama, karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya kepada orang lain/ dirahasiakannya. Hasrat untuk melakukan hubungan sex, pada wanita trimester pertama ini berbeda. Walaupun beberapa wanita mengalami gairah sex yang lebih tinggi, kebanyakan mereka mengalami penurunan libido selama periode ini, keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan sex (Fitriahadi, 2017a).

2) Trimester II

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban, ibu menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikiran nya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya. Banyak ibu yang merasa

terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

3) Trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali merasa khawatir atau takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal (Fitriahadi, 2017b).

2.1.5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Perubahan fisik dan psikologis dalam masa kehamilan menyebabkan terjadinya perubahan kebutuhan pada masa kehamilan. Sehingga setiap ibu hamil perlu disiapkan dengan baik agar mampu beradaptasi dengan perubahan tersebut. Mahasiswa diharapkan mampu memberikan edukasi kepada ibu hamil terkait perubahan dan kebutuhan pada masa kehamilan (Yulizawati et al., 2017).

1. Kebutuhan nutrisi

- a. Karbohidrat merupakan sumber utama dalam makanan sehari-hari.

Sebenarnya tidak ada rekomendasi tetap mengenai asupan minimal

karbohidrat bagi ibu hamil dan ibu menyusui. Namun bila di US dan Kanada rekomendasi asupan karbohidrat bagi ibu hamil sebesar 175 gram per hari dan bagi ibu menyusui sebesar 210 gram per hari.

- b. Protein pada trimester awal kehamilan, pada ibu hamil usia 19- 50 tahun kebutuhan asupan protein sebesar 46 gram per hari. Pada trimester II dan III 60 gram per hari. Protein pada kehamilan berguna untuk membantu sintesis jaringan maternal dan pertumbuhan janin.
- c. Lemak, rekomendasi intake lemak dalam masa kehamilan sebesar 20-35 % dari total energi keseluruhan. Lemak membantu penyerapan vitamin larut lemak yaitu vitamin A, D, E, dan K. Selama kehamilan, janin mengambil asam lemak sebagai sumber makanan dari ibu (Yulizawati et al., 2017).

Tabel 2.5
Kebutuhan zat gizi wanita hamil

Zat Gizi	%	Zat Gizi	%
Kalori	14%	Folate	122%
Protein	68%	Vitamin B12	10%
Vitamin D	100%	Kalsium	50%
Vitamin E	25%	Fosfor	50%
Vitamin K	8%	Magnesium	14%
Vitamin C	17%	Besi	100%
Thiamin	36%	Seng	25%
Riboflavin	23%	Yodium	17%
Niacin	13%	Selenium	18%
Vitamin B6	27%		

Sumber : (Arisman, 2007)

2. Kebutuhan *personal hygiene*

- a. Cuci tangan
- b. Mencegah penyebaran penyakit
- c. Keseluruhan kebersihan tubuh
 - 1) Mandi harian akan mencegah bakteri memasuki vagina
 - 2) Jika menjalani operasi caesar, jangan mencukur atau menghilangkan rambut kemaluan anda selama seminggu sebelum operasi. Mandi pada hari operasi dan jaga luka tetap bersih dan kering sampai sembuh.
- d. Vaginal hygiene
- e. Kebersihan payudara (Yulizawati et al.,2017).

3. Kebutuhan mobilisasi

a. Mobilisasi

Sejalan dengan bertambahnya berat badan selama kehamilan, terjadi perubahan pemusatan gravitasi tubuh yang bergeser ke depan yang menyebabkan ibu hamil menjadi lordosis. Hal ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan seperti nyeri pada punggung.

1) Posisi duduk

Ibu hamil harus memilih kursi yang nyaman yang menopang punggung dan pahanya dengan baik. Posisi punggung harus tegak tidak miring ke kanan atau kiri atau ke depan.

2) Berdiri

Postur harus setegak mungkin dengan abdomen dan bokong dikontraksikan. Berat badan harus terbagi rata untuk mencegah tegangan pada ligamen pelvis dan menyebar diantara tumit dan kaki.

3) Berbaring

Hindari posisi berbaring telentang yang dapat menyebabkan hipotensi karena tertekannya vena cava inferior oleh uterus. Posisi tidur miring seperti tanda koma dengan bantal yang diletakkan dibawah bagian lengan atas dan lutut biasanya merupakan posisi yang nyaman selama kehamilan, tetapi posisi ini tidak dianjurkan jika ibu mengalami rasa tidak nyaman pada pelvis.

4) Bangun dari tidur

Pada saat bangun dari posisi berbaring, ibu harus menekuk lutunya, berguling ke satu sisi kemudian menggunakan tangan untuk mendorong badan ke posisi duduk atau berdiri. Hal ini dapat mencegah terkilirnya otot punggung dan abdomen.

5) Mengangkat benda berat

Sebisa mungkin hal ini harus dihindari selama kehamilan. Jika tidak dapat dihindari, objek harus diangkat dengan jarak yang dekat dengan tubuh dengan menekuk lutut dan punggung

lurus. Dengan demikian tegangan yang terjadi diambil oleh otot paha bukan otot punggung (Yulizawati et al., 2017).

b. Senam hamil

- 1) Latihan kegel. Kontraksi dan lemaskan otot *iskiokavernosa* dan *perineal transversal*, otot levator dan diafragma dan otot sfingter secara terpisah dan serentak. Lakukan 50x. Latihan ini dapat memperkuat dan merilekskan otot dasar pelvis dan jalan lahir.
- 2) Latihan transversus. Posisi merangkak dengan punggung lurus. Tarik napas dan keluarkan, perlahan tarik ke dalam bagian bawah abdomen di bawah umbilikus sambil tetap menahan tulang belakang agar tidak bergerak dan bernapas secara normal. Tahan posisi tersebut selama 10 detik lakukan 10x. Ini bertujuan untuk mengurangi rasa sakit di punggung dan pelvis
- 3) Menengadahkan atau mengayun pelvis. Lakukan latihan ini pada posisi setengah berbaring, ditopang dengan baik menggunakan bantal, lutut ditekuk dan kaki datar. Tempatkan satu tangan di bawah punggung bagian bawah dan tangan satunya diatas abdomen. Kencangkan abdomen dan bokong dan tekan bagian punggung ke bawah. Bernapas secara normal tahan selama 10 detik, kemudian rileks.
- 4) Latihan kaki dan tungkai. Duduk atau setengah berbaring dengan tungkai ditopang. Tekuk dan regangkan pergelangan

kaki sedikitnya 12x. Putar kedua pergelangan kaki sedikitnya 20x pada tiap arah. Konstaksikan kedua lutut tahan sampai hitungan 4, kemudian rileks, ulangi 12x. Hal ini dapat mengurangi kram, varises vena, dan edema.

(Yulizawati et al., 2017).

4. Kebutuhan istirahat/tidur

Waktu tidur pada wanita dipengaruhi oleh perubahan psikologi efek dari hormon endokrin, temperatur tubuh, mood dan status emosi selama pubertas, siklus menstruasi, kehamilan, dan menopause. Berdasarkan survey oleh Hedman terhadap 325 wanita hamil didapatkan frekuensi tidur ibu hamil, sebelum hamil 8,2 jam/ hari, pada trimester I 7,8 jam/ hari, trimester II 8 jam/ hari, trimester III 7,8 jam/ hari (Yulizawati et al., 2017).

2.1.6. Asuhan Kehamilan (*Antenatal Care*)

Perkembangan pada pelayanan *antenatal care* memberikan kesempatan pada ibu hamil untuk berkomunikasi serta member dukungan kepada ibu. Komunikasi yang efektif tentang masalah fisiologis, biomedis, perilaku dan sosiokultural, serta dukungan yang efektif, termasuk dukungan sosial, budaya, emosional dan psikologis kepada wanita hamil mampu memberikan pengalaman positif selama kehamilan dan persalinan sebagai pondasi untuk mewujudkan ibu yang sehat. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (12 minggu) (Priyanti et al., 2020).

Untuk mendapatkan semua informasi yang diperlukan, petugas kesehatan memberikan asuhan antenatal yang baik, sesuai dengan Kemenkes RI tahun 2016 pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu “10 T”, meliputi :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Timbang dan ukur tinggi badan Timbang BB dan pengukuran TB pertambahan BB yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan massa tubuh (BMI: Body Massa Index), dimana metode ini menentukan pertambahan optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting untuk mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan BB pada kehamilan yang normal adalah 11,5-16 Kg adapun TB menentukan tinggi panggul ibu, ukuran normal yang baik untuk ibu hamil antara lain <145 cm (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil.

Table 2.6
Rentang total kenaikan berat badan yang direkomendasikan untuk wanita hamil berdasarkan IMT sebelum kehamilan

Kategori IMT	Rentang total kenaikan yang dianjurkan (kg)
<i>Underweight</i> (IMT <18,5)	12,5 – 18
<i>Weight</i> (IMT 18,5-24,9)	11,5 – 16
<i>Overweigh</i> (IMT 25-29,9)	7,0 – 11,5
Obesitas ≥ 30	5-9

Sumber : (Susanti & Fadmiyanor, 2020) & (Kemenkes RI, 2020a).

Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

2. Ukur tekanan darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama kehamilan. Tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada awal pemeriksaan dapat mengindikasikan potensi hipertensi (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

3. Nilai status gizi

Bila LILA < 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (Ibu hamil KEK) dan beresiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Kemenkes RI, 2020b).

4. Ukur tinggi fundus uteri

Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai Mc.Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai metlin dari tepi atas symphysis sampai fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul kemungkinan adanya kelainan letak atau ada

masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/ menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

6. Pemberian tablet Fe

Pada ibu hamil mendapatkan minimal 90 tablet selama kehamilan (Kemenkes RI, 2020b).

7. Imunisasi TT

Imunisasi tetanus toxoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali. Imunisasi pertama diberikan pada usia 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian, akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibuat jadwal pemberian imunisasi pada ibu (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

Tabel 2.7
Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
I		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.
II	1 bulan setelah TT I	3 tahun
II I	6 bulan setelah TT II	5 tahun
IV	12 bulan setelah TT III	10 tahun

V	12 bulan setelah TT IV	> 25 tahun
---	------------------------	------------

Sumber : (Kemenkes RI, 2020b)

Imunisasi TT jangan diberikan pada ibu dengan riwayat reaksi berat terhadap imunisasi TT pada masa lalunya (contoh: kejang, koma, demam $>40^{\circ}\text{C}$, nyeri/ bengkak ekstensif di lokasi bekas suntikan).

8. Test laboratorium (rutin dan khusus)

Tes kehamilan, kadar *hemoglobin* darah, golongan darah, tes tripleeliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: gluko-protein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya. Tes laboratorium yang masuk dalam Standar Pelayanan Minimal adalah: pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan Hb (Hb = 11 gr% disebut tidak anemia, Hb 9-10 gr% disebut anemia ringan, Hb 7-8 gr% disebut anemia sedang, Hb = 7 gr% disebut anemia berat), dan pemeriksaan glukoproteinuri (atas indikasi) (Kementrian Kesehatan RI, 2020a).

9. Tatalaksana kasus

Pada tahap ini diberikan tatalaksana kasus/ apabila ibu memiliki masalah dalam kesehatan saat hamil (Kementrian Kesehatan RI, 2020b).

10. Temu wicara

Pada tahap ini diberikan diberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan (Kementrian Kesehatan RI, 2020b).

2.2 PERSALINAN

2.2.1. Pengertian Persalinan

1. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Maryunani dkk, 2016).
2. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuba, 2014).

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa : Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, janin menurun kedalam jalan lahir dan pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala. Melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri. Tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

2.2.2. Macam-Macam Persalinan

Menurut Manuaba dalam buku Walyani dan Purwoastuti (2015), mengatakan ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan :

a. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

1. Persalinan spontan

Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga luar.

3. Persalinan anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan. (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

b. Jenis persalinan menurut usia kehamilan

1. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu atau berat badan kurang dari 500 gram.

2. Partus immature

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan mencapai 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 200 gram dan kurang dari 1000 gram.

3. Partus premature

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan mencapai 28 minggu dan <37 minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

4. Partus matur / partus aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan mencapai 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

5. Partus serotinus / partus postmatur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

2.2.3. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Nurasiah dkk (2014), keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

a. *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar, kekuatan tersebut meliputi :

1. His (kontraksi uterus)

His adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna.

2. Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar

panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunter.

b. *Passage* (jalan lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi mejadi dua :

1. Bagian keras : tulang panggul
2. Bagian lunak : otot-otot dan ligamen-ligamen

c. *Passenger* (janin dan plasenta)

Menurut Sumarah dalam Nurasiah (2014), *Passenger* atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepal janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagaivbagia dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

d. Psikologis

Menurut Asrinah dalam Nurasiah (2014), keadaan fisiologi ibu memepengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping.

e. *Physician* (penolong)

Menurut Asrinah dalam Nurasiah (2014), kompetisi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan

dan kompetisi yang baik diharapkan kesalahan atau mal praktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

2.2.4. Tahap Persalinan

Menurut Prawiroharjo dalam Nurasiah dkk (2014) tahap persalianan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

a. Kala I (satu)

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I terdiri dari dua fase, yaitu:

1. Fase Laten

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai dengan 3 cm.
- b) Pada umumnya berlangsung selama 8 jam.

2. Fase Aktif, dibagi menjadi 3 fase yaitu :

a) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

c) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

b. Kala II (dua)

Persalinan Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berahir dengan lahirnya bayi. Proses Kala II berlangsung selama 2 jam pada primipara dan berlangsung selama 1 jam pada multipara. Tanda pasti Kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah:

1. Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm)
2. Terlihatnya bagian bayi melalui introitus vagina

c. Kala III (tiga)

Persalinan Kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berahir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri.

d. Kala IV (empat)

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan selaput ketuban sampai 2 jam postpartum (Nurasiah dkk, 2014).

2.2.5. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Asrinah dalam Nurashiah dkk (2014), tanda-tanda persalinan meliputi:

a. Terjadi his persalinan yang ditandai dengan :

1. Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan.
2. Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar.
3. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus.
4. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah.

b. Bloody show (pengeluaran lendir disetai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan perdarahan dan pembukaan, lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap, tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil (Nurasiah dkk, 2014).

2.2.6. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Nurashiah dkk (2014), tahap-tahap mekanisme persalinan adalah:

a. Turunnya kepala, yang terbagi atas :

1. Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)/ *engagemen*.
Pada primigravida terjadi pada bulan akhir kehamilan sedangkan pada multigravida biasanya terjadi pada awal persalinan.
2. Majunya kepala, pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke rongga panggul dan biasanya baru mulai pada

kala II. Pada multipara majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerak fleksi, putaran faksi dalam, dan ekstensi.

b. Fleksi

Dengan majunya kepala, biasanya fleksi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter *subocipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan *subocipito frontalis* (11 cm).

c. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah *symfisis*. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

e. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena bahu menempatkan diri dalam diameter *anteroposterior* dari pintu bawah panggul.

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai bawah *symfisis* dan menjadi *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

2.3 NIFAS

2.3.1. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. *Puerperium* yaitu dari kata *Puer* yang artinya bayi dan *Parous* melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi yaitu masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Fitriani, 2014).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah plasenta lahir hingga alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu kurang lebih 6 minggu. Bidan harus mengetahui tujuan pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas (Wahyuningsih, 2018).

2.3.2. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Buda dan Fajrin, 2018 meliputi :

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 enam 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.

2.3.3. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

1. Tahapan adaptasi masa nifas

Setelah proses kelahiran tanggung jawab keluarga bertambah dengan adanya seorang bayi baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga merupakan dukungan positif untuk ibu. dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

- a. *Taking in*

Ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman

selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini membuat cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b. *Taking hold*

Fase/periode ini berlangsung hari antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memiliki rasa yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah, sehingga kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi yang baik dengan ibu.

c. *Letting go*

Fase ini merupakan menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya (Rini,dkk 2016:90-92).

2. Post partum blues

Merupakan keadaan di mana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut *baby blues*. Penyebabnya antara lain : perubahan

perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya.

a. Gejala baby blues antara lain :

- 1) Menangis
- 2) Perubahan perasaan
- 3) Cemas
- 4) Kesepian
- 5) Khawatir dengan bayinya
- 6) Penurunan libido
- 7) Kurang percaya diri

b. Hal-hal yang disarankan pada ibu adalah sebagai berikut :

- 1) Minta bantuan suami atau keluarga jika ibu ingin istirahat
- 2) Beritahu suami tentang apa yang dirasakan oleh ibu
- 3) Buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi
- 4) Meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri

(Nugroho, dkk 2014:117-118).

Ada kalanya ibu merasa kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca persalinan. Berikut adalah gejalanya :

- 1) Sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur
- 2) Nafsu makan hilang
- 3) Perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol
- 4) Terlalu cemas atau tidak perhatian terhadap penampilan pribadi
- 5) Gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernafas atau perasaan berdebar-debar

Jika ibu mengalami gejala-gejala tersebut sebaiknya ibu memberitahu suami, bidan, dokter. Penyakit ini dapat disembuhkan dengan obat-obatan dan konsultasi dengan psikiater (Ambarwati, 2010:91).

3. Kesedihan dan dukacita

Kehilangan maternitas termasuk hal yang dialami oleh wanita yang mengalami infertilitas (wanita yang tidak mampu hamil atau yang tidak mampu mempertahankan kehamilannya), yang mendapatkan bayinya hidup, tapi kemudian kehilangan harapan (prematuritas atau kecacatan *conginetal*), dan kehilangan yang dibahas sebagai penyebab *post partum blues* (kehilangan keintiman internal dengan bayinya dan hilangnya perhatian). Kehilangan lain yang penting, tapi sering dilupakan adalah perubahan hubungan eksklusif antara suami dan istri menjadi kelompok tiga orang, ayah-ibu-anak.

Berduka dibagi dalam 3 tahapan diantaranya :

a. Tahap syok

Tahap ini merupakan tahap awal dari kehilangan

b. Tahap penderitaan (fase realitas)

Merupakan penerimaan terhadap fakta kehilangan dan upaya penyesuaian terhadap realitas yang harus ia lakukan terjadi selama periode ini

c. Tahap resolusi (fase menentukan hubungan yang bermakna)

Selama periode ini, orang yang berduka menerima kehilangan, penyesuaian telah komplet, dan individu kembali pada fungsinya secara penuh.

(Ari Sulistyawati, 2009:91-93).

2.3.4. Cara Menyusui Yang Benar

Menyusui merupakan cara pemberian makan yang diberikan secara langsung oleh ibu kepada anaknya, namun seringkali ibu menyusui kurang memahami dan kurang mendapatkan informasi, bahkan seringkali ibu-ibu mendapatkan suatu informasi yang salah tentang manfaat ASI Eksklusif itu sendiri, tentang bagaimana cara menyusui atau langkah-langkah menyusui yang benar kepada bayinya, dan kurangnya informasi yang diberikan tentang dampak apabila ASI Eksklusif itu tidak diberikan dan apa yang harus dilakukan bila timbul kesukaran dalam menyusui secara eksklusif kepada bayinya (Nugroho, dkk. 2014:46).

1. Posisi menyusui

Posisi pada saat menyusui hendaknya disesuaikan dengan kondisi dan kenyamanan ibu. Bila ibu masih merasa badan pegal-pegal

setelah melahirkan dan belum terlalu nyaman untuk duduk, maka menyusui dapat dilakukan dalam posisi berbaring. Bila ibu tidak mampu duduk dengan baik dan merasa nyaman melakukannya, maka menyusui dapat dilakukan dengan duduk di kursi atau di tempat tidur.

Baik duduk di atas tempat tidur maupun di atas kursi berlengan, jagalah punggung ibu tetap lurus tetapi santai pada menyusui. Mungkin bayi akan lebih mengalami kesulitan untuk menetek dengan benar jika tubuh ibu bersandar atau membungkuk, karena ini mengubah sudut dimana dia menerima susu, mungkin punggung ibu juga akan segera terasa lelah. Jika payudara ibu besar, ibu mungkin perlu meletakkan handuk atau selimut yang dilipat dibawah payudara ibu untuk mulut bayi tetap lurus dengan puting susu ibu, disamping menopang payudara dengan lengan ibu (Nugroho, dkk. 2014:47).

2. Langkah-langkah pemberian ASI

a. Posisi duduk

Langkah-langkah yang benar adalah :

- 1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu, areola dan sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu.
- 2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu atau payudara

- (a) Ibu duduk menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
 - (b) Bayi dipegang dengan satu tangan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - (c) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu dan yang lain di depan.
 - (d) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
 - (e) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
 - (f) Ibu menatap bayi dengan penuh kasih sayang.
- 3) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
- 4) Bayi diberikan rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara :
- (a) Menyentuh pipi dengan puting susu atau
 - (b) Menyentuh sisi mulut bayi
- 5) Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta susu berada

di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola. Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.

- 6) Bayi disusui secara bergantian dari susu sebelah kiri lalu sebelah kanan sampai bayi kenyang.
- 7) Setelah selesai menyusui mulut bayi dan kedua pipi dibersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan air hangat.
- 8) Sebelum ditidurkan, bayi disendawakan terlebih dahulu supaya udara yang terhisap bisa keluar (Nugroho, dkk. 2014:48)

b. Posisi baring

Pada posisi berbaring miring, ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi paling nyaman bagi ibu yang menjalani penyembuhan dari kelahiran melalui pembedahan.

Langkah-langkah untuk menyusui dengan baik :

Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.

- 1) Bayi harus mencari puting dan areola ibu dengan mulut terbuka lebar.

- 2) Agar dapat menganga lebar, hidung bayi harus sejajar dengan puting susu ibu.
- 3) Ibu menyangga kepala dan leher bayi dengan lembut, dengan meletakkan tangannya pada tulang oksipital bayi, dan membuat kepala bayi bergerak ke belakang dengan posisi seperti mecium bunga.
- 4) Saat rahang bawah membuka, ibu menggerakkan bayi mendekati payudara dengan perlahan, mengarahkan bibir bawah bayi ke lingkaran luar areola.
- 5) Payudara harus benar-benar memenuhi mulut bayi.
- 6) Setelah bayi mulai menghisap, usahakan agar mulutnya tidak hanya menghisap puting susu ibu, melainkan harus menghisap seluruh areola (yakni daerah sekitar puting yang berwarna lebih gelap daripada kulit). Selain mempermudah bayi menghisap, hal ini akan mengurangi kemungkinan bayi menelan udara pada saat menyusui, karena areola dan puting susu akan memenuhi rongga mulutnya.
- 7) Setelah selesai menyusui mulut bayi dan kedua pipi dibersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan air hangat.
- 8) Sebelum ditidurkan, bayi disendawakan terlebih dahulu supaya udara yang terhisap bisa keluar (Nugroho, dkk. 2014:49)

3. Menyendawakan bayi

Setelah dibuat sendawa, bayi hendaknya diletakkan lagi ditempat tidur dalam posisi miring pada sisi kanan, untuk mengurangi kemungkinan “gumoh”. Posisi ini juga dapat membantu kelancaran perjalanan air susu dari lambung ke dalam usus (Nugroho, dkk. 2014:50).

Cara pengamatan teknik menyusui yang benar :

- a. Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu mejadi lecet. Untuk mengetahui bayi telah menyusui dengan teknik yang benar perhatikan :
 - 1) Bayi tampak tenang
 - 2) Badan bayi menempel pada perut ibu
 - 3) Mulut bayi terbuka, lebar
 - 4) Dagunya menempel pada payudara ibu
 - 5) Sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bagian bawah lebih banyak yang masuk
 - 6) Bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan
 - 7) Puting susu ibu tidak merasa nyeri
 - 8) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
 - 9) Kepala bayi tidak menengadah.(Nugroho, dkk. 2014:51).

2.3.5. Asuhan Masa Nifas Normal

Kunjungan masa nifas dilakukan sedikitnya 4 kali kunjungan karena untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah,

mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

1. KF 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;
2. KF 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;
3. KF 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan;
4. KF 4 : pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan

Tabel 2.10
Kunjungan Nifas 4 Kali

Sumber : (Ari Sulistyawati, 2009:6).

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir 6. Menjaga bayi tetap hangat dengan cara mencegah hypotermi 7. Jika petugas
2	6 hari setelah persalinan	

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 3 | 2 minggu
setelah
persalinan |
| 4 | 6 minggu
setelah
persalinan |

2.4 BAYI BARU LAHIR

2.4.1. Pengertian Bayi Baru Lahir Normal

Yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah dkk, 2010:2).

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia 0 hingga 28 hari atau berusia 0 hingga 4 minggu pertama sejak dia dilahirkan (Kemnterian Kesehatan RI, 2015).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. Neonatus adalah bayi baru lahir yang menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus (Sinta et al., 2019a).

2.4.2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Berat badan 2.500-4.000 gram.

2. Panjang badan 48-52 cm.
 3. Lingkar dada 30-38 cm.
 4. Lingkar kepala 33-35 cm.
 5. Frekuensi jantung 120-160 x/menit.
 6. Pernapasan $\pm$ 40-60 x/menit.
 7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
 8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
 9. Kuku agak panjang dan lemas.
 10. Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora; pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
 11. Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
 12. Refleks moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik.
 13. Refleks *grasp* atau menggenggam sudah baik.
 14. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.
- (Sinta et al., 2019b).

2.4.3. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan usia gestasi
 - a. Bayi Pematurn adalah bayi yang lahir kurang 37 minggu lengkap (< 259 hari), dengan berat badan antara 1000-2499 gram

- b. Bayi Matur adalah bayi yang lahir mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259 hari sampai 293 hari), dengan berat antara 2500-4000 gram
 - c. Bayi *Postmatur* adalah bayi yang lahir 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari)
- (Qonitun & Utaminingsih, 2018a).
2. Berdasarkan berat lahir
 - a. Neonatus berat lahir rendah yang kurang dari 2500 gram
 - b. Neonatus berat lahir cukup yaitu antara 2500 sampai 4000 gram
 - c. Neonatus berat lahir lebih yaitu berat lahir lebih dari 4000 gram
 3. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - a. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

(Muslihatun, 2010:27).

2.4.4. Tahapan Bayi Baru Lahir

1. Tahap I terjadi segera lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi dan ibu
2. Tahap II disebut tahap transisional rektivitas. Pada 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.
(Dwiendra, dkk 2014:7).

2.4.5. Penanganan dan Perilaku Bayi Baru Lahir

1. Refleks

a. Reflek moro

Jika bayi dikagetkan oleh suara keras, gerakan mendadak atau seperti memeluk bila ada rangsangan, cahaya atau posisi secara mendadak, seluruh tubuhnya bereaksi dengan gerakan kaget, yaitu gerakan mengayunkan/merentangkan lengan dan kaki seolah ia akan meraih sesuatu dan menariknya dengan cepat ke arah dada dengan posisi tubuh meringkuk seperti berpegangan dengan erat, menorong kepala ke belakang, membuka mata dan mungkin menangis. Terjadi pada usia 1-2 minggu dan akan menghilang ketika berusia 6 bulan.

b. Reflek rooting

Jika seseorang mengusapkan sesuatu ke pipi bayi, ia akan memutar kepala ke arah benda itu dan membuka mulutnya, reflek ini terus berlangsung selama bayi menyusui.

c. Reflek menghisap (sucking)

Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika anda menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi.

d. Reflek swallowing

Muncul ketika benda-benda yang dimasukkan ke dalam mulut, seperti puting susu ibu dan bayi berusaha menghisap lalu menelan. Proses menelan ini yang disebut reflek swallowing. Reflek ini tidak akan hilang.

e. Reflek berkedip (reflek corneal)

Bayi berkedip pada pemunculan sinar yang tiba-tiba atau pada pandel atau obyek ke arah kornea, harus menetap sepanjang hidup, jika tidak ada maka menunjukkan adanya kerusakan pada saraf cranial.

f. Reflek pupil

Pupil konstriksi jika sinar terang diarahkan padanya, reflek ini ada sepanjang hidup.

g. Reflek glabella

Ketukan halus pada glabella (bagian dahi antara 2 alis mata) menyebabkan mata menutup dengan rapat.

h. Reflek tonic neck

Ketika kedua tangan diangkat, bayi akan berusaha mengangkat kepalanya. Jika bayi baru lahir mampu untuk melakukan posisi ini, atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, kemungkinan bayi mengalami gangguan pada neuron motorik atas.

i. Reflek tonic labyrinthine/labirin\

Pada posisi telentang, reflek ini dapat diamati dengan mengangkat tungkai bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat, kemudian jatuh. Reflek ini akan hilang pada usia 6 bulan.

j. Reflek palmar grasping

Bayi baru lahir menggenggam atau merenggut jari ibu jika ibu menyentuh telapak tangannya. Genggaman ini sangat kuat hingga ia bisa menopang seluruh berat badan jika ibu mengangkatnya dengan satu jari genggaman dalam setiap tangannya.

k. Reflek crawling

Jika bayi ditelungkupkan maka ia akan membentuk posisi merangkak karena saat di rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

l. Reflex stepping

Jika bayi digendong dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, akan ada reflek berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan.

m. Reflek babinski

Jari-jari mencengkram/hyperekstensi ketika bagian bawah kaki diusap, inidikasi saraf berkembang dengan normal.

n. Reflek blinking

Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin matanya akan menutup dan bayi akan mengerjapkan matanya.

o. Reflek yawning

Yakni reflek menjerit pada bayi ketika ia merasa lapar kemudian disertai dengan tangisan.

p. Reflek plantar

Muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Reflek plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jari kakinya akan menekuk secara erat.

q. Reflek ektruksi

Bila lidah bayi disentuh atau ditekan, bayi merespon dengan mendorongnya keluar.

r. Reflek starle

Suara keras yang tiba-tiba menyebabkan abduksi lengan dengan fleksi siku tangan tetap terenggam.

s. Reflek gallant

Sentuhan pada punggung bayi sepanjang tulang belakang menyebabkan panggul bergerak ke arah sisi yang terstimulasi.

(Anik Maryunani, 2014:17-19).

2.4.7. Kunjungan Neonatus

Pelayanan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus, sedikitnya tiga kali selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah yaitu :

1. KN 1 adalah kunjungan ke 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :
 - a. Jaga kehangatan tubuh bayi.
 - b. Berikan Asi Eksklusif
 - c. Rawat tali pusat
2. Kunjungan ke 2 dilakukan pada kurun waktu 3-7 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :
 - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b. Berikan Asi Eksklusif
 - c. Cegah infeksi
 - d. Rawat tali pusat
3. KN 2/lengkap adalah kunjungan ke 3 dilakukan pada kurun waktu 8-28 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan:
 - a. Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
 - b. Lakukan jaga kehangatan tubuh
 - c. Beri Asi Eksklusif
 - d. Rawat tali pusat

(Kepmenkes RI, buku KIA 2015).

2.4.8. Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani masa transisi dengan berhasil. Tujuan asuhan kebidanan yang lebih luas selama masa ini adalah memberikan perawatan komprehensif kepada bayi baru lahir pada saat ia dalam ruang rawat, untuk mengajarkan orang tua bagaimana merawat bayi mereka dan untuk memberi motivasi terhadap upaya pasangan menjadi orang tua, sehingga orang tua percaya diri dan mantap (Sinta et al., 2019b).

a. Asuhan Bayi Segera Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek-aspek penting asuhan segera bayi baru lahir :

a. Memantau pernafasan dan warna kulit bayi setiap 5 menit sekali (Sinta et al., 2019b).

1) Evaluasi nilai *APGAR*, yaitu *Apperance* (Warna kulit), *Pulse* (denyut nadi), *Grimace* (respon refleks), *Activity* (tonus otot) dan *Respiratory* (pernafasan) dilakukan mulai dari menit pertama sampai 5 menit. Hasil pengamatan masing-masing aspek dituliskan dalam skala skor 0-2.

Tabel 2.12
Nilai APGAR score

Aspek	Skor
-------	------

Pengamatan Bayi Baru Lahir	0	1	2
<i>Appearance /</i> warna kulit	Seluruh tubuh vayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
<i>Pulse /</i> denyut nadi	Denyut nadi tidak ada	Denyut nadi <100 kali/menit	Denyut nadi >100 kali/menit
<i>Grimace /</i> respon reflex	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat distimulasi	Meringis, menarik, batuk atau bersin saat distimulasi
<i>Activity /</i> tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
<i>Respiratory /</i> pernafasan	Tidak bernafas, pernafasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis lemah, terdengar seperti merintih

Sumber : (Sinta et al., 2019b).

Keterangan :

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia Sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

- b. Jaga agar bayi tetap kering dan hangat dengan cara ganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut serta pastikan kepala bayi telah terlindung baik.

c. Memeriksa telapak kaki bayi setiap 15 menit:

- 1) Jika telapak bayi dingin periksa suhu aksila bayi.
- 2) Jika suhu kurang dari 36,5°C segera hangatkan bayi.

d. Kontak dini dengan bayi

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin untuk :

- 1) Kehangatan yaitu untuk mempertahankan panas.
- 2) Untuk ikatan batin dan pemberian ASI.
- 3) Jangan pisahkan ibu dengan bayi dan biarkan bayi bersama ibunya paling sedikit 1 jam setelah persalinan.
- 4) Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusu.

e. Perawatan mata

Obat mata eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual). Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan, yang lazim digunakan adalah larutan Perak Nitrat atau Neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir (Sinta et al., 2019b).

2. Asuhan 24 jam bayi baru lahir

Dalam waktu 24 jam, bila bayi tidak mengalami masalah apapun, berikanlah asuhan berikut :

- a. Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktifitas bayi.
- b. Pertahankan suhu tubuh bayi
 - 1) Hindarkan memandikan bayi minimal 6 jam dan hanya setelah itu jika tidak terdapat masalah medis serta suhunya 36,5°C atau lebih.
 - 2) Bungkus bayi dengan kain yang kering/hangat.
 - 3) Kepala bayi harus tertutup.
- c. Pemeriksaan fisik bayi

Butir-butir penting pada saat memeriksa bayi baru lahir:

- 1) Gunakan tempat yang hangat dan bersih.
 - 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut pada saat menangani bayi.
 - 3) Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah mulai dari kepala sampai jari-jari kaki.
 - 4) Jika ada faktor resiko dan masalah minta bantuan lebih lanjut jika diperlukan.
 - 5) Rekam hasil pengamatan.
- d. Berikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada BBL.
 - e. Identifikasi bayi.

f. Perawatan lain :

- 1) Lakukan perawatan tali pusat.
- 2) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang ke rumah beri imunisasi BCG, Polio Oral dan Hepatitis B.
- 3) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua.
- 4) Ajarkan pada orang tua cara merawat bayi.
- 5) Beri ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam.
- 6) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi.
- 7) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.
- 8) Penyuluhan sebelum bayi pulang.
 - (a) Perawatan tali pusat
 - (b) Pemberian ASI
 - (c) Jaga kehangatan bayi
 - (d) Tanda-tanda bahaya
 - (e) Imunisasi
 - (f) Perawatan harian atau rutin
 - (g) Pencegahan infeksi

3. Asuhan 2-6 hari bayi baru lahir

Pada hari ke 2-6 setelah persalinan ada hal-hal yang perlu diperhatikan pada bayi, yaitu:

a. Minum

Pemberian ASI saja cukup pada periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas dan kuantitas terpenuhi dari ASI saja tanpa makanan atau minuman lainnya.

b. Buang air besar

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan.

Normal atau tidaknya sistem pencernaan bayi dapat dideteksi dari warna-warna feses tersebut (Sinta et al., 2019b).

- 1) Feses kuning : normal (ASI penuh yaitu foremilk/ASI depan dan hindmilk/ASI belakang).
- 2) Feses hijau : normal (tidak boleh terus-menerus karena bayi hanya mendapat foremilk saja).
- 3) Feses merah : disebabkan adanya tetesan darah yang menyertai.
- 4) Feses keabu-abuan : waspada (disebabkan gangguan pada hati)

c. Buang air kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10 x sehari. Jika urine pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup.

d. Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari.

e. Kebersihan kulit

Muka, pantat dan tali pusat bayi perlu dibersihkan secara teratur. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.

f. Keamanan

Jangan sekali-sekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI.

2.5 KELUARGA BERENCANA (KB)

2.5.1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Menurut UU no.52 tahun 2009, Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, pengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (UUD RI, 2009).

Keluarga Berencana (KB) memungkinkan pasangan usia subur untuk mengantisipasi kelahiran, mencapai jumlah anak yang mereka inginkan, dan mengatur jarak dan waktu kelahiran mereka. Hal ini dapat dicapai melalui penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas (WHO, 2016).

2.5.2. Tujuan Keluarga Berencana

1. Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk
2. Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama
3. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunnya kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan (Imelda Fitri, 2018:18).

2.5.3. Syarat Kontrasepsi

Syarat kontrasepsi adalah :

1. Aman pemakaiannya dan dipercaya
2. Tidak ada efek samping yang merugikan
3. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan
4. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan
5. Tidak memerlukan bantuan media tau control yang ketat selama pemakaian
6. Cara penggunaannya sederhana atau tidak rumit
7. Harga murah dan dapat dijangkau oleh semua kalangan masyarakat
8. Dapat diterima oleh pasangan suami istri (Proverawati, 2010:64).

2.5.4. Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana (KB)

1. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
2. Konseling
3. Pelayanan Kontrasepsi

4. Pelayanan Infertilitas
5. Pendidikan seks (*sex education*)
6. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
7. Konsultasi genetik
8. Tes keganasan
9. Adopsi (Imelda Fitri, 2018:18-19).

2.5.5. Efektivitas Kontrasepsi

1. Efektivitas relatif (*relative effectiveness*) dari berbagai metode kontrasepsi yang tersedia.
2. Efek negatif kehamilan yang tidak diinginkan pada kesehatan dan risiko kesehatan potensial pada kehamilan dengan kondisi medis tertentu (Affandi, 2012:U-25).



Gambar 2.15
Jenis dan Macam-Macam Alat Kontrasepsi

Sumber : <http://tugaskuliahkebidanan.blogspot.com/2015/11/macam-macam-alat-kontrasepsi.html>

2.6 Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut 7 Langkah Varney dan SOAP

2.6.1. Manajemen Askeb pada Kehamilan Trimester III

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159).

b) Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romaui, 2011:162). Sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin (Manuaba, 2010:235-236).

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012:122).

d) Pekerjaan

Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba,2010:117)

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba,2010:235).

2) Keluhan utama

Menurut Varney (2007:538-543), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah karena tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat terlentang (Varney,2007:539).

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang

berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Benson *et al*, 2013:234).

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron (Varney,2007:541).

d) Sesak nafas Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Morgan,2009:289).

e) Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati (pirosis, ketidakmampuan mencerna asam) merupakan akibat regurgitasi gastroesofageal pada hampir 10% dari seluruh ibu hamil. Nyeri ulu hati paling sering muncul jika pasien berbaring terlentang atau membungkuk (Benson *et al*, 2013:237).

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh dasar panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati

foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Morgan, 2009:289).

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakal. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar (Varney, 2007:542).

3) Riwayat kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil (Marmi, 2014:108-109).

b) Penyakit yang pernah dialami (sekarang)

(1) Diabetes militus-tergantung insulin (IDDM)

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum tampak dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih selama malam hari, meningkatnya haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelemahan

atau keletihan. Mereka dengan diabetes tipe II mungkin juga mengeluh haus, sering berkemih, dan kelemahan, tetapi yang lebih tampak adalah adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, penglihatan kabur, atau bahkan neuropati ferifer. (Varney dkk, 2007:140).

(2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin/neonatus dan maternal. Komplikasi yang dikaitkan dengan preeklampsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrupsio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, dan kematian maternal dan janin (Walsh,2012:416).

(3) Penyakit tiroid

Menurut Fraser *at el*(2009:346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklampsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

(4) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan ke janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak diobati dikaitkan dengan absorpsi spontan, kematian janin

intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis konginetal. Sampai 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas dan morbiditas (Walsh, 2012:438).

(5) Gonore

Gonore dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dengan keluhan fluor albus dan disuria.

(6) Hepatitis B

Penularan HBV ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% dari ibu terinfeksi. Risiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. ibu yang seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami risiko tinggi penularan ke neonatus mereka (Walsh, 2012:433)

(7) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonates (Manuaba, 2010:345).

(8) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta dengan akibat abortus dan *missed abortion* atau prematuritas sampai lahir mati (Manuaba, 2010:344).

(9) Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, setomegalovirus, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan konginetal dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010:340).

(10) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan risiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara konsepsi AKDR,

tubektomi, atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2009:275).

(11) Gangguan hematologi

Anemia sel sabit, penyakit Hb C-sel sabit, dan talasemia sel sabit B (talasemia S-B) berkelanjutan ke kondisi yang dikaitkan dengan peningkatan mortalitas dan morbiditas pada maternal dan perinatal (Walsh, 2012:414).

(12) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu kepada janinnya terjadi melalui plasenta (Winkjosastro, 2005:556-557).

4) Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (*Fraser et al*, 2009 :254). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311).

5) Riwayat kebidanan

a) Menstruasi

Menurut *Fraser et al*(2009:251) riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus. Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu. Metode ini mengansumsikan bahwa : Ibu memiliki menstruasi dan jarak antarmenstruasi yang teratur.

- (1) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.
- (2) Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perdarahan. Gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7 \ b-3 \ th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14 \ b-3 \ th+1$. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari

normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan, dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid, sifat darah (cair atau beku-bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhirnya.

b) Riwayat obstetric

Riwayat kebidanan yang lalu, meliputi :

- (1) Jumlah kelahiran, anak yang lahir hidup, persalinan aterm, persalinan prematur, keguguran, persalinan dengan tindakan.
- (2) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan, atau nifas yang sebelumnya.
- (3) Hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya.
- (4) Berat bayi kurang dari 2500 gram atau lebih dari 4000 gram.
- (5) Masalah lain yang dialami (Sulistyawati, 2010:98).

c) Riwayat nifas yang lalu

Segara setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi

peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201).

d) Kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dua kali pada triwulan ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

e) Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya alat kontrasepsi dan lama penggunaan kontrasepsi (Rohani, 2011:58).

f) Riwayat psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan

sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2010: 97).

g) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Nutrisi merupakan perhatian utama dalam perawatan prenatal. Wanita memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi seperti jumlah kalori, protein, zat besi, asam folat, dan vitamin C (Varney *et al*, 2007:546). Nutrisi yang perlu dtambahkan pada saat kehamilan :

(a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya dalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor presdiposisi untuk terjadinya preeklampsi. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Saifuddin, 2010:286).

(b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-

tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan oedema (Varneyet *al*, 2007:543).

(c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, youghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu (Saifuddin, 2010:92).

(d) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang

tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Lalengga, 2013:98).

(e) Asam folat

(f) Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia

megaloblastik pada ibu hamil (Lalengga, 2013:99).

(2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening*. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2014:134).

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014:137).

(3) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus

menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2014:124-125).

(4) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-25 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2010:132). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2010:287).

(5) Personal hygiene

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi :

- (a) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan. Pakaian yang mudah

disesuaikan dan longgar (Lalengga, 2013: 102).

- (b) Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah (Lalengga, 2013:102).

- (c) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (hipersalivasi atau produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus tetap terjaga. Sementara pada trimester tiga terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin. Maka dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan dengan caries dan gingivitis (Saifuddin, 2010:287).

- (d) Pemeliharaan payudara

Membersihkan payudara dengan air hangat dan handuk yang lembut lalu mengeringkan hati-hati. Menggunakan bra penyokong untuk mencegah dan mengurangi nyeri punggung

bagian atas serta dapat menyamankan nyeri tekan akibat payudara membesar (Lalengga, 2013:104).

(e) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, mengganti rutin celana dalam, membersihkan dengan arah dari depan ke belakang setelah buang air (Lalengga, 2013:105).

h) Riwayat seksual

Menurut Manuaba (2010:120) hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau jika hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran; persalinan sebelum waktunya; mengalami kematian dalam kandungan; sekitar dua minggu menjelang persalinan.

i) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan pervagina, kelainan prematur, dan BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romaui, 2011:112).

(2) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin *Fetal alcohol syndroma* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi konginetal yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan saat hamil (Fraser *et al*, 2009:168).

(3) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur,

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), lahir mati, dan abnormalitas (Fraster et al, 2009:167).

j) Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2014:145).

k) Latar belakang social budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. (Romauli, 2011:169-170).

l) Psikososial dan spiritual ibu hamil trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan

menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak intimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2014:95-96).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011:172).

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya

sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, beresiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2014:265).

b) Nadi

Denyut nadi sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2014:163).

c) Suhu

Suhu tubuh yang normal 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

d) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

3) Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat

kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah = 145 cm (Marmi, 2014:163). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romaui, 2011:173)

b) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kilogram selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5kg/minggu (Manuaba, 2010:95). Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009:254).

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau lebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan

berat badan rendah, yaitu $> 0,34$ kg/minggu, menurunkan risiko hipertensi tetapi menaikkan risiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2010:532).

c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). (Romauli, 2011:173).

4) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk

simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romaui, 2011:174).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romaui, 2011:174).

d) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romaui, 2011:174).

e) Gigi

Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romaui, 2011:174).

f) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

g) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011:174).

h) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang tidak mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

i) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (*Bekas*

Sectio Caesarea) dapat mengidentifikasi adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser dkk, 2009:258).

j) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista Bartholini, abses Bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2010:537).

k) Anus

Hemorroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemorroid (Varney dkk 2007:539).

l) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2014:136).

5) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi andomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yang lembut (Fraser et al, 2009:258).

(1) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu) (Rachmawati dkk, 2008:121).

Menurut Marmi (2014:167) : langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu :

- (a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (c) Rahim dibawa ke tengah
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan
- (e) Temukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting.

Menurut Manuaba (2010:118), variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis

(2) Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan bagaiman janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin (Rachmawati dkk, 2008:65).

Menurut Marmi (2014:167-168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu :

- (a) Kedua tangan pindah di samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak.

Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar

- (c) Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak sungsang

Variasi Budin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba pinggang janin (Manuaba, 2010:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di lengan perut (Manuaba, 2010:119).

(3) Leopold III

Menurut Marmi (2014:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu :

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya

- (c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP).

(4) Leopold IV

Menurut Marmi (2014:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu :

- (a) Pemeriksaan mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (b) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah
- (c) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (d) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi, leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan

pada permukaan dan bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan :

- (a) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga
- (b) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

b) Osborn test

Menurut Winkjosastro (2007:231) tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (Disporsisi Kepala Panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn adalah sebagai berikut :

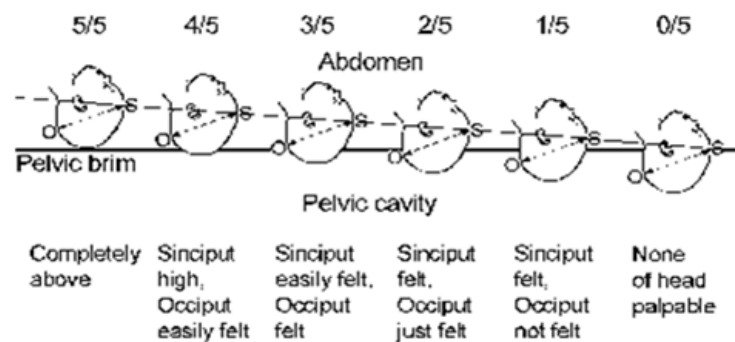
- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di ukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah positi

(+). Apabila lebar tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu ($\pm$). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (Mooulase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis, maka jari tengah di letakkan tepat di atas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu ($\pm$). Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah positif (+).

c) Penurunan bagian terbawah janin menurut Winkjosastro (2008:84)

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan).



Gambar 2.16

Proses penurunan kepala berdasarkan sistem perlima-an

Sumber : Winkjosastro, 2008. Ilmu Kebidanan. Halaman 84

d) Rumus Mc. Donald

Fundus uteri diukur dengan pita/metlin. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Winkjosastro, 2008:171).

e) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.13 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.13

Perkiraan Usia Kehamilan Dalam Minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis Pubis

16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm ($\pm$ 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ($\pm$ 2cm)	-
28 minggu	28 cm ($\pm$ 2cm)	Di tengah, antara umbilicus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ($\pm$ 2 cm)	-
36 minggu	36 cm ($\pm$ 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber : (Saifuddin, 2009:93)

f) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut : (tinggi fundus dalam cm-n) $\times$ 155 = berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n= 12. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n=11 (Romauli, 2011:71).

g) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal adalah 120 sampai 140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 kali per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen). Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5

detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- (1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 per menit, DJJ normal.
- (2) (10-14-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.
- (3) (8-7-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2 (Manuaba, 2010:116).

h) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014:171-172) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

- (1) Pemeriksaan panggul luar
 - (a) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-16$ cm).

(b) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca, kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).

(c) Cojungata eksterna (baudelouque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).

(d) Ukuran lingkar panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu.

i) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan darah

(a) Haemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut :

Tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb <7 gr% (Manuaba, 2010:239).

(b) Golongan darah

Golongan darah ABO adalah faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser *et al*, 2009:255).

(2) Pemeriksaan urin

Menurut Fraser dan Cooper (2009) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

- (a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- (b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- (c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

(3) *Ultrasonografi (USG)*

Menurut Romauli (2011:72) penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

- (a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS= Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.

(b) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= Groun Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.

(c) Dengan mengukur diameter biparetal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

(4) *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2014:190).

(5) Kartu skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati. Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12a).

2. Interpretasi Data

Setelah pengkajian data ibu dan janin selesai, langkah selanjutnya menentukan diagnosis. Ada 4 kemungkinan diagnosis ibu hamil, yaitu:

- a. Hamil normal (sertakan usia kehamilan)
- b. Hamil normal dengan masalah khusus (keluarga, masalah psikososial, KDRT, masalah keuangan, dll)
- c. Hamil dengan penyakit/komplikasi (hipertensi, anemia, eklamsi, pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin, dll), kondisi ini memerlukan tindakan rujukan untuk konsultasi/penanganan bersama.
- d. Hamil dengan keadaan darurat (perdarahan, eklamsi, KPD, dll) memerlukan tindakan rujukan segera.

2.6.2. Manajemen Askeb pada Persalinan

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159)

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisikan wanita terhadap sejumlah komplikasi. (Varney, 2008).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan(Manuaba, 2010:117).

d) Pendidikan

Peneliti menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu (Romauli, 2011:124).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan paparan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155).

f) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama.

Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu (roumali, 2011:163).

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba dkk, (2010:173) tanda-tanda persalinan yaitu:

a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan.

c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap.

d) Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

(1) His semakin kua, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

(2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

3) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau bahkan keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk dan berpulang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibrilasi (Saifuddin, 2010:769).

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, et.al, 2009:322).

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala 4 dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba dkk, 2012:240).

d) Gonorea

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan premature (Fraser, et.al, 2009:371).

e) Diabetes militus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser,et.al, 2009:338)

4) Riwayat menstruasi

a) Menarche

Adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

b) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari .

c) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus Neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1 (Marmi, 2011 : 123).

5) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah

kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C (Manuaba dkk, 2012:201)

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu: satu kali pada saat trimester I, satu kali pada saat trimester dua, dan dua kali pada trimester III.

Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu: timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi dan fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (manuaba dkk, 2010:173-174).

c) Riwayat KB

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan” (Marmi, 2011:158).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana seikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang (Roumauli, 2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran pasien dapat dilakukan dengan penkajian derajat kesadaran dari keadaan *Composmentis* (kesadaran penuh) sampai *Coma* (pasien tidak sadar) (Sulistyawati, 2010:122).

c) TTV

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama koordinasi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney,2008:686).

(2) Nadi

Perubahan nadi yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan (Varney, 2008:687).

(3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C. mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan (Varney, 2008:687).

(4) Pernapasan

Menurut Manuaba (2010:207), peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

b) Muka

Pada muka perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Varney, 2007:693).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, nila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Romauli, 200:174).

d) Mulut

Pada triwulan pertama kehamilan mengalami mual dan muntah. Keadaan ini menyebabkan perawatn gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbur

karies, gingivitis, dan sebagainya (Wiknjosastro, 2009).

e) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

f) Abdomen

Pada ibu bersalin, perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum masuk puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008:42-43).

g) Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba,2010:173). Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perineum menonjol dan vulva membuka (Wiknjosastro,2008:45).

h) Anus

Perenium mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro,2008:46).

i) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeclampsia. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney, 2008:693).

3) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

- (1) Penurunan kepala
- (2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)
- (3) Tafsiran berat janin (TBJ)

Tafsiran ini berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut: $(TFU \text{ (cm)} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}$. Bila kepala diatas atau pada spina iskiadika maka $n = 12$, bila kepala dibawah spina iskiadika maka $n = 11$ (Romauli, 2011).

b) Auskultasi

Denyut jantung berbunyi ganda tetapi lebih cepat dibandingkan bunyi jantung orang biasa. DJJ normal harus berada pada rentang 110-160/menit (Fraser, 2009:261).

Lokasi punctum maksimum denyut jantung janin dapat digunakan untuk mengetahui sikap badan janin. Selama kala satu persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua. Untuk wanita dengan kehamilan beresiko, evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak setiap 15 menit selama kala satu dan 5 menit pada kala dua (Lenovo, 2009:147-148)

c) His

Menurut Saifuddin (2009:289:290) Amplitudo uterus terus meningkat sampai 60 mmHg pada akhir kala I dan frekuensi his menjadi 2-4 kontraksi tiap 10 menit. Juga durasi his meningkat dari 20 detik pada perubahan partus sampai 60-90 detik pada akhir kala I atau pada permulaan kala II. Persalinan kala II di mulai ketika pembukaa serviks suda lengkap 10 cm da berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga di sebut dengan kala pengeluaran bayi(Wikenjosastro, 2008:79).

Persalinan kala III di mulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban(Wikenjosastro, 2011:70). Persalinan kala IV di mulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011:65).

d) Pemeriksaan dalam

Menurut Cunningham (2009) perhatian cermat terhadap hal-hal berikut:

(1) Pemeriksaan serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjang kanalis servisis berbanding dengan panjang yang belum mendatar. Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan

50% mendatar, bila serviks menjadi setipis segmen uterus dibawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100%.

(2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata pembukaan serviks. Jari pemeriksaan disapukan dari tepi serviks di satu sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam sentimeter.

(3) Posisi serviks

Hubungan antara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi setengah, atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

(4) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di forniks posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis servisis

(5) Bidang hodge

Menurut manuaba (2010), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I

setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

4) Pemeriksaan penunjang

a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energy yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non diabetic yang baru saja mengkonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena (Fraser et al, 2009:453)

b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011:187).

2. Interpretasi data

Diagnosis : G PAPA H UK....minggu, inpartu kala I fase laten atau aktif persalinan normal janin tunggal, hidup, intrauteri.

Masalah : Ada/Tidak ada. Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman hal yang sedang dialami klin yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

3. Identifikasi diagnosis dan masalah potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah actual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis masalah potensial tersebut tidak terjadi

Diagnosis Potensial : Ada/Tidak ada

Masalah Potensial : Ada/Tidak ada

4. Tindakan segera atau kolaborasi

Menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya, setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial yang sebelumnya (Suprpti & Mansur, 2018b).

5. Rencana asuhan tindakan

Diagnosa G=1P0> UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan

Kriteria :

a) KU baik, kesadaran composmentis

b) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

c) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

d) Kala I pada primigravida < 13 jam, pada multigravida < 7 jam

e) Kala II pada primigravida < 2 jam, pada multigravida < 1 jam

f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif

g) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida < 15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap.

h) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan < 500 cc

6. Implementasi

Menurut Kemenkes Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

7. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi segera secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

B. Dokumentasi SOAP

Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang

tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

2.6.3. Manajemen Askeb pada Masa Nifas

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

b) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132).

d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

e) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010:132).

f) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010:235). Seringkali alasan

pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:122).

g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010:235).

h) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012:166).

2) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

a) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus.

b) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

f) Hemorroid

Jika wanita mengalami hemorroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemorroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan disertai saat melahirkan (Ambarwati, 2010:83).

3) Riwayat kesehatan

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit

telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

d) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

(1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

4) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti

infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298).

5) Riwayat kebidanan

a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203).

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan.

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki.. Khusus untuk mendapatkan pelayanan

kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012:204).

6) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues.

Menurut Suhermi (2009:87-90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

a) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (2) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

b) Fase *taking hold*

- (1) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (2) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya.
- (3) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

c) Fase *letting go*

- (1) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.
- (2) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.
- (3) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.
- (4) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

7) Latar belakang social budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).

- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 2012:38).

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007:961).

(2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007:961).

(3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:278).

(4) Pernapasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012:87).

b) Muka

Pada daerah muka dilihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis). Apakah terdapat oedema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani,dkk 2011:98).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011:384).

d) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:384).

e) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124).

f) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney et al (2007:1064), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena

ukuran ditentukan bukan hanyamelalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

- (3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*).

- (4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

g) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007:969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

h) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai

bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

3) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010:239).

4) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) yaitu:

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- b) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2. Interpretasi data

Masalah dan kebutuhan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnose dan masalah spesifik. Interpretasi data (data dari hasil pengkajian) mencakup diagnose.

3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

P₁/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P₁/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney *et al*, 2001:974).

4. Tindakan segera atau kolaborasi

Menunjukan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya, setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan

untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial yang sebelumnya (Suprpti & Mansur, 2018b).

Contoh: Penanganan segera pada kasus bendungan ASI ini adalah melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter obsgyn

5. Rencana Asuhan tindakan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

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

(1) Diagnosa: P₁>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan

psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria:

Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

- (a) Keadaan Umum: Kesadaran composmentis.
- (b) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).

(2) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg	N: 60-80 x/menit
S : 36-37,5°C	R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

(3) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- (a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan.
- (b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

(c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan (Sulistyawati,2009:123).

6. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria :

- a) Mempehatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/pasien
- e) Menjadi privasi klien
- f) Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk memulihkan tenaganya
- g) Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan mengurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat

menyebabkan depresi serta ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

- h) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara langsung
- i) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya
- j) Memberikan konseling tentang perawatan payudara
- k) Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi
- l) Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan memperlancar ASI
- m) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- n) Melakukan tindakan sesuai standar
- o) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

(Depkes RI, 2008).

7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010:67).

B. Dokumentasi SOAP

Menurut Kepmenkes RI (2007), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.6.4. Manajemen Askeb pada Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data subjektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum: nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap (Saifuddin, 2009: 135-136).

2) Keluhan utama

Keluhan utama bayi baru lahir adalah hipoglikemia, hipotermi dan ikterik (Ladewig, 2006: 180-199). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012: 207).

3) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney dkk, 2007: 916).

4) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecag ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestesik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Walsh, 2007: 368).

5) Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney dkk, 2007: 917).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012: 313). Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.14
Kebutuhan dasar cairan pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke >10	150 ml	

Sumber: (Saifuddin, 2009: 380).

b) Eliminasi

Warna mekonium adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekonium ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna feses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi barumur 4-5 hari (Muslihatun, 2010: 43).

c) Pola istirahat dan tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011: 26).

Tabel 2.15
Perubahan pola tidur bayi

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

Sumber: (Dewi, 2011: 29).

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007: 377-378).

e) Aktivitas

Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2006: 137).

f) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik

(Saifuddin, 2009: 369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser dkk, 2009: 712).

b. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-marahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjastro, 2009: 256).

b) Kesadaran

Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan (Saifuddin, 2009: 137).

c) Tanda-tanda vital

(1) Pernapasan

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010: 31).

(2) Denyut jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010: 31). Nilai >160 kali per menit (takikardi) merupakan tanda-tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila <100 kali per menit (bradikardi) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O₂ (Kumalasari, 2015: 218).

(3) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,5⁰C sampai 37,5⁰C (Muslihatun, 2010: 31).

(4) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2009: 255)

2) Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (wiknjosastro, 2007: 256). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan

(Saifuddin, 2006: 138). Berikut disajikan tabel mengenai penurunan berat badan sesuai umur:

Tabel 2.16
Penurunan berat badan sesuai umur

Umur	Penurunan/kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram/minggu
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Nilai penimbangan dilakukan setiap hari	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram

Sumber: (Wiknjosastro, 2008: 27).

b) Panjang badan

Diukur dari ubun-ubun sampai tumit bayi, posisi telentang, sendi lutut dan panggul harus ekstensi penuh.

Normal 45-53 cm (Kumalasari, 2015: 218).

c) Lingkar kepala

Menurut Wiknjosastro (2008, 119) meliputi:

- (1) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- (2) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- (3) Diameter oksipito-metalis : 13,5-15 cm
- (4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm

(5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm

(6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm

(7) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus : 33-34 cm

(8) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm

(9) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm

(10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

d) Lingkar dada : 33 – 38 cm

e) Lingkar lengan : ± 11 cm

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrosefalus, rambut meliputi: jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010: 33).

b) Wajah

Wajah harus tampak simetris,. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down dan sindrom piere-robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma jalan lahir seperti laserasi, paresi nervus fasialis (Kumalasari, 2015: 219).

c) Mata

Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010: 33).

d) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm, periksa adanya pernafasan cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012: 57).

e) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga (Kumalasari, 2015: 219).

f) Mulut

Saliva tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009: 137). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oral trush (Marmi, 2012: 211).

g) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brachialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012: 57).

h) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhan terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015: 220).

i) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. (Marmi, 2012: 58).

j) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009: 137).

k) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung

kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya (Marmi, 2012: 58).

l) Genetalia

(1) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. periksa posisi lubang uterus. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012: 59).

(2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012: 59).

m)Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug sindrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012: 59).

n) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul congenital (Walsh, 2008: 371).

o) Kulit dan kuku

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol, selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya (Muslihatun, 2010: 32).

4) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas system saraf.

a) Refleks kedipan (glabellar reflex)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optik (Dewi, 2011: 25).

b) Refleks mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Indrayani, 2013: 330).

c) Refleks menghisap (sucking reflex)

Rangsangan putting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjosastro, 2008: 134).

d) Refleks menoleh (tonic neck reflex)

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terentang pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf sensoris (Dewi, 2011: 25).

e) Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

f) Refleks terkejut (Moro reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas

atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi (Indrayani, 2013: 332).

g) Refleks menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi di stimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012: 71).

h) Refleks babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi fleksi (Marmi, 2012: 71).

i) Refleks ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012: 71).

j) Refleks melangkah (walking reflex)

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya

dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras
(Marmi, 2012: 72).

k) Refleks merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012: 72).

2. Interpretasi data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah 1

Contoh :

Diagnosis :

- a) Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan, dengan asfiksia sedang
- b) Bayi kurang bulan, kecil masa kehamilan dengan hipotermi dan gangguan pernafasan

Masalah :

- a) Ibu kurang informasi
- b) Ibu penderita PEB
- c) Ibu post SC sehingga tidak bisa melakukan skin to skin contact secara maksimal

Kebutuhan : Perawatan rutin bayi baru lahir

3. Identifikasi masalah atau diagnosis potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi

Diagnosa potensial :

- a) Hipotermi potensial terjadi gangguan pernapasan
- b) Hipoksia potensial terjadi asidosis
- c) Hipoglikemi potensial terjadi hipotermi

Masalah potensial : Potensial terjadi masalah ekonomi bagi orang tua yang tidak mampu, karena bayi membutuhkan perawatan intensif dan lebih lama.

4. Tindakan segera atau kolaborasi

Mengidentifikasi perlu tidaknya tindakan segera oleh bidan, dokter dan apakah ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi.

5. Rencana asuhan tindakan

Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya

Contoh:

- a) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
- b) Perawatan mata
- c) Memberikan identitas bayi

- d) Memperlihatkan bayi pada orangtua / keluarganya
- e) Memfasilitasi kontak dini pada ibu
- f) Memberikan vitamin K1
- g) Konseling
- h) Imunisasi

6. Implementasi

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan efektif dan aman

Contoh:

- a) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
 - (1) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayidengan kulit ibu
 - (2) Ganti handuk / kain basah dan bungkus bayi dengan selimut.
 - (3) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa setiap 15 menit. Apabila telapak kaki teraba dingin, periksalah suhu aksila bayi.
- b) Perawatan mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena clamida. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.
- c) Memberikan identitas bayi

Alat pengenalan untuk memudahkan identitas bayi perlu dipasang segera setelah lahir

d) Memperlihatkan bayi pada orang tua/keluarga

e) Memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu

(1) Berikan bayi kepada ibu segera mungkin . Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir, ikatan batin bagi dan bayi dan pemberian ASI dini

(2) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap. Jangan paksakan bayi untuk menyusu

(3) Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi , biarkan bayi bersama ibu paling tidak 1 jam setelah bayi lahir.

f) Memberikan vitamin K1

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K1 pada bayi baru lahir

g) Konseling

Ajarkan pada orang tua bayi untuk:

(1) Menjaga kehangatan bayi

(2) Pemberian ASI

(3) Perawatan tali pusat

- (4) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih dan longgar.
- (5) Lipatlah popok dibawah sisa tali pusat
- (6) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, cuci dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan

h) Mengawasi tanda-tanda bahaya

- (1) Pernafasan, sulit atau lebih dari 60 x/menit, terlihat dari retraksi dinding dada pada waktu bernafas
- (2) Suhu terlalu panas, $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$ (hipotermi)
- (3) Warna abnormal, kulit/bibir bayi sianosis atau pucat, memar atau bayi sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru.
- (4) Pemberian ASI sulit, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- (5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah.
- (6) Infeksi, suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.
- (7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak mengeluarkan mekonium selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah

terus menerus, perut bengkak, tinja hijau tua berlendir/berdarah.

(8) Tidak berkemih dalam waktu 24 jam.

(9) Menggigil atau suara tangis tidak biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.

(10) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan

i) Imunisasi

Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan, berikan imunisasi BCG, Anti polio oral dan Hepatitis B

7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2010).

B. Dokumentasi SOAP

Menurut kemenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif,

tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2.6.5. Manajemen Askeb pada Keluarga Berencana

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data subjektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda. (Manuaba, dkk. 2010: 159).

b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013: U-19).

c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntuk KB,

susuk KB atau AKBK (alat kontrasepsi bawah kulit), AKDR (Manuaba, dkk. 2010: 592).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2013 : U-9) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
- b) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kesehatan

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes militus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke. (Saifuddin, 2013: 45)

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell). (Saifuddin, 2010 : 55)

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progeteron. (Affandi, 2013: U-53)

d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Perlu diperlukan konseling

prakontrasepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014: 275)

- e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servistis), sedangkan mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin. (Saifuddin, 2013: 70)

4) Riwayat kebidanan

a) Haid

Bila menyusui atau 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kemabali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin,

2013:68). Pada metode KB MAL ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya. (Saifuddin, 2010: 54).

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan Nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. (Saifuddin, 2013 : 51).

c) Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015: 168).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPK merangsang pusat pengendalli nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan banyak dari biasanya (Hartanto, 2015: 171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesteron, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan

kandung kecing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015: 172).

c) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010: 35).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin: 2010: 42)

e) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015: 123).

b. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Saifuddin, 2010: 43). Pil dapat menyebabkan sedikit

peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, et. al: 2009: 657)

b) Pemeriksaan antropometri

Berat badan, umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh. (Hartanto, 2015:171).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney. 2008:35)

b) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010:50)

c) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010: 52). Akibat terjadi

perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia.

(Saifuddin, 2010: 75)

d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa).

(Varney. 2008: 36)

e) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Varney, 2008:36)

f) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan

- (1) Bau napas
- (2) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura
- (3) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir
- (4) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies
- (5) Gusi : perdarahan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat.
- (6) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah.
- (7) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran
- (8) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan *tonsillar pillar*, inflamasi, edema, perdarahan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil (Varney. 2008: 36).

g) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaranlimfe dan ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011: 174)

h) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Varney, 2008: 37)

i) Interkosta atau subklavikula

Ekskultasi pernapasan sama dikiri dan kanan serta kesimetrisan gerak nafas, frekuensi, kedalaman, irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen). Pada auskultasi paru : bunyi napas normal, rales, mengi, frictio

j) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015: 164).

k) Abdomen

Peringatan khusus bagi penggunaan implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010: 58)

l) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015: 170). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010: 75).

m) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010: 58). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010: 77).

2. Interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik

3. Identifikasi masalah atau diagnosis potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian gambaran masalah dan

diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

4. Tindakan segera atau kolaborasi

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5. Rencana asuhan tindakan

Diagnosa :PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.....tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

a) Tujuan

- (1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif
- (2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
- (3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan keinginan dan kondisinya.

b) Kriteria

- (1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- (2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai

(3) Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2010: U-3)

a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Menyakinkan klien membangun rasa percaya diri

b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang di inginkan

d) Bantulah klien menentukan pilihanya.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhan

e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usi subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihanya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan kita mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

g) Pesakan pada ibu untuk melakukan kunjunganulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

6. Implementasi

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena ada komplikasi. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

7. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai

dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai dengan batasan ideal anak.

B. Dokumentasi SOAP

Menurut kemenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Laporan Tugas Akhir ini menggunakan penelitian kualitatif dimana dilakukan melalui kontak yang intens atau dalam jangka waktu yang lama dengan responden. Rancangan penelitian adalah studi kasus untuk mempelajari secara intensif perkembangan kehamilan sampai masa nifas dan neonatus responden.

Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya adalah asuhan kebidanan kehamilan (*antenatal care*), asuhan kebidanan persalinan (*intranatal care*), asuhan kebidanan masa nifas (*postnatal care*) dan asuhan bayi baru lahir pada Ny. “M” di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong menggunakan manajemen 7 langkah varney dan data perkembangan SOAP.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

A. Waktu

Waktu penyusunan laporan dimulai sejak pertama kali kontak dengan ibu hamil tanggal 07 Maret 2022 sampai dengan berakhirnya masa nifas 40 hari dan ibu memilih menggunakan alat kontrasepsi KB pada tanggal 01 Mei 2022.

B. Tempat Penelitian

Lokasi studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong, Provinsi Papua Barat dan Rumah Ny. M.

3.3 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi, pemeriksaan fisik, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan sesuai dengan KEPMENKES No.983/Menkes/SK/VIII/2007, yang berisi pengkajian data subyektif, obyektif, assessment, planning. Selain itu, instrumen yang digunakan juga adalah partograf dan buku KIA.

3.4 Subjek Penelitian

Subjek yang digunakan dalam manajemen asuhan kebidanan ini adalah Ny. “M” dan bayi Ny. “M”

3.5 Teknik Pengumpulan Data

A. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari sumber data kepada pengumpul data. Data primer terdiri dari :

1. Wawancara

Metode pengumpulan data dengan cara wawancara langsung responden yang diteliti, sehingga metode ini memberikan hasil secara langsung. Wawancara dilakukan pada pasien dan keluarga pasien dengan pedoman wawancara berupa format asuhan kebidanan.

2. Observasi

Cara pengumpulan data yaitu dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti.

3. Pemeriksaan fisik

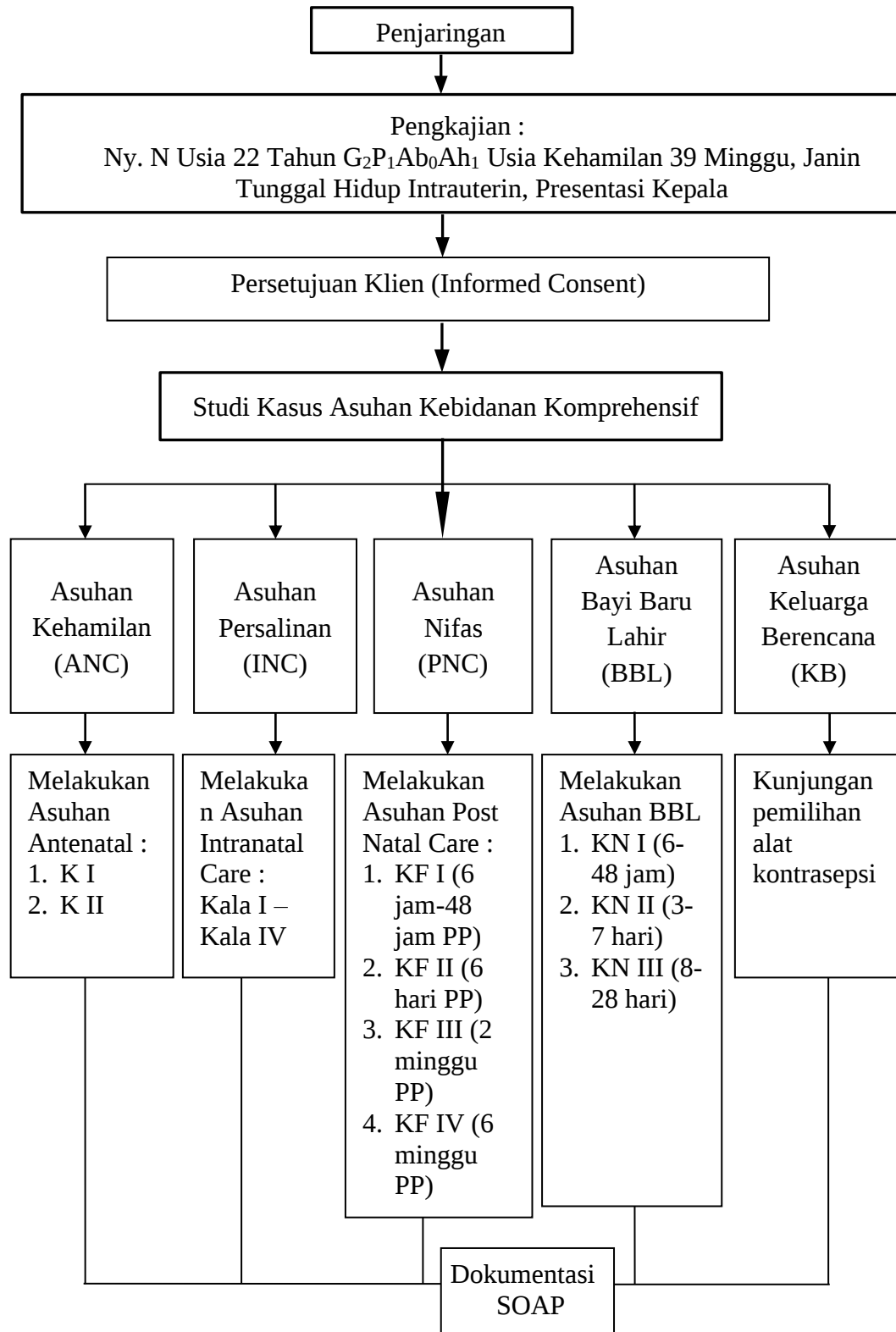
Pemeriksaan dilakukan secara langsung dengan klien, baik menggunakan alat atau tidak menggunakan alat. Pemeriksaan ini bisa dilakukan dengan inspeksi, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan ini dilakukan secara lengkap seperti keadaan umum, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki (*head to toe*), pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan dalam (*vagina toucher*).

B. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain. Tidak langsung diperoleh dari peneliti dari subjek penelitiannya. Biasanya data dokumentasi atau data laporan yang telah tersedia. Pengambilan kasus ini menggunakan dokumentasi dari catatan rekam medis Puskesmas Malawili dan buku KIA ibu.

3.6 Kerangka Kerja Penelitian

Bagan 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus



3.7 Etika Penelitian

A. *Respect for person*

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, ibu bebas menolak untuk ikut studi kasus ini atau dapat mengundurkan diri kapan saja. Ny. N mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan dan bersedia ikut dalam studi kasus ini secara sadar tanpa paksaan dan telah membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan.

B. *Beneficence dan non maleficence*

Ny. M sebagai peserta dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif ini akan mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan bersalin/nifas. Penulis juga pada saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan telah meminimalkan bahaya risiko yang terjadi, yaitu melakukan mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti *handscoon*.

C. *Anonymity dan confidentiality*

Adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan, yang ingin mengetahui secara umum data, hak dan kerahasiaan klien. Seseorang dapat mencapai informasi secara umum apabila telah disebutkan atau telah mendapat perijinan dari pihak yang berkaitan. Dalam laporan tugas akhir ini peneliti berjanji untuk menjaga kerahasiaan klien.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

4.1 ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

4.1.1 ANC Kunjungan 1

NO. REGISTER : -

TANGGAL / JAM : Kamis, 16 Juni 2022, Jam 11.00 WIT

RUANG : Ruang KIA / KB

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal : 16 Juni 2022

Jam : 11.00 WIT

1. Identitas Ibu Suami / Penanggung Jawab

Nama : Ny. N Tn. M

Umur : 22 Tahun 21 Tahun

Agama : Islam Islam

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia Jawa/Indonesia

Pendidikan : SMA SMA

Pekerjaan : IRT Swasta

Alamat : KPR Pebabri KPR Pebabri

No. Tel/Hp : 082397088003 -

2. Kunjungan saat ini

Kunjungan Pertama

☐

Kunjungan Ulang

☒

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.

4. Riwayat Perkawinan

Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 19 tahun. Dengan suami sekarang 3 tahun.

5. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus : 28 hari

Banyaknya : 50 cc (2x ganti pembalut)

Dismenorrhoe : ya / tidak

HPMT : 01 - 10 - 2021

HPL : 08 - 07 - 2022

6. Riwayat Kehamilan ini

a. Riwayat ANC

ANC sejak umur kehamilan 20 minggu, di Puskesmas Malawili

Frekuensi : Trimester I : - kali

Trimester II : 2 kali

Trimester III : 3 kali

b. Pergerakan janin pertama pada umur kehamilan 20 minggu.

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir sebanyak 12 kali

c. Keluhan yang dirasakan

Tidak ada.

d. Riwayat imunisasi

TT 1 : (Hamil pertama)

TT 2 : (Hamil kedua)

7. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

G _ 2 _ P _ 1 _ Ab _ 0 _ Ah _ 1

Ha mil ke	Persalinan								Nifas	
	Tgl partu s	Umur kehamil an	Jenis partu s	Penol ong	Komplikasi		Jenis kelam in	BB lahir	Laktasi	Kompl ikasi
					Ibu	Bayi				
1	22 Juni 2020	40 minggu	Norm al	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	Laki- laki	2.600 gram	1 tahun	Tidak ada
2	Hamil ini	-	-	-	-	-	-	-	-	-

8. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

N o	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti / Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tangg al	Oleh	Temp at	Keluha n
1.	KB PIL	12 Juli 2020	Bidan	PKM	Tidak ada	-	-	-	-

9. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit menular yang pernah / sedang diderita

1) TBC : Tidak pernah

2) Hepatitis : Tidak pernah

- 3) Sifilis : Tidak pernah
- 4) HIV/AIDS : Tidak pernah
- b. Penyakit yang pernah diderita keluarga / penyakit keturunan
- 1) Asma : Tidak ada
- 2) Jantung : Tidak ada
- 3) Hipertensi : Tidak ada
- 4) Diabetes Mellitus : Tidak ada
- 5) Malaria : Tidak ada
- c. Riwayat keturunan kembar
- Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat keturunan anak kembar.
- d. Kebiasaan – kebiasaan
- Merokok : tidak merokok
- Minum jamu-jamuan : tidak minum jamu
- Minum-minuman keras : tidak minum miras
- Makanan/minuman pantang : tidak ada
- Perubahan pola makan : makan lebih sering

10. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Pola	Sebelum hamil	Selama hamil
1. Nutrisi a) Makan Frekuensi Porsi Jenis b) Minum Jumlah Jenis c) Keluhan	3x / hari Sedang Nasi, sayur, lauk-pauk 9-10 gelas / hari Air putih Tidak ada	4-5x / hari Sedikit – sedang Nasi, sayur, lauk-pauk, buah 9-10 gelas / hari Air putih, susu Tidak ada
2. Eliminasi a) BAK Frekuensi Warna Bau b) BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau c) Keluhan	9-10x / hari Kuning jernih Pesing 1x / hari Padat Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	10-11x / hari Kuning jernih Pesing 1x / 2 hari Padat Kuning Kecoklatan Khas feses Susah BAB (TM 3)
3. Istirahat a) Tidur siang b) Tidur malam c) Keluhan	1 jam 6-7 jam Tidak ada	1-2 jam 7-8 jam Tidak ada

4. Aktivitas	Masak, mencuci	Masak, mencuci
a) Kegiatan sehari-hari	pakaian, bersihkan rumah (dilakukan sendiri)	pakaian, bersihkan rumah (dibantu suami dan keluarga)
b) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
5. Personal Hygiene		
a) Mandi	2x / hari	3x / hari
b) Mencuci rambut	1x / 2 hari	1x / 2 hari
c) Menggosok gigi	2x / hari	3x / hari
d) Ganti pakaian dalam	2x / hari	3x/ hari
e) Perawatan payudara	Tidak pernah	1x / minggu
f) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
6. Seksualitas		
a) Frekuensi	1x / 2 bulan	Tidak pernah
b) Keluhan	Tidak ada	Merasa tidak nyaman.

7. Keadaan Psiko Sosial Spiritual

a. Kelahiran ini ☒ Diinginkan ☐ Tidak diinginkan

b. Penerimaan ibu terhadap kehamilan saat ini

Ibu mengatakan bahwa kehamilan ini memang direncanakan, dan diinginkan oleh suami dan keluarga.

c. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan

Keluarga sangat menantikan kelahiran anak ini dan berharap semua proses kehamilan-kelahiran berjalan dengan lancar.

d. Ketaatan ibu dalam beribadah

Ibu tetap melaksanakan ibadahnya sebagaimana mestinya selama kehamilan ini.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

b. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 88x/menit

Pernafasan : 22x/menit

Suhu : 36,6°C

c. Antropometri

TB : 149 cm

BB : Sebelum hamil 50 kg, BB sekarang 62 kg

IMT : 24,7

LILA : 28 cm

LP : 98 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Simetris, bersih, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat benjolan dan massa abnormal.

- Muka : Simetris, muka tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak oedema.
- Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, fungsi penglihatan baik.
- Hidung : Simetris, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Telinga : Simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik.
- Mulut : Ada caries gigi, bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan atau perdarahan gusi.
- b. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis.
- c. Dada
- Payudara : Simetris, putting susu tidak menonjol (semenjak remaja tidak ada putting susu), areola hiperpigmentasi, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum keluar.
- d. Abdomen
- Bentuk : Besar sesuai usia kehamilan
- Bekas luka : Tidak ada
- Striae gravidarum : Tidak ada

Palpasi Leopold

- Leopold I : TFU 3 jari dibawah px, teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong) di fundus uteri.
- Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang seperti papan (punggung janin) di PUKI ibu, dan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas) di sisi kanan perut ibu.
- Leopold III : Bagian terbawah rahim teraba keras, melenting, bulat (kepala janin) dan sudah tidak dapat digoyangkan.
- Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen), teraba 4/5 bagian di tepi atas symphysis.
- TFU : 32 cm
- TBJ : $(32 - 11) \times 155 \text{ gram} = 3.255 \text{ gram}$
- Auskultasi DJJ : 132x/menit
- Punctum maksimum : Kiri bawah pusat ibu

e. Genitalia

- Tanda chadwich : Tidak dikaji
- Varices : Tidak dikaji
- Bekas luka : Tidak dikaji
- Kelenjar bartholini : Tidak dikaji
- Pengeluaran : Tidak dikaji

f. Anus : Tidak dikaji

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Hb : 12 gr%

b. DDR : Negatif

c. VCT : Negatif

d. Protein urin : Tidak dikaji

e. Glukosa urin : Tidak dikaji

C. Analisa

Diagnosa : Ny. N usia 22 tahun, G₂P₁Ab₀Ah₁ usia kehamilan 39 minggu dengan kehamilan normal.

Masalah : Tidak ada

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.

Hasil : Ibu mengerti dan menerima hasil pemeriksaan.

2. Menjelaskan dan menganjurkan kepada ibu bahwa melakukan hubungan intim dengan suami pada kehamilan khususnya di TM 3 dapat membantu menguatkan dan mengencangkan otot-otot dasar panggul sehingga mampu menghadapi proses persalinan normal lebih mudah.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan bersedia mengikuti arahan Bidan.

3. Memberitahu ibu bahwa persalinan semakin dekat dan persiapan perlengkapan persalinan ibu sudah harus lengkap.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan semua perlengkapan persalinan telah siap.

4. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya pada trimester III yaitu, ketuban pecah sebelum waktunya, terjadi perdarahan, demam yang tinggi, pergerakan janin kurang, anemia berat, nyeri kepala hebat, dan lain sebagainya.

Hasil : Ibu mengerti dengan apa yang disampaikan Bidan.

5. Memberikan ibu tablet tambah darah sebanyak 10 tablet dan kalk 10 tablet, serta mengajarkan ibu untuk aturan minumnya yaitu 1x1.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan bersedia meminum obatnya.

6. Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 23 Juni 2022 atau bila ibu mengalami keluhan.

Hasil : Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 23 Juni 2022 atau apabila ada keluhan.

9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Hasil : Semua hasil pemeriksaan telah didokumentasikan didalam buku KIA ibu, kartu ibu, dan kohort ibu.

4.1.2 ANC Kunjungan 2

NO. REGISTER : -

TANGGAL / JAM : Kamis, 23 Juni 2022

RUANG : Ruang KIA / KB

A. Pengkajian Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan ibu mengeluh semenjak seminggu yang lalu sudah merasa mules tapi masih sangat jarang yaitu satu hari hanya sekali merasakan mules pada perutnya.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

b. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 88x/menit

Pernafasan : 20x/menit

Suhu : 36,6°C

c. Antropometri

BB : 62 kg

LILA : 28 cm

LP : 101 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen

Bentuk	: Besar sesuai usia kehamilan
Bekas luka	: Tidak ada
Striae gravidarum	: Tidak ada
Palpasi Leopold	
Leopold I	: TFU $\frac{1}{2}$ pusat px, teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong) di fundus uteri.
Leopold II	: Teraba datar, keras, memanjang seperti papan (punggung janin) di PUKI ibu, dan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas) di sisi kanan perut ibu.
Leopold III	: Bagian terbawah rahim teraba keras, melenting, bulat (kepala janin) dan sudah tidak dapat digoyangkan.
Leopold IV	: Kepala sudah masuk PAP (divergen), teraba $\frac{3}{5}$ bagian di tepi atas symphysis.
TFU	: 31 cm
TBJ	: $(31 - 11) \times 155 \text{ gram} = 3.100 \text{ gram}$
Auskultasi DJJ	: 132x/menit
Punctum maksimum	: Kiri bawah pusat ibu

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. Protein urin : Tidak dilakukan
- b. Glukosa urin : Tidak dilakukan

C. Analisa

Diagnosa : Ny. N usia 22 tahun, G₂P₁Ab₀Ah₁ usia kehamilan 39 minggu dengan kehamilan normal.

Masalah : Tidak ada

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.
 Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Menjelaskan kepada ibu bahwa rasa mules yang dialami ibu merupakan hal yang normal pada ibu hamil khususnya di usia kehamilan TM 3 akhir sebagai tanda bahwa persalinan semakin dekat.
 Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan Bidan.
3. Mengajarkan ibu teknik relaksasi apabila merasa mules yaitu tarik nafas panjang melalui hidung kemudian hembuskan perlahan melalui mulut.
 Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan mencoba mempraktekkan teknik relaksasi sesuai anjuran Bidan.
4. Memberitahukan ulang kepada ibu tentang tanda bahaya pada trimester III yaitu, ketuban pecah sebelum waktunya, terjadi

perdarahan, demam yang tinggi, pergerakan janin kurang, anemia berat, nyeri kepala hebat, dan lain sebagainya.

Hasil : Ibu mengerti dengan apa yang disampaikan Bidan.

7. Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 30 Juni 2022 atau bila ibu mengalami keluhan.

Hasil : Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 30 Juni 2022 atau apabila ada keluhan.

8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Hasil : Semua hasil pemeriksaan telah didokumentasikan didalam buku KIA ibu, kartu ibu, dan kohort ibu.

4.2 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

NO. REGISTER : -

TANGGAL MASUK/JAM : Jumat, 01 Juli 2022 / 07.30 WIT

DIRAWAT DIRUANG : PMB Herminiati, STr.Keb

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 07.30 WIT

1. Identitas	Ibu	Suami
Nama	: Ny. N	Tn. M
Umur	: 22 Tahun	21 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Swasta
Alamat	: KPR Pebabri	KPR Pebabri
No.Telepon/HP	: 082397088003	-

2. Alasan masuk kamar bersalin

Ibu datang dengan keluhan perut mules dan terasa nyeri pada perut bagian bawah sampai ke tulang belakang yang disertai keluarnya lendir darah dari jalan lahir.

3. Keluhan Utama

Perut mules dan terasa nyeri pada perut bagian bawah sampai ke tulang belakang disertai lendir darah dari jalan lahir.

4. Tanda-tanda persalinan

a. Kontraksi uterus sejak tanggal 01 Juli 2022 jam 03.00 WIT

Frekuensi : 4 kali dalam 10 menit

Durasi : 35 detik

Kekuatan : kuat/sedang/lemah

Lokasi ketidaknyamanan di perut bagian bawah, tulang belakang

b. Pengeluaran per vaginam

Lendir darah : ya/tidak

Air ketuban : ya/tidak, warna

Darah : ya/tidak, warna merah

5. Riwayat sebelum masuk ruang bersalin

Perut mules disertai keluarnya lendir darah dari jalan lahir pada tanggal 01 Juli 2022 pukul 03.00 WIT.

6. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 01-10-2021

HPL : 08-07-2022

Menarche umur 14 tahun, siklus 28 hari, lama 5 hari,

Banyaknya 50 cc

ANC teratur/tidak, frekuensi tiga kali di Puskesmas dan dua kali di dokter

1. Keluhan/komplikasi selama kehamilan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan atau komplikasi apapun selama kehamilan.

2. Riwayat merokok/minum-minuman keras/minum jamu

Ibu mengatakan tidak pernah merokok, tidak pernah minum-minuman keras maupun minum jamu.

- ### 3. Riwayat imunisasi TT

Imunisasi TT 1 : ya/tidak tanggal (Lupa tanggal/hamil anak pertama)

Imunisasi TT 2 : ya/tidak tanggal (Lupa tanggal/hamil anak kedua)

4. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir 13 kali

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

G 2 P 1 Ab 0 Ah 1..

[illegible]

11. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti / Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan
1.	KB PIL	12 Juli 2020	Bidan	PKM	Tidak ada	-	-	-	-

12. Riwayat kesehatan

a. Penyakit yang pernah/sedang diderita

1) TBC : Tidak pernah

1) Hepatitis : Tidak pernah

2) Sifilis : Tidak pernah

3) HIV/AIDS : Tidak pernah

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

1) Asma : Tidak ada

2) Jantung : Tidak ada

3) Hipertensi : Tidak ada

4) Diabetes Mellitus : Tidak ada

5) Malaria : Tidak ada

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak ada riwayat keturunan kembar

13. Makan terakhir tanggal 01 Juli 2022 jam 07.00 WIT jenis nasi, lauk-pauk

14. Minum terakhir tanggal 01 Juli 2022 jam 07.00 WIT jenis air putih, minuman jus buah
15. Buang air besar terakhir tanggal 01 Juli 2022 jam 06.00 WIT
16. Buang air kecil terakhir tanggal 01 Juli 2022 jam 07.30 WIT
17. Istirahat dalam 1 hari terakhir 01 Juli 2022 jam 06.00 WIT
18. Keadaan Psiko Sosio Spiritual/kesiapan menghadapi proses persalinan

- a. Pengetahuan tentang tanda-tanda persalinan dan proses persalinan

Ibu mengatakan mengetahui tanda-tanda persalinan dan proses persalinan dari Bidan, Dokter dan pengalaman sebelumnya.

- b. Persiapan persalinan yang telah dilakukan (Pendamping ibu, biaya, dll)

Ibu mengatakan telah menyiapkan semua perlengkapan persalinan. Pendamping persalinan adalah suami dan keluarga, biaya persalinan juga telah disiapkan.

- c. Tanggapan Ibu dan Keluarga terhadap proses persalinan yang dihadapi

Ibu mengatakan bahwa ibu dan keluarga berharap proses persalinan dapat berjalan lancar dan keadaan ibu maupun bayinya baik dan sehat.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis

b. Status emosional : Terkendali / Normal

c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 85 kali per menit

Pernafasan : 20 kali per menit

Suhu : 36,5°C

d. Antropometri

TB : 149 cm

BB : sebelum hamil 50 kg, BB sekarang 62 kg

IMT : 24,7

LILA : 28 cm

LP : 101 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala dan leher

Edema wajah : Tidak ada edema

Cloasma gravidarum + (-)

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, fungsi penglihatan baik.

Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi.

- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis.
- b. Payudara
- Bentuk : Simetris, bulat, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri.
- Puting susu : Tidak ada / flat (semenjak remaja tidak ada puting susu).
- Colostrum : Belum ada pengeluaran
- c. Abdomen
- Pembesaran : Besar sesuai usia kehamilan
- Benjolan : Tidak ada
- Bekas luka : Tidak ada
- Striae gravidarum : Tidak ada
- Palpasi Leopold
- Leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ pusat px, teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong) di fundus uteri.
- Leopold II : Teraba keras, panjang seperti papan (punggung janin) di sisi PUKA ibu, dan teraba ekstremitas janin di sisi kiri perut ibu.
- Leopold III : Bagian terbawah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).

- Leopold VI : Kepala sudah masuk PAP, penurunan
Hodge II
- Osborn test : Tidak dilakukan
- Auskultasi DJJ : 130x/menit
- Punctum maksimum: Kanan bawah pusat ibu
- His : Kuat
- Frekuensi : 4 kali dam 10 menit
- Durasi : 35 detik
- Kekuatan : kuat/~~sedang~~/lemah
- d. Pinggang : nyeri/~~tidak~~
- e. Ekstremitas
- Kekakuan otot, sendi : Tidak kaku
- Edema : Tidak ada edema
- Varices : Tidak ada varices
- Reflek patela : +/+
- Kuku : Bersih, pendek
- f. Genetalia luar
- Tanda chadwich : Tidak ada
- Varices : Tidak ada
- Bekas luka : Tidak ada
- Kelenjar bartholini : Tidak ada
- Pengeluaran : Lendir darah (+)
- Pemeriksaan dalam : Pukul 07.30 pembukaan 2 cm.

g. Anus

Hemoroid : Tidak ada

3. Pemeriksaan Penunjang

Rapid Covid-19 : Non Reaktif

Hb : 12,0 gr%

C. Analisa

Ny. N, usia 22 tahun, G₂P₁Ab₀Ah₁, UK. 39 minggu, Inpartu Kala I Fase Laten.

D. Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 07.30 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya

2. Anjurkan ibu untuk berjalan-jalan dalam ruangan di sela-sela his agar membantu percepatan pembukaan

Hasil : Ibu mengerti dan mengikuti anjuran Bidan

3. Anjurkan ibu untuk makan dan minum apabila lapar atau haus

Hasil : Ibu mengerti dan mengikuti anjuran Bidan

4. Beritahu ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap

Hasil : Ibu mengerti dengan apa yang disampaikan Bidan

5. Ajarkan ibu teknik relaksasi saat ada kontraksi, yaitu tarik napas dalam dari hidung dan hembuskan perlahan lewat mulut

Hasil : Ibu mengerti dan melakukan teknik tersebut saat ada kontraksi

DATA PERKEMBANGAN

KALA I

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 09.30 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan perutnya semakin mules dan nyeri pada perut bagian bawah
2. Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng semakin kuat

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/80 mmHg N : 86 x/menit
R : 22 x/menit S : 36,7°C
4. HIS : 4x dalam 10 menit, durasi 45 detik
5. DJJ : 130x/menit
6. Pemeriksaan dalam :
 - a. Portio : Tebal
 - b. Pembukaan : 8 cm
 - c. Ketuban : Utuh
 - d. Presentasi : Belakang kepala
 - e. Posisi : UUK jam 12
 - f. Penurunan : Hodge III

A : Analisa

Ny. N, usia 22 tahun, G₂P₁Ab₀Ah₁, UK. 39 minggu, penurunan kepala Hodge III, Inpartu Kala I Fase Aktif.

P : Penatalaksanann

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 09.30 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya

2. Pantau TTV ibu dan observasi DJJ tiap 30 menit

Hasil : TTV dan DJJ dalam keadaan baik

3. Pukul 09.30 WIT siapkan partus set, hecing set, alat resusitasi, pakaian ibu dan bayi :

- a. Partus set

- 1) 1 klem tali pusat
- 2) Umbilical klem
- 3) Gunting tali pusat
- 4) ½ koher
- 5) Kassa steril
- 6) Kateter
- 7) Gunting episiotomy

- b. Hecting set

- 1) Jarum steril
- 2) Benang steril (catgut)
- 3) Kassa steril

- 4) Betadine
- 5) Pinset anatomis
- 6) Tampon
- c. Alat resusitasi
 - 1) Penghisap lender
 - 2) Sungkup
- d. Pakaian ibu
 - 1) Kain bersih dan kering 3 buah
 - 2) Pakaian bersih
 - 3) Baju dalaman
 - 4) Pempers dewasa
- e. Pakaian bayi
 - 1) Popok
 - 2) Baju
 - 3) Bedong
 - 4) Topi
 - 5) Kaos kaki
 - 6) Sarung tangan

Hasil : partus set, hecing set, alat resusitasi, pakaian ibu dan bayi telah disiapkan.

4. Pukul 09.30 WIT lakukan pemeriksaan dalam kedua

Hasil : Telah dilakukan pemeriksaan dalam, pembukaan 8 cm

DATA PERKEMBANGAN

KALA II

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 10.15 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng semakin kuat
2. Ibu mengatakan ingin meneran
3. Ibu mengatakan merasa ingin BAB

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/70 mmHg N : 86 x/menit
R : 22 x/menit S : 36,7°C
4. HIS : 5x dalam 10 menit, durasi 45 detik
5. DJJ : 135x/menit
6. Inspeksi pemeriksaan tanda gejala kala II :
 - a. Ada tekanan dari anus
 - b. Perineum menonjol
 - c. Vulva membuka
7. Pemeriksaan dalam :
 - a. Portio : Lunak dan tipis
 - b. Pembukaan : 10 cm
 - c. Ketuban : Pecah spontan (Mekonium)
 - d. Presentasi : Belakang kepala

e. Posisi : UUK jam 12

f. Penurunan : Hodge IV

A : Analisa

Ny. N, usia 22 tahun, G₂P₁Ab₀Ah₁, UK. 39 minggu, Inpartu Kala II.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 10.15 WIT

1. Beritahu ibu bahwa hasil pemeriksaan pembukaan sudah lengkap dan akan dipimpin untuk bersalin.

Hasil : Ibu sudah mengetahui bahwa pembukaan sudah lengkap dan siap dipimpin bersalin

2. Periksa kembali partus set.

Hasil : Partus set sudah diperiksa dan sudah lengkap.

3. Atur posisi ibu dengan dorsal recumbent yaitu kaki ditekuk dan telapak kaki menapak ditempat tidur, tangan berada pada pergelangan kaki.

Hasil : Posisi ibu sudah diatur dengan posisi dorsal recumbent.

4. Ajarkan pada ibu cara meneran yang benar yakni saat ada kontraksi ibu meneran dengan kepala menunduk, dan meneran tanpa bersuara, sedangkan mata tetap terbuka.

Hasil : Sudah diajarkan pada ibu cara meneran yang benar dan ibu sudah paham

5. Lakukan pertolongan persalinan kala II :

- a. Gunakan celemek

- b. Cuci tangan 6 langkah dengan air mengalir

- c. Letakkan kain bersih diatas perut ibu
- d. Letakkan underpad dibawah bokong ibu
- e. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- f. Setelah kepala bayi tampak 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan tangan kanan dilapisi kain bersih
- g. Lahirkan kepala bayi, tangan kiri berada di vertek untuk menahan kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal, dan anjurkan ibu meneran saat ada kontraksi
- h. Setelah kepala bayi lahir, periksa lilitan tali pusat dan tunggu bayi melakukan putaran paksi luar
- i. Letakkan tangan penolong secara biparetal pada kepala bayi dengan tangan terkuat berada di atas, dengan perlahan gerakkan kepala bayi kebawah dan distal hingga bahu depan lahir, kemudian gerakkan keatas dan distal hingga bahu belakang lahir
- j. Geser tangan kanan kearah perineum ibu untuk menyangga kepala bayi, sedangkan tangan kiri menyusuri badan bayi hingga ujung kaki
- k. Lakukan penilaian selintas pada bayi dengan memposisikan kepala 15°C lebih rendah dari kepala untuk menilai tangisan, tonus otot dan warna kulit bayi
- l. Letakkan bayi diatas perut ibu untuk dikeringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lain kecuali pada telapak tangan, kemudian ganti kain dengan yang kering dan lakukan pemeriksaan antropometri
- m. Periksa fundus uteri untuk memastikan janin tunggal.

Hasil : telah dilakukan pertolongan persalinan kala II, bayi lahir spontan pukul 10.30 WIT, jenis kelamin laki-laki, gerakan aktif, usaha napas baik, menangis spontan, warna kulit kemerahan, tidak ada cacat, BB : 2600 gram, PB : 49 cm, LK : 32 cm, LD : 32 cm, anus berlubang, APGAR score 8/9. Telah diberikan salep mata dan Vit. K1.

DATA PERKEMBANGAN

KALA III

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 10.35 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan bahagia atas kelahiran anaknya
2. Ibu mengatakan perut masih terasa mules

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/70 mmHg N : 87 x/menit
R : 22 x/menit S : 36,7°C
4. Palpasi uterus : Tidak teraba janin kedua
5. Kontraksi : Keras / Baik
6. TFU : 1 jari diatas pusat
7. Inspeksi tanda-tanda pelepasan plasenta
 - a. Semburan darah tiba-tiba
 - b. Tali pusat bertambah panjang
 - c. Uterus berbentuk globuler dan keras

A : Analisa

Ny. N, usia 22 tahnun, G₂P₁Ab₀Ah₁, Inpartu Kala III.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 10.35 WIT

1. Suntikkan oxy 5 IU secara IM pada 1/3 paha atas lateral dalam waktu kurang dari 1 menit setelah bayi lahir, dan jelaskan pada ibu tujuan dari tindakan yakni agar placenta cepat lahir.

Hasil : Ibu sudah disuntik oxytocin 10 IU secara IM pada 1/3 paha atas lateral

2. Pastikan tanda pelepasan plasenta.

Hasil : Telah terlihat tanda-tanda pelepasan placenta yaitu terdapat semburan darah tiba-tiba dari jalan lahir, tali pusat bertambah panjang dan uterus globular.

3. Bantu lahirkan placenta :

- a. Memindahkan klem 5-6 cm didepan vulva
- b. Melakukan penegangan tali pusat setiap ada kontaksi menggunakan tangan kanan kearah bawah sejajar lantai dengan telapak tangan menghadap keatas, sedang tangan kiri berada diatas simfisis mendorong uterus kearah belakang atas (dorsokranial).
- c. Lakukan dorsokranial hingga placenta lepas, minta ibu meneran dan penolong membantu menegangkan tali pusat mengikuti posos jalan lahir.
- d. Bila tali pusat bertambah panjang, maka pindahkan klem 5-6 cm didepan vulva, kemudian lakukan penegangan tali pusat kembali.

- e. Setelah placenta berada pada introitus vagina, lahirkan placenta menggunakan kedua tangan dengan memutar placenta searah jarum jam hingga selaput ketuban terpilin.
- f. Melakukan masase pada perut ibu selama 15 detik.
- g. Memeriksa kelengkapan placenta dan letakkan pada tempat yang telah disediakan.

Hasil : Plasenta lahir spontan pada pukul 10.35 WIT, selaput ketuban utuh, kotiledon lengkap berjumlah 18, diameter plasenta 2 cm, berat plasenta 500 gram, perdarahan ± 150 cc, kontraksi uterus keras, TFU 1 jari diatas pusat.

- 4. Periksa kemungkinan adanya laserasi pada jalan lahir.

Hasil : Terdapat laserasi derajat II yaitu laserasi mengenai mukosa vagina, kulit perineum dan jaringan otot perineum.

DATA PERKEMBANGAN

KALA IV

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 10.35 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan lega karena ari-ari bayinya sudah lahir.
2. Ibu mengatakan masih merasa mules.

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/70 mmHg N : 87 x/menit
R : 22 x/menit S : 36,7°C
4. Kontraksi : Keras / Baik
5. TFU : 1 jari diatas pusat
6. Perdarahan : ±150 cc
7. Lochea : Rubra
8. Perinemun : Ada laserasi derajat II

A : Analisa

Ny. N, usia 22 tahun, P₂Ab₀Ah₂, Inpartu Kala IV.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 10.35 WIT

1. Suntikkan Anestesi local untuk menjahit laserasi pada perineum

Hasil : Telah diberikan suntikan anestesi local.

2. Jahit laserasi jalan lahir ibu dengan teknik terputus / interrupted.

Hasil : Perineum sudah dijahit dengan teknik terputus / interrupted, jahitan dalam sebanyak 2 jahitan dan jahitan luar sebanyak 2 jahitan.

3. Bersihkan ibu dengan tissue basah dan ganti pakaian ibu dengan pakaian yang bersih dan kering.

Hasil : Ibu sudah dibersihkan dan sudah ganti pakaian.

4. Observasi keadaan umum ibu.

Hasil : Telah dilakukan observasi keadaan umum ibu dengan hasil :

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. TTV : TD : 110/70 mmHg R : 22x/menit
N : 87x/menit S : 36,7°C

5. Anjurkan ibu untuk makan dan minum untuk menambah energi dan mengembalikan tenaga yang hilang.

Hasil : Ibu sudah makan dan minum dengan jenis nasi, ikan, sayur dan minum air putih.

6. Jelaskan kebutuhan gizi ibu nifas, cara perawatan luka perineum, dan ASI Eksklusif.

Hasil : Ibu sudah mengerti dan paham tentang kebutuhan ibu nifas, cara perawatan luka perineum, dan pemberian ASI eksklusif.

7. Pantau ibu selama 2 jam post partum.

Hasil : ibu sudah dilakukan pemantauan selama 2 jam dengan hasil :

Jam ke	Waktu	TD	N	SB	TFU	KU	KK	Perdaran
I	10.35	110/70	87	36,7	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 150 cc
	10.50	110/70	86	36,6	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 130 cc
	11.05	110/70	88	36,7	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 100 cc
	11.20	110/70	87	36,7	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 70 cc
II	11.50	110/70	87	36,6	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 50 cc
	12.20	110/70	87	36,6	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 20 cc

Keterangan :

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

SB : Suhu Badan

TFU : Tinggi Fundus Uteri

KU : Kontaksi Uterus

KK : Kandung Kemih

4.3 ASUHAN KEBIDANAN NIFAS KF I (6 JAM PP)

NO. REGISTER : -

TANGGAL PENGKAJIAN : 01 Juli 2022 / 16.30 WIT

DIRAWAT DIRUANG : PMB Herminiati, STr.Keb

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal	: 01 Juli 2022	Jam	: 16.30 WIT
1. Identitas	Ibu	Suami/Penanggunjawab	
Nama	: Ny. N	Tn.	M
Umur	: 22 Tahun		21 Tahun
Agama	: Islam		Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia		Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMA		SMA
Pekerjaan	: IRT		Swasta
Alamat	: KPR Pepabri		KPR Pepabri
No.Telepon	:-		
2. Alasan masuk rumah sakit/alasan dirawat	Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan ibu merasa lelah.		
3. Riwayat perkawinan	Kawin 1 kali... Kawin pertama umur 19 tahun. Dengan suami sekarang 3 tahun.		
4. Riwayat Menstruasi	Menarche :14 tahun Siklus : 28 hari...Teratur		

Lama : 5 hari

Sifat darah : Encer

Bau : Bau khas darah

HPHT : 18-09-2021

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

G.... P 2.... Ab 0.... Ah....

Ha mil ke	Persalinan								Nifas	
	Tgl partu s	Umur kehamil an	Jenis partu s	Penol ong	Komplikasi		Jenis kelam in	BB lahir	Laktasi	Kompl ikasi
					Ibu	Bayi				
1	20 Juni 2020	40 minggu	Norm al	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♀	2600 gram	2 tahun	Tidak ada
2	01 Juli 2022	39 minggu	Norm al	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♀	2600 gram	-	Tidak ada

6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti / Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tangg al	Oleh	Temp at	Keluha n
1.	KB PIL	12 Juli 2020	Ny. N	PKM	Tidak ada	-	-	-	-

7. Riwayat kesehatan

a. Penyakit yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit atau sedang tidak dalam keadaan sakit.

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan Keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit tertentu ataupun keluarga sedang tidak dalam keadaan sakit.

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu tidak memiliki keturunan kembar.

8. Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir

Masa kehamilan : 39 minggu

Tempat persalinan : PMB Herminiati STr.Keb

Penolong : Bidan

Jenis persalinan : Spontan

Komplikasi : Tidak ada

a. KPD : Tidak

Plasenta

a. Lahir : Lengkap

b. Ukuran / berat : Diameter 17 cm, tebal 3 cm / 500 gram

c. Tali pusat panjang : 50 cm

d. Kelainan : Tidak ada

Perineum :

a. Ruptur : Derajat 2

b. Episiotomi : Tidak dilakukan

c. Jahitan dalam : 2 benang daging (Chromic catgut)

d. Jahitan luar : 2 benang daging (Chromic catgut)

e. Teknik penjahitan : Simple interrupted suture / terputus

Lama Persalinan

- a. Kala I : 2 jam 45 menit
- b. Kala II : 15 menit
- c. Kala III : 5 menit
- d. Kala IV : 2 jam
- Perdarahan : ± 150 cc

9. Keadaan bayi baru lahir

- Lahir tanggal : 01 Juli 2022 jam 10.30 WIT
- Masa gestasi : 39 minggu
- BB/PB lahir : 2600 gram / 49 cm
- Nilai APGAR 1 menit/5 menit/ 10 menit : 8 / 9 / 9
- Cacat bawaan : Tidak ada
- Rawat gabung : Ya

10. Riwayat Post partum

- a. Ambulasi : Tidak ada
- b. Pola nutrisi : Ibu mengatakan sudah makan
- c. Pola tidur : Ibu mengatakan belum istirahat
- d. Pola eliminasi
 - 1) BAB : Ibu belum BAB
 - 2) BAK : Ibu belum BAK
- e. Pengalaman menyusui : Ibu mengatakan sudah ada pengalaman menyusui sebelumnya.

- f. Pengalaman waktu melahirkan : Ibu sangat sabar dan senang saat bayi lahir.
- g. Pendapat ibu tentang bayinya : Ibu sangat senang dan menerima atas kelahiran bayinya.
- h. Lokasi ketidaknyamanan : Perut dan perineum.

11. Keadaan psikososial spiritual

Kelahiran ini : Diinginkan

- a. Penerimaan ibu terhadap kelahiran bayi :
Ibu sangat menerima dan senang atas kelahiran bayinya
- b. Tanggapan keluarga terhadap bayinya:
Keluarga Ibu sangat senang dan menerima atas kelahiran bayinya.
- c. Tinggal serumah dengan:
Suami dan anak-anak
- d. Orang terdekat :
Suami, anak dan orang tua.
- e. Pengetahuan ibu tentang masa nifas dan perawatan bayi :
Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang masa nifas dan cara perawatan bayi yang benar.
- f. Rencana perawatan bayi :
Ibu akan dibantu oleh keluarga untuk perawatan bayi, dan merawat tali pusat.
- g. Keluhan sekarang : Tidak ada
- h. Pertanyaan yang diajukan : Tidak ada

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis
- b. Status emosional : Stabil
- c. Tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 85 x/menit
 - Pernafasan : 20 x/menit
 - Suhu : 36,5⁰C
- d. Antropometri
 - TB : 149 cm
 - BB : sebelum hamil 50 kg, BB sekarang 62 kg
 - LILA : 28 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Bersih, tidak ada lesi, tidak berketombe, tidak ada benjolan, rambut hitam dan lurus.
- Muka : Simetris, tidak ada odema, tidak ada cloasma gravidarum.
- Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
- Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis.
- Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan vena jugularis.
- b. Dada : Tidak ada tarikan dinding dada

Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri
 Bentuk : Simetris
 Puting susu : Tidak ada puting susu / flat (semenjak remaja)
 Colostrum : Belum keluar

c. Abdomen

Bekas luka : Tidak ada
 TFU : 1 jari diatas pusat
 Kontraksi : Baik / keras
 Kandung kemih : Kosong

d. Ekstremitas

Atas : Lengkap, tidak ada polidaktili
 Bawah : Lengkap, tidak ada polidaktili
 Edema : Tidak ada
 Varices : Tidak ada
 Reflek patela : + / +
 Kuku : Bersih, pendek
 Tanda Homan : Tidak ada

e. Genetalia luar

Edema : Tidak ada
 Varices : Tidak ada
 Perineum : Ada luka jahitan
 Jahitan : Jahit 2 dalam 2 luar, benang daging
 Teknik penjahitan : Suture

Anus : Tidak ada hemoroid

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan.

C. Analisa

Ny. N, Usia 22 Tahun P₂Ab₀Ah₂ post partum 6 jam normal.

D. Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 16.30 WIT

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada Ibu.

TD : 110/70 mmHg

N : 85x/menit

Rr : 20x/menit

S : 36,5°C

Hasil : Ibu telah mengetahui keadaannya.

2. Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan rasa mules yang ibu alami merupakan hal yang normal, karena rahim yang keras dan mules berarti rahim sedang berkontraksi yang dapat mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.

Hasil : Ibu mengerti tentang penyebab rasa mules yang dialami ibu.

3. Menganjurkan ibu untuk memberikan susu formula pada bayinya sebagai pengganti ASI apabila ASI tidak keluar.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan bersedia melakukan sesuai anjuran bidan.

4. Memberitahu kepada ibu jadwal pemberian ASI/susu formula yaitu diberikan setiap 2 jam atau setiap bayi menangis.

Hasil : Ibu sudah mengerti dan bersedia menyusui bayinya.

5. Memberikan ibu KIE tentang nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur, ikan, daging, sayur-sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, dan banyak minum air putih.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran Bidan.

6. Mengajarkan pada ibu untuk menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin

Hasil : Ibu mengerti pentingnya menjaga kebersihan diri

7. Mengajarkan pada ibu perawatan bayi yang benar

Hasil : Bayi harus tetap berpakaian dan diselimuti setiap saat, memakai pakaian kering dan lembut, ganti popok dan baju jika basah, jangan tidurkan bayi di tempat dingin atau banyak angin, jangan memberikan apapun pada tali pusar dan tali pusar dibiarkan terbuka dan kering, bila tali pusar kotor atau basah, cuci dengan air dan sabun mandi dan keringkan dengan kain bersih.

8. Memberitahu kepada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti pengeluaran lochea berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak pada tangan, wajah dan tungkai, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri pada payudara. Apabila ditemukan tanda bahaya segera ke petugas kesehatan.

Hasil :Ibu sudah mengerti tanda-tanda bahaya masa nifas dan bersedia kepetugas kesehatan.

9. Memberikan obat oral untuk ibu konsumsi

Hasil: Menerima obat oral antara lain:

- 1) Amoxicilin 500mg 3x1
- 2) Paracetamol 500mg 3x1
- 3) Hemafort 1x1
- 4) Vit A 1x1

DATA OBSERVASI**KUNJUNGAN NIFAS II (6 HARI)**

Tanggal : 07 Juli 2022

Jam : 10.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Ibu mengatakan sudah bisa beraktivitas seperti biasanya walaupun masih terbatas.

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/80 mmHg
N : 89 x/menit
R : 20x/menit
S : 36,5°C

1. Pemeriksaan fisik :

- a. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
- b. Telinga : Tidak ada kelainan dan tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal
- c. Hidung : Tidak ada polip, tidak ada pengeluaran secret yang abnormal
- d. Mulut : Tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi
- e. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, konsistensi berisi.

- f. Abdomen : Kandung kemih kosong, teraba keras, TFU pertengahan pusat symphysis.
- g. Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguinolenta yang berwarna merah kekuningan disertai sedikit lender, jahitan perineum tampak baik dan sudah mulai kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah.
- h. Ekstremitas : Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada oedem, tidak ada varices.

A : Analisa

Ny. N, P₂Ab₀Ah₂ post partum normal 6 hari.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 07 Juli 2022

Jam : 10.00 WIT

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya.

2. Menganjurkan ibu untuk memberikan susu pada anaknya sesuai anjuran

Bidan yaitu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi menangis.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan telah mengikuti anjuran Bidan.

3. Memberikan ibu KIE tentang nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur, ikan, daging, sayur-sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, dan banyak minum air putih.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran Bidan.

4. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas yaitu seperti perdarahan, demam tinggi, sakit kepala yang hebat, wajah, tangan, dan kaki bengkak serta menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila mengalami gejala tersebut.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan.

5. Memberitahu ibu tentang istirahat ibu nifas yaitu ketika bayi tidur ibu juga ikut tidur agar tidak terlalu kelelahan.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan.

6. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan banyinya dan terus merawat bayinya dengan baik sesuai dengan yang telah diajarkan.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan terus merawat bayinya dengan baik.

7. Membuat janji dengan ibu untuk kunjungan ulang tanggal 14 Juli 2022.

Hasil : Ibu bersedia untuk kunjungan ulang.

DATA OBSERVASI
KUNJUNGAN NIFAS III (2 MINGGU)

Tanggal : 14 Juli 2022

Jam : 10.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Ibu mengatakan sudah bisa beraktivitas seperti biasanya
3. Ibu mengatakan selalu memberikan susu pada anaknya tiap 2 jam atau ketika anaknya menangis
4. Ibu mengatakan darah yang keluar dari jalan lahirnya sudah berwarna kekuningan dan tidak berbau

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/70 mmHg
N : 86 x/menit
R : 21x/menit
S : 36,8°C
2. Pemeriksaan fisik :
 - a. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
 - b. Telinga : Tidak ada kelainan dan tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal
 - c. Hidung : Tidak ada polip, tidak ada pengeluaran secret yang

abnormal

- d. Mulut : Tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi
- e. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, konsistensi berisi.
- f. Abdomen : Kandung kemih kosong, teraba keras, TFU tidak teraba.
- g. Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa yang berwarna kekuningan dan tidak berbau, jahitan perineum tampak baik dan sudah kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah.
- h. Ekstremitas : Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada oedem, tidak ada varices.

A : Analisa

Ny. N, P₂Ab₀Ah₂ post partum normal 14 hari.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 14 Juli 2022

Jam : 10.00 WIT

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.
Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya.
2. Mengingatkan ibu kembali untuk tetap memberikan susu pada anaknya sesuai anjuran Bidan yaitu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi menangis.
Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan telah mengikuti anjuran Bidan.

3. Mengingatkan ibu kembali tentang nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur, ikan, daging, sayur-sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, dan banyak minum air putih.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran Bidan

4. Mengingatkan ibu kembali tentang tanda bahaya masa nifas yaitu seperti perdarahan, demam tinggi, sakit kepala yang hebat, wajah, tangan, dan kaki bengkak serta menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila mengalami gejala tersebut.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan.

5. Mengingatkan ibu kembali tentang istirahat ibu nifas yaitu ketika bayi tidur ibu juga ikut tidur agar tidak terlalu kelelahan.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan.

6. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan banyinya dan terus merawat bayinya dengan baik sesuai dengan yang telah diajarkan.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan terus merawat bayinya dengan baik

7. Membuat janji dengan ibu untuk kunjungan akhir tanggal 11 Agustus 2022.

Hasil : Ibu bersedia untuk kunjungan akhir.

DATA OBSERVASI

KUNJUNGAN NIFAS IV (6 MINGGU)

Tanggal : 11 Agustus 2022

Jam : 15.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Ibu mengatakan sudah beraktivitas seperti biasanya
3. Ibu mengatakan selalu memberikan susu pada anaknya tiap 2 jam atau ketika anaknya menangis
4. Ibu mengatakan darah yang keluar dari jalan lahirnya sudah berwarna putih dan tidak berbau

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/80 mmHg
N : 88 x/menit
R : 20x/menit
S : 36,6⁰C
3. Pemeriksaan fisik :
 - a. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
 - b. Telinga : Tidak ada kelainan dan tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal
 - c. Hidung : Tidak ada polip, tidak ada pengeluaran secret yang abnormal

- d. Mulut : Tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi
- e. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, konsistensi berisi.
- f. Abdomen : Kandung kemih kosong, teraba keras, TFU tidak teraba.
- g. Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea alba yang berwarna putih dan tidak berbau, jahitan perineum tampak baik dan sudah kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah.
- h. Ekstremitas : Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada oedem, tidak ada varices.

A : Analisa

Ny. N, P₂Ab₀Ah₂ post partum normal 42 hari.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 11 Agustus 2022

Jam : 15.00 WIT

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya.

2. Mengingatkan ibu kembali untuk tetap memberikan susu pada anaknya sesuai anjuran Bidan yaitu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi menangis.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan telah mengikuti anjuran Bidan.

3. Menganjurkan ibu untuk tetap merawat bayinya dengan baik dan tetap menjaga kebersihan dirinya.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran Bidan.

4. Memberikan KIE kepada ibu tentang macam-macam KB, cara kerja, keuntungan dan efek samping dari masing-masing jenis KB.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan memilih menggunakan metode KB Suntik 3 Bulan.

5. Memberitahu ibu bahwa ini adalah kunjungan terakhir dan berterima kasih kepada ibu atas kesediaan dan kerjasamanya selama menjadi responden untuk tugas akhir ini.

Hasil : Ibu kembali berterima kasih karena telah didampingi dan dipantau selama masa kehamilan, persalinan hingga masa nifasnya telah selesai.

4.4 ASUHAN KEBIDANAN BBL

NO. REGISTER : -

TANGGAL MASUK/JAM : 01 Juli 2022 / 10.30 WIT

DIRAWAT DIRUANG : PMB Herminiati, STr.Keb

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal : 01 Juli 2022 Jam : 10.30 WIT

1. Identitas Orang Tua	Ibu	Ayah
Nama	: Ny. N	Tn. M
Umur	: 22 Tahun	21 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Swasta
Alamat	: KPR Pepabri	KPR Pepabri
No.Telepon/HP	: 082397088003	-

2. Riwayat antenatal

G2 P1 Ab0 Ah1 Umur kehamilan 39 minggu.

Riwayat ANC : teratur/~~tidak~~, empat kali di Puskesmas, dua kali di dokter kandungan

Imunisasi TT : 3 kali

TT 1 : (Lupa tanggal / hamil anak pertama)

TT 2 : (Lupa tanggal / hamil anak kedua)

TT 3 : (02-08-21)

Kenaikan BB : 16 kg

Keluhan saat hamil : tidak ada keluhan

Penyakit selama hamil: jantung, diabetes melitus, gagal ginjal, hepatitis B, tuberkulosis, HIV positif, Trauma /penganiayaan. (tidak ada)

Kebiasaan makan : 3-4 kali sehari, jenis nasi, sayuran, ikan, daging, dan buah.

Obat /jamu : tidak pernah minum jamu

Merokok : tidak pernah merokok

Komplikasi ibu : Hiperemesis, Abortus, Perdarahan, Pre Eklamsia, Eklamsia, Diabetes Gestasional, Infeksi. (tidak ada komplikasi)

Janin : IUGR, poligohidramnion / oligohidramnion, gemeli. (tidak ada komplikasi)

3. Riwayat intranatal

Lahir tanggal : 01 Juli 2022 Jam 10.30 WIT

Jenis persalinan : Spontan / ~~tindakan~~

Atas indikasi : Tidak ada

Penolong : Bidan di PMB Herminati, STr.Keb

Lama persalinan : Kala I 9 jam 30 menit
Kala II 0 jam 25 menit
Kala III 0 jam 10 menit
Kala IV 2 jam

Komplikasi :

a. Ibu : Hipertensi/ hipotensi, partus lama, penggunaan obat, infeksi/suhu badan naik, KPD, Perdarahan. (tidak ada komplikasi)

b. Janin : Prematur/posmatur, malposisi ,malpresentasi, gawat janin, ketuban campur mekonium, prolaps tali pusat. (tidak ada komplikasi)

4. Keadaan bayi baru lahir

Jenis kelamin : Laki-laki

BB/PB lahir : 2600 gram / 49 cm

Nilai APGAR : 1 menit / 5 menit / 10 menit : 8 / 9 / 9

No	Kriteria	1 menit	5 menit	10 menit
1	Denyut jantung	2	2	2
2	Usaha nafas	2	2	2
3	Tonus otot	2	2	2
4	Reflek	1	1	1
5	Warna kulit	1	2	2
	Total	8	9	9

Caput succedanium : tidak ada

Cephal hematoma : tidak ada

Cacat bawaan : tidak ada

Resusitasi : Rangsangan : ya/tidak

Penghisapan lendir : ya /tidak

Ambu bag : ~~ya~~/ tidak
 Massase jantung : ~~ya~~/ tidak
 Intubasi Endotrachea : ~~ya~~/tidak
 O2 : ~~ya~~/ tidak

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis
 TTV : Nadi : 140 x/menit
 Suhu : 36⁰C
 Respirasi : 40 x/menit

Antropometri

BB/PB : 2600 gram / 49 cm
 LK/LD : 33 cm / 33 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Bulat, simetris, tidak ada caput succedanium
- b. Muka : Bersih, simetris, tidak ada kelainan
- c. Mata : Simetris, sclera putih, tidak ada kelainan
- d. Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- e. Hidung : Simetris, terdapat septum, tidak ada polip, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- f. Mulut : Tidak ada palatoschisis, bibir lembab

- g. Leher : Tidak ada pembengkakan
- h. Klavikula : Normal
- i. Lengan tangan : Gerakan aktif, tidak ada kelainan
- j. Dada : Simetris, tidak ada tarikan dinding dada
- k. Abdomen : Simetris, bising usus teratur
- l. Genetalia : Normal, tidak ada kelainan
- m. Tungkai dan kaki : Lengkap, tidak ada polidaktili
- n. Punggung : Normal, tidak ada kelainan

3. Refleks

- Morro : (+) Positif
- Rooting : (+) Positif
- Swallowing : (+) Postif
- Grasping : (+) Positif
- Sucking : (+) Positif
- Tonicneck : (+) Positif

4. Eliminasi

- Miksi : belum
- Mekonium : belum

5. Pemeriksaan penunjang (bila dilakukan)

(Tidak dilakukan)

C. Analisa

By. Ny. N, P₂Ab₀Ah₂, bayi baru lahir normal.

D. Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 10.30 WIT

1. Beritahu ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan, bahwa kondisi bayinya sehat, bernafas normal, menangis kencang dengan jenis kelamin laki – laki, BB 2600 gram, PB 49 cm dan LK/LD 33 cm/33 cm.

Hasil : Ibu dan keluarga telah mengetahui kondisi anaknya dan mereka merasa senang.

2. Beritahu ibu dan keluarga bahwa bayinya telah dibersihkan dan telah dipakaikan baju untuk menjaga kehangatan bayi tetap terjaga.

Hasil : Bayi telah dibersihkan dan telah dipakaikan baju.

3. Beritahu ibu dan keluarga bahwa bayinya akan disuntik Vit. K1 dan diberi salep mata.

Hasil : Bayi telah disuntik Vit. K dan diberi salep mata.

DATA OBSERVASI

KUNJUNGAN NEONATUS I (6 JAM)

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 04.30 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya.
2. Ibu mengatakan ASI sudah keluar.
3. Ibu mengatakan anaknya sudah BAK pada 1 jam pertama setelah lahir dan sudah BAB 1 kali berwarna kehijauan.
4. Ibu mengatakan bayinya tertidur pulas dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK.

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : N : 140 x/menit
R : 40 x/menit S : 36,9°C
4. Tonus otot : Aktif
5. Warna kulit : Kemerahan
6. Antropometri : PB : 49 cm LK : 33 cm
BB : 2600 gram LD : 33 cm
7. Pemeriksaan Fisik
 - a. Kepala : Bulat, simetris, tidak ada caput succedanium
 - b. Muka : Bersih, simetris, tidak ada kelainan
 - c. Mata : Simetris, sclera putih, tidak ada kelainan

- d. Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- e. Hidung : Simetris, terdapat septum, tidak ada polip, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- f. Mulut : Tidak ada palatoschisis, bibir lembab
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan
- h. Klavikula : Normal
- i. Lengan tangan : Gerakan aktif, tidak ada kelainan
- j. Dada : Simetris, tidak ada tarikan dinding dada
- k. Abdomen : Simetris, bising usus teratur
- l. Genetalia : Normal, tidak ada kelainan
- m. Tungkai dan kaki : Lengkap, tidak ada polidaktili
- n. Punggung : Normal, tidak ada kelainan

8. Refleks

- Morro : (+) Positif
- Rooting : (+) Positif
- Swallowing : (+) Postif
- Grasping : (+) Positif
- Sucking : (+) Positif
- Tonicneck : (+) Positif

A : Analisa

By. Ny. N, P₂Ab₀Ah₂, Neonatus normal usia 6 jam.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Juli 2022

Jam : 04.30 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan baik dan sehat.

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan bayinya.

2. Beritahu ibu dan keluarga bahwa bayinya akan diberikan imunisasi HB0 dengan tujuan agar mencegah bayi terinfeksi hepatitis B.

Hasil : Bayi telah disuntikkan HB0 di 1/3 bagian luar paha kanan secara IM.

3. Menganjurkan ibu untuk hanya memberikan susu pada bayinya dan tidak memberikan makanan tambahan apapun sampai usia bayi >6 bulan, dan susu diberikan secara on demand yaitu kapan saja tanpa jadwal.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk mengikuti semua anjuran Bidan.

4. Ajarkan ibu cara perawatan tali pusat, yaitu :

- a. Cuci tangan sebelum melakukan perawatan pada tali pusat bayi
- b. Jika pada saat memandikan bayi tali pusatnya terkena air, maka segera keringkan menggunakan kain kasa atau cottonbud yang steril dengan cara menggulirkan cottonbud ke kanan dan ke kiri diatas tali pusat bayi secara perlahan.
- c. Jika memakaikan popok pada bayi, usahakan jangan sampai popok menutupi pusat bayi.
- d. Gunakan baju yang tidak ketat pada bayi agar tidak mengganggu tali pusat bayi yang belum kering

- e. Ganti kain kassa pada pusat bayi secara berkala yaitu ketika kain kassa basah atau setiap bayi mandi. Cara mengganti kassa yaitu dengan melipat segitiga kain kassa lalu tali pusat dibungkus tanpa dibubuhi dengan apapun.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan mengenai cara perawatan tali pusat dan ibu bersedia melakukannya sesuai anjuran Bidan.

5. Berikan penjelasan pada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya bayi baru lahir yaitu tidak mau minum susu, suhu tubuh bayi tinggi yang menyebabkan bayi biasanya mengigil atau kejang, tali pusat berdarah, belum BAB 24 jam terakhir dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila mendapati salah satu tanda bahaya tersebut pada bayinya.

Hasil : Ibu mengerti tentang tanda bahaya bayi baru lahir dan bersedia membawa bayinya ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila mendapati salah satu tanda bahaya tersebut pada bayinya.

6. Anjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, seperti jangan menempatkan bayi didekat jendela, atau tempat yang dingin atau tempat yang terpapar langsung dengan udara sekitar.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan bersedia akan menjaga kehangatan bayinya.

7. Anjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene bayi dan mengganti popok bayi pada saat bayi BAB atau BAK.

Hasil : Ibu bersedia untuk menjaga personal hygiene bayinya.

DATA OBSERVASI

KUNJUNGAN NEONATUS II (6 HARI)

Tanggal : 07 Juli 2022

Jam : 10.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan bayinya sehat.
2. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.
3. Pola fungsional kesehatan :

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi telah diberikan colostrum dari ibu dan selanjutnya diberikan ASI. Bayi diberikan susu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi haus.
Pola Eliminasi	Bayi telah BAB ± 3 kali sehari konsistensi semi padat berwarna kuning kecoklatan dan BAK ± 6 kali sehari konsistensi cair dan berwarna putih kekuningan.
Pola Istirahat	Bayi tertidur ± 20 jam dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK
Personal Hygiene	Bayi dimandikan setiap pagi dan sore. Bayi ganti baju 2x sehari. Bayi digantikan popoknya setiap BAB dan BAK
Pola Aktivitas	Bayi hanya tidur sepanjang hari dan hanya

bangun ketika haus atau BAB/BAK

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : N : 144 x/menit
R : 40 x/menit S : 36,2⁰C
4. Antropometri : BB : 2700 gram
5. Pemeriksaan fisik :
 - a. Mata : Tidak ada tanda-tanda infeksi
 - b. Hidung : Tidak ada pergerakan cuping hidung dan tidak ada
Pengeluaran secret abnormal
 - c. Mulut : Mukosa mulut lembab, reflek hisap (+)
 - d. Telinga : Tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal
 - e. Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi jantung
normal, tidak terdengar suara nafas tambahan,
putting susu menonjol
 - f. Abdomen : Tali pusat belum lepas, tidak ada tanda-tanda
infeksi
 - g. Ekstremitas : Gerak aktif, tidak ada kelainan

A : Analisa

By. Ny. N, Neonatus normal usia 6 hari.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 07 Juli 2022

Jam : 10.00 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan baik dan sehat.

Hasil : Ibu sangat senang dengan hasil pemeriksaan bayinya.

2. Anjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya setiap 2 jam sekali atau saat bayi menangis.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia memberikan ASI pada bayinya.

3. Menganjurkan ibu untuk tetap melanjutkan pemberian susu pada bayinya dan tidak memberikan makanan tambahan apapun sampai usia bayi >6 bulan, dan susu diberikan secara on demand yaitu kapan saja tanpa jadwal.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk mengikuti anjuran Bidan.

4. Anjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya dan merawat bayinya setiap hari.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia merawat bayinya dengan baik.

5. Buat janji dengan ibu untuk kunjungan ulang tanggal 14 Juli 2022.

Hasil : Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.

DATA OBSERVASI

KUNJUNGAN NEONATUS III (2 MINGGU)

Tanggal : 14 Juli 2022

Jam : 10.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat
2. Ibu mengatakan bayinya tidak rewel
3. Pola fungsional kesehatan :

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi diberikan ASI tiap 2 jam sekali atau ketika bayi haus.
Pola Eliminasi	Bayi BAB ± 3 kali sehari konsistensi semi padat berwarna kuning kecoklatan dan BAK ± 6 kali sehari konsistensi cair dan berwarna putih kuning jernih.
Pola Istirahat	Bayi tertidur ± 20 jam dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK
Personal Hygiene	Bayi dimandikan setiap pagi dan sore. Bayi ganti baju 2x sehari. Bayi digantikan popoknya setiap BAB dan BAK
Pola Aktivitas	Bayi hanya tidur sepanjang hari dan hanya

bangun ketika haus atau BAB/BAK

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : N : 128x/menit
R : 48x/menit S : 36,8⁰C
4. Antropometri : BB : 2900 gram
5. Pemeriksaan fisik :
 - a. Wajah : Bersih, tidak pucat, warna kulit kemerahan, tidak oedem, dan tidak kuning.
 - b. Mata : Simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sclera berwarna putih, dan tidak ada oedem palpebral.
 - c. Dada : Simentris, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal, tidak ada suara nafas tambahan.
 - d. Abdomen : Bentuk perut bulat, konsistensi lembek, tidak ada massa, tali pusat telah lepas (Tanggal 03 April 2022 pukul 21.00 WIT) , tidak ada tanda-tanda infeksi.
 - e. Genitalia : Tidak ada kelainan, terdapat 2 testis sudah turun pada skrotum.
 - f. Anus : Terdapat lubang anus, tidak ada kelainan.

A : Analisa

By. Ny. N, Neonatus normal usia 2 minggu.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 14 Juli 2022

Jam : 10.00 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat dan berat badan bayi telah mengalami kenaikan sebanyak $\pm$ 300 gram, sehingga berat badan bayi sekarang menjadi 2900 gram melebihi berat badan lahirnya.

Hasil : Ibu mengerti dan merasa senang atas kondisi dan kenaikan berat badan bayinya.

2. Ingatkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu saat sudah berusia 1 bulan untuk mendapatkan imunisasi BCG dan Polio tetes I.

Hasil : Ibu bersedia membawa bayinya ke posyandu untuk imunisasi.

3. Anjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya setiap 2 jam sekali atau saat bayi menangis.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia memberikan susu pada bayinya.

4. Menganjurkan ibu untuk tetap melanjutkan pemberian susu pada bayinya dan tidak memberikan makanan tambahan apapun sampai usia bayi >6 bulan, dan susu diberikan secara on demand yaitu kapan saja tanpa jadwal.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk mengikuti semua anjuran Bidan.

5. Beritahu ibu bahwa ini adalah kunjungan rumah terakhir untuk pemantauan bayinya.

Hasil : Ibu mengerti dan berterimakasih telah memantau bayinya mulai dari lahir sampai berusia 2 minggu.

4.5 ASUHAN KEBIDANAN KB

NO.REGISTER : -

TANGGAL MASUK : 11 Agustus 2022

RUANG : Rumah Ny. N

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal : 11 Agustus 2022 Jam : 15.30 WIT

1. Identitas Ibu Suami / Penanggung Jawab

Nama	: Ny. N	Tn. M
Umur	: 22 tahun	21 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Swasta
Alamat	: KPR Pepabri	KPR Pepabri
No. Tel/Hp	: 082397088003	-

2. Kunjungan saat ini

Kunjungan Pertama ☒ Kunjungan Ulang ☐

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin menjarangkan kehamilannya

4. Riwayat Perkawinan

Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 19 tahun. Lama pernikahan 3 tahun.

5. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus : 28 hari
 Banyaknya : 50 cc (2x ganti pembalut)
 Dismenorrhoe : ya / tidak
 HPHT : 01 Oktober 2021

6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ha mil ke	Persalinan								Nifas	
	Tgl partu s	Umur kehamil an	Jenis partu s	Penol ong	Komplikasi		Jenis kelam in	BB lahir	Laktasi	Kompl ikasi
					Ibu	Bayi				
1	22-06-2020	40 Minggu	Normal	Dokter	Tidak ada	Tidak ada	♂	2.600 gram	1 tahun	Tidak ada
2	01-07-2022	39 Minggu	Normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♂	2.600 gram	+	Tidak ada

7. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti / Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan
1.	KB PIL	22-07-2020	Bidan	PKM	Tidak ada	-	-	-	-

8. Riwayat kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

- 1) TBC : Tidak pernah
- 2) Hepatitis : Tidak pernah
- 3) Sifilis : Tidak pernah

4) HIV/AIDS : Tidak pernah

b. Penyakit yang pernah diderita keluarga / penyakit keturunan

1) Asma : Tidak ada

2) Jantung : Tidak ada

3) Hipertensi : Tidak ada

4) Diabetes Mellitus : Tidak ada

5) Malaria : Tidak ada

c. Riwayat penyakit ginekologi.

Ibu mengatakan bahwa ibu tidak memiliki riwayat penyakit ginekologi.

d. Kebiasaan-kebiasaan

Merokok : (Tidak Pernah)

Minum jamu-jamuan : (Tidak Pernah)

Minum-minuman keras : (Tidak Pernah)

Makanan/minuman pantang : (Tidak ada)

9. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pola	Sebelum KB	Setelah KB
1. Nutrisi		
a) Makan		
Frekuensi	3x / hari	3x / hari
Porsi	Sedang	Sedang
Jenis	Nasi, sayur, lauk-pauk, buah	Nasi, sayur, lauk-pauk, buah
b) Minum		
Jumlah	9-10 gelas / hari	9-10 gelas / hari
Jenis	Air putih	Air putih, susu kental manis
c) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2. Eliminasi		
a) BAK		
Frekuensi	9-10x / hari	10-11x / hari
Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
Bau	Pesing	Pesing
b) BAB		
Frekuensi	1x / hari	1x / hari
Konsistensi	Padat	Padat
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning Kecoklatan

Bau	Khas feses	Khas feses
c) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3. Istirahat		
a) Tidur siang	1 jam	1 jam
b) Tidur malam	± 7 jam	± 7 jam
c) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4. Aktivitas		
a) Kegiatan sehari-hari	Masak, mencuci pakaian, bersihkan rumah	Masak, mencuci pakaian, bersihkan rumah
b) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
5. Personal Hygiene		
a) Mandi	2x / hari	2x / hari
b) Mencuci rambut	1x / 2 hari	1x / 2 hari
c) Menggosok gigi	2x / hari	2x / hari
d) Ganti pakaian dalam	2x / hari	2x/ hari
e) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
6. Seksualitas		
c) Frekuensi	1x / 2 bulan	Tidak pernah
d) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

10. Keadaan Psiko Sosial Spiritual

a. Pengetahuan Ibu tentang alat kontrasepsi

Ibu mengatakan bahwa ibu telah mengetahui tentang alat kontrasepsi.

b. Pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi yang dipakai sekarang

Ibu mengatakan bahwa ibu telah mengetahui tentang Kb kalender yang akan digunakan, seperti keuntungan dan kerugian, cara menghitung dan menentukan masa suburnya dan saat masa berpantang boleh melakukan hubungan dengan suaminya tetapi menggunakan pengaman seperti kondom.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis

b. Tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 88 kali per menit

Pernafasan : 20 kali per menit

Suhu : 36,6°C

c. Antropometri

TB : 142 cm

BB : Sebelum memakai KB 50 kg, BB sekarang 62 kg

IMT : 24,7

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala dan leher

- Muka : Simetris, tidak ada edema, tidak ada cloasma gravidarum.
- Mata : Konjungtiva berwarna merah muda, sclera putih.
- Telinga : Bersih, tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal
- Mulut : Tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe, dan vena jugularis.
- b. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
- Puting susu : Tidak menonjol
- Masa /tumor : Tidak ada
- c. Abdomen
- Bentuk : Simetris, mendatar, sedikit buncit.
- Bekas luka : Tidak ada
- d. Ekstremitas : Lengkap, tidak ada luka.
- Edema : Tidak ada
- Varices : Tidak ada
- Reflek patela : + / +
- e. Genetalia luar : Tidak dikaji
- Varices : Tidak dikaji

Bekas luka : Tidak dikaji

Kelenjar bartholini : Tidak dikaji

Pengeluaran : Tidak dikaji

Pemeriksaan dalam gynekologis (Tidak dilakukan)

f. Anus : Tidak dikaji

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan.

C. Analisa

Ny. N, Usia 22 Tahun, P₂Ab₀Ah₂, Akseptor Kb Suntik 3 Bulan.

D. Penatalaksanaan

Tanggal : 11 Agustus 2022

Jam : 15.30 WIT

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya.

2. Memberikan kesempatan pada ibu untuk mengungkapkan alasannya memilih metode KB Suntik 3 Bulan.

Hasil : Ibu mengatakan bahwa ibu ingi mencoba menggunakan metode KB Suntik 3 Bulan untuk menjarakkan usia kehamilannya.

3. Mengucapkan terimakasih kepada ibu karena sudah bersedia menjadi responden dan atas kerjasamanya selama ini

Hasil : Ibu berterima kasih kembali atas pelayanannya selama hamil sampai sekarang.

BAB V

PEMBAHASAN

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. N, G2P1Ab0Ah1 sejak kontak pertama pada tanggal 16 Juni 2022 yaitu dimulai pada masa kehamilan 37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

5.1 KEHAMILAN

Melakukan asuhan kebidanan komprehensif kepada Ny. N, G2P1Ab0Ah1 saat usia kehamilan 37 minggu yang bertempat tinggal di KPR Pepabri. Selama kehamilannya, Ny. N telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 6 kali yang dilakukan di Ruang KIA/KB Pustu Malaweke (2 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 3 kali pada trimester ketiga).

Hal ini sesuai dengan teori kunjungan kehamilan yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), yaitu minimal 4 kali, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga.

a. ANC kunjungan pertama

Pada kunjungan I didapatkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. N pada tanggal 16 Juni 2022, didapatkan bahwa Ny. N berusia 22 tahun hamil anak ke 2 tidak pernah keguguran. HPHT 01 Oktober 2021 dan taksiran persalinan tanggal 08 Juli 2022. Anak pertama lahir pada

tahun 2020 di Rumah Sakit, Ibu di tolong oleh bidan dan dokter dengan berat lahir 2600 gram. Usia anak pertama sekarang adalah 2 tahun. Hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, hasil pemeriksaan fisik semua dalam batas normal. Ibu mengatakan anak sebelumnya juga tetap diberikan ASI. Hasil pengukuran antropometri didapatkan TB ibu adalah 142 cm, LILA 28 cm, BB sebelum hamil 50 kg dan BB sekarang adalah 62 kg, dan IMT ibu adalah 24,7.

Hasil pemeriksaan Leopold didapatkan TFU adalah 32 cm. Sehingga dapat dihitung TBJ adalah $(32-11) \times 155 = 3.255$ gram. Auskultasi DJJ 132x/m, pergerakan janin normal dan kepala sudah masuk PAP.

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, maka diagnose yang didapatkan adalah Ny. N usia 22 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 37 minggu dengan kehamilan normal, janin tunggal hidup, intrauterine.

b. ANC kunjungan kedua

Kunjungan kedua dilaksanakan pada tanggal 23 Juni 2022. Ibu mengeluh bahwa sejak seminggu yang lalu sudah merasa mules pada perutnya tetapi sakitnya masih sangat jarang yaitu satu hari hanya sekali merasa mules pada perutnya. Hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal. BB ibu masih seperti kunjungan pertama yaitu 62 kg, dan TFU 31 cm. Auskultasi DJJ 132x/menit dan kepala sudah masuk PAP.

Selain itu, Penulis juga menganjurkan ibu untuk mempersiapkan perlengkapan persalinan lebih awal, dan memberitahu ibu tentang tanda

bahaya pada kehamilan trimester 3 seperti perdarahan, demam tinggi, pergerakan janin kurang, nyeri kepala hebat dan lain sebagainya. Penulis juga menjelaskan kepada ibu bahwa rasa mules yang dialami ibu merupakan hal yang normal pada ibu hamil khususnya diusia kehamilan trimester 3 akhir sebagai tanda bahwa persalinan semakin dekat. Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 30 Juni 2022 atau bila ibu mengalami keluhan

5.2 PERSALINAN

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. N yaitu 39 minggu. Menurut teori, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit dan komplikasi pada ibu serta janin (Machmudah, 2010).

a. Kala I

Tanggal 01 Juli 2022, Ny. N datang ke PMB Herminiati, STr.Keb dengan keluhan sejak jam 05.00 subuh sudah merasakan kenceng-kenceng pada perutnya yang menjalar sampai ke belakang dan sakitnya semakin bertambah yang disertai keluarnya lender darah dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan pada pukul 07.30 WIT, didapatkan vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tebal lembut, pembukaan 4 cm, ketuban utuh, tidak teraba tali pusat, presentasi kepala denominator UUK, penurunan kepala hodge II. DJJ (+) 130x/menit dengan HIS : frekuensi 4x dalam 10 menit, durasi 35 detik.

Pada pukul 10.00 WIT ibu mengatakan perutnya semakin sakit dan pengeluaran lendir darah semakin banyak. Hasil pemeriksaan dalam ulang vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tipis lunak, pembukaan 8 cm, ketuban utuh, tidak teraba tali pusat, presentasi kepala denominator UUK, penurunan kepala hodge III. DJJ (+) 135x/menit dengan HIS : frekuensi 4x dalam 10 menit, durasi 45 detik. Ketika Ny. N memasuki fase aktif penulis menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Pukul 10.15 WIT Ny. N mengatakan ada rasa ingin BAB dan kencang – kencang semakin sering. Kala I Ny. N berlangsung selama 3 jam 30 menit.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wiknjastro (2013) bahwa Kala I inpartu ditandai dengan his yang teratur, keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement) kala I dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar ± 8 jam. Sesuai dengan APN (JNPK-KR, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Menurut penulis pada proses persalinan kala I Ny. M tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Kala I Ny. M sesuai dengan teori.

b. Kala II

Ny. N memasuki kala II. Pukul 10.15 WIT. Ny. N mengatakan ada rasa ingin meneran, ada rasa ingin BAB dan kencang –kencang semakin sering. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan berwarna hijau (bercampur mekonium), tidak teraba tali pusat, presentasi kepala denominator UUK, penurunan kepala hodge IV. DJJ (+) 135 x/menit dengan HIS : frekuensi 5x dalam 10 menit, durasi 45 detik. Tampak adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, pengeluaran lendir darah semakin meningkat. Ny. N dimotivasi untuk mengejan apabila ada dorongan ingin meneran. Pukul 10.30 WIT bayi lahir spontan. Kala II Ny. N berlangsung selama 15 menit.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Widyastuti, (2014) pada kala II his semakin sering dan durasinya lebih lama. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, perineum menonjol, vulva membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Lamanya kala II untuk primigravida 2 jam dan multigravida 1 jam.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Lama kala II Ny. N sesuai dengan teori. Ny. N telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan Ny. N berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik. Bayi lahir spontan dan segera menangis pada pukul 10.30

WIT, Apgar Score 8/9, jenis kelamin laki-laki. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung dibersihkan dan diberikan asuhan untuk bayi baru lahir.

c. Kala III

Pada saat bayi lahir plasenta belum keluar, Bidan segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. N dimulai dari penyuntikan oksitosin 5 IU 1 menit setelah bayi lahir dengan terlebih dahulu memastikan tidak ada janin kedua. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu adanya semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang, perubahan bentuk dan tinggi fundus, Bidan melakukan manajemen aktif kala III yaitu menyuntikan oxytosin, melakukan PTT, plasenta lahir spontan lengkap pukul 10.40 WIT, kotiledon lengkap berjumlah 18, diameter plasenta 2 cm, berat plasenta 500 gram, panjang tali pusat ± 50 cm, kontraksi uterus keras, TFU 1 jari diatas pusat. Lama kala III Ny. N berlangsung ± 10 menit kemudian melakukan masase uteri.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Widyastuti(2014) kala III adalah waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu: Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus, Tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan

singkat. Manajemen aktif kala III, yaitu: Pemberian suntikan oksitosin, melakukan peregangan tali pusat terkendali, Massase fundus uteri.

Menurut penulis terdapat kesenjangan antara teori dengan kenyataan, yaitu Oksitosin yang diberikan pada kala III setelah memastikan tidak ada janin kedua. Pada kasus ini, oksitosin yang diberikan hanya 5 IU, sedangkan dalam 60 langkah APN menurut Kemenkes RI tahun 2018 bahwa oksitosin yang diberikan pada kala III yaitu 10 IU.

d. Kala IV

Pukul 10.40 WIT plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi perineum derajat II yaitu yang perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan. Bidan segera melakukan penjahitan pada perineum agar tidak terjadi perdarahan dan infeksi. Sebelum penjahitan dilakukan pemberian anastesi lokal terlebih dahulu untuk meminimalkan nyeri pada saat proses penjahitan. Setelah dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, Bidan melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

Oleh karena itu, penulis melakukan observasi tersebut setiap 15 menit pada jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah melahirkan. Hasil pemeriksaan TFU 1 jari diatas pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, TTV dalam batas normal, laserasi derajat II telah dilakukan penjahitan pada perineum, perdarahan $\pm$ 150 cc.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh widyastuti, (2014) kala IV adalah kala pengawasan setelah bayi dan plasenta lahir untuk

memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

Asuhan dan pemantauan kala IV : Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat, Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan, Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan, Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy) perineum, Evaluasi keadaan umum ibu, Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Karena telah dilakukan pemantauan kala IV secara komprehensif pada Ny. N dan dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

5.3 NIFAS

Kunjungan pertama, 6 jam post partum (tanggal 01 Juli 2022 pukul 04.30 WIT) hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. N belum mandi, ASI belum keluar, kontraksi uterus baik, TFU 1 jari diatas pusat, lochea rubra, luka jahitan baik, tanda homman negative, perdarahan dalam batas normal, Ny. N mengganti pembalut setiap habis BAK/BAB. Penulis memberikan KIE kepada Ny. N tentang kebutuhan dasar nifas, dan menganjurkan ibu untuk langsung menyusui bayinya jika ASI sudah keluar.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suherni, dkk (2013) bahwa tujuan kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah post partum :

mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Kunjungan kedua, 6 hari post partum (tanggal 07 Juli 2022 pukul 10.00 WIT) hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. N tidak memiliki keluhan apapun. Ny. N mandi 2x sehari, BAK 3x, BAB 2x, pengeluaran ASI sedikit atau bahkan tidak ada, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan pusat-symphisis, lochea sangiolenta, luka jahitan baik, tanda homman negative, perdarahan dalam batas normal, Ny. N mengganti pembalut setiap habis BAK/BAB. Nutrisi Ny. N juga terpenuhi dengan baik. Penulis mengevaluasi tanda bahaya nifas pada Ny. N, memberikan KIE kepada Ny. N mengenai nutrisi dan personal hygiene.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suherni, dkk (2013) bahwa tujuan kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum : memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu untuk rutin memberikan susu pada bayinya yaitu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi menangis dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

Kunjungan ketiga, 2 minggu post partum (tanggal 14 Juli 2022, pukul 10.00 WIT). Hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal, Ny. N tidak

memiliki keluhan apapun. Pemeriksaan fisik tidak menunjukkan adanya tanda bahaya masa nifas, pengeluaran lokhea serosa berwarna kekuningan dan tidak berbau, jahitan perineum tampak baik dan sudah kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah. Nutrisi Ny. N juga terpenuhi dengan baik. Penulis memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik. Mengevaluasi kembali tentang nutrisi dan istirahat yang cukup untuk ibu serta tetap menjaga kehangatan bayinya.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suherni, dkk (2013) bahwa tujuan kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum : memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

Kunjungan keempat, 6 minggu post partum (tanggal 11 Agustus 2022, pukul 15.30 WIT). Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, ibu sudah kembali beraktivitas seperti biasanya, hasil pemeriksaan semua dalam batas normal, hasil pemeriksaan fisik semua baik, pengeluaran lokhea alba berwarna putih dan tidak berbau, jahitan perineum sudah kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah, nutrisi dan istirahat ibu terpenuhi dengan baik, ibu memberikan susu pada anaknya sesuai anjuran Bidan, dan menganjurkan ibu untuk merawat anaknya dengan baik. Pada kunjungan keempat ini juga penulis sekaligus memberikan KIE kepada ibu tentang macam-macam KB, cara kerja, keuntungan dan efek samping dari masing-

masing jenis KB. Ibu mengatakan akan melanjutkan menggunakan metode KB Suntik 3 Bulan.

5.4 BBL

Pada kunjungan neonatus pertama, 6 jam setelah kelahiran penulis melakukan pemantauan, keadaan umum neonatus baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, neonatus menangis kuat, tali pusat terbungkus kasa steril, neonatus mengkonsumsi susu formula dan neonatus telah BAB 1x berwarna kuning kecoklatan dan BAK 1x kuning jernih. Penulis memberikan KIE pada ibu tanda bahaya BBL dan perawatan tali pusat.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Saifuddin,(2014) bahwa pada masa neonatal saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (berwarna hitam kehijauan).

Pada kunjungan kedua, 6 hari setelah kelahiran, penulis melakukan pemeriksaan pada neonatus, hasilnya keadaan umum baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, tali pusat belum puput, eliminasi baik dan nutrisi terpenuhi. Berat badan neonatus mengalami kenaikan ± 100 gr dari 2600 gr menjadi 2700 gr.

Pada kunjungan ketiga, 2 minggu setelah kelahiran, penulis melakukan pemeriksaan pada neonatus dan didapatkan hasil umum baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh dalam batas normal, eliminasi baik dan nutrisi terpenuhi. Tali pusat telah lepas pada tanggal 10 Juli 2022 pukul 21.00 WIT.

Berat badan neonatus mengalami kenaikan ± 300 gr dari 2600 gr menjadi 2900 gr.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena kenaikan berat badan neonatus di 2 minggu kehidupan bertambah dan melebihi berat badan lahirnya.

5.5 KB

Ibu memilih menggunakan metode KB Suntik 3 Bulan. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan ibu sendiri dan didukung oleh suami. Tanggal 11 Agustus 2022 penulis melakukan asuhan keluarga berencana 1 kali dan sekaligus sebagai akhir dari semua proses pelayanan dan pendampingan yang digunakan penulis untuk Ny. N.

BAB VI

PENUTUP

6.1 KESIMPULAN

Penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. N selama hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya asuhan yang diberikan bidan terhadap ibu pada masa kehamilan hingga pelayanan kontrasepsi setelah melahirkan sebagai deteksi dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi dapat dihindari atau ditanggulangi.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pelaksanaan asuhan kebidanan yang komprehensif, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penulis dapat melakukan pengkajian data pada Ny. N mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
2. Penulis dapat menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnose masalah pada Ny. N mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
3. Penulis dapat mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial pada Ny. N mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
4. Penulis dapat menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi pada Ny. N mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
5. Penulis dapat menyusun rencana asuhan secara menyeluruh pada Ny. N mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

6. Penulis dapat mengimplementasikan asuhan pada Ny. N mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
7. Penulis dapat mengevaluasi hasil asuhan yang diberikan pada Ny. N mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

6.2 SARAN

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Institusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat.

2. Bagi Pasien dan Masyarakat

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi masyarakat tentang asuhan kebidanan yang harus didapatkan sesuai dengan standar dan pelayanan kesehatan yang dilakukan
- a. Ibu dianjurkan untuk tidak hamil lagi setelah berusia > 35 tahun dan jumlah anak > 3 agar tidak terjadi komplikasi-komplikasi yang tidak diinginkan.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

Agar lebih rajin, aktif dan bisa mengatur waktu selama melakukan penelitian kasus / asuhan kebidanan komprehensif. Lebih teliti lagi dalam melakukan pengkajian, menentukan masalah dan pemberian asuhan yang tepat pada klien sehingga proses asuhan dapat berjalan baik sesuai dengan maksud dan tujuan yang akan dicapai.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Ai Nurasih, Refika Aditama. 2014. *Buku Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Jakarta : EGC
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta. Nuha Medika Utama.
- Anwar, Mochammad. 2011. *Ilmu Kandungan Edisi ke-3*. Jakarta : Bina Pustaka. Sarwono Prawirohardjo
- Arum dan Sujiyatini. 2011. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Asri, dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Asrinah. 2010. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Asuti, Maya. 2010. *Buku Pintar Kehamilan*. Jakarta : EGC
- Astuti, Puji. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta : Rohima Press
- BKKBN. 2012. *Alat Bantu Pengambilan Keputusan Ber-KB*. Jakarta : BKKBN
- Buda, E., & Fajrin, A. M. (2018a). *Asuhan Kebidanan II (Nifas)*. 90. <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads>
- Dewi, Vivian Nanny Lia, Sunarsih, Tri. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*, Jakarta : Salemba Medika
- Dinkes Provinsi Papua Barat. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat*. <https://dinkes.papuabaratprov.go.id>
- Dwienda, O. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi/Balita dan Anak Prasekolah untuk Para Bidan*. Yogyakarta : Deepublish
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2017). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. [https://doi.org/10.1016/0014-5793\(85\)80729-8](https://doi.org/10.1016/0014-5793(85)80729-8)
- Fitri, Imelda. 2018. *Nifas, Kontrasepsi Terkini, dan Keluarga Berencana*. Jakarta : Gosyen Publishing

- Fitriahadi, E. (2017a). *Buku Ajar Asuhan Kehamilan* (1st ed.). Yogyakarta: Universitas 'Aisyiyah
- Fraser M. D. Myles. 2009. *Buku Ajar Bidan*. Jakarta : Buku Kedokteran : EGC
- Hartanto, Hanafi. 2015. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Heriyani, Reni. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Trans Info Media
- Hidayat. 2009. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta : Salemba Medika
- Hidayati, R. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta : Salemba Medika
- Homer, C. S.E., Friberg, I. K., Augusto, M., Dias, B., Hoope-bender, P., Sandall, J., Bartlett, L. A. 2014. *The Projected Effect of Scalling Up Midwifery*. Lancet, 384
- Katmini, K. (2020). *Determinan Kesehatan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan*. <https://doi.org/10.37341/jkkt.v5i1.137>
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Audit Maternal Perinatal (AMP)*. Jakarta: EG
- Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. <https://www.kemenkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia* (Kemenkes RI (ed.). Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2020a). *Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Kementrian kesehatan dan JICA (Japan Intrnational Cooperation Agency).
- Kementrian Kesehatan RI. (2020a). *Pedoman Pelayanan Antenatal terpadu edisi pertama* (ketiga). Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kumalasari, Intan. 2015. *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta : Salemba Medika
- Kusmiyati, Yuni, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Fitramaya
- Lalengga, Zarlana. 2013. *Menghadapi Kehamilan Beresiko Tinggi*. Klaten : Abata Press

- Lalita, E.M.F. 2013. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Bogor : In Media
- Manuaba. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan* (Edisi kedua). Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G. dkk. 2012. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Maratalia, D. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Editor Sujono Riyadi. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Marni. 2016. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Intranatal*. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Maryunani, A. 2014. *Asuhan Neonates, Bayi, Balita & Anak Pra-Sekolah*. Tajurhalang : In Media
- Mulyani S. N, dan Rinawati M. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Muslihatun, WN. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya
- Morgan, Geri dan Hamilton Carole. 2009. *Obstetri & Ginekologi*. Jakarta : EGC
- Nugroho, T, dkk. 2014. *Buku Ajar Askeb I Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Ningsih, AD. 2017. *Continuity Of Care Kebidanan Midwifery Continuity Of Care*.
- Nirmala, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta :Graha ilmu
- Purwoastuti, E., dan Walyani, E.S. 2015. *Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial untuk Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Prawirohardjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo
- _____. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo
- Proverawati Atikah dkk. 2010. *Panduan Memilih Kontrasepsi*. Yogyakarta : Numedia
- Qonitun, U., & Utaminingsih, S. (2018a). *Gambaran Kestabilan Suhu Tubuh Bayi Baru Lahir Yang Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)*. 10(1), 7. <https://doi.org/10.30736/midpro.v10i1.58>

- Rini, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya : Airlangga; Riset Kesehatan Dasar, 2013
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Askeb I : Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rosyati, H. (2017). *Modul Persalina Rosyati, H. Modul Persalinan. Materi.n. Materi.*
- Rukiyah. (2010). *Asuhan Kebidanan I*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Saifuddin. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBP-SP
- Sinta, L. El, Andriani, F., Yulizawati, & Insani, A. A. (2019a). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi Dan Balita* (asli). Sidoarjo: Griya kebonagung
- Sulistiyawaty. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suririnah. 2009. *Buku Pintar Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Susiana, Sali. 2019. *Angka Kematian Ibu, Faktor Penyebab dan Upaya Penanganannya*. Jakarta : Bidang Kesejahteraan Sosial
- Tyastuti, S., & Wahyuningsih, H. P. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta : Pustik SDM Kesehatan
- Wahyuningsih, H. P. (2018). *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*.
- Walsh, L. 2012. *Buku Ajar Asuhan Komunitas*. Jakarta : EGC
- WHO. (2016). *Angka Kematian Ibu Dan Bayi*.
- WHO. 2017. *World Helath Statistics 2017 : monitoring health for the SDGs, Sustanable Development Goals*
- Yulifah, Rita dan Surachmindari. 2010. *Konsep Kebidanan Untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

Yulizawati, Iryani, dr. D., Bustami, L. E., Insani, A. A., & Andriani, F. (2017).
Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Padang: CV. Rumah kayu
Pustaka Utama Anggota.

Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Kebidanan : Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC

DOKUMENTASI



