

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU
M.S MASA HAMIL SAMPAI DENGAN MASA
NIFAS DI PUSKESMAS AEK RAJA
KABUPATEN TAPANULI UTARA
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan
Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Prodi D-III
Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan**



OLEH :

JJ.WULANDARI SITOMPUL

NPM : 16.1533

**POLITEKNIK KESEHATAN MEDAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN TARUTUNG**

JL.Raja Toga Sitompul Kec.Siatas Barita

Telp: (0633) 7325856; Fax: (0633) 7325855

Kode Pos: 22417

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU
M.S MASA HAMIL SAMPAI DENGAN MASA
NIFAS DI PUSKESMAS AEK RAJA
KABUPATEN TAPANULI UTARA**

TAHUN 2019

LAPORAN TUGAS AKHIR



OLEH :

JJ.WULANDARI SITOMPUL

NPM : 16.1533

**POLITEKNIK KESEHATAN MEDAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN TARUTUNG**

JL.Raja Toga Sitompul Kec.Siatas Barita

Telp: (0633) 7325856; Fax: (0633) 7325855

Kode Pos: 22417

LEMBAR PERSETUJUAN

**LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIPERTAHANKAN PADA UJIAN SIDANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

TANGGAL : 22 JUNI 2019

OLEH :

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Dimpu R. Nainggolan,SST,M.Kes

Juana L Simbolon,SST,M.Kes

NIP. 19781025 201101 2 003

NIP. 19670310 198911 2 001

Mengetahui

Ka. Prodi D-III Kebidanan Tarutung

Poltekkes Kemenkes Medan

Marni Siregar SST, M.Kes

NIP. 19630904 198602 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

**LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH
DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM PENGUJI
SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR
DIPLOMA III KEBIDANAN**

PADA TANGGAL : 22 JUNI 2019

MENGESAHKAN

TIM PENGUJI

TandaTangan

Ketua	: Ganda Simbolon, SST, M.Keb
Anggota I	: Dimpu R. Nainggolan, SST, M.Kes
Anggota II	: Juana L Simbolon, SST, M.Kes

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Kebidanan Tarutung

Poltekkes Kemenkes Medan

Marni Siregar, SST, M.Kes

NIP.19630904 198602 2 001

NAMA : JJ.WULANDARI SITOMPUL

Npm : 16.1533

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL IBU M.S MASA HAMIL
SAMPAI DENGAN NIFAS DI PUSKESMAS AEK RAJA
KABUPATEN TAPANULI UTARA TAHUN 2019**

RINGKASAN

Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan yang berada diposisi terdepan dalam menurunkan AKI dan AKB, untuk memahami tugas dan fungsinya penting sebagai tenaga kesehatan dan meningkatkan sumber daya yang dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai standart profesi sebagai bidan. Tujuan Penulisan Laporan Tugas Akhir Ini adalah melakukan asuhan kebidanan secara kompresensif mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB dengan menggunakan manajemen kebidanan Varney dan pendokumentasian SOAP

Asuhan yang diberikan pada ibu M.S usia 39 tahun G4P3A0, mulai usia 34 minggu dilaksanakan tanggal 15 Maret 2019 sampai dengan 24 April 2019 data dilakukan secara langsung dan melihat rekam medis. Asuhan kehamilan pada ibu M.S sebanyak 2 kali kunjungan yaitu pada usia kehamilan 34-36 minggu, 36-38 minggu. Asuhan kehamilan dilakukan dengan menggunakan langkah 10 T yaitu timbang berat badan dan tinggi badan, ukur TD, TFU, Imunisasi TT, FE, LILA, Test Laboratorium, DJJ, Tata Laksana Kasus, Temu wicara. Dimana dalam masa kehamilan tidak mengalami keluhan yang berlebihan semua hasil pemeriksaan dalam batas normal.

Asuhan kebidanan persalinan tanggal 24 april 2019 datang ke Poskesdes dengan keluhan keluar lendir bercampur darah dengan hasil pemeriksaan pukul 01.00 pembukaan 4 cm dengan ketuban utuh. Pada pukul 06.00 ketuban pecah pembukaan lengkap ibu merasa semakin mules dan ada keinginan untuk meneran. Pukul 07.20 bayi lahir normal sesuai dengan 60 APN dan tidak ditemukan komplikasi atau penyulit dan plasenta lahir lengkap dan pada pengawasan tidak ada perdarahan dan kontraksi baik. Asuhan masa nifas dilakukan 2 kali kunjungn masa nifas berjalan secara fisiologis dan ASI lancar dan memberikan dorongan untuk menggunakan alat kontrasepsi selesai masa nifas. Asuhan pada Bayi Baru Lahir dilakukan dengan memfasilitasi IMD, tidak ditemukan penyulit dan telah diberikan suntikan Vitamin K, HB0 dan bayi mendapat ASI dari ibunya.

Kata Kunci : Asuhan kebidanan Masa Hamil, Bersalin, Dan Nifas

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul “ **Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ibu M.S dengan Masa Hamil Trimester III, Bersalin, Masa Nifas, Bayi Baru Lahir, dan Keluarga Berencana di Puskesmas Aek Raja Kec.**

Parmonangan Kabupaten Tapanuli Utara tahun 2019” sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya di Prodi D-III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan.

Dalam hal ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Ibu Marni Siregar SST, M.Kes selaku Kepala Prodi DIII Kebidanan Tarutung Polketes Kemenkes Medan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyusun laporan tugas akhir di Prodi DIII Kebidanan Tarutung Poltekes Kemenkes Medan.
2. Ibu Dimpu Rismawaty Nainggolan SST, M.Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan.
3. Ibu Juana L. Simbolon SST, M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan.
4. Puskesmas Aek Raja yang telah bersedia memberikan kesempatan untuk melakukan praktek klinik kebidanan untuk melakukan penyusunan laporan tugas ahkhir.
5. Bidan Jojor Hutahaeen yang telah bersedia memberikan kesempatan untuk membimbing dan mengarahkan dalam pemberian asuhan komprehensif pada ibu M.S
6. Untuk ibu M.S dan Keluarga responden yang telah bersedia menjadi objek asuhan saya untuk penyusunan laporan tugas akhir.
7. Seluruh Ibu/Bapak dosen, serta staff Prodi Kebidanan Tarutung yang telah memberikan bantuan dan dukungan kepada penulis selama pendidikan dengan memberikan ilmu pengetahuan.
8. Terkhusus buat kedua Orang tua yang saya sayangi Ayahanda Z. Sitompul dan B. Sianturi, kakak, abang dan adik-adik tersayang yang selalu meberikan dukungan, materi dan doa sehingga saya dapat

menyelesaikan program studi DIII Kebidanan dan dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini tepat pada waktunya.

9. Teman-teman seperjuangan angkatan XVIII dan keluarga asrama yang terkait membantu saya dalam pembuatan LTA ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang ikut serta membantu penulis dalam menyelesaikan LTA ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan balasan pahala atas segala kebaikan yang diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkan.

Tarutung, Juli 2019

Penulis

JJ Wulandari Sitompul

DAFTAR ISI

Halaman Judul

Lembar Persetujuan

Kata Pengantar i

Daftar Isi.....	iii
Daftar Tabel	vi
Daftar Gambar	vii
Daftar Lampiran.....	viii
Daftar Singkat.....	ix

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan	5
C. Tujuan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan ...	6
1. Sasaran Asuhan	6
2. Tempat Asuhan	6
3. Waktu Asuhan	6
4. Manfaat Asuhan	8

BAB II TINJAUAN TEORI

A. KEHAMILAN	9
1. Konsep Dasar Kehamilan	9
a. Pengertian Kehamilan	9
b. Fisiologi Kehamilan	9
c. Kebutuhan Nutrisi	14
d. Ketidaknyamanan umum selama kehamilan dan Penanganannya.....	16
2. Asuhan Kehamilan	19
a. Pengertian Asuhan Kehamilan	19
b. Tujuan Asuhan Kehamilan	19

c. Kunjungan Masa Hamil	19
d. Standar Program Pelayanan Asuhan Kehamilan	20
e. Tanda Bahaya Kehamilan.....	25
B. PERSALINAN	27
1. Konsep Dasar Persalinan.....	27
a. Pengertian Persalinan	27
b. Fisiologi Persalinan	27
c. Mekanisme Persalinan.....	31
2. Asuhan Persalinan Normal.....	37
C. NIFAS	48
1. Konsep Dasar Nifas.....	48
a. Pengertian Nifas	48
b. Perubahan Fisiologi Nifas	48
c. Perubahan Adaptasi Psikologis	50
2. Asuhan pada Ibu Nifas	52
a. Pengertian Asuhan Masa Nifas.....	52
b. Kebutuhan pada Masa Nifas.....	52
c. Kunjungan pada Masa Nifas	53
D. BAYI BARU LAHIR	55
1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	55
a. Pengertian Bayi Baru Lahir	55
b. Fisiologi Bayi Baru Lahir	55
2. Asuhan Bayi Baru Lahir	58
E. Keluarga Berencana	61
1. Konsep Dasar Keluarga Berencana	61
a. Pengertian Keluarga Berencana	61
b. Fisiologi Keluarga Berencana	62
c. Jenis-jenis Kontrasepsi	63
2. Asuhan Keluarga Berencana.....	70
BAB III PENDOKUMENTASIAN	
1. Asuhan Kehamilan.....	72

2. Asuhan persalinan	88
3. Asuhan BBL.....	98
4. Asuhan Nifas.....	104
BAB IV PEMBAHASAN.....	113
BAB V PENUTUP.....	121
A. Kesimpulan.....	121
B. Saran.....	122
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uterus Berdasarkan Usia	10

Tabel 2.2 Analisa Penambahan Berat Badan Berdasarkan Proses Fisiologi Selama Kehamilan	14
Tabel 2.3 Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan	14
Tabel 2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi TT	21
Tabel 2.5 Proses Involusi Uteri	49
Tabel 2.6 Kunjungan Masa Nifas	54
Tabel 2.7 Apgar Score	61
Tabel 2.8 Jenis dan Waktu yang Tepat Untuk Ber-KB	71
Tabel 2.9 Pemantauan Kala IV	97

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Leopold I	22

Gambar 2.2 Leopold II	23
Gambar 2.3 Leopold III	23
Gambar 2.4 Leopold IV	24
Gambar 2.5 Mekanisme persalinan	34
Gambar 2.6 Patograf	35

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontraspsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

AKABA	: Angka Kematian Balita
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Ante Natal Care
APGAR	: Apperance, Pluse, Grimace, Activity, Respiratory
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
HB	: Haemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KH	: Kelahiran Hidup
KPD	: Ketuban Pecah Dini
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAL	: Metode Amenore Laktasi
MDGS	: Milenium Development Goals
MOW	: Metode Operatif Wanita
N	: Nadi
P	: Pernapasan
PI	: Pencegah Infeksi
PB	: Panjang Badan
S	: Suhu
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
SDKT	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin

TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toksoid
TTP	: Tafsiran Tanggal Persalinan
TTV	: Tanda-Tanda Vital

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin dari Institusi Pendidikan

Lampiran 2 Balasan Izin dari Tempat Paktek

Lampiran 3 Informed Consent

Lampiran 4 Patograf

Lampiran 5 Dokumentasi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017: 145). Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (Dinkes Sumut, 2017: 30).

Faktor penyebab utama kematian maternal adalah keterlambatan mencari, mencapai dan mendapati pelayanan kesehatan. Faktor lain yang turut memperburuk keadaan adalah pengetahuan ibu yang kurang, jarak yang sulit dicapai, dan masih adanya beberapa desa yang belum ada tenaga kesehatan terutama bidan di desa merupakan penyebab pelayanan kesehatan menjadi tidak diperoleh ketika dibutuhkan oleh ibu hamil atau melahirkan (Dinkes Taput, 2017: 28).

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2015 dari 390 menjadi 305 (Kemenkes RI, 2017: 105). Tahun 2017 jumlah kematian ibu 205 kematian, lebih rendah dari data yang tercatat pada tahun 2016 yaitu 239 kematian. Jumlah kematian ibu yang tertinggi tahun 2017 tercatat di Kabupaten Labuhanbatu dan Kabupaten Deli Serdang sebanyak 15 kematian, disusul Kabupaten Langkat dengan 13 kematian serta Kabupaten Batu Bara sebanyak 11 kematian. Jumlah kematian terendah tahun 2017 tercatat di Kota Pematangsiantar dan Gunungsitoli masing-masing 1 kematian (Dinkes Sumut, 2017: 30).

Perkiraan AKI di Kabupaten Tapanuli Utara (dilaporkan) tahun 2017 sebanyak 139 per 100.000 kelahiran hidup meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2016 adalah 87 per 100.000 kelahiran hidup. AKI yang dilaporkan ditahun 2017 tercatat jumlah kematian ibu melahirkan sebanyak 8 orang, kematian ibu hamil 3 orang, kematian ibu bersalin sebanyak 3

orang, serta kematian ibu nifas sebanyak 2 orang. Penyebab utama kematian ibu melahirkan adalah eklampsi 1 orang, Preeklampsi 1 orang, Post partum blues 1 orang, Penyakit jantung 1 orang dan Pendarahan 4 orang (Dinkes Taput, 2017: 28).

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Angka kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKB 24/1.000 KH (Kemenkes RI, 2017: 127). AKB Sumatera Utara tahun 2017 menjadi sebesar 13,4/1.000 KH (Dinkes Sumut, 2017: 28).

Tahun 2017 jumlah kematian bayi sebanyak 51 orang (26 orang laki-laki dan 25 orang perempuan) terbesar di Puskesmas Situmeang Habinsaran sebanyak 6 orang, Puskesmas Hutabaginda dan Siborongborong Sebanyak 5 orang, Puskesmas Onan Hasang 4 orang, Puskesmas Parsingkaman, Puskesmas Sitadatada, Puskesmas Siatas Barita, Puskesmas Sarulla, Puskesmas Butar dan Puskesmas Muara masing-masing sebanyak 3 orang. Faktor penyebab kematian bayi secara umum adalah BBLR (10 orang), kelainan jantung (6 orang), Asfiksia (12 orang), Aspirasi (4 orang) dan Kelainan Kongenital (2 orang) (Dinkes Taput, 2017: 25).

Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) tahun 2012 dalam rangka menurunkan AKI dan AKB sebesar 25%. Program EMAS berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal melalui : 1) meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balikesmas PONEK) dan 2) memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Kemenkes RI, 2017: 106).

Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 disetiap provinsi meningkat pada tahun 2017 sejumlah 76% (Kemenkes RI, 2017: 107). Pada tahun 2017 cakupan pelayanan K4 ibu hamil sebesar 87,09%, belum

mencapai target yang ditetapkan dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara sebesar 95 %. Kabupaten/Kota dengan pencapaian tertinggi adalah Deli Serdang (96,51%), Tapanuli Selatan (96,02%) dan Tapanuli Tengah (94,73%), sedangkan kabupaten/kota dengan capaian terendah adalah Nias Selatan (51,68%), Gunungsitoli (60,85%) dan Nias Barat (63,93%). (Dinkes Sumut, 2017: 49). Cakupan kunjungan ibu hamil K4 sebesar 79 %. Puskesmas dengan cakupan rata-rata tertinggi adalah Puskesmas Onan hasang, Aek Raja, Janji Angkola dan Silangit. Sedangkan cakupan rata-rata terendah adalah Puskesmas Situmeang Habinsaran, Simangumban dan Sarulla (Dinkes Taput, 2017: 27).

Sebanyak 93,76% puskesmas di Indonesia telah melaksanakan kelas ibu hamil yang berarti telah mencapai renstra Kementerian Kesehatan tahun 2017 yang sebesar 84%. Pada tahun 2017 sebanyak 91,94% puskesmas telah melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Menurut provinsi, sebanyak 25 provinsi (73,5%) telah mencapai target tersebut, bahkan 14 di antaranya sudah mencapai 100% puskesmas (Kemenkes RI, 2017: 116). Pada tahun 2017 cakupan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di Provinsi Sumatera Utara mencapai 87,28% (Dinkes Sumut, 2017: 52). Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Tapanuli Utara tahun 2017 sebesar 73 % (Dinkes Taput, 2017: 28).

Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2008 sebesar 17,9% menjadi 87,36% pada tahun 2017 (Kemenkes RI, 2017: 114). Pada tahun 2017 cakupan pelayanan ibu nifas di Provinsi Sumatera Utara adalah 85,22%, dibandingkan pencapaian tahun 2016 dan 2015 menurun yaitu 86,70% dan 87,36%. (Dinkes Sumut, 2017: 53). Cakupan pelayanan ibu nifas pada tahun 2017 sebesar 72,99% (Dinkes Taput, 2017: 41).

Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1 merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah

lahir. Capaian KN1 Indonesia pada tahun 2017 sebesar 92,62% lebih tinggi dari tahun 2016 yaitu sebesar 91,14%. Capaian ini sudah memenuhi target Renstra tahun 2017 yang sebesar 81%. Sejumlah 23 provinsi (67,6%) yang telah memenuhi target tersebut (Kemenkes RI, 2017: 128).

Cakupan KN1 dan KN3 pada tahun 2017 menurun dibandingkan tahun 2016. Pencapaian KN1 terendah yaitu Tanjung Balai (63,37%), Humbang Hasundutan (73,21%) dan Gunungsitoli (76,33%). Kabupaten/kota dengan cakupan KN3 tertinggi mencapai 100% yaitu Tebing Tinggi, Tapanuli Utara, Asahan dan Batu Bara dan capaian kabupaten/kota terendah yaitu Nias Selatan 35,88%, Tanjung Balai 50,57% dan Humbang Hasundutan 70,38% (Dinkes Sumut, 2017: 56). Cakupan kunjungan neonates 1 kali (KN 1) di Kabupaten Tapanuli Utara pada tahun 2017 adalah 100 % meningkat dibandingkan dengan tahun 2016 adalah 99 % . Sementara cakupan kunjungan neonates 3 kali (KN lengkap) tahun 2017 adalah sebesar 100 % meningkat di bandingkan tahun 2016 sebesar 94 % (Dinkes Taput, 2017: 30).

Peserta KB aktif tahun 2017 sebesar 63,22%, sedangkan yang tidak pernah ber-KB sebesar 18,63%. KB aktif tertinggi terdapat di Bengkulu yaitu sebesar 71,98% dan yang terendah di Papua sebesar 25,73%. Sebagian besar peserta KB Aktif memilih suntikan dan pil sebagai alat kontrasepsi bahkan sangat dominan (lebih dari 80%) dibandingkan penggunaan MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) masih sangat rendah (17,45%) dikarenakan pengetahuan masyarakat yang masih rendah tentang kelebihan metode MKJP dan keterbatasan jumlah tenaga terlatih serta sarana yang ada (Kemenkes RI, 2017: 118).

Berdasarkan metode KB, provinsi tertinggi dengan peserta KB MKJP tertinggi terdapat di Bali (39,14%), D.I Yogyakarta (36,03%), dan Nusa Tenggara Timur (30,49). Sedangkan Kalimantan Tengah dan Kalimantan Selatan merupakan provinsi dengan cakupan KB aktif yang tinggi, namun pengguna MKJP yang sangat rendah (Kemenkes RI, 2017: 120). Berdasarkan data BKKBN Provinsi Sumatera Utara, jumlah peserta KB

tahun 2017 sebanyak 371.398 jiwa dari PUS yang ada sebesar 15,44%, meningkat dibandingkan dengan tahun 2016 (sebanyak 350.481 jiwa atau 14.83%) dan tahun 2015 sebanyak 289.721 jiwa atau 12,31 (Dinkes Sumut, 2017: 57). Cakupan peserta KB aktif tahun 2017 di Kabupaten Tapanuli Utara adalah sebesar 65,00%. Berdasarkan jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh peserta KB aktif di Kabupaten Tapanuli Utara adalah Suntik (27,6%) dan PIL (14,8%) (Dinkes Taput, 2017: 40).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis akan melakukan Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif mulai dari Hamil, Bersalin, BBL, Nifas dan KB di Wilayah Kerja Puskesmas Aek raja Kecamatan Parmonangan Kabupaten Tapanuli Utara, alasan penulis memilih membuat Laporan Tugas Akhir adalah untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan dan mampu memberikan Asuhan yang Komprehensif dengan menggunakan pendekatan Manajemen Kebidanan.

B. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Ruang lingkup asuhan adalah pemberian asuhan kehamilan trimester III, asuhan persalinan, asuhan masa nifas, asuhan pada bayi baru lahir dan asuhan pada keluarga berencana yang sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

C. Tujuan Penyusunan LTA

1. Tujuan Umum

Dengan penulisan ini mahasiswa dapat melakukan Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif mulai dari ibu hamil trimester III, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas dan KB dengan menggunakan manajemen kebidanan varney dan pendokumentasian dengan menggunakan metode SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu memberikan asuhan kehamilan mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi pada ibu
- b. Mampu melaksanakan Asuhan Persalinan Normal
- c. Mampu memberikan asuhan kebidanan pada BBL

- d. Mampu memberikan asuhan masa nifas hingga pemasangan alat kontrasepsi pada ibu
- e. Mendokumentasikan seluruh asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

D. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan

1. Sasaran

Sasaran subjek asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu secara berkesinambungan pada ibu M.S (G4P3A0) umur 39 tahun dengan usia kehamilan 34-36 minggu, HPHT 10 Juli 2018, TTP 17 April 2019. Mulai hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan menjadi akseptor KB.

2. Tempat

Antenatal care dilakukan di Poskesdes Lobusunut, Persalinan akan dilakukan di Puskesmas Aek raja Kec. Parmonangan, Kunjungan Nifas dan BBL dilakukan di rumah pasien di Simargalung Wilayah kerja puskesmas Aek raja Kec. Parmonangan dan direncanakan Pemasangan KB kontak akan dilakukan di RSUD Tarutung.

3. Waktu

Waktu yang diperlukan mulai dari penyusunan proposal sampai memberikan asuhan

E. Manfaat

1. Bagi Penulis

Penulis dapat menambah pengetahuan, wawasan, pengalaman dan mampu menerapkan asuhan kebidanan yang Komprehensif pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas dan akseptor KB.

2. Bagi Bidan / pelayanan kesehatan

Dengan hasil asuhan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai pengevaluasian ditempat lahan praktek dalam meningkatkan mutu pelayanan kebidanan sesuai dengan standar kebidanan.

3. Bagi Ibu

Diharapkan dapat menjadi penambahan wawasan ilmu pengetahuan ibu tentang kesehatan ibu dan anaknya mulai dari kehamilannya, persiapan persalinan, IMD, ASI eksklusif, perawatan tali pusat serta perencanaan sebagai akseptor KB.

4. Bagi Pendidikan

Dalam penulisan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber referensi dalam proses pendokumentasian SOAP

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KEHAMILAN

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan pertumbuhkembangan hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010: 75).

Kehamilan dibagi atas 3 triwulan (Trimester): (a) kehamilan triwulan I antara minggu 0-12 minggu, (b) kehamilan triwulan II antara minggu 12-28, dan (c) kehamilan triwulan III antara minggu 28-40 minggu (Moctar, 2013: 35).

Kehamilan dibagi atas 3 triwulan (Trimester): (a) kehamilan triwulan I antara minggu 0-12 minggu, (b) kehamilan triwulan II antara minggu 12-28, dan (c) kehamilan triwulan III antara minggu 28-40 minggu (Moctar, 2013: 35).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Prawirohardjo, 2016: 213).

b. Fisiologi kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormone somatomamotropin, ekstrogen dan progesterone yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh di bawah ini (Manuaba, 2010: 85).

1) Perubahan pada Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gr akan mengalami *hipertropi dan hyperplasia*, sehingga menjadi seberat 1000 gr saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperplasi dan hipertropi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan rahim. Regangnya dinding rahim karena besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri semakin tertarik keatas dan menipis di Segmen Bawah Rahim. Perubahan konsentrasi hormonal yang mempengaruhi rahim yaitu estrogen dan progesterone mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut Braxton Hicks (Manuaba, 2010: 85).

2) Perubahan pada Serviks

Serviks merupakan organ yang kompleks yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan karena bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lunak dan kebiruan (Prawirohardjo, 2016: 177).

3) Perubahan pada Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak berwarna merah dan kebiru-biruan (Tanda Chadwicks) (Manuaba, 2010: 95).

4) Perubahan pada Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh

hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesterone, dan somatomamotrofin

(Manuaba, 2010: 92).

c. Kebutuhan Nutrisi pada ibu hamil

Adapun kebutuhan nutrisi pada ibu hamil adalah sebagai berikut :

1) Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Pengetahuan tentang berbagai jenis makanan yang dapat memberikan kecukupan kalori tersebut sebaiknya dapat dijelaskan secara rinci dan bahasa yang dimengerti oleh para ibu hamil dan keluarganya. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor presdiposisi untuk terjadinya preeklampsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil. Contohnya : 1 potong ikan, 10 tusuk daging, kacang-kacangan.

2) Protein

Jumlah protein yang dibutuhkan 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 premature, anemia dan edema. Contohnya : 1 butir telur, 3 potong tahu, 2 potong tempe.

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium untuk ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Contohnya : 2 gelas susu diminum setiap hari, 1 buah jeruk.

4) Zat Besi

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 yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Contohnya : 3 ikat kangkung, ¼ ons daging sapi.

5) Asam Folat

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 per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Contohnya : 1 buah jeruk, 1 buah pisang, 1 buah jagung (Prawirohardjo, 2016: 286)

d. Ketidaknyamanan umum selama kehamilan dan penanganannya

Tidak semua wanita mengalami semua ketidaknyamanan yang umum muncul selama kehamilan, tetapi banyak wanita yang mengalaminya dengan ringan berat. Bebasnya seorang dari ketidaknyamanan tersebut dapat membuat perbedaan signifikan terhadap cara wanita memandang kehamilannya. Cara mengatasi ketidaknyamanan ini didasarkan pada gejala yang muncul. Tidak semua cara tersebut cocok untuk semua wanita (Varney, 2007: 536).

1) Peningkatan frekuensi berkemih (nonpatologis)

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan nonpatologis yang berbeda selama periode antepartum. Satu-satunya metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih ini adalah menjelaskan mengapa hal tersebut terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur (Varney, 2007: 538).

2) Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati, ketidaknyamanan yang mulai timbul menjelang akhir trimester kedua dan bertahan hingga trimester ketiga. Isi lambung bersifat asam hidroklorida yang terdapat di dalam lambung.

Cara mengurangi nyeri ulu hati adalah:

- a) Makan dalam porsi sedikit tetapi sering untuk menghindari lambung untuk menjadi terlalu penuh.
- b) Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya, postur tubuh membungkuk hanya menambah masalah karena posisi ini menekan tekanan dan lambung
- c) Regangkan lengan atas melampui kepala untuk memberi ruang bagi perut berfungsi
- d) Usahakan minum susu murni daripada susu manis.
- e) Hindari makanan yang dingin (Varney, 2007: 539).

3) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone.

Cara mengatasi konstipasi yaitu:

- a) Asupan cairan yang adekuat, yakni minum air mineral 8 gelas per hari dan istirahat yang cukup.
- b) Minum air hangat saat bangkit dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltik (Varney, 2007: 539).

2. Asuhan Kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2016: 278).

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan bertujuan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan memberikan ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.

Secara khusus, pengawasan antenatal care bertujuan untuk :

- 1) Menegal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, persalinan dan kala nifas.
- 2) Menegal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
- 3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal (Manuaba, 2010: 111).

c. Kunjungan Masa Hamil

Pemeriksaan antenatal yang tepat adalah K1, K2, K3 dan K4 hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28- 36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu (Prawirohardjo, 2014 : 279).

Tabel 2.1 Kunjungan Kehamilan

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester pertama	Sebelum usia 14 minggu	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil. Mendeteksi masalah dan menanganinya. Melakukan tindakan pencegahan seperti <i>Tetanus neonatorum</i> , anemia, penggunaan praktek tradisional yang merugikan. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).
Trimester kedua	Sebelum minggu ke 28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai <i>pre-eklamsia</i> (Tanya tentang pre-eklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi <i>edema</i> , periksa untuk mengetahui proteinuria).
Trimester ketiga	Antara minggu ke 28-36	Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
Trimester ketiga	Setelah 36 minggu	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak

		normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.
--	--	--

Sumber : Saifuddin, 2013

d. Pemeriksaan Obstetrik

1) Pemeriksaan khusus obstetrik :

a) Inspeksi :

- Bentuk dan ukuran abdomen
- Perut bekas operasi
- Gerakan janin
- Varises atau pelebaran vena
- Hernia dan Edema

b) Palpasi :

- Tinggi fundus
- Punggung bayi
- Presentasi
- Sejauh mana bagian terbawah bayi masuk PAP.

c) Auskultasi :

- Bising usus
- Denyut Jantung Janin dan hal lain yang terdengar

d) Perkusi :



- Ketuk pinggang

- Reflek patela

e) Laboratorium :

- HB dan Urine (Manuaba, 2010 : 114).

2) Tahap pemeriksaan Leopold

a) Leopold I

(1) Pemeriksa menghadap kearah muka ibu hamil

(2) Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat dalam fundus

(3) Konsistensi uterus

Versi menurut Knebel : menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain di atas simfisis.

Gambar 2.1 Leopold I

Sumber : Rustam Mochtar, 2013

b) Leopold II

(1) Menentukan batas samping rahim kanan-kiri

(2) Menentukan letak punggung janin

- (3) Pada letak lintang, tentukan letak kepala janin
Variasi menurut Budin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan bagian fundus.

Gambar 2.2 Leopold II



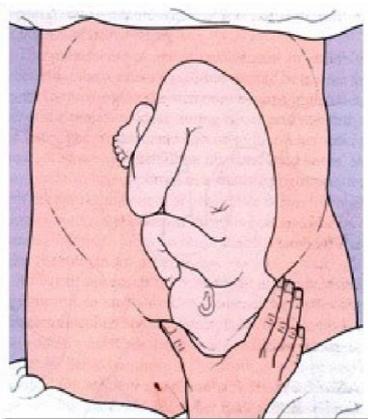
Sumber : Rustam Mochtar, 2013

c) Leopold III

- (1) Menentukan bagian terbawah janin
(2) Menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah memasuki pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan

Variasi menurut Ahlfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir kiri diletakkan tegak di tengah perut.

Gambar 2.3 Leopold III



Sumber : Rustam Mochtar, 2013

d) Leopold IV

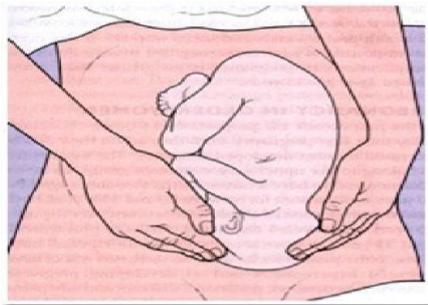
- (1) Pemeriksaan menghadap kearah kaki ibu hamil
- (2) Dapat juga menentukan apakah bagian terbawah janin dan berapa jauh sudah masuk pintu atas panggul

Gambar 2.4 Leopold IV

Sumber : Rustam Mochtar, 2013

d. Standar Program Pelayanan Asuhan Kehamilan

Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan yang berkualitas sesuai standar (10T) sebagai berikut:



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

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

meningkatkan resiko untuk terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)*.

2) Ukuran Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$) pada kehamilan dan preeklamsia. Menurut Bobak Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan sistolik dan diastolik sampai mencapai atau melebihi 140/90 mmHg. Jika tekanan darah ibu pada trimester pertama telah diketahui, maka angka tersebut dipakai sebagai patokan dasar tekanan darah dasar ibu. Defenisi alternatif hipertensi merupakan kenaikan nilai tekanan sistolik sebesar 30 mmHg atau lebih atau kenaikan tekanan diastolik sebesar 15 mmHg diatas nilai tekanan darah dasar ibu (Bobak, 2015 : 630).

3) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas / LiLA) (T3)

KEK disini maksudnya ibu yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah.

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Standar pengukuran menggunakan pita pengukuran setelah kehamilan 24 minggu (IBI, 2016: 115).

Tabel 2.1 Perkiraan Tinggi Fundus Uterus

Usia Kehamilan sesuai minggu	Perkiraan Tinggi Fundus
12 Minggu	Setinggi simfisis pubis
16 Minggu	Pertengahan antara simfisis pubis dan umbilikus
20 Minggu	1-2 lebar jari dibawah umbilikus
24 Minggu	1-2 lebar jari diatas umbilikus
28-30 Minggu	Sepertiga jarak antara umbilikus dan prosesus xifoideus (tiga jari di atas umbilikus)
32 Minggu	Dua pertiga jarak antara umbilikus dan prosesus xifoideus (tiga sampai empat jari di bawah prosesus xifoideus)
36-38 Minggu	Satu jari di bawah prosesus xifoideus
40 Minggu	Dua sampai tiga jari di bawah prosesus xifoideus jika janin sudah masuk ke panggul

Sumber :Varney, 2007: 1055

5) Tentukan Presentasi janin dan denyut jantung janin (T5)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Skrining Status Imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (T6)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, sesuai dengan imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status

imunisasi T2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan tetanus imunisasi T5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi (IBI, 2016: 51).

Tabel 2.2 Pemberian Imunisasi *Tetanus Toxoid*

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	>25 tahun

Sumber : Kemenkes, 2017: 109

7) Beri Tablet Penambah Darah (T7)

Untuk mencegah anemia, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (Tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tablet tambah darah sebaiknya diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual. Minum menggunakan air putih.

8) Periksa Laboratorium (T8)

Pemeriksaan laboratorium adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu Golongan darah, Hemoglobin darah, Protein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis / epidemis (Malaria, IMS, HIV, dan lain-lain).

9) Tatalaksana /Penanganan Kasus (T9)

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

10) Temu Wicara (T10)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

a) Kesehatan Ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat

b) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dan sebagainya. Mengetahui tanda dan bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan (IBI, 2016: 51).

e. Tanda-tanda Bahaya pada Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu.

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang tidak normal adalah merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan dengan nyeri. Perdarahan ini dapat berarti Abortus, Kehamilan Mola atau Kehamilan Ektopik. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah (bisa segar atau tidak), banyak dan kadang-kadang, tidak selalu disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti Plasenta Previa atau abrupsi plasenta.

a) Plasenta Previa

Plasenta Previa adalah plasenta yang abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh *ostium uteri internum* (OUI). Angka kejadiannya sekitar 3-6 dari 1000 kehamilan.

b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta atau abruption plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada uterus sebelum janin dilahirkan. Penyebabnya bisa karena perubahan anatomis/tumor pada rahim, karena tali plasenta pendek sehingga tertarik oleh gerakan janin.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur dan berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia.

3) Bengkak pada muka dan tangan

Bengkakan atau terasa berat akibat cairan (edema) pada tangan, muka dan sekitar mata atau penambahan berat badan yang tiba-tiba sekitar 1 kilo atau lebih, yang tidak berkaitan dengan pola makan. Edema adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka.

4) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah istirahat. Gejala ini bisa mengarah pada gejala pre-eklamsia jika di dukung dengan tanda bahaya dan gejala pre-eklamsia yang juga dirasakan.

5) Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin atau tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam) ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Jika ini berarti terjadi bahaya pada janin.

6) Keluar air ketuban sebelum waktunya

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah apabila terjadi sebelum persalinan berlangsung yang disebabkan karena kurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan *intra uteri* atau oleh kedua faktor tersebut, juga karena adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks dan penilainnya ditentukan dengan adanya cairan yang keluar dari vagina. Penentuan cairan ketuban dapat

dilakukan dengan test lakmus (*nitrazin test*) merah menjadi biru.

7) Demam tinggi

Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas (Saifuddin, 2013 : 45-48).

f. Tanda-tanda Inpartu

- 1) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur
- 2) Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- 4) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan (Moctar, 2013: 70).

B. PERSALINAN

1. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Manuaba, 2010: 164).

Persalinan normal adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan

progresif pada serviks, dan akhir dengan kelahiran plasenta (Varney, 2007: 672).

b. Fisiologi Persalinan

Kehamilan secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos miometrium yang relatif tenang yang memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin *intrauterin* sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi, dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum. Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks dan mendorong janin keluar dari jalan lahir (Prawirohardjo, 2016: 296).

Kemampuan uterus dalam mempertahankan kehamilan mempunyai jangka waktu tertentu dan dibatasi oleh kemampuan meregang. Besarnya janin dalam uterus dan jangka waktu plasenta, inilah dimulainya his untuk proses persalinan, yang sesungguhnya telah dimulai sejak umur kehamilan 20-236 minggu. Pada proses yang telah berjalan, dilewatinya kala pertama, maka pada kala kedua akan terdapat tambahan kekuatan baru berasal dari proses mengejan. Proses mengejan merupakan kekuatan yang dapat dikendalikan dari luar sehingga *resultannya* diharapkan menunjang his sehingga persalinan dapat berlangsung cepat (Manuaba, 2010: 170).

c. Mekanisme Persalinan

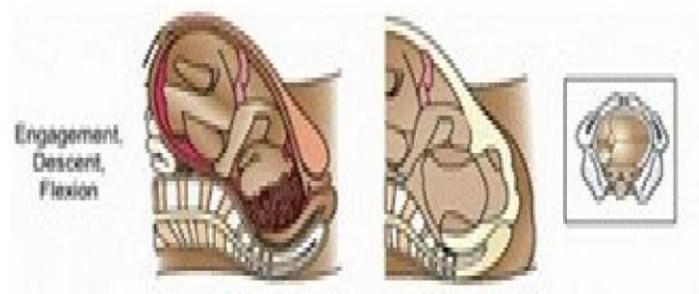
Bentuk dan diameter panggul wanita berbeda pada ketinggian yang berbeda bagian presentasi janin menempati jalan lahir dalam proporsi yang besar. Supaya dapat dilahirkan, janin harus beradaptasi dengan jalan selama proses penurunan. Putaran dan penyesuaian lain yang lain yang terjadi pada proses kelahiran manusia disebut mekanisme persalinan. Tujuan gerakan kardinal

presentasi puncak kepala pada mekanisme persalinan adalah *engagement*, penurunan, *fleksi*, putar paksi dalam, *ekstensi*, *putar paksi luar (restitusi)*, dan akhirnya kelahiran melalui *ekspulsi* (Cunningham, 2017: 392).

1) *Engagement*

Apabila diameter biparetal kepala melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul. Pada kebanyakan wanita primipara, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomennya lebih kendur dan kepala sering sekali dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.

Gambar 2.5 Engagement



Sumber : Cunningham, 2017

2) Penurunan

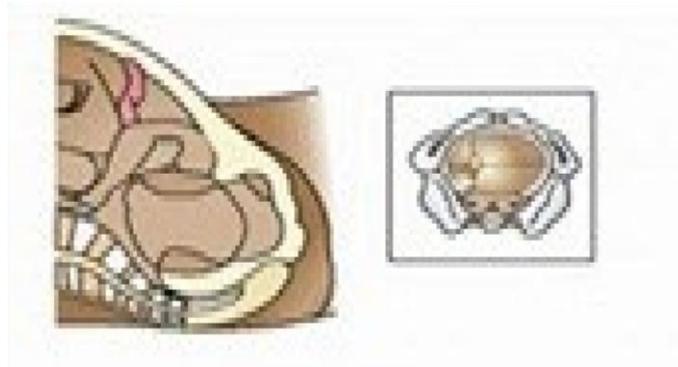
Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan:

- a) Tekanan dari cairan amnion.
- b) Tekanan langsung kontraksi fundus janin
- c) Kontraksi diafragma dan otot-otot abdomen itu pada tahap kedua persalinan. Efek ketiga kekuatan ibu dimodifikasi oleh ukuran dan bentuk bidang panggul ibu dan kapasitas kepala janin dan untuk bermolase.

Tingkat penurunan diukur dengan menggunakan stasiun bagian presentasi. Laju penurunan meningkat pada tahap kedua

persalinan. Pada kehamilan pertama, penurunan berlangsung lambat, tetapi kecepatannya sama. Pada kehamilan berikutnya, penurunan dapat berlangsung dengan cepat. Palpasi abdomen (perasat leopard) dan pemeriksaan dalam sampai bagian presentasi terlihat pada introitus

Gambar 2.6 Penurunan



Sumber : Cunningham, 2017

3) Fleksi

Segera setelah kepala turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atas dasar panggul, dalam keadaan normal *fleksi* terjadi dan dagu di dekatkan kearah dada janin. Dengan *fleksi*, sub oksipito bregmatika yang berdiameter kecil (9,5 cm) dapat masuk kedalam pintu bawah panggul.

Gambar 2.7 Fleksi

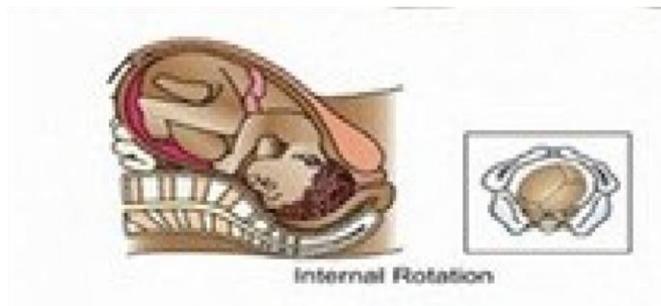


Sumber : Cunningham, 2017

4) Putar Paksi Dalam

Pintu atas panggul ibu memiliki bidang paling luar pada diameter transversal. Dengan demikian kepala janin melalui pintu atas dan masuk kedalam panggul sejati dengan posisi oksipito transversal. Akan tetapi, bidang pintu atas panggul yang terluas adalah diameter anterior posterior. Supaya dapat keluar, kepala janin harus dapat berotasi (berputar pada sumbunya). Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina ischiadika, tetapi putaran ini belum selesai sampai bagian presentasi mencapai panggul bawah. Ketika oksiput berputar ke arah anterior, wajah berputar ke arah posterior. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan tulang panggul. Akhirnya, oksiput berada di garis tengah di bawah lengkung pubis. Kepala hampir selalu berputar saat mencapai dasar panggul.

Gambar 2.9 Putar paksi dalam

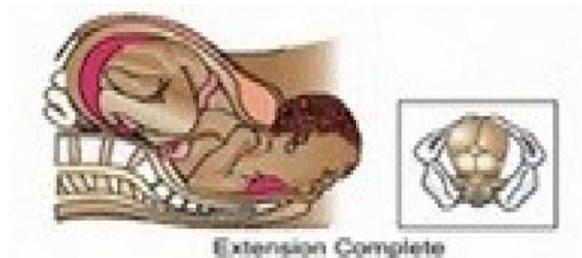


Sumber : Cunningham, 2017

5) Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan *defleksi* ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala muncul keluar akibat *ekstensi*, pertama-tama, kemudian wajah, dan akhir dagu.

Gambar 2.9 Ekstensi

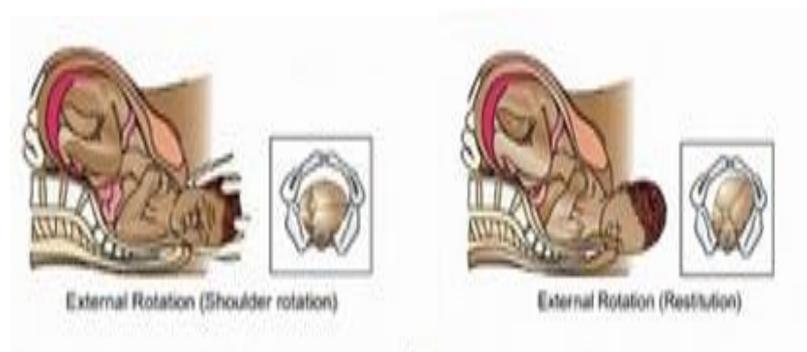


Sumber : Cunningham, 2017

6) Restitusi dan putar paksi luar

Setelah kepala lahir, bayi berputar hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas panggul. Gerakan ini dikenal sebagai *restitusi*. Putaran 45° membuat kepala janin sejajar dengan punggung dan bahunya. Putaran paksi luar terjadi pada saat bahu *engaged* dan turun dengan gerakan yang mirip dengan gerakan kepala. Seperti telah diketahui, bahu anterior turun terlebih dahulu. Ketika sudah mencapai pintu bawah, bahu berputar kerah garis tengah dan dilahirkan dibawah lengkung pubis. Bahu posterior diarahkan ke arah perineum sampai ia bebas keluar dari introitus vagina

Gambar 2. 10 Putar paksi luar



Sumber : Cunningham, 2017

7) Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayinya dikeluarkan dengan gerakan *fleksi lateral* ke arah simfisis pubis. Ketika seluruh tubuh bayi keluar, persalinan bayi selesai. Ini merupakan akhir tahap kedua persalinan dan waktu saat tubuh bayi keluar seluruhnya, dicatat dalam catatan medis (Cunningham, 2017: 96).

Dalam gambar dibawah ini, mekanisme persalinan dapat diuraikan sebagai berikut :

Gambar 2. 11 Ekspulsi



Sumber : Cunningham, 2017

d. Tahap Persalinan

Kala persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Pada primigravida serviks mendatar terlebih dahulu, lalu berdilatasi (berlangsung 13-14 jam) dan pada multigravida serviks akan mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan berlangsung 6-7 jam. Kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

- a) Fase laten : pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- b) Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase. Fase *akselerasi* berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

Fase dilatasi maksimal berlangsung selama 2 jam, pembukaan cepat menjadi 9 cm. Dan fase *deselerasi* berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (Prawirohardjo, 2016: 303).

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Fase ini dimulai ketika dilatasi serviks lengkap dan berakhir dengan kelahiran janin. Durasi median sekitar 50 menit untuk nulipara dan sekitar 20 menit untuk multipara, tetapi sangat bervariasi. Pada perempuan paritas tinggi dengan riwayat dilatasi vagina dan perineum sebelumnya, dua atau tiga usaha ekspulsif setelah dilatasi serviks lengkap mungkin cukup untuk menyelesaikan proses kelahiran. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mendedan yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin (Cunningham, 2017: 407).

3) Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi lahir beristirahat sebentar. Uterus terasa keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah \pm 100-200 cc (Cunningham, 2017: 415).

4) Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Lamanya persalinan pada primi sekitar 14 ½ jam, dan pada multipara sekitar 7 ½ jam.

2. Asuhan Persalinan Normal

a. Pengertian Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir (Prawirahardjo, 2016: 334).

Tujuan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirahardjo, 2016: 335).

b. Lima Benang Merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap, baik normal maupun patologis.

Lima benang merah tersebut adalah :

1) Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Hal ini merupakan suatu proses sistematis dalam mengumpulkan data, mengidentifikasi masalah, membuat diagnosis kerja, melaksanakan rencana tindakan dan akhirnya mengevaluasi hasil asuhan atau tindakan yang telah diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir.

2) Asuhan Sayang Ibu dan Bayi

Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan

keinginan sang ibu. Tujuan asuhan sayang ibu dan bayi adalah memberikan rasa nyaman pada ibu dalam proses persalinan.

Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah mengikutsertakan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asuhan tersebut bias mengurangi umlah persalinan dengan tindakan.

3) Pencegahan Infeksi

Tindakan Pencegahan Infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti misalnya Hepatitis dan HIV/AIDS.

4) Pencatatan SOAP dan Partograf

Pendokumentasia adalah bagian terpenting dari proses membuat keputusan klinik dalam memberikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan. Pendokumentasian SOAP dalam persalinan:

- a) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan.
- b) Dicatat dalam SOAP pertama dilanjutkan dilembar berikutnya.
- c) Observasi denyut jantung janin, his, nadi setiap 30 menit.
- d) Observasi pembukaan, penurunan bagian terendah, tekanan darah, suhu setiap 4 jam kecuali ada indikasi.

Partograf merupakan alat untuk memantau kemajuan persalinan dimulai sejak fase aktif.

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Singkatan BAKSOKUDOPN dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam persiapan rujukan untuk ibu dan bayi :

- B : (Bidan) Pastikan ibu didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.
- A : (Alat) Bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan, seperti partus set, infuse set, dan tensimeter.
- K : (Keluarga) Beritahu suami dan keluarga tentang kondisi terakhir ibu dan alasan mengapa dirujuk serta siap untuk mendampingi ibu ke tempat rujukan.
- S : (Surat) Berikan surat rujukan yang berisi identifikasi, keluhan, dan tindakan yang sudah diberikan.
- O : (Obat) Bawa obat-obatan yang diperlukan selama perjalanan.
- K : (Kendaraan) Siapkan kendaraan yang akan digunakan untuk merujuk.
- U : (Uang) Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan.
- DO : (Donor) Siapkan donor darah dari keluarga atau masyarakat yang sesuai dengan golongan darah ibu.
- P : (Posisi) Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan.
- N : (Nutrisi) Pastikan nutrisi ibu tetap terpenuhi selama dalam perjalanan (BPPSDM, 2015: 84).

c. Asuhan Persalinan normal

I. Asuhan Sayang Ibu kala I

- (1) Memastikan perlengkapan bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- (2) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- (3) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk /pribadi yang bersih.
- (4) Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- (5) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan Pembukaan Lengkap dan Janin Baik

- (6) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air DTT. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan cara menyeka dari depan ke belakang.
- (7) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

- (8) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci tangan kembali.
- (9) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
 - Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

II. Asuhan persalinan normal kala II (kala pengeluaran janin)

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

- (10) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif.
 - Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- (11) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
- (12) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran :

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

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- (13) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

- (14) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- (15) Membuka partus set.
- (16) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

- (17) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir
- (18) Dengan lembut membersihkan muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih
- (19) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :
 - a) Jika tali pusat melilit lahir dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- (20) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir Bahu

- (21) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke

arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

- (22) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- (23) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan Bayi Baru Lahir

- (24) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- (25) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk kering dan biarkan kontak kulit ibu dengan bayi.
- (26) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem ke-2 cm dari klem pertama (kearah ibu).

- (27) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- (28) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- (29) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

III. Kala III (Pengeluaran Uri/plasenta).

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

- (30) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk memastikan adanya bayi kedua.
- (31) Memberitahu kepada ibu bahwa dia akan disuntik
- (32) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan sintikan oksitosin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Peregangan Tali Pusat Terkendali

- (33) Memindahkan klem pada tali pusat.

- (34) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- (35) Menunggu uterus berkontraksi dan melakukan penengangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
- Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

- (36) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
- a) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - b) Menilai kandung kemih dan lakukan katektisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - e) Lakukan manual plasenta jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit.

(37) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps DTT atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

IV. Kala IV (Kala Pengawasan)

Selama 1 jam setelah bayi dan uri keluar untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum.

(38) Pemijatan Uterus

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

Menilai Perdarahan

(40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.

(41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pascapersalinan

- (42) Menilai ulang kontraksi uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- (43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- (44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- (45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- (46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.
- (47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bresih atau kering.
- (48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- (49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menataklaksana atonia uteri
- (50) Mengajarkan anggota keluarga bagaimana melakukan masase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik dan memeriksa kontraksi uterus.
- (51) Mengevaluasi kehilangan darah.

- (52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - Melakukan tindakan yang sesuai untuk tindakan yang tidak normal.

Kebersihan dan Keamanan

- (53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- (54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- (55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- (57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- (58) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- #### Dokumentasi
- (60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) (Prawiroharjo, 2016: 341).

d. Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan, dan mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Yang ada di partograf adalah:

- 1) Informasi Tentang Ibu :
 - a) Nama, umur
 - b) Gravida, para, abortus (keguguran)
 - c) Nomor catatan medic/nomor Puskesmas
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban
- 2) Kondisi janin
 - a) DJJ (Denyut Jantung Janin)
 - b) Warna dan adanya air ketuban;
 - c) Penyusupan (molase) kepala janin.
- 3) Kemajuan Persalinan
 - a) Pembukaan serviks
 - b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - c) Garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Jam dan waktu
 - a) Waktu dimulai fase aktif persalinan
 - b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan.
- 5) Kontraksi Uterus
 - a) Frekuensi dan lamanya
- 6) Obat-obat dan cairan yang diberikan
 - a) Oksitosin
 - b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
- 7) Kondisi ibu
 - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh
 - b) Urin (Volume, Aseton)

8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya.

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV.

a) Kala I

Partograf melewati garis waspada atau tidak; Masalah lain Penatalaksanaan masalah tersebut; Hasilnya.

b) Kala II

Adanya tindakan episiotomi atau tidak; Pendamping saat persalinan; Gawat janin; Distosia bahu; Masalah lain; Penatalaksanaan masalah tersebut; Hasilnya

c) Kala III

Lama kala II berapa menit; Pemberian oksitosin; Peregangan tali pusat terkendali; Rangsangan taktil pemijatan fundus uteri; Plasenta lahir lengkap atau tidak; Plasenta tidak lahir > 30 menit; Laserasi; Derajat laserasi perineum; Tindakan jika atonia uteri; Jumlah perdarahan; Masalah lain; Penatalaksanaan masalah; Hasilnya

d) Kala IV

Kala IV berisi tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah ada resiko atau terjadi perdarahan pascapersalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Isi semua kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan (Prawirohardjo, 2016: 315).

b. Episiotomi

Saat yang paling tepat dilakukan episiotomi adalah pembukaan kepala dengan lingkaran sekitar 5 cm, kepala hampir melakukan defleksi dan ekspulsi, dilakukan bersamaan dengan puncak his dan mengedan (Manuaba, 2010: 192).

Penjahitan Robekan Perineum

Tujuan menjahit laserasi atau episiotomi adalah menyatukan kembali jaringan tubuh (Aproximasi) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (Hemostasis). Dianjurkan untuk melakukan penjahitan dengan teknik jelujur. Keuntungan tehnik penjahitan jelujur adalah mudah dipelajari, tidak terlalu nyeri bagi ibu, dan menggunakan jahitan lebih sedikit (IBI, 2016: 90).

Tingkat Robekan Perineum :

- a) Tingkat I : Perlukaan tingkat *fourchet*, kulit perineum
- b) Tingkat II : Dinding vagina belakang robek, otot perineum robek, tetapi belum mencapai sfingter ani, sfingter ani masih utuh
- c) Tingkat III : Robekan makin luas sampai mencapai sfingter ani, mukosa rektum masih utuh
- d) Tingkat IV : Robekan makin luas, sampai mengenai mukosa, rectum, kanalis rectum terbuka (Manuaba, 2010: 195).

Gambar 2.13 Halaman belakang partograf

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal :
- Nama bidan :
- Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / T
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
 Ya, Indikasi
 Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
- Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
- Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III :menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
 Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
- Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
- Laserasi :
 Ya, dimana
 Tidak.
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
- Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
- Jumlah perdarahan : ml
- Masalah lain, sebutkan
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan gram
- Panjang cm
- Jenis kelamin : L / P
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
- Cacat bawaan, sebutkan :
- Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
- Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
- Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Sumber : Warungbidan.blogspot.com

C. NIFAS

1. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa dimulai sejak satu jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Dan pemenuhan kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2016: 356).

Masa nifas atau (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Syaifuddin, 2013: 23).

b. Perubahan Fisiologi masa Nifas

Beberapa perubahan yang terjadi secara fisiologi pada masa nifas yaitu sebagai berikut :

1) Sistem reproduksi

Pada sistem reproduksi terjadi beberapa perubahan yaitu :

a) Perubahan pada serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari (Cunningham, 2017: 674).

b) Vagina dan Ostium Vagina

Pada awal masa nifas, vagina dan ostiumnya membentuk saluran yang berdinding halus dan lebar yang ukurannya berkurang secara perlahan namun jarang kembali ke ukuran saat nullipara. Rugae mulai muncul kembali pada minggu

ketiga namun tidak semenonjol sebelumnya. Hymen tinggal berupa potongan-potongan kecil sisa jaringan, yang membentuk jaringan parut disebut *carunculae myrtiformes*.

Epitel vagina mulai berproliferasi pada minggu keempat sampai keenam, biasanya bersamaan dengan kembalinya produksi estrogen ovarium. Laserasi atau peregangan perineum selama kelahiran dapat menyebabkan relaksasi ostium vagina (Cunningham, 2017: 674).

2) Uterus

a) Involusi uterus

Segera setelah pengeluaran plasenta, fundus uteri yang berkontraksi tersebut terletak sedikit di bawah umbilikus. Bagian tersebut sebagian besar terdiri dari miometrium yang ditutupi oleh serosa dan dilapisi oleh desidua basalis. Dinding posterior dan anterior, dalam jarak yang terdekat, masing-masing tebalnya 4-5 cm. Segera pascapartum, berat uterus menjadi kira-kira 1000 gr. Karena pembuluh darah ditekan oleh miometrium yang berkontraksi, maka uterus pada bagian tersebut tampak iskemik dibandingkan dengan uterus hamil yang hiperemis berwarna ungu kemerahan (Cunningham, 2017: 674).

Tabel 2.3 Proses Involusi Uteri

Waktu involusi	Tinggi fundus	Berat uterus (g)
Plasenta lahir	Sepusat	1000
7 hari	Pertengahan pusat-simfisis	500
14 hari	Tidak teraba	350
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu	50
56 hari	Normal	30

Sumber : Manuaba, 2010: 200

b) Lochea

Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut :

- (1) Berwarna merah dan hitam, dan terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut laguno, sisa mekonium dan sisa darah.
- (2) Lochea sanguilenta, keluar dari hari ke-3 sampai hari ke-7, berwarna putih bercampur merah.
- (3) Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai hari ke-14, berwarna kekuningan.
- (4) Lochea alba keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010: 200).

a. Payudara dan Laktasi

Secara anatomis, setiap kelenjar mammae yang matang atau payudara terdiri dari 15 sampai 25 lobus. Lobus-lobus tersebut tersusun secara radial satu sama lain dipisahkan oleh jaringan lemak yang jumlahnya bervariasi. Masing-masing lobus terdiri dari beberapa lobus, yang selanjutnya terdiri dari sejumlah besar alveoli, masing-masing alveolus mempunyai duktus kecil yang saling

bergabung membentuk satu duktus yang lebih besar untuk setiap lobus. Duktus-duktus tersebut membuka secara terpisah pada papilla mammae, dengan orifisium yang kecil tetapi jelas. Epitel sekretorik alveolus mensintesis berbagai konstituen susu (Cunningham, 2017: 678).

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.

2) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil 24 jam pertama pascapartum.

3) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pascapartum.

4) Pernafasan

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat atau pembuluh lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan dan embolus paru (Varney, 2008: 961).

c. Perubahan Adaptasi Psikologi Ibu pada Masa Nifas

Perubahan psikikologi mempunyai peranan yang sangat penting ada ibu dalam masa nifas. Ibu masa nifas masih sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk pengarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologi yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologi patologis.

Adaptasi psikologi yang perlu dilakukan sesuai fase dibawah ini :

1) Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu untuk dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering diceritakan secara berulang. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasi kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini memerlukan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan merawat diri dan bayinya meningkat ada fase ini (BPPSDM, 2015: 137).

2. Asuhan Pada ibu nifas

a. Pengertian Asuhan Pada Masa Nifas

Asuhan pada masa nifas adalah sebagai bentuk pelayanan pascapersalinan harus terselenggara untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan

pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2016: 356).

b. Perawatan Ibu pada Masa Nifas

1) Ambulasi Awal

Ibu turun dari tempat tidur dalam beberapa jam setelah persalinan. Pendamping pasien harus ada selama paling kurang pada jam pertama, mungkin saja ibu mengalami sinkop. Kemungkinan ambulasi awal yang terbukti mencakup komplikasi kandung kemih yang jarang terjadi dan yang lebih jarang lagi, konstipasi

2) Rawat gabung

Perawatan ibu dan bayi dalam satu ruangan bersama-sama, sehingga ibu lebih banyak memerhatikan bayinya. Dan dapat member ASI, sehingga kelancaran pengeluaran ASI terjamin.

3) Pemeriksaan umum

Pemeriksaan yang dimulai dari kesadaran, keluhan yang terjadi setelah persalinan (Cunningham, 2017: 683).

c. Kunjungan Pada Masa Nifas

Pada masa nifas terdapat 3 kali kunjungan selama masa nifas, yaitu 6 jam- 3 hari post partum, 4-28 hari post partum, dan 29-42 hari post partum.

Tabel 2.4 Kunjungan pada masa Nifas

Kunjungan I (KF) 6 jam sampai 3 hari pasca persalinan	Kunjungan I (KF II) 4 hari sampai 28 hari pasca persalinan	Kunjungan I (KF III) 29 hari sampai 42 hari pasca persalinan
Memastikan involusi uterus	Bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi	1. Permulaan hubungan seksual
Menilai adanya tanda demam, infeksi, atau perdarahan	Kondisi payudara	Metode KB yang digunakan.
Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat	Ketidaknyamanan yang dirasakan ibu	Latihan pengencangan otot perut
Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda infeksi	Istirahat ibu	Fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya
Bagaimana perawatan bayi sehari-hari		Hubungan bidan, dokter, dan RS dengan masalah yang ada
		Menanyakan pada ibu apa sudah haid

Sumber: (BPPSDM, 2015: 138).

d. Kebutuhan Masa Nifas

Pada masa pasca persalinan, seorang ibu memerlukan:

- 1) Nutrisi dan Cairan
 - a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
 - b) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari

- c) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- 2) Pemberian Kapsul Vitamin A 200.000 IU
Kapsul A pada masa ini diberikan dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama.
Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut
 - a) Meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI
 - b) Bayi lebih kebal dan jarang kena penyakit infeksi
 - c) Kesehatan ibu lebih cepat pulih
- 3) Istirahat dan tidur
Sarankan ibu untuk istirahat yang cukup tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur .
- 4) Seksual
Ibu diperbolehkan untuk melakukan aktivitas kapan saja ibu siap dan secara fisik aman serta tidak ada rasa nyeri (BPPSDM, 2015: 140).

e. Tanda bahaya pada ibu nifas

Beberapa tanda bahaya masa nifas dan penyakit ibu nifas yaitu

- 1) Perdarahan lewat jalan lahir
Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pascapersalinan (syarifuddin, 2013: 25).
Penyebab perdarahan pascapersalinan dibedakan atas :
 - a) Atonia uteri
Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Prawirohardjo, 2016: 524).
 - b) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan pascapersalinan. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pascapersalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina (Prawirohardjo, 2016: 526).

c) Retensio plasenta

Bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir disebut sebagai retensio plasenta. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus (Prawirohardjo, 2016: 526).

d) Inversi uterus

Inversi uterus adalah keadaan dimana lapisan dalam uterus (*endometrium*) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum, yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit. Inversio uteri ditandai dengan tanda-tanda yaitu syok karena kesakitan, perdarahan banyak bergumpal, di vulva tampak endometrium terbalik dengan atau tanpa plasenta yang masih melekat (Prawirohardjo, 2016: 527).

2) Demam lebih dari 2 hari

Demam pascapersalinan atau demam masa nifas atau *morbiditas puerperalis* meliputi demam yang timbul pada masa nifas oleh sebab apa pun. Menurut *joint committee on maternal welfare* defenisi demam pascapersalinan ialah kenaikan suhu tubuh $\geq 38^{\circ}$ C yang terjadi selama 2 hari pada 10 hari pertama pascapersalinan, kecuali pada 24 jam pertama pascapersalinan, dan diukur dari mulut sekurang-kurangnya 4 kali sehari (Prawirohardjo, 2016: 527).

3) Kelainan pada payudara saat nifas

a) Bendungan air susu

Bendungan air susu dapat terjadi pada hari ke-2 atau ke-3 ketika payudara telah memproduksi air susu. Bendungan disebabkan oleh pengeluaran air susu yang tidak lancar, karena bayi tidak cukup sering menyusui, produksi meningkat, terlambat menyusukan, hubungan dengan bayi (*bonding*) kurang baik, dan dapat pula karena adanya pembatasan waktu menyusui (Prawirohardjo, 2016: 380).

b) Mastitis

Pada masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan *parenkim* kelenjar payudara (mastitis). Mastitis bernanah dapat terjadi setelah minggu pertama pascasalin, tetapi biasanya tidak sampai melewati minggu ketiga atau empat). Gejala awal mastitis adalah demam yang disertai menggigil, nyeri, dan takikardia. Pada pemeriksaan payudara membengkak, mengeras, lebih hangat, kemerahan, dan disertai rasa nyeri (Prawirohardjo, 2016: 380).

D. BAYI BARU LAHIR

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37–42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Prawirohardjo, 2016).

Bayi baru lahir adalah bayi di beberapa jam pertama kehidupan ektrauteri yang berpindah dari ketergantungan total kemandirian fisiologi (Varney, 2007).

b. Ciri-ciri bayi normal

Beberapa ciri-ciri bayi normal adalah sebagai berikut :

(1) Berat badan 2500-4000 gram, (2) Panjang badan 48-50 cm, (3) Lingkar dada 30-38 cm, (4) Lingkar kepala 33-35 cm, (5) Frekuensi

jantung 120-160 kali permenit, (6) Pernafasan kira-kira 40-60 kali permenit, (7) Kulit kemerahan karena licin karena jaringan su kutan yang cukup (8) Rambut kepala biasanya telah sempurna (9) Kuku agak panjang dan lemas (10) Nilai apgar >7 (11) Bayi lahir langsung menangis kuat (12) Gerakan aktif (13) Refleks sucking (menghisap) sudah baik (14) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah baik (15) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik (16) Refleks rooting (mencari puting susu) sudah mulai baik (17) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama kelahiran dan berwarna hitam kecoklatan (Bobak, 2015: 385).

c. Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir

Perubahan fisiologi pada bayi baru lahir dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Sistem pernafasan

Penyesuaian paling kritis yang harus dialami bayi baru lahir ialah penyesuaian sistem pernafasan. Paru-paru bayi cukup bulan mengandung sekitar 20 ml cairan/kg. Udara harus diganti oleh cairan yang mengisi traktus respiratorius sampai alveoli. Pada kelahiran pervaginam normal, sejumlah kecil cairan ke luar dari trakea dan paru-paru bayi (Bobak, 2015: 365).

2) Suhu tubuh

Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, antara lain mengeringkan bayi secara seksama, menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, menutup bagian kepala bayi baru lahir, jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir, dan menempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

Terdapat empat mekanisme hilangnya panas tubuh bayi baru lahir ke lingkungannya (Bobak, 2015: 377) :

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung).

b) Konveksi

Panas hilangnya dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara).

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap).

3) Sistem Ginjal

Pada bayi baru lahir, hampir semua massa yang teraba di abdomen berasal dari ginjal. Biasanya sejumlah kecil urine terdapat dalam kandung kemih bayi saat lahir, tetapi bayi baru lahir mungkin tidak mengeluarkan urine selama 12 jam sampai 24 jam. Berkemih sering terjadi setelah periode ini. Berkemih 6 sampai 10 kali dengan warna urine pucat menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya, bayi cukup bulan mengeluarkan urine 15 sampai 60 ml per kg per hari (Bobak, 2015: 366).

4) Sistem Pencernaan

Kemampuan bayi baru lahir untuk mencerna karbohidrat, lemak, dan protein diatur oleh beberapa enzim tertentu. Kebanyakan enzim ini telah berfungsi saat bayi baru lahir, kecuali enzim *amilase*, yang diproduksi oleh kelenjar saliva setelah tiga bulan dan oleh pankreas pada usia sekitar enam bulan. Enzim ini diperlukan untuk mengubah karbohidrat menjadi maltosa.

Pengecualian lain ialah *lipase*. Lipase juga disekresi oleh pankreas dan diperlukan untuk mencerna lemak. Oleh karena itu, bayi baru lahir yang normal mampu mencerna karbohidrat sederhana dan protein, tetapi terbatas dalam mencerna lemak (Bobak, 2015: 368).

5) Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok setelah bayi lahir. Foramen ovale, duktus arteriosus, dan duktus venosus menutup. Arteri umbilikalis, vena umbilikalis, dan arteri hepatica menjadi ligamen (Bobak, 2015: 364).

6) Sistem Reproduksi

Pada bayi laki-laki, testis turun ke dalam skrotum. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Pada bayi perempuan lahir cukup bulan, labia mayora dan minora menutupi vestibulum (Cunningham, 2017: 374).

2. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama dua jam selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Aspek-aspek penting dari usaha segera bayi baru lahir seperti : jaga agar bayi tetap kering dan hangat; usaha adanya kontak kulit antara bayi dan ibunya sesegera mungkin (Saifuddin, 2013: 30).

Tabel 2.5 Penilaian APGAR skor.

Tanda	0	1	2
<i>Apprance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Batuk/bersin
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Gerak aktif
<i>Respiratory</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber: Mochtar, 2013 : 91

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, apabila bayi tidak langsung menangis penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- Letakkan bayi pada posisi telentang ditempat yang keras dan hangat.
- Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih
- Lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit menghadah kebelakang.
- Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang di bungkus dengan kasa steril.
- Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.

a) Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi

kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat harus segera dipotong untuk memudahkan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril.

b) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat, suhu tubuh merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang sangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil.

c) Memberikan Vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25-0,5 %. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K per oral 1 mmg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi resiko tinggi di beri Vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 ml I.M.

d) Memberikan obat tetes/salep mata

Dibeberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatorum Didaerah dimana prevalensi gonorea tinggi, setiap bayi baru lahir diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena clamidia atau penyakit menular seksual (Prawirohardjo, 2016: 371).

e) Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Bayi harus mendapat pengawasan yang optimal dari ibu dan keluarga. Ada tanda-tanda bahaya yang dialami oleh bayi. Maka dari itu, bidan harus memberitahu kepada ibu kondisi bahaya tersebut, agar segera ditidak lanjuti. Tanda-tanda bahaya bayi baru lahir seperti: Bayi menjadi lesu, tidak mau makan atau memperlihatkan perilaku

yang luar biasa, bayi tidak berkemih dalam waktu 24 jam, bayi tidak defekasi dalam waktu 48 jam, tali pusat bayi mulai mengeluarkan bau yang tidak enak, suhu bayi < 36 C ketika pengukuran suhu dilakukan di ketiak bayi, denyut nadi kurang atau lebih dari 100-120x/menit, pernapasan kurang atau lebih kurang atau dari 40-60x/menit, sklera bayi berwarna kuning atau warna kulit tampak kuning atau coklat (Varney, 2008).

Tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu : bayi tidak mau menyusui, kejang, bayi demam, badan bayi kuning, gerakan kedua tangan dan kaki lemah, gangguan nafas, tali pusat kemerahan dan bau, kedua mata bayi penuh nanah, dan bayi diare (Kemenkes RI, 2017).

d. Jadwal Pemberian Imunisasi

Tabel 2.6 Jadwal Pemberian Imunisasi

Umur	Vaksin	Keterangan
0-7 hari	HB0	- Mencegah penularan hepatitis B dan kerusakan hati.
1 bulan	BCG, Polio 1	- Mencegah penularan tuberkulosis (TBC) yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai dan lengan.
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, polio 2	- Mencegah difteri yang dapat menyebabkan penyumbatan jalan nafas
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, polio 3	- Mencegah pertusi yang dapat menyebabkan batuk rejan (batuk 100 hari)
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, polio 4	- Mencegah tetanus yang menyebabkan tetanus - Mencegah HIB yang menyebabkan radang selaput otak (Meningitis)
9 bulan	Campak	- Mencegah terjadinya campak yang dapat mengakibatkan komplikasi radang paru, radang otak dan kebutaan.

Sumber : Kemenkes, 2017: 130

3. Kunjungan ulang bayi baru lahir

Terdapat minimal tiga kali kunjungan ulang bayi baru lahir :

- a) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal I)
- b) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal II)
- c) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal III)

Tabel 2.7 Kunjungan Neonatus (KN)

Kunjungan	Penatalaksanaan
6- 48 jam setelah bayi lahir	<ol style="list-style-type: none">1. Mempertahankan suhu tubuh bayi, hindari memandikan bayi2. hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak3. terjadi masalah medis dan jika suhunya 36, 5°C. bungkus bayi4. dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus5. tertutup6. Pemeriksaan fisik bayi7. Konseling pemberian ASI8. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu: pemberian9. ASI sulit, kesulitan bernapas, warna kulit abnormal10. (kebiruan), gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja11. selama tiga hari, perut bengkak, tinja hijau tua dan darah12. berlendir, mata bengkak dan mengeluarkan cairan.13. Lakukan perawatan tali pusat dengan membungkus dengan14. kain kasa steril ataupun bersih.15. Memberikan imunisasi HB 0
Hari ke 3- 7 setelah bayi Lahir	<ol style="list-style-type: none">1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering2. Menjaga kebersihan bayi3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti tanda infeksi4. bakteri, icterus, diare dan masalah pemberian ASI5. Memberikan ASI minimal 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memberikn ASI eksklusif dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir sesuai dengan buku KIA
Hari ke 8- 28 hari setelah lahir	<ol style="list-style-type: none">1. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayi2. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI3. Menjaga suhu tubuh bayi4. Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG5. Penanganan dan rujukan bila terdapat penyulit pada bayi

Sumber : Kemenkes RI, 2017

E. KELUARGA BERENCANA

1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana (KB) adalah untuk menjamin tiap individu dan pasangannya memiliki informasi dan pelayanan untuk merencanakan saat, jumlah dan jarak kehamilan (Prawirohardjo, 2016: 23).

KB adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Mochtar, 2013: 195).

Organisasi WHO mendefinisikan keluarga berencana alamiah sebagai metode untuk merencanakan atau mencegah kehamilan melalui observasi tanda dan gejala alami yang muncul pada masa subur sepanjang siklus menstruasi (Varney, 2007: 423).

b. Fisiologi Keluarga Berencana

Pelayanan dan informasi Keluarga Berencana merupakan suatu intervensi kunci dalam upaya meningkatkan kesehatan perempuan dan anak. Banyak pasangan usia subur yang belum mendapat akses pelayanan KB karena berbagai faktor seperti social, ekonomi, perilaku, prosedur dalam sistem pelayanan kesehatan yang perlu diperbaiki dan pengetahuan klien tentang program KB. Oleh karena itu klien harus memperoleh informasi yang cukup sehingga dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang sesuai untuk mereka (Saiffudin, 2010: 24).

c. Jenis-jenis Kontrasepsi

Bagi pasangan yang berencana membatasi kehamilan dapat menggunakan metode KB yang meliputi metode sederhana (Kondom, senggama terputus/koitus intruptus), metode efektif dengan hormonal (pil KB, Suntik KB, AKBK, AKDR) dan Metode Kontrasepsi Efektif (MKE/Kontap) (Manuaba, 2010: 592).

Tabel 2.8 Jenis dan Waktu yang tepat untuk ber-KB

No	Waktu Penggunaan	Metode kontrasepsi yang Digunakan
1	Pospartum	KB suntik, AKBK, AKDR, pil KB hanya progesteron, kontap, metode sederhana
2	Pasca abortus	AKBK
3	Saat menstruasi	AKDR, Kontap, Metode sederhana
4	Masa interval	KB suntik, KB susuk, AKDR
5	Post koitus	KB darurat

Sumber: Manuaba, 2010 : 592

Jenis-jenis Metode Kontrasepsi Efektif Terpilih (MKET) antara lain :

1) Alat Kontrasepsi Pil

Estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi.

Keuntungan memakai Pil KB yaitu :

- a) Bila minum pil sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%
- b) Dapat dipakai pengobatan terhadap beberapa masalah :
 - (1) Ketegangan menjelang menstruasi
 - (2) Perdarahan menstruasi yang tidak teratur
 - (3) Nyeri saat menstruasi
 - (4) Pengobatan pasangan mandul

c) Pengobatan penyakit endometriosis

d) Dapat meningkatkan libido

Kerugian memakai Pil KB yaitu :

- 1) Harus minum pil secara teratur
- 2) Dalam waktu panjang dapat menekan fungsi ovarium
- 3) Penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai muntah)
- 4) Mempengaruhi fungsi hati dan ginjal (Manuaba, 2010: 599)

2) Suntikan KB

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medrosikprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IntraMuscular.

Keuntungan memakai suntikan KB yaitu :

- a) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu
- b) Tingkat efektifitasnya tinggi
- c) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas
- d) Pengawasan medis yang ringan
- e) Dapat diberikan pascapersalinan, pasca-keguguran, dan pasca-menstruasi
- f) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi
- g) Suntikan KB Cylofem diberikan setiap bulan dan peserta Kb akan mendapatkan menstruasi

Kerugian memakai suntikan KB yaitu :

- a) Perdarahan yang tidak menentu
- b) Terjadi amenore (tidak datang haid berkepanjangan)
- c) Masih terjadi kemungkinan hamil
- d) Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan Kb (Manuaba, 2010: 601).

3) Kondom

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, akan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Kondom merupakan selubung,saung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet, plastic, vinil), atau bahan alami yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Varney, 2007: 435).

4) Metode Kalender (Metode Ritmik)

Metode ini banyak memiliki keterbatasan karena panjang siklus menstruasi. Metode kalender hanya dapat memprediksi kapan masa subur wanita dalam siklus menstruasinya sehingga kemungkinan besar bisa hamil. Penghitungan yang digunakan saat ini memiliki faktor variasi ± 2 hari disekitar 14 hari sebelum masa menstruasi berikutnya, dua sampai tiga hari bagi sperma untuk dapat bertahan hidup, dan satu hari bagi ovum untuk dapat bertahan hidup sehingga jumlah keseluruhan masa subur adalah 9 hari, Individu wanita dapat mengurangi 20 hari dari panjang siklus terpendeknya untuk menentukan masa subur yang pertama dan 10 hari dari masa siklus menstruasi terpanjang untuk menentukan masa suburnya yang terakhir (Varney, 2007: 424).

5) Metode Suhu Basal tubuh

Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi keadaan ini dapat terjadi karena progesteron, yang dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu tubuh basal. Pendeteksian peningkatan suhu tubuh ini kemudian dapat mengidentifikasi dua fase siklus menstruasi, yakni fase luteum dan pascaovulasi (Varney, 2007: 426).

6) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode amenore laktasi menginformasikan bahwa kehamilan jarang terjadi selama enam bulan pertama setelah melahirkan diantara wanita menyusui dan wanita yang tidak memberi ASI ditambah susu botol. Ovulasi dapat dihambat oleh kadar prolaktin

yang tinggi, pemberian ASI dapat mencegah kehamilan lebih dari 98% selama enam bulan pertama setelah melahirkan bila ibu menyusui atau memberi ASI ditambah susu formula dan belum pernah mengalami perdarahan pervaginamm setelah hari ke-56 pascapartum (Varney, 2007: 428).

7) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Lendir serviks menjadi kental, sehingga mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma dan dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi dan kesuburan segera kembali setelah implant dilakukan pencabutan.

Keuntungan memakai AKBK yaitu :

- a) Dipasang selama lima tahun, kontrol medis yang ringan
- b) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- c) Biaya murah

Kerugian memakai AKBK yaitu :

- a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur
- b) Berat badan bertambah
- c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara
- d) Liang sanggama terasa kering (Manuaba, 2010: 603).

8) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang dapat menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa.

Keuntungan memakai AKDR yaitu :

- a) AKDR dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia dan menempati urutan ketiga dalam pemakaian.
- b) Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit
- c) Kontrol medis yang ringan, penyulit tidak terlalu berat

d) Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik.

Kerugian memakai AKDR yaitu :

a) Masih terjadi kehamilan dengan AKDR

b) Terdapat perdarahan (spotting dan menometroragia)

c) Leukoria, sehingga menguras protein tubuh dan liang sanggama terasa lebih basah

d) Dapat terjadi infeksi

e) Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik

f) Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual (Manuaba, 2010: 611).

9) Kontrasepsi Mantap

a) Tubektomi

Keuntungan dari tubektomi, permanen, efektif dengan segera, ansietas terhadap kehamilan yang tidak terencana sudah tidak ada. Sedangkan kerugian, melibatkan prosedur bedah dan anestesi, tidak mudah dikembalikan dan harus dianggap sebagai permanent, jika gagal terdapat resiko lebih besar terjadinya kehamilan ektopik.

b) Vasektomi

Vasektomi merupakan prosedur pembedahan yang lebih aman daripada sterilisasi tuba fallopi, dengan angka kesakitan dan angka kematian yang lebih rendah. Tindakan ini lebih sederhana karena vas deferens lebih mudah dicapai, lebih efektif, dan lebih murah.

2. Asuhan Keluarga Berencana

a. Langkah-langkah konseling KB (SATU TUJU)

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon klien KB yang baru hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Kata kunci SATU TUJU sebagai berikut:

- 1) SA: Sapa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang diperolehnya.
- 2) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya.
- 3) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada.
- 4) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan kenginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut.
- 5) J :Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih kontrasepsi jika diperlukan perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya.
- 6) U: Perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah

BAB III

PENDOKUMENTASIAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU M.S KEHAMILAN
TRIMESTER III, BERSALIN,BBL, NIFAS DAN KB

1. ASUHAN KEHAMILAN

Tanggal Pengkajian : 15 Maret 2019

Jam : 11.30 WIB

Tempat pengkajian : Poskesdes Hutatinggi

Nama Mahasiswa : JJ.Wulandari Sitompul

Nim : 16.1533

I. PENGKAJIAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. M. S

Umur : 39 Tahun

Agama : Kristen protestan

Suku/Bangsa : Batak/Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Petani

Alamat: Lobusunut

b. Identitas Suami

Nama : Tn. D.P

Umur : 40 Tahun

Agama : Kristen protestan

Suku/Bangsa: Batak/Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Petani

Alamat : Lobusunut

B. STATUS KESEHATAN

Pada tanggal : 15 Maret 2019

Pukul : 11.30 wib

1. Alasan kunjungan saat ini : Ingin memeriksakan kehamilannya
2. Keluhan utama : Nyeri pada pinggang
3. Keluhan-keluhan lain : Tidak ada
4. Riwayat menstruasi
 - a. Haid pertama (*Menarche*) : 15 Tahun
 - b. Siklus : 28 hari
 - c. Lamanya : 4 hari
 - d. Banyaknya/berapa kali ganti pembalut : 2-3 kali ganti pembalut/hari
 - e. Teratur/tidak teratur : Teratur
 - f. Keluhan : Tidak Ada
5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu :

No	Tahun lahir/ Umur	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	BBL			Komplikasi		Nifas	
						BB	PB	JK	Ibu	Bayi	Laktasi	Keadaan
1	8 tahun	Aterm	Normal	Klinik Bidan	Bidan	3500 gram	49	LK	-	-	6 bulan eksklusif	Sehat
2	6 tahun	Aterm	Normal	Klinik Bidan	Bidan	3000 gram	50	LK	-	-	6 bulan eksklusif	Sehat
3	3,5 tahun	Aterm	Normal	Klinik Bidan	Bidan	3200 gram	48	LK	-	-	6 bulan eksklusif	Sehat
4	KEHAMILAN SEKARANG											

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

- a. Kehamilan ke berapa : G4 P3 A0
- b. HPHT : 10-07-2018
- c. TTP : 17-04-2019
- d. Usia Kehamilan : 34 – 36 minggu

- e. Kunjungan ANC teratur, frekuensi 6x, tempat ANC : Poskesdes Lobusunut
- f. Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil : Tablet FE
- g. Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : Aktif
- h. Imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) yaitu :
 TT 1 : 13 Agustus 2018
 TT 2 : 13 September 2018
- Keluhan yang pernah dirasakan ibu
- 1) Rasa lelah : Ya
 - 2) Mual muntah : Tidak ada
 - 3) Nyeri perut : Tidak ada
 - 4) Panas menggigil : Tidak ada
 - 5) Penglihatan kabur : Tidak ada
 - 6) Sakit kepala yang berat : Tidak ada
 - 7) Rasa nyeri/panas waktu BAK : Tidak ada
 - 8) Rasa gatal vulva, vagina dan sekitarnya : Tidak ada
 - 9) Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
 - 10) Nyeri kemerahan, tegang pada tungkai : Tidak ada
 - 11) Oedema : Tidak ada
 - 12) Dan lain-lain
- i. Kecemasan/kekhawatiran khusus : Tidak ada
- j. Tanda-tanda bahaya
- 1) Penglihatan kabur : Tidak ada
 - 2) Nyeri abdomen yang hebat : Tidak ada
 - 3) Sakit kepala yang berat : Tidak ada
 - 4) Pengeluaran pervaginam : Tidak ada
 - 5) Oedema pada wajah dan ekstremitas atas : Tidak ada
 - 6) Tidak terasa pergerakan janin : Tidak ada
- k. Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

l. Kebiasaan ibu/keluarga yang berpengaruh negatif terhadap kehamilannya (merokok, narkoba, alkohol, minum jamu dll) : Tidak ada

m. Rencana persalinan : Puskesmas

6. Riwayat penyakit yang pernah diderita

a. Jantung : Tidak ada

b. *Hipertensi* : Tidak ada

c. *Diabetes Militus* : Tidak ada

d. Malaria : Tidak ada

e. Ginjal : Tidak ada

f. Asma : Tidak ada

g. *Hepatitis* : Tidak ada

h. HIV/AIDS : Tidak ada

i. Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada

j. *Tuberculosis* : Tidak ada

k. Kembar : Tidak ada

7. Riwayat penyakit keluarga

a. Jantung : Tidak ada

b. Asma : Tidak ada

c. Hipertesi : Tidak ada

d. Tuberculosis : Tidak ada

e. Ginjal : Tidak ada

f. Malaria : Tidak ada

g. Hiv/ aids : Tidak ada

h. Kembar : Tidak ada

8. Riwayat KB

a. KB yang pernah digunakan : Suntik KB 3 bulan

b. Berapa lama : 2 tahun

c. Keluhan : Tidak ada

9. Riwayat Sosial Ekonomi & Psikologi

a. Status perkawinan : Sah, Kawin : 1 kali

- b. Lama menikah 9 tahun,menikah pertama kali umur 30 tahun
- c. Kehamilan direncanakan : Ya
- d. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang
- e. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami dan Istri
- f. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan :
Puskesmas
- g. Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD Tarutung
- h. Persiapan menjelang persalinan : Ada

10. Kebiasaan sehari-hari

a. Pola Makan dan Minum

- 1) Makan
 - Frekuensi : 3 kali sehari
 - Porsi : 1 piring
 - Jenis makanan : Nasi, sayur, lauk, buah
 - Makanan pantangan : Tidak ada
 - Perubahan pola makan : Tidak ada

- 2) Minum
 - Jumlah : 8-9 gelas /hari

b. Pola istirahat

- 1) Tidur siang : ±1 jam
- 2) Tidur malam : 6-7 jam
- 3) Keluhan : Tidak ada

c. Pola eliminasi

- 1) BAK : ±9 kali sehari, Warna : Jernih
Keluhan waktu BAK : Tidak ada
- 2) BAB : 1 kali sehari, Warna : Coklat kehitaman
Konsistensi BAB : Lunak

Keluhan BAB : Tidak ada

d. Kebersihan Diri

- 1) Mandi : 2 kali sehari
- 2) Keramas : 3 kali seminggu
- 3) Ganti pakaian dalam : 4 kali sehari

e. Aktivitas

- 1) Pekerjaan sehari-hari : Bertani
- 2) Keluhan : Sakit pinggang
- 3) Hubungan seksual : 1 kali 2 minggu

C. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Status emosional : Stabil
- b. Postur tubuh : Tegap
- c. Keadaan umum : Baik
- d. Kesadaran : *Composmentis*

e. Tanda-tanda vital

- 1) T/D : 110/80 mmHg
- 2) HR : 76 x/i
- 3) RR : 22 x/i
- 4) Suhu : 36,5°C

f. Pengukuran TB dan BB

- 1) BB sebelum hamil : 53 kg,
kenaikan BB Selama hamil : 11 kg
- 2) Tinggi badan : 151 cm
- 3) LILA : 26 cm

2. Pemeriksaan Fisik / Status Present :

- a. Kepala : Rambut : Bergelombang Warna : Hitam
Kulit kepala : Bersih

- b. Muka : Pucat : Tidak
 Oedema : Tidak ada
 Cloasma gravidarum : Tidak ada
- c. Mata : Conjutiva : Merah
 Sclera : Putih Jernih
 Oedema palpebra : Tidak ada
- d. Hidung : Pengeluaran : Tidak ada
 Polip : Tidak ada
- e. Telinga : Simetris : Ya
 Pengeluaran : Tidak ada
 Kelainan pendengaran : Tidak ada
- f. Mulut : Lidah : Bersih
 Bibir: Pucat/tidak : Tidak pucat
 Pecah-pecah: Tidak
 Gigi: Berlobang :Gigi atas/bawah : Tidak
 Gigi sebelah kiri/kanan : Tidak
 Epulsi : Tidak ada
 Gingivitis : Tidak ada
- g. Leher :Bekas luka operasi : Tidak ada
 Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ada pembengkakan
 Pemeriksaan pembuluh limfe : Tidak ada pembengkakan
- h. Telinga :Simetris : Ya
 Serum : Tidak ada
 Pemeriksaan pendengaran : Aktif
- i. Dada
 Mammae : Asimetris
 Aerola mammae : Hiperpigmentasi
 Puting susu : Menonjol
 Massa : Tidak ada
 Pengeluaran puting susu : Ada, Kolostrum

j. Axila

Pemeriksaan kelenjar getah bening : Tidak ada pembengkakan

k. Abdomen

Pembesaran : Sesuai usia kehamilan
Linea / striae : Nigra / Tidak ada striae
Luka bekas operasi : Tidak ada
Pergerakan janin : Aktif

3. Pemeriksaan Khusus/Status Obsetri :

a. Palpasi abdomen

a) Leopold I : bagian fundus teraba bulat, lembek, dan tidak melenting (bokong), TFU 30 cm

b) Leopold II : bagian abdomen kiri ibu teraba keras dan panjang seperti papan (punggung) dan bagian kanan abdomen ibu teraba bagian-bagian kecil (ekstremitas)

c) Leopold III : bagian terendah janin teraba bulat, keras, dan melenting (kepala)

d) Leopold IV : bagian terbawah janin belum memasuki PAP (Pintu Atas Panggul)

TBBJ : $(30-13) \times 155 = 2635$ gram

b. Auskultasi

a) DJJ : aktif dan reguler

b) Frekuensi : 132 x/i

4. Pemeriksaan panggul luar

Distansia Spinarum : 25 cm

Distansia Cristarum : 29 cm

Conjugata Eksterna : 18 cm

- | | | |
|----------------------------|---|-------------|
| Lingkar Panggul | : | 95 cm |
| Pemeriksaan ketuk pinggang | | |
| Nyeri / tidak | : | Tidak nyeri |
5. Pemeriksaan ekstremitas
- | | | |
|--------------------------|---|-----------|
| Atas :Jumlah jari tangan | : | 5/5 |
| Oedema / tidak | : | Tidak ada |
| Bawah :Jumlah jari kaki | : | 5/5 |
| Oedema / tidak | : | Tidak ada |
| Varices | : | Tidak ada |
| Refleks patela | : | Aktif |
6. Pemeriksaan genetalia
- | | | | |
|---------|------------------|---|-----------------------------|
| Vulva : | Pengeluaran | : | Tidak dilakukan pemeriksaan |
| | Kemerahan / lesi | : | Tidak dilakukan pemeriksaan |
7. Pemeriksaan penunjang
- | | | |
|----------------|---|------------|
| HB | : | 11,5 gr/dl |
| Golongan darah | : | A |
| Glukosa Urine | : | (-) |
| Protein Urine | : | (-) |

II. INTERPRESTASI DATA

- a. Diagnosa Kebidanan : Ibu hamil G4P3A0, usia kehamilan 34-36 minggu dengan kehamilan normal.

- Data Dasar:

D(S) :

- ibu mengatakan belum pernah abortus
- ibu mengatakan ini kehamilan yang ke empat
- ibu merasakan ada gerakan janin
- ibu mengatakan perutnya semakin besar
- ibu mengatakan haid terakhirnya 10-07-2018

c. Kebutuhan :

- KIE tentang fisiologi kehamilan trimester III

III. DIAGNOSA POTENSIAL DAN ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Ibu berpotensi, perdarahan postpartum.

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Jelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan
2. Jelaskan kepada ibu tentang fisiologi kehamilan trimester III
3. Beritahu kepada ibu kebutuhan nutrisi
4. Beritahu kepada ibu tentang tanda bahaya dalam kehamilan trimester III
5. Beritahu kepada ibu tanda-tanda persalinan
6. Beritahu kepada ibu untuk mempersiapkan proses persalinannya
7. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang satu kali seminggu atau jika ada keluhan
8. Menganjurkan ibu untuk menjadi akseptor KB, dan jenis jenis KB

VI. PELAKSANAAN

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan
 - TTV : TD : 110/80 mmHg RR : 22x/i
HR : 76x/i Suhu : 36,5°C
 - TTP : 17-04-2019
 - Usia kehamilan 34-36 minggu
 - Palpasi Abdomen :
 - Leopold I : Bokong, TFU : 30 cm
 - Leopold II : Kanan : Ekstremitas
Kiri : Punggung
 - Leopold III : Kepala
 - Leopold IV : Belum memasuki PAP
 - TBBJ : (30-13) x 155 = 2635 gr
 - DJJ : 132 x/i

- Ibu dan Janin dalam keadaan baik

2. Menjelaskan kepada ibu tentang fisiologi kehamilan trimester III, yaitu : semakin bertambahnya usia kehamilan maka abdomen semakin besar sehingga mengakibatkan ibu sering berkemih. Nyeri pada pinggang yang dialami ibu merupakan akibat ibu masih melakukan aktifitas biasanya yaitu bertani. Cara mengurangi nyeri pada pinggang yaitu ibu jangan terlalu kelelahan atau mengurangi beraktifitas yang berat seperti mencangkul pada saat bertani.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu hamil. Ibu dianjurkan untuk mengurangi makanan berlemak seperti daging, tetapi makanan berprotein tetap dipertahankan seperti telur, tempe dan tahu. Ibu juga harus mempertahankan kebutuhan mineral seperti air putih atau jus.
4. Menganjurkan ibu tetap mengkonsumsi tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan untuk penambahan sel darah merah pada tubuh ibu dan mencegah terjadinya anemia pada ibu, mencegah terjadinya perdarahan pada saat persalinan. Tablet Fe lebih baik dikonsumsi 1x/hari sebelum tidur dengan menggunakan air putih.
5. Memberitahu kepada ibu tentang tanda bahaya dalam kehamilan trimester III, yaitu : Perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat seperti sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang, hal ini bisa disebabkan karena ibu mengalami *Pre-eklamsia*. Bengkak pada muka dan ekstermitas, keluar air ketuban sebelum waktunya, dan demam tinggi.
6. Memberitahukan kepada ibu tanda-tanda persalinan, yaitu merembesnya air dari kemaluan, keluar lendir bercampur darah, dan adanya keinginan ibu untuk BAB.
7. Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan :

- a. Pastikan ibu didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.
 - b. Beritahu suami dan keluarga tentang kondisi terakhir ibu dan alasan mengapa dirujuk serta siap untuk mendampingi ibu ke tempat rujukan.
 - c. Beritahu ibu atau keluarga untuk tetap mempersiapkan surat-surat seperti KK, KTP dan Kartu Asuransi Kesehatan.
 - d. Beritahu keluarga untuk tetap mempersiapkan kendaraan yang akan digunakan untuk merujuk.
 - e. Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan.
 - f. Beritahu keluarga agar tetap mempersiapkan donor darah dari keluarga atau masyarakat yang sesuai dengan golongan darah ibu.
8. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang dan berkonsultasi ke petugas kesehatan dan kefasilitas kesehatan pada tanggal 21 Maret 2019.
9. Memberitahu kepada ibu jenis-jenis KB melalui konseling alat KB :
1. Metode Kontrasepsi Mantiap Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Keuntungan dari tubektomi adalah sebagai berikut : sangat efektif, tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama, pembedahan sederhana dilakukan dengan anastesi lokal, tidak ada efek samping dalam jangka panjang.

2. Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun.
3. Metode KB suntik yaitu sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat dipakai pasca persalinan.
4. Pil Kombinasi Mekanisme kerja pil merupakan kombinasi kerja estrogen dan kerja progestin. Saat ini tersedia tiga variasi pil kombinasi :
 - a) Monofasik : Jumlah dan tipe estrogen dan progestin yang dimakan setiap hari selama 20 atau 21 hari, diikuti dengan tidak meminum obat hormonal selama tujuh hari.
 - b) Bifasik : dosis dan jenis estrogen yang digunakan tetap konstan dan jenis progestin tetap sama, tetapi kadar progestin berubah antara minggu pertama dan minggu kedua pada siklus pil 21 hari, yang diikuti dengan tidak meminum obat hormonal selama tujuh hari.
 - c) Trifasik : jenis estrogen tetap sama, tetapi kadarnya tetap konstan atau dapat berubah sesuai kadar progestin ; jenis progestin tetap sama, tetapi memiliki kadar yang berbeda selama siklus pil 21 hari, yang diikuti dengan tidak meminum obat hormonal selama tujuh hari.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya
2. Ibu sudah mengetahui perubahan fisiologi kehamilan pada trimester III
3. Ibu sudah mengetahui kebutuhan nutrisi yang diperlukannya
4. Ibu sudah mengetahui tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester III.
5. Ibu sudah mengetahui tanda-tanda persalinan
6. Ibu sudah mengerti dan bersedia mempersiapkan diri untuk persalinan nanti

7. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang 21 Maret 2019.

CATATAN PERKEMBANGAN

KUNJUNGAN KE II

Tanggal Pengkajian : 21 Maret 2019

Jam : 10.30 WIB

Tempat pengkajian : Poskesdes Lobusunut

Ibu M.S umur 39 tahun G4P3A0, usia kehamilan 36-38 minggu dengan keluhan sering buang air kecil.

DATA SUBJEKTIF (S)

- 1) Ibu mengatakan ini kehamilan keempat
- 2) Ibu mengatakan belum pernah abortus
- 3) Ibu mengatakan sering buang air kecil
- 4) Ibu mengatakan sering merasa kram pada tungkai

DATA OBJEKTIF (O)

- 1) KU : Baik
- 2) TD : 110/70 mmHg
- 3) HR : 80x/i
- 4) RR : 20x/i
- 5) Suhu : 36 °C
- 6) BB : 64 kg
- 7) HIV/AIDS : (-)
- 8) Inspeksi

- a) Terlihat wajah ibu segar
- 9) Palpasi Abdomen
 - a) Leopold 1: Bagian fundus teraba keras, bulat dan tidak melenting jika digoyang (bokong) dan dilakukan pengukuran tinggi fundus dengan menggunakan pita centimeter 32 cm
 - b) Leopold 2 kiri : Bagian fundus teraba bagian panjang dan keras (punggung)
Kanan : Bagian fundus teraba bagian kecil tidak beraturan (ekstremitas)
 - c) Leopold 3: Bagian fundus teraba bagian bulat, keras dan melenting (Kepala)
 - d) Leopold 4: Kepala belum memasuki PAP
 - e) TBBJ : $(32-13) \times 155 = 2,945$ gram
- 10) Auskultasi
 - a) DJJ : Ada
 - b) Frekuensi : 140x/i
- 11) Perkusi
 - a) Refleks patella : aktif

ANALISA (A)

Ibu M.S G4P3A0 dengan Usia kehamilan 36-38 minggu janin hidup tunggal dengan kehamilan normal.

PENATALAKSANAAN (P)

- 1) Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, TD: 110/70 mmHg, HR : 80x/i, RR:20x/i, T:36⁰c dari hasil inspeksi ibu terlihat segar, hasil palpasi pada Leopold I bokong, TFU 32 cm, Leopold II bagian kiri punggung, bagian kanan ekstremitas, Leopold III kepala, leopold IV kepala belum memasuki PAP dan DJJ dalam batas normal, TBBJ = 2,945 gr
Evaluasi : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya
- 2) Mengingatkan kembali kepada ibu supaya tidak khawatir akan keluhan yang sedang dialaminya seperti sering buang air kecil, itu

disebabkan Bagian terbawah janin akan masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. cara mengatasi ketidaknyamanan ini adalah dengan menjelaskan kepada ibu mengapa hal tersebut dapat terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak-balik ke kamar mandi.

Evaluasi : Ibu sudah mengerti dan tidak akan khawatir akan keluhan yang dirasakannya

- 3) Kram yang merupakan kontraksi tiba-tiba pada otot betis, sering terjadi pada kehamilan trimester ketiga. Merupakan hal yang biasa bagi ibu hamil untuk terbangun di malam hari dan merasa nyeri pada bagian betis keesokan harinya. Untuk mengurangi resiko terjadinya kram di malam hari, bidan dapat menganjurkan ibu untuk melakukan latihan peregangan tungkai sebelum tidur dan ibu dianjurkan untuk menekuk kaki ke arah yang berlawanan.

Evaluasi : ibu telah mengetahui bahwa kram pada tungkai adalah hal yang wajar pada kehamilan trimester III dan ibu sudah mengetahui cara mengatasinya.

- 4) Memberitahukan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya persalinan yaitu ketuban pecah dini, perdarahan, pergerakan janin berkurang, tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg dan sedikitnya satu tanda lain/gejala Pre-eklamsia, suhu lebih dari 38 °C, nadi lebih dari 100x/i, DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 menit, kontraksi < 2 dalam 10 menit berlangsung < 40 detik, lemah untuk di palpasi, partograf melewati garis waspada pada fase aktif, cairan ketuban bercampur mekonium dan darah berbau, volume urine tidak cukup dan kental.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui tanda-tanda bahaya persalinan

- 5) Memberikan KIE pada ibu tentang tanda-tanda persalinan, yaitu :
 - a) Nyeri/mules yang sangat kuat dan teratur
 - b) Keluar lendir bercampur darah
 - c) Keluar cairan air ketuban

Evaluasi : ibu telah mendapat KIE tentang tanda-tanda persalinan

- 6) Menganjurkan ibu untuk mempersiapkan diri menghadapi persalinan yang dinantikan, mulai dari mental, fisik, dan maupun perlengkapan bayi.

Evaluasi : ibu telah mempersiapkan dirinya menjelang persalinan baik fisik, mental dan perlengkapan bayi

- 7) Menganjurkan ibu kembali untuk menjadi akseptor KB

Evaluasi :ibu sudah bersedia menjadi akseptor KB.

- 8) Menganjurkan ibu melakukan kembali kunjungan ulang jika ada tanda persalinan sesuai dengan apa yang dijelaskan bidan

Evaluasi : ibu telah paham dan bersedia untuk kunjungan ulang jika ada tanda persalinan.

- 9) Melakukan test HIV/Aids pada ibu dengan cara :

a) Darah diambil sebanyak 2 cc dari lengan ibu dan di endapkan dalam tabung reaksi

b) Kemudian darah yang telah didapkan didiamkan selama 10 menit untuk mendapatkan plasmanya.

c) Setelah darah mengedap, plasma diambil menggunakan spuit secara perlahan

d) Teteskan plasma tadi sebanyak 10 tetes pada stik/ alat pemeriksa HIV tersebut

e) Kemudian teteskan pengencer kimia sebanyak 4 tetes, diamkan stik selama 10-20 menit untuk mengetahui hasilnya

f) Cara membacanya ialah jika hasilnya positif maka akan tampak pada stik garis sebanyak 2 ataupun 3 garis, namun jika hasil negative maka garis tak tampak pada stik tersebut.

Evaluasi: ibu bersedia melakukan test dan hasilnya negative

2. ASUHAN PERSALINAN

KALA I

Tanggal Pengkajian : 24 April 2019 Jam : 02.20 WIB

Tempat pengkajian : Puskesmas Aek Raja

DATA SUBJEKTIF (S)

- 1) Ibu mengatakan HPHT : 10-07-2018
- 2) Ibu mengatakan perut terasa mules sejak pukul 01.00 WIB
- 3) Ibu mengatakan pinggangnya terasa panas dan pegal mulai dari perut kepongung
- 4) Ibu menyatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan

DATA OBJEKTIF (O)

- 1) KU : Baik, keadaan emosional : stabil, kesadaran : composmentis, TD : 110/70 mmHg, HR : 78x/i, RR : 21x/i, Suhu : 36,8 °C
- 2) Wajah : tidak ada oedema dan tidak pucat, konjuktiva merah, sklera jernih, dan tidak ada pembengkakan palpebra
- 3) Ekstremitas atas dan bawah tidak ada pembengkakan dan tidak ada varises serta refleks patella aktif
- 4) Hasil palpasi teraba bagian-bagian dari janin dan janin bergerak aktif dan tidak ada nyeri tekan dan pembesaran organ lain
- 5) Leopold II : PUKI, DJJ :140x/i (reguler), TBBJ : 3100 gr
- 6) His : 3 kali dalam 10 menit (regular), durasi 35 detik

7) Pemeriksaan Genetalia :

- a. Vulva : Tidak ada luka, tidak ada kemerahan, tidak ada varices, serta tidak ada pembengkakan, pada kelenjar bartholin
- b. Vagina : Teraba lembek, tidak ada benjolan, tidak ada luka dan ada pengeluaran lendir bercampur darah
- c. Portio : Menipis
- d. Pembukaan : 4 cm
- e. Ketuban : Utuh
- f. Presentasi : Kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri bagian depan
- g. Penurunan : Hodge II
- h. Molase : 0

ANALISA (A)

G4P3A0 usia kehamilan 40-42 minggu dengan inpartu kala I fase aktif, presentasi belakang kepala

PENATALAKSANAAN (P)

- 1) Memberikan informasi mengenai hasil pemeriksaan, bahwa keadaan ibu dan janin baik saat ini, TTV normal, pembukaan 4 cm, ketuban utuh,
DJJ : 140x/i, penurunan hodge II, presentasi kepala UUK kiri bagian depan

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya dan hasil pemeriksaan sudah terlampir di patograf

- 2) Memberikan asuhan sayang ibu dengan memberikan ibu minum teh manis atau air hangat, kemudian menggosok-gosok daerah punggung ibu, menganjurkan ibu berjalan-jalan, menganjurkan ibu untuk menarik nafas dari hidung dan mengeluarkan dari mulut, menganjurkan posisi berbaring miring kiri/kanan sesuai yang dikehendaki ibu.

Evaluasi : ibu sudah tidak haus lagi, suami sudah menggosok punggung ibu, ibu masih bisa berjalan-jalan, ibu sudah menarik

nafas panjang dan mengeluarkan dari mulut, ibu sudah miring kiri/kanan.

- 3) Menghadirkan pendamping persalinan jika ibu menginginkan pendamping pada saat ibu bersalin yaitu suami ibu

Evaluasi : suami ibu sudah hadir untuk mendampingi ibu saat proses melahirkan

- 4) Menyarankan ibu untuk mengosongkan kandung kemih dan BAB

Evaluasi : ibu sudah BAK

- 5) Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal.

Evaluasi : DJJ telah diperiksa dan dalam batas normal

- 6) Memantau persalinan dan mengawasi keadaan umum ibu dan janin dengan lembar partograf

Evaluasi : proses persalinan dalam batas normal pada partograf

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal Pengkajian : 24 April 2019

Jam : 04.20 WIB

Tempat pengkajian : Puskesmas Aek raja

DATA SUBJEKTIF (S)

Ibu mengatakan mules pada perut bertambah sering dan lama, pinggang seakan terasa panas

DATA OBJEKTIF (O)

- 1) KU : baik, TD : 110/70 mmHg, HR : 80x/i, RR : 24x/i, Suhu : 37 °C
- 2) Vulva : Tidak ada luka, tidak ada kemerahan, tidak ada varices, serta tidak ada pembengkakan, pada kelenjar bartholin
- 3) Vagina : Teraba lembek, tidak ada benjolan, tidak ada luka dan ada pengeluaran lendir bercampur darah
- 4) Pembukaan : 8 cm
- 5) Penyusupan : 0

- 6) Penurunan : Hodge III
- 7) DJJ : 140 x/i
- 8) Kontraksi uterus 4x dalam 10 menit dengan durasi 30 detik

KALA II

Jam : 06.30 WIB

DATA SUBJEKTIF (S)

- 1) Mules semakin sering menjalar ke punggung
- 2) Ada keinginan untuk meneran seperti ingin BAB
- 3) Merasa ada tekanan pada anus dan pergerakan janin aktif

DATA OBJEKTIF (O)

1. Pembukaan lengkap
2. Anus membuka
3. Perineum menonjol
4. Vulva membuka
5. Kepala tampak berada 5-6 cm di depan vulva
6. Pemeriksaan dalam
 - a. Pembukaan serviks lengkap
 - b. Ketuban telah pecah
 - c. Porsio menipis
 - d. Penurunan kepala 0/5 (Hodge IV)
 - e. Posisi UKK Kiri depan
 - f. Presentasi kepala
7. KU : Baik
8. Kesadaran : Composmentis

9. Suhu : 37 °C
10. TD : 120/80 mmHg
11. HR : 78x/i
12. RR : 23x/i
13. Pembukaan : 10 cm
14. DJJ : 140x/i

ANALISA (A)

Ibu G4P3A0, inpartu kala II dengan pembukaan lengkap, presentasi kepala dan penurunan di Hodge IV

PENATALAKSANAAN (P)

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan ibu, pemeriksaan dalam pembukaan telah lengkap, ketuban pecah, dengan presentasi kepala janin dengan presentasi belakang kepala, penurunan 0/5 berada di H-IV, DJJ 140x/i dan menganjurkan ibu untuk mengatur posisi dengan berbaring miring ke kiri
Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan
- 2) Penolong menggunakan alat perlindungan diri seperti, mitela, masker, celemek, dan sarung tangan steril.
Evaluasi : penolong telah memakai alat perlindungan diri
- 3) Melakukan pemantauan pada kandung kemih dan melakukan kateterisasi jika penuh
Evaluasi : pemantauan kandung kemih tidak penuh dan tidak ada keinginan untuk buang air kecil.
- 4) Menghadirkan pendamping persalinan untuk memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan
Evaluasi : Suami dan keluarga telah memberi semangat pada ibu
- 5) Mengajarkan ibu teknik mengedan yaitu posisi berbaring kemudian menekuk lutut, kedua kaki dibuka, peluk paha dengan melingkarkan tangan ke bawah paha sampai siku dan menarik paha ke arah dada. Arahkan pandangan ibu ke perut supaya bisa lebih konsentrasi

terhadap persalinan selain itu ibu harus mengedan di perut bukan di leher. Berhenti mengedan apabila tidak ada kontraksi dan ketika kepala bayi sudah terlihat. Posisi ini memberikan keleluasaan pada ibu untuk mengedan. Memimpin meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran yaitu membimbing ibu jika memiliki keinginan untuk meneran, mendukung dan memberi semangat, mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya, menganjurkan keluarga untuk memberikan semangat maupun asupan cairan.

Evaluasi : ibu sudah tau teknik meneran yang dianjurkan dan sudah mengerti jika dipimpin untuk bersalin.

6) Kepala tampak di depan vulva 5-6 cm, memimpin persalinan normal pada ibu:

a. Melindungi perineum dengan satu tangan dilapisi kain dan tangan yang lain di kepala bayi, menunggu kepala lahir, meminta ibu untuk menarik nafas dan meniup secara perlahan kearah perut sambil mengedan secara perlahan, memeriksa lilitan tali pusat, menunggu putar paksi luar secara perlahan-lahan, maka lahirlah ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, dahi, mata, hidung, mulut, dagu, maka lahirlah seluruh kepala.

Evaluasi : kepala bayi tampak di depan vulva dan melahirkan secara perlahan, dan memeriksa lilitan tali pusat tidak ada lilitan, kepala bayi lahir segera dan diikuti kelahiran badan bayi.

b. Melakukan penilaian sepintas pada bayi baru lahir seperti warna kulit bayi kemerahan, bayi segera menangis, bayi bergerak aktif, bayi cukup bulan dan mengeringkan seluruh tubuh bayi kecuali telapak tangan bayi dan menghisap lendir bayi.

Evaluasi : bayi lahir segera menangis dan tubuh bayi sudah dikeringkan.

c. Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat dengan cara menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3-4 cm dari pusat bayi dan memotong dengan gunting tali pusat. Segera melakukan

Inisiasi Menyusu Dini kepada bayi di atas dada ibu dan menyelimuti bayi dengan handuk yang baru. Beritahu kepada ibu untuk memeluk erat bayinya dan mulai memberikan ASI.

Evaluasi : telah diberitahukan kepada ibu bahwa bayi lahir normal pukul 07.20 WIB tidak ada lilitan tali pusat, dengan BB 3200 gr, PB 50 cm, JK Perempuan, telah dilakukan IMD kepada bayi dan ibu senang atas kelahiran bayinya

KALA III

Tanggal Pengkajian : 24 April 2019

Jam : 07.25 WIB

DATA SUBJEKTIF (S)

- 1) Ibu merasa senang atas kelahiran bayinya
- 2) Ibu merasakan adanya keluar darah dari jalan lahir
- 3) Ibu mengatakan perut terasa mules

DATA OBJEKTIF (O)

- 1) Keadaan umum Baik
- 2) Kesadaran *Composmentis*
- 3) Keadaan emosional Stabil
- 4) TFU Setinggi Pusat
- 5) Kontraksi Baik
- 6) Kandung kemih Kosong
- 7) Perdarahan ± 150
- 8) Palpasi tidak ada janin kedua
- 9) Adanya tanda-tanda pelepasan plasenta
 - adanya semburan darah tiba-tiba
 - Tali pusat bertambah panjang
 - Uterus berubah dari dikoid menjadi globuler

ANALISA (A)

Ibu P4 A0 inpartu kala III, bayi lahir sehat

PENATALAKSANAAN (P)

- 1) Melakukan palpasi fundus untuk memastikan tidak ada bayi kedua, memberitahukan kepada ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin 10 IU di 1/3 paha kanan ibu bagian luar setelah mengaspirasi terlebih dahulu. Memastikan pelepasan plasenta dengan tanda-tanda lahirnya plasenta yaitu terjadi kontraksi rahim sehingga rahim membulat, keras, dan terdorong ke atas, plasenta di dorong ke arah Segmen Bawah Rahim (SBR), tali pusat bertambah panjang, terjadi pengeluaran darah tiba-tiba.

Evaluasi : telah dilakukan palpasi fundus untuk memastikan tidak ada bayi kedua, dan telah disuntikkan oksitosin 10 IU. Plasenta lepas dengan tanda tali pusat semakin panjang dan semburan darah tiba-tiba

- 2) Melakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT) yaitu memindahkan klem ke arah vulva ibu 5-6 cm, tangan kiri berada di supra pubik melakukan tekanan yang berlawanan arah atas dan belakang (dorso cranial) untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Setelah tampak 2/3 bagian di depan vulva tangan kiri menyangga plasenta, tangan kanan memilin ke satu arah sampai plasenta dan dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban sehingga selaput lahir seluruhnya

Evaluasi : plasenta lahir spontan

- 3) Melakukan masase uterus pada fundus selama 15 detik 15 kali secara sirkuler supaya kontraksi uterus kuat dan baik

Evaluasi : uterus berkontraksi dengan baik

- 4) Mengidentifikasi bagian plasenta yaitu : Kotiledon lengkap, diameter ± 20 cm, tebal ± 3 cm, berat ± 300 gr panjang tali pusat 50 cm, selaput amnion lengkap dan plasenta seluruhnya lahir lengkap

Evaluasi : plasenta lahir lengkap

- 2) Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir ternyata tidak ada robekan yang terdapat pada Dinding vagina belakang, dan otot perineum.

Evaluasi : tidak ada robekan pada bagian perineum ibu

- 3) Mengobservasi dan estimasi perdarahan, memastikan kontraksi dengan baik, dan mencuci tangan.

Evaluasi : perdarahan dalam batas normal, dan telah dilakukan pencucian tangan.

- 4) Membantu ibu untuk memberikan ASI dan Melakukan pemantauan kala IV, memeriksa kontraksi uterus ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua

Evaluasi :

Tabel pemeriksaan pengawasan kala IV

Jam	Waktu (WIB)	TD (mmHg)	Nadi (x/i)	Suhu (°C)	TFU	Kontraksi	Kandung kemih	perdarahan
1	08.30	110/70	78	37	Setinggi pusat	Keras	±200 cc	±150cc
	08.45	110/70	78	37	Setinggi pusat	Keras	Kosong	
	09.00	110/70	78	37	Setinggi pusat	Keras	Kosong	
	09.15	120/80	80	37	Setinggi pusat	Keras	Kosong	
2	09.45	120/80	80	36,8	1-2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	±50cc
	10.15	120/80	80	36,8	1-2 jari dibawah pusat	Keras	Kosong	

- 5) Membersihkan badan ibu dan menggunakan gurita, doek serta pakaian ibu

Evaluasi : ibu telah bersih dan rapi

- 6) Membiarkan bayi pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dengan badan menganjurkan ibu memberikan ASI pada bayi setiap 2 jam

Evaluasi : bayi sudah di dekatkan pada ibu

7) Menganjurkan suami dan keluarga untuk melakukan masase uterus yaitu dengan cara jika uterusnya mengeras berarti kontraksi nya baik tetapi jika uterusnya lembek segera memanggil petugas kesehatan

Evaluasi : keluarga serta suami telah mengerti

8) Memberitahu kepada ibu bahwa bayinya akan di suntikkan imunisasi Vit-K. Suntikkan di 1/3 bagian luar pada paha kiri bayi.

Evaluasi: bayi sudah disuntikkan imunisasi Vit-K

9) Menganjurkan ibu untuk BAB dan BAK

Evaluasi : ibu telah BAK

10)Menganjurkan ibu untuk istirahat

Evaluasi : ibu sudah istirahat

11)Merapikan alat-alat partus set yang telah dipakai ke dalam larutan klorin 0,5%

Evaluasi : alat-alat telah dirapikan dan direndam dalam larutan klorin 0,5%

12)Melakukan pendokumentasian dan melengkapi patograf

Evaluasi : patograf telah dilengkapi (Terlampir)

3. ASUHAN BAYI BARU LAHIR

Kunjungan Neonatal I (6 jam-48 jam)

Tanggal Pengkajian : 24 April 2019

Jam : 15.00 WIB

Tempat pengkajian : Puskesmas Aek Raja

DATA SUBJEKTIF (S)

a. Biodata Bayi

Nama : Bayi Ibu M.S

Tanggal lahir : 24-04-2019

Jenis kelamin : Perempuan

Anak ke : 4 (keempat)

PB : 50 cm

LIKA : 29 cm

LIDA : 33 cm

ANALISA (A)

Bayi cukup bulan, usia 7 jam, keadaan umum bayi baik

PENATALAKSANAAN (P)

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang dilakukan yaitu tanda-tanda vital bayi normal, kesadaran composmentis, pemeriksaan fisik normal dan antropometri dalam batas normal.

Evaluasi : ibu senang karena sudah mengetahui bahwa kondisi bayi nya baik

2. Menganjurkan orangtua agar selalu menjaga dan memberikan kehangatan kepada bayi, dan menjaga suhu dari kamar dengan cara jangan membiarkan bayi bersentuhan langsung dengan benda dingin, misalnya lantai, atau tangan yang dingin, jangan letakkan bayi dekat dengan jendela atau kipas angin, segera keringkan bayi setelah mandi atau saat bayi basah misalnya BAK atau BAB, untuk mengurangi penguapan dan menjaga lingkungan sekitar bayi tetap hangat.

Evaluasi : ibu sudah mengerti tentang penjelasan yang disampaikan dan bersedia untuk menjaga kehangatan kepada bayinya

3. Menanyakan kepada ibu apakah bayi nya sudah BAK dan BAB, dan memberitahu kepada ibu bahwa bayi baru lahir cenderung BAK yaitu 7-10 kali sehari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi.

Evaluasi : ibu mengatakan bahwa bayi nya sudah BAK 3 jam setelah lahir dan BAB yang bercampur mekonium tanpa adanya keluhan

4. Memberitahukan kepada ibu untuk menjaga tali pusat bayinya, misalnya mengganti kasa pembungkus tali pusat jika basah untuk menghindari terjadinya infeksi kepada bayinya.

Evaluasi : ibu sudah mengerti dan bersedia mengganti kasa pembungkus tali pusat jika basah

5. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin karena dengan isapan bayi dapat merangsang hormone oksitosin yang merangsang pengeluaran ASI dan setiap kali bayi mengisap payudara, maka ia akan merangsang ujung saraf sensorik sekitar payudara dengan begitu secara tidak langsung dapat dikatakan bahwa bayi merangsang kelenjar hipofisis sensorik yang berada di sekitar payudara, merangsang kelenjar hipofisis bagian depan untuk menghasilkan prolaktin, menjalin ikatan kasih sayang antar ibu dan bayinya. Dan mengingatkan kembali kepada ibu untuk memberikan bayinya ASI eksklusif, yaitu pemberian ASI saja sampai bayi berumur 6 bulan.

Evaluasi : ibu sudah mengerti dan bersedia memberikan ASI Eksklusif sampai 6 bulan

6. Menjelaskan kepada orangtua tanda bahaya pada bayi baru lahir, yaitu: bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua yang dikonsumsi, kejang, tidak bergerak aktif, pernapasan cepat $> 60x/i$, pernapasan lambat $< 40x/i$, tarikan dinding dada yang sangat kuat, merintih, tubuh terasa demam dengan suhu $> 37^{\circ}C$ dan terasa dingin dengan suhu $< 36^{\circ}C$, nanah yang banyak di mata, pusat kemerahan dan menyebar hingga ke dinding perut, diare, tampak kuning pada telapak tangan dan kaki, perdarahan. Bila tanda-tanda tersebut terdapat pada bayi ibu, segera hubungi petugas kesehatan terdekat.

Evaluasi : ibu telah paham tanda-tanda bahaya pada bayi dan akan menghubungi petugas kesehatan jika ditemui tanda-tanda berikut

7. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya imunisasi yaitu bayinya sudah diberikan di HB-0. Imunisasi adalah suatu cara memproduksi

imunitas aktif buatan, untuk melindungi diri dari penyakit tertentu dengan memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikan. Imunisasi HB-0 diberikan segera setelah bayi lahir sampai tujuh hari jangan diberikan usia lebih 1 minggu. Imunisasi HB-0 ini bertujuan untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B. sebaiknya imunisasi HB-0 diberikan saat setelah selesai menolong persalinan. 0,5 cc secara IM pada antero lateral paha kanan.

Evaluasi : ibu sudah mendapat penkes tentang imunisasi

Catatan Perkembangan

KUNJUNGAN II (3-7 hari)

Tanggal Pengkajian : 01 Mei 2019

Jam : 13.00 WIB

Tempat pengkajian : Desa Lobu Sunut

DATA SUBYEKTIF (S)

Nama : Bayi Ibu M.S

Umur : 6 hari

DATA OBJEKTIF (O)

1) TTV

RR : 60x/i

Suhu : 36,6 °C

HR : 140 x/i

BB lahir : 3200 gr

2) Tidak ada sianosis

3) Keadaan tali pusat kering dan terbungkus dengan baik

4) Tonus otot baik

5) Refleks baik

6) Pola eliminasi normal

ANALISA (A)

Bayi baru lahir cukup bulan, lahir spontan dengan usia 6 hari.

PENATALAKSANAAN (P)

- 1) Menginformasikan pada ibu pemeriksaan yang dilakukan pada bayi, yaitu TTV dalam batas normal, tali pusat kering, tonus otot baik, refleks baik, dan pola eliminasi normal.

Evaluasi : ibu telah mengetahui pemeriksaan yang telah dilakukan pada bayi dan bayi dalam batas normal

- 2) Melakukan perawatan tali pusat, telah dilakukan perawatan tali pusat yaitu cuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan tali pusat, jangan menggunakan plester untuk menguatkan ikatan karena bisa mengakibatkan iritasi, biarkan tali pusat lepas dengan sendirinya, jangan meletakkan benda apapun diatas tali pusat terkadang koin diletakkan diatas pusat yang bertujuan agar pusat tidak bodong. Supaya tali pusat cepat kering, usai membersihkan biarkan tali pusat terbuka sebentar kemudian tutup dengan kasa.

Evaluasi : ibu telah mengerti dan akan melakukan perawatan tali pusat

- 3) Mengajari ibu cara memandikan bayi yang benar yaitu mempersiapkan perlengkapan : permukaan yang aman dan datar, handuk dan alas ganti, gayung untuk mengalirkan air, air hangat tapi tidak terlalu panas, waslap, produs sabun yang aman untuk bayi, dan pakaian bayi.

Adapun panduan tahapan memandikan bayi yaitu :

- a. Isi bak dengan air hangat ketinggian sekitar 7 cm dengan suhu 32 derajat celcius
- b. Baringkan bayi diatas alas ganti atau handuk, buka pakaian bayi secara perlahan
- c. Gunakan satu tangan dan lengan untuk menopang kepala dan tubuh bayi kemudian tangan yang lain menyangga tubuh bagian bawah dan menempatkannya ke air mulaidengan kaki
- d. Kemudian bersihkan mulai dari kelopak mata dari dalam keluar, bersihkan bagian hidung, telinga dan wajah.
- e. Pastikan satu tangan menyangga kokoh punggung dan kepala bayi saat tangan anda membersihkan bagian tubuh lainnya

- f. Jika menggunakan sabun tuang sedikit saja agar kulit bayi tidak kering
- g. Berikan perhatian lebih pada daerah ketiak, belakang telinga, leher dan kelamin
- h. Guyur kepala bayi dan seluruh tubuh bayi secara perlahan dengan gayung kemudian seka dengan waslap bersih
- i. Angkat bayi perlahan-lahan, segera letakkan bayi diatas alas ganti atau perlak yang sudah dialasi handuk, kemudian keringkan seluruh tubuh bayi

- j. Kemudian pakaikan pakaian bayi

Evaluasi : Ibu sudah mengerti dan paham cara memandikan bayi

- 4) Mengajarkan kepada ibu cara menyusui yang baik dan benar yaitu perut ibu dan perut bayi menempel berhadapan, posisi ibu duduk dengan punggung rendah pada kursi atau berbaring santai. Masukkan puting susu ke mulut bayi sehingga atas dan bawah terbuka, biarkan bayi menghisap dengan sendirinya. Setelah ibu merasakan payudara nya terasa kosong ganti payudara dengan yang sebelahnya sampai bayinya melepaskan sendiri hisapannya. Setelah selesai menyusui hal yang paling penting yaitu menyendawakan bayi agar udara tidak masuk ke lambung

Evaluasi : ibu bisa melakukannya dengan baik sesuai dengan yang diajarkan dan bayi sudah dapat menghisap dan menelan dengan baik

- 5) Mengkaji apakah ibu masih memberikan ASI eksklusif pada bayinya

Evaluasi : ibu masih memberikan ASI nya .

- 6) Mengingat kembali dan menanyakan ibu untuk menyusui bayi setiap 2 jam sekali.

Evaluasi :ibu bersedia untuk menyusui bayinya setiap 2 jam

konsistensi keras, pengeluaran lochea rubra, bau amis dan warna merah kehitaman

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya

- b) Menganjurkan pemberian ASI eksklusif merupakan pemberian ASI pada bayi yang dimulai sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan apapun

Evaluasi : Ibu bersedia memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya Selama 6 bulan

- c) Memeriksa TFU dan memastikan kembali uterus berkontraksi dengan baik

Evaluasi : TFU 1 jari dibawah pusat

- d) Memberikan ibu Vitamin A karena vitamin A sangat berpengaruh untuk meningkatkan kualitas vitamin A pada bayi, karena ASI yang diberikan merupakan sumber utama vitamin A pada bayi enam bulan pertama. Vitamin A diberikan 1 tablet setelah melahirkan dan kapsul kedua diminum setelah 24 jam dari vitamin A yang pertama

Evaluasi : ibu sudah bersedia minum tablet vitamin A dan ibu sudah mengerti cara mengkonsumsinya

- e) Memberikan KIE tentang pola makanan yang seimbang sesuai dengan kemampuannya yaitu mendukung ibu untuk terus makan makanan teratur 3x/hari dan mengkonsumsi makanan bergizi seperti lauk pauk, buah dan sayuran serta memperbanyak minum yaitu 9-10 gelas/hari agar pencernaan ibu dan produksi ASI lancar

Evaluasi : ibu sudah makan nasi 3x/hari dengan ikan, sayur dan buah serta minum ±9 gelas air putih serta 1 gelas teh manis dan ibu sudah mengetahui pola makan yang seimbang dan akan melakukannya

- f) Menganjurkan mobilisasi bertahap seperti miring kiri dan kanan, setengah duduk dan jalan-jalan

Evaluasi : ibu sudah bisa mobilisasi dini seperti berjalan ke kamar mandi

- g) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

Evaluasi : ibu sudah istirahat

- h) Memantau keadaan ibu, yaitu tetap memantau jumlah darah yang keluar, memantau kontraksi dari uterus ibu, memantau keadaan fisik ibu dan keadaan emosional ibu juga

Evaluasi : telah dilakukan pemantauan kepada ibu

- i) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi tablet fe selama masa nifas yaitu sebanyak 40 tablet dengan cara diminum pada malam hari menggunakan air putih

Evaluasi : ibu bersedia untuk mengkonsumsi tablet FE

- j) Mengajari ibu untuk ambulasi dini yaitu dengan cara bangun dari tempat tidur dan belajar kekamar mandi sendiri atau dengan bantuan keluarga dan ingin BAK atau BAK

Evaluasi : ibu sudah melakukan ambulasi dini yaitu dengan cara pergi ke kamar mandi dengan bantuan keluarga

- k) Mengajari ibu untuk merawat luka jahitan yaitu dengan cara membersihkan luka jahitan dengan sabun antiseptik dan mengganti duk yang sudah basah dengan yang baru dan dengan kassa yang sudah diolesi bethadine

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui cara merawat luka jahitan dan bersedia mengganti duk yang basah dengan yang baru dan dilapisi kassa bethadine

- l) Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan bila ada keluhan atau komplikasi yang dirasakan

Evaluasi : ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang

KUNJUNGAN II (3-7 hari setelah persalinan)

Tanggal Pengkajian : 01 Mei 2019

Jam : 14.00 WIB

Tempat pengkajian : Desa Lobu Sunut

DATA SUBYEKTIF (S)

1. Ibu mengatakan perut masih merasa mules
2. Ibu mengatakan nyeri pada luka perineum

DATA OBJEKTIF (O)

1. TTV = TD: 100/70 mmHg, S: 36,7°C, N: 80x/i, RR: 20x/i
2. Keadaan umum ibu baik
3. TFU pertengahan pusat dengan simfisis
4. Tingkat Kesadaran ibu composmentis
5. Keadaan emosional ibu stabil
6. ASI keluar dengan lancer
7. Pemeriksaan pada bagian abdomen, yaitu: TFU pertengahan symfisis ke pusat, kontraksi baik, dan konsistensi keras
8. Terasa nyeri pada luka perineum
9. Pengeluaran pervaginam yaitu adanya pengeluaran lochea sanguilenta, baunya amis, konsistensi cair, dan warnanya merah kecokelatan dan berlendir

ANALISA (A)

Ibu PIV A0, nifas hari keenam

PENATALAKSANAAN (P)

1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan yaitu TTV dalam batas normal, TFU pertengahan pusat, ASI keluar lancar, kontraksi baik, konsistensi keras, pengeluaran vagina merah kecokelatan serta berlendir.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya

2. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, dan tidak ada terjadi perdarahan

Evaluasi : Involusi uterus berjalan dengan normal

3. Melakukan konseling tentang perawatan luka jahitan pada perineum yaitu menganjurkan ibu untuk membersihkannya menggunakan sabun antiseptik dan air dingin jangan air hangat, kemudian mengeringkannya

dengan handuk bersih. Selain itu mengajurkan ibu untuk mengganti pembalutnya minimal 3x/hari atau jika sudah tidak merasa nyaman.

Evaluasi : ibu mengerti semua penkes yang diberikan dan mengatakan akan melakukannya sesuai dengan yang dianjurkan

4. Mengajari ibu teknik perawatan payudara (Breast Care) yaitu sebelum menyusui ibu terlebih dahulu membersihkan payudaranya dengan menggunakan baby oil lalu melakukan pemijatan lembut secara memutar kearah puting susu kemudian mengkompresnya dengan air hangat selama 3 menit, air dingin 2 menit dan air hangat kembali Selama 3 menit lalu mebersihkan dan mengeringkannya.

Evaluasi : payudara ibu telah dilakukan Breast Care

5. Menganjurkan pada ibu supaya mengonsumsi makanan bergizi misalnya susu, telur, kacang-kacangan, sayur, daging, dan buah supaya ASI ibu lancar

Evaluasi : ibu telah bersedia mengkonsumsi makanan bergizi

6. Memotivasi ibu untuk ber KB. Ibu mau ber KB Implan setelah 6 bulan setelah persalinan. Tetapi menganjurkan ibu untuk menggunakan KB Metode Amenore Laktasi

Evaluasi : Ibu bersedia KB MAL

7. Mengobservasi proses involusi :

TFU pertengahan simpisis pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan normal, lochea sanguilenta dan kandung kemih kosong

Evaluasi : Observasi dalam batas normal

8. Menganjurkan suami untuk ikut terlibat dalam mengurus bayinya, dan suami bersedia untuk terlibat dalam mengurus bayinya

Evaluasi : suami bersedia untuk terlibat dalam mengurus bayinya

9. Mengingatkan dan menanyakan tentang perawatan luka jahitan pada perineum yaitu menganjurkan ibu untuk membersihkannya menggunakan sabun dan air dingin dan air hangat, kemudian mengeringkannya dengan handuk bersih. Selain itu, menganjurkan ibu untuk mengganti pembalutnya minimal 3 x sehari atau jika sudah tidak

merasa nyaman. Ibu mengerti tentang semua penkes yang diberikan dan mau melakukannya.

Evaluasi : ibu sudah mendapat penkes dan bersedia untuk membersihkan perineum menggunakan sabun dan air hangat

10. Mengajarkan pemberian ASI eksklusif untuk bayi, dan ibu memahami cara pemberian ASI eksklusif dan kegunaannya untuk bayi

Evaluasi: ibu telah memberikan bayi nya ASI Eksklusif

11. Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur, agar kesehatan ibu terjaga dengan baik, agar ibu cepat pulih kembali, dan alat-alat reproduksi bisa pulih kembali dengan baik. Apabila ibu tidak nyaman beristirahat, maka fisik dan psikis ibu akan terganggu. Dianjurkan agar Ibu beristirahat disela-sela bayi tidur, dan ibu bersedia untuk istirahat yang cukup

Evaluasi : ibu telah bersedia untuk istirahat dengan cukup

12. Mengajarkan ibu personal hygiene seperti membersihkan seluruh tubuh ibu dan bagian kemaluan, karena pada masa ini ibu rentan terkena infeksi.

Evaluasi : ibu bersedia untuk menjaga kebersihan bagian kemaluannya.

5. ASUHAN AKSEPTOR KB MAL

Tanggal Pengkajian : 24 April 2019

Jam : 14.30 WIB

Tempat pengkajian : Rumah pasien

DATA SUBJEKTIF (S)

- Ibu mengatakan masih memberikan ASI eksklusif kepada bayinya
- Ibu mengatakan tetap menggunakan metode amenore laktasi (MAL)

DATA OBJEKTIF (O)

- TTV : TD : 120/80 mmHg HR : 72x/i
 RR : 20x/i S : 36,6°C
- ASI ada- lancar, payudara lembek, puting susu, tidak lecet

ANALISA (A)

Ibu PIVA0 akseptor KB metode amenore laktasi (MAL)

PENATALAKSANAAN (P) :

- 1) Menginformasikan ibu tentang pemeriksaan bahwa keadaan ibu dalam keadaan baik

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya

- 2) Memberi KIE pada ibu tentang KB MAL

- a. Efektivitas tinggi sampai 6 bulan pasca persalinan

- b. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

- Menyusui secara efektifitas secara penuh ≥ 8 x sehari
- Efektif 9 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

Keuntungan MAL

1. Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan)
2. Segera efektif
3. Tidak mengganggu senggama
4. Tidak ada efek samping secara sistemik
5. Tidak perlu pengawasan medis
6. Tidak perlu obat atau alat
7. Tanpa biaya

Kerugian penggunaan MAL

1. Perlu persiapan sejenak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
2. Mungkin sulit dilaksanakan kerana kondisi social
3. Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai 6 bulan
4. Tidak melindungi IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS

Evaluasi : ibu sudah mendapatkan KIE dan sudah mengetahui keuntungan dan kerugian menggunakan KB MAL

- 3) Memberi dukungan mental dan fisik ibu

Evaluasi : ibu sudah mendapat dukungan mental dan fisik

- 4) Memberitahukan kepada klien tentang KB MAL

- a. Seberapa sering menyusui
- b. Waktu antara 2 pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam
- c. Biarkan bayi menghisap sampai dia sendiri yang melepas hisapan
- d. Tetap lakukan pemberian ASI pada bayi saat malam hari, membantu dalam mempertahankan kecukupan kesediaan ASI
- e. Ibu tetap memberikan ASI meskipun keadaan ibu dan bayi sakit
- f. Kapan mulai pemberian makanan padat pada bayi sebagai makanan pendamping ASI, yaitu selama kenaikan berat badan bayi cukup dan bayi dapat diberikan makanan tambahan sampai bayi berumur 6 tahun
- g. Apabila ibu menggantikan ASI dengan minuman lain, maka efektifitas kontrasepsi akan menurun karena daya hisap bayi akan berkurang
- h. Haid, yaitu jika ibu mulai haid lagi maka itu pertanda ibu sudah subur, segera menggunakan metode lainnya

Evaluasi : ibu sudah mengetahui tentang KB MAL

5) Memberikan konseling setelah penggunaan MAL

- a. Menganjurkan ibu untuk menyusui secara penuh atau hampir penuh
- b. Bayi menghisap secara langsung
- c. Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam bayi lahir
- d. Pola menyusui on demand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan)
- e. Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari

Evaluasi : ibu sudah mendapat konseling setelah menggunakan MAL

6) Memberikan konseling kepada ibu agar dapat juga menggunakan kondom atau suntik 3 bulan sebagai KB darurat setelah ibu mendapat haid untuk mencegah bertemunya sel telur dan sel sperma karena kurangnya efektifitas penggunaan KB MAL. KB 3 bulan ini dianjurkan bagi ibu menyusui yang ingin mengontrol kehamilan mereka. Ini merupakan salah satu metode bantuan hormonal yang tidak akan

memberikan dampak pada suplai ASI ibu. Suntikan ini biasanya akan diberikan pada 6 minggu setelah ibu melahirkan dan pengulangan dari penggunaan suntikan KB. Jika ibu menggunakan KB 1 bulan akan berdampak pada produksi ASI nantinya. Dimana KB suntik 1 bulan ini mengandung kandungan dari 2 hormon yaitu estrogen dan progesterone yang akan menghambat dan mengganggu siklus produksi ASI.

Evaluasi : ibu sudah mendapat konseling dan bersedia untuk menggunakan KB Suntik 3 bulan setelah ibu mendapat haid

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan dan menerapkan asuhan kebidanan pada ibu M.S masa hamil trimester III, persalinan, nifas, BBL, KB di praktek bidan E.Aritonang, di desa lobu sunut, maka pada bab ini penulis membahas beberapa kesenjangan antara teori dengan praktek yang di temukan dilapangan yaitu :

A. Asuhan Kehamilan

Selama masa kehamilan, ibu M.S melakukan kunjungan kehamilan sebanyak 7 kali selama kehamilan di posekesdes Huta tinggi yaitu 2 kali trimester I, 2 kali trimester II, 3 kali trimester III. Ini berarti adanya kesadaran pasien pentingnya melakukan pemeriksaan selama masa kehamilan. Setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal: satu kali kunjungan trimester pertama, satu kali kunjungan selama trimester kedua, dua kali kunjungan trimester ketiga. Tidak ada kesenjangan dengan teori (Prawirohardjo, 2014).

Kunjungan selama kehamilan yaitu pemeriksaan 10 T:

1. Pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan setiap kali kunjungan kenaikan berat badan ibu M.S selama hamil sebanyak 10 kg, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan penambahan berat badan

sebaiknya tidak kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau penambahan 1 kilogram kg setiap bulannya (IBI, 2016).

2. Pengukuran tekanan darah ibu M.S selama kehamilan 120/80 mmHg. Hal ini dalam batas normal sesuai dengan teori yang menyatakan tekanan darah ibu hamil 110/70 mmHg sampai 130/90 mmHg, apabila terjadi kenaikan tekanan darah (hipertensi) atau penurunan tekanan darah (hipotensi), hal tersebut perlu diwaspadai karena dapat berdampak buruk bagi ibu dan janin apabila tidak ditangani secara dini (Prawihardjo, 2014)
3. Pengukuran LILA ibu M.S selama kehamilan adalah 26 cm hal ini dalam batas normal sesuai dengan teori yang menyatakan LILA yang normal > 23,5 cm dan LILA yang tidak normal < 23, 5 cm ibu hamil dengan Kurang Energi Kronis (KEK) akan dapat melahirkan bayi berat badan lahir rendah
4. Pengukuran tinggi fundus uteri ibu selama kehamilan adalah 30 cm. Hal ini masih dalam batas normal sesuai dengan teori. Pengukuran tinggi fundus uteri setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan usia kehamilan. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu
5. Letak janin dan DJJ ibu M.S selama kehamilan adalah 140x/i. Hal ini dalam batas normal sesuai dengan teori. Nilai batas normal DJJ adalah 120-160 x/i (Saifuddin, 2010)
6. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, sesuai dengan imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu M.S sudah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali hal sesuai dengan standar pemberian TT.
7. Pada ibu M.S mendapatkan tablet Fe sebanyak 90 tablet dan laktasi 10 tablet zat besi pada kehamilan. Tablet penambah darah penting untuk mencukupi kebutuhan zat besi pada kehamilan untuk pertumbuhan dan

perkembangan janin. Jumlah sel dara merah sangat mempengaruhi pada saat persalinan dan nifas. Tablet penambah darah ini dapat diberikan sesegera mungkin setelah rasa mual hilang atau diminum pada malam hari sebelum menjelang tidur yaitu satu tablet Fe sehari. Tablet Fe sebaiknya tidak diminum bersama dengan teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan (KIA, 2014)

8. Pada ibu M.S didapati kadar Hb bernilai 10,2 gr%. Maka ibu M.S tidak dikatakan anemia. Hal ini dalam batas sesuai dengan teori. Tes laboratorium, yaitu tes haemoglobin (HB) berguna untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (anemia). Ibu hamil dikatakan anemia apabila kadar haemoglobin dalam darahnya kurang dari 11 gr% (KIA, 2014)
9. Temu wicara, untuk memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, persalinan, dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi
10. Tatalaksana atau mendapatkan pengobatan, jika ibu mempunyai masalah saat hamil

B. Asuhan Persalinan

Kehamilan secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos miometrium yang relatif tenang yang memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin *intrauterin* sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi, dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum. Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks dan mendorong janin keluar dari jalan lahir

Pada tanggal 24 04 2019, pukul 02.20 WIB Ibu M.S datang ke Poskesdes Lobu Sunut pada usia kehamilan 40-42 minggu dengan

keluar lendir bercampur darah dari kemaluan dan nyeri pada punggung, dan menjalar ke bagian bawah perut.

Dilakukan pemeriksaan fisik dimulai dari pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 78x/i, pernafasan 21x/l, suhu 36,8°C, tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus 3x dalam 10 menit durasi 35 detik, DJJ 140x/l portio tebal, konsistensi lembek, pembukaan 4 cm, penurunan Hodge II, ketubuh masih utuh, presentasi belakang kepala dan posisi UKK kiri depan

Asuhan sayang ibu diberikan dengan menghadirkan suami sebagai pendamping persalinan, memenuhi kebutuhan nutrisi dan mencegah dehidrasi serta memberi dukungan emosional kepada ibu. Persiapan alat dan persiapan lingkungan juga dilakukan agar tidak terkendala pada saat persalinan.

1. Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu: Fase laten : pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam; Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase. Fase *akselerasi* berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm. Fase dilatasi maksimal berlangsung selama 2 jam, pembukaan cepat menjadi 9 cm. Dan fase *deselerasi* berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap) (Prawirohardjo, 2016). Berdasarkan hasil pemeriksaan pada ibu M.S terjadi dilatasi memanjang yaitu memanjang 2 jam dari teori. Tetapi keadaan umum ibu normal, kesadaran baik dan keadaan emosional ibu stabil, inspeksi: sudah ada tanda-tanda persalinan yaitu adanya keluar lendir bercampur darah dan kontraksi yang adekuat, palpasi abdomen : leopold I (bokong) TFU 30 cm, leopold II: Puki, leopold III kepala, leopold IV (divergen) dan kontraksi sebanyak 4 kali dalam 10 menit durasi 40 detik DJJ 140 x/i dengan irama teratur.

Pemeriksaan dalam: portio menipis, konsistensi lunak, pembukaan 4 cm ketuban belum pecah dan presentasi kepala.

Pada saat pengkajian Kala I Ibu M.S didapatkan kemajuan persalinan tidak melewati garis waspada pada patograf. Kala I pada Ibu M.S berlangsung selama 12 jam, keadaan tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat penyimpangan. Hal ini sesuai dengan teori, lamanya kala I berlangsung selama 13-14 jam (Prawirohardjo, 2016).

2. Kala II

Dalam teori lama kala II maksimal pada multipara berlangsung 50 menit untuk nulipara dan pada sekitar 20 menit untuk multipara (Cunningham, 2017). Pada kasus ibu M.S pada kala ini berlangsung selama 15 menit, his terjadi secara adekuat dan teratur. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan lama kala II maksimal pada multipara berlangsung 1 jam dan pada primipara berlangsung 2 jam (Prawirohardjo, 2014). Pada kala ini his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin semakin turun memasuki ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang menimbulkan rasa mengedan tekanan pada rectum, ibu merasa seperti ingin buang air besar, dengan tanda tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka. Bayi lahir spontan pukul 07.20 WIB bayi segera menangis. Pada teori Asuhan Persalinan normal pada saat kepala lahir bersihkan jalan nafas, bahu bayi keluar dilakukan sangga susur dan bayi dikeringkan di atas perut ibu tetapi pada Ibu M.S dibersihkan jalan nafas, tidak dilakukan sangga susur karena badan bayi segera lahir dan pada ibu M.S ditemukan kesenjangan yaitu bayi dikeringkan di bawah kaki ibu karena pada saat bayi lahir bayi dimasukkan kedalam incubator

3. Kala III

Kala III pada kasus ibu M.S dimulai dari segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta berlangsung 10 menit . Adanya tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu : tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah tiba-tiba dan uterus berubah menjadi globuler, hal ini sesuai dengan teori APN (Asuhan Persalinan Normal) dimana penanganan asuhan kala III berlangsung selama 15 menit. Penanganan pada kala III dengan memberikan oksitosin 10 UI pada bagian paha secara IM untuk merangsang uterus berkontraksi dan mempercepat pelepasan plasenta agar plasenta lahir secara lengkap dan spontan.

Hal ini sesuai dengan teori setelah bayi lahir, kontraksi lahir beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbullah his pelepasan uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke vagina. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir dan disertai pengeluaran darah $\pm 100-200$ cc (Cunningham, 2017).

4. Kala IV

Kala IV persalinan dimulai sejak lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum, untuk mengobservasi konsistensi uterus dan melakukan masase uterus sesuai kebutuhan untuk memperkuat kontraksi, kala IV ini berlangsung dengan normal, tidak ada tanda-tanda perdarahan dan uterus berkontraksi dengan baik. Tidak ada jahitan pada perineum ibu. Setelah poses persalinan selesai maka penulis memantau kondisi ibu M.S selama 2 jam diantaranya yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, perdarahan dan menilai kontraksi uterus, dan kandung kemih, pengeluaran. Dari hasil pemantauan tersebut didapatkan bahwa kondisi ibu baik secara keseluruhan.

C. Bayi Baru Lahir

Bayi ibu M.S lahir spontan pada tanggal 24 April 2019, segera menangis, warna kulit kemerahan, ekstremitas bergerak aktif, jenis kelamin laki-laki dan tidak ada cacat kongenital. Berat badan 3200 gram,

panjang badan 50 cm, lingkaran kepala 29 cm, lingkaran dada 33 cm pada usia kehamilan ibu 40-42 minggu. Hal ini sesuai dengan teori bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang dilahirkan di kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir antara 2500-4000 gram (Prawihardjo, 2016)

Pada kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan penyuntikkan Hb 0, perawatan tali pusat, pemenuhan ASI pada bayi, serta memandikan bayi. Pada kunjungan neonatal kedua (KN2) memantau tali pusat bayi, memastikan bayi kuat menyusui atau tidak.

Asuhan segera yang diberikan pada bayi baru lahir adalah membebaskan jalan nafas, mengeringkan bayi, memotong tali pusat, menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, dan pencegahan infeksi. Bayi ibu M.S mendapatkan Vik K 0,5 mg secara IM, 6 jam setelah persalinan untuk mencegah perdarahan pada otak bayi, bayi mendapatkan Hb-0 dan tidak ada kesenjangan pada teori.

Pelaksanaan IMD pada bayi ibu M.S berlangsung selama 1 jam dan bayi berhasil mencari puting susu ibunya pada menit ke 30. Kemudian setelah 1 jam bayi dibedong untuk menjaga kehangatan bayi, hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa bayi dibiarkan tetap melakukan kontak kulit ke dada ibu paling sedikit 1 jam.

Pada bayi ibu hanya memberikan ASI sebagai makanan pendamping apapun dan ASI diberikan setiap saat bayi ingin menyusui ataupun membutuhkan ASI eksklusif dalam 6 bulan pertama. Kunjungan pertama dilakukan pada hari persalinan, bayi sudah berkemih dan refleks hisap kuat. Bayi Ibu M.S dimandikan setelah 24 jam berikutnya, perawatan tali pusat telah dilakukan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

D. Nifas

Masa nifas atau (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Syaifuddin, 2013). Pada nifas pertama 2 jam post partum didapati TFU 2 jari

dibawah pusat, nifas hari keenam TFU pertengahan pusat simfisis, nifas 2 minggu TFU tidak teraba lagi dan nifas 6 minggu postpartum menanyakan tentang penyulit yang dialami oleh ibu dan bayi, serta memberikan konseling untuk KB secara dini.

Vitamin A (200.000 IU) diberikan untuk memenuhi kebutuhan vitamin A pada bayi melalui air susu ibu (ASI) dan tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan asuhan yang telah diberikan kepada subjek asuhan karena ibu telah mengetahui manfaat vitamin A untuk bayi.

Kunjungan masa nifas dilakukan 2 kali kunjungan dan sesuai dengan standar asuhan nifas yang telah ditetapkan. Kunjungan nifas dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi, serta mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang mungkin dapat terjadi selama masa nifas.

Kunjungan pertama nifas dilakukan pada saat hari pertama postpartum dimana keluhan ibu yaitu masih lelah setelah bersalin dan ASI yang keluar sedikit. Sehingga untuk tatalaksana kasus ibu dianjurkan untuk istirahat yang cukup dan melakukan perawatan payudara yang bertujuan untuk memperlancar peredaran darah dan produksi ASI. Dari hasil pemeriksaan fisik tanda-tanda vital Ibu M.S dalam batas normal, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, dan pengeluaran lochea rubra dalam batas normal ibu sudah berkemih dan sudah buang air besar tanpa penyulit.

Kunjungan kedua dilakukan pada hari keenam masa nifas, dimana tanda-tanda vital ibu normal, tinggi fundus uteri pertengahan pusat dengan simpisis, pengeluaran lochea sanguilenta. Tidak ada tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, dan involusi uterus berjalan normal.

E. Keluarga berencana

Penulis memberikan penyuluhan mengenai KB untuk promosi kesehatan dan konseling. Pendidikan kesehatan tentang KB penulis

sampaikan agar ibu mulai memikirkan dan mendiskusikan kepada suami KB apa yang sesuai sehingga dapat memulai setelah 6 minggu postpartum.

Dalam asuhan keluarga berencana telah dilakukan tindakan dan penjelasan tentang syarat-syarat untuk penggunaan alat kontrasepsi yang akan digunakan klien, dalam pemilihan alat kontrasepsi tersebut ibu memilih untuk menggunakan metode KB MAL (metode amenore laktasi).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

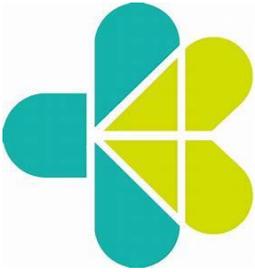
Setelah penulis melakukan Asuhan Manajemen Kebidanan dengan menggunakan pendekatan komprehensif dan pendokumentasian secara SOAP pada ibu M.S dari kehamilan, bersalin, nifas, BBL dan KB yang dimulai dari tanggal 18 Maret 2019 – 30 April 2019 maka dapat disimpulkan :

Penulis telah melakukan asuhan kehamilan kepada ibu M.S dari pemeriksaan kehamilan pada tanggal 18 Maret sampai dengan 30 April 2019 terlaksana dengan baik.

1. Ibu M.S pada umur kehamilan 40-42 minggu melakukan kunjungan sebanyak 6 kali kunjungan ANC. Hal tersebut sudah sesuai dengan Kebijakan Program Pelayanan kunjungan ANC minimal 4 kali kunjungan selama hamil. Selama kehamilan tidak ada keluhan yang serius yang dialami ibu M.S beserta janinnya.
2. Asuhan Intranatal dari kala I sampai kala IV, dilakukan sesuai dengan asuhan persalinan normal, dan IMD tidak dilakukan setelah segera bayi lahir. Tidak ada luka perineum.
3. Asuhan Kebidanan pada ibu nifas dilakukan sebanyak 2 kali kunjungan dengan tujuan untuk menilai status ibu dan bayi, mencegah dan mendeteksi, serta mengatasi masalah yang terjadi. Proses perubahan

fisiologi berlangsung dengan baik, begitu juga dengan proses perawatan bayi.

4. Asuhan bayi baru lahir yang dilakukan pada ibu M.S adalah bayi ibu M.S lahir dengan spontan, dengan berat badan 3200 gram, panjang badan 50 cm, jenis kelamin perempuan, Lingkar Kepala 29 cm, Lingkar Lengan Atas 11 cm, dan Lingkar Dada 33 cm, APGAR Score 9, dan telah dilanjutkan dengan Asuhan Kebidanan 7 jam, 6 hari, dan tidak ditemukan masalah atau komplikasi apapun.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
Jl.Jamin Ginting KM. 13,5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos
:20136
Telepon :061-8368633 –Fax :061-8368644
Website : www.poltekkes-medan.ac.id, emial:
poltekkes_medan@yahoo.com



KARTU BIMBINGAN LTA

Nama mahasiswa : JJ.Wulandari Sitompul
NIM : 16. 1533
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada
Ny.M.S pada masa kehamilan
Trimester III,
Puskesmas : Persalinan, nifas, BBI dan KB di
Aek Raja Kec. Parmonangan
Tapanuli Utara
Pembimbing : Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes
Pembimbing Pendamping : Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes

No	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Nama Dosen	Paraf
1	11-01-2019	Bimbingan BAB I	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
2	14-01-2019	Revisi BAB I	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
3	28-01-2019	Bimbingan BAB I	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
4	31-01-2019	Revisi BAB I	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
5	13-02-2019	Bimbingan BAB II	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	

6	19-02-2019	Bimbingan BAB II	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
7	20-03-2019	Revisi BAB II	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
8	22-03-2019	ACC BAB I dan BAB II	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
9	25-03-2019	Revisi BAB II	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
10	25-03-2019	Bimbingan BAB III	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
11	11-04-2019	Revisi BAB III	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
12	15-04-2019	Bimbingan BAB III	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
13	23-04-2019	Bimbingan BAB III	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
14	25-04-2019	ACC BAB III	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
15	26-04-2019	Revisi BAB III	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
16	29-04-2019	ACC BAB III	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
17	30-04-2019	Bimbingan BAB IV	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
18	06-05-2019	Bimbingan BAB IV dan V	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
19	09-05-2019	Revisi BAB IV dan V	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
20	11-06-2019	ACC BAB IV dan V	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
21	11-06-2019	ACC BAB IV dan V	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
22	24-06-2019	Revisi LTA BAB III	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
23	27-06-2019	Revisi LTA BAB IV	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	
24	28-06-2019	Revisi LTA BAB III	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
25	01-07-2019	Revisi LTA BAB V	Riance Ujung, SST, M.K.M	
26	10-07-2019	ACC LTA III, IV, V	Dimpu R nainggolan, SST, M.Kes	

27	18-07-2019	Revisi LTA BAB IV dan V	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	
28	19-07-2019	ACC LTA III, IV, V	Juana Linda Simbolon, SST, M.Kes	

PENDOKUMENTASIAN

A. Kehamilan

1. Mengukur Tinggi Badan



2. Mengukur Berat Badan



3. Mengukur Tekanan Darah



4. Mengukur LILA



5. Pengukuran Tinggi Fundus

Leopold I



Leopold II



Leopold III



Leopold IV



6. Menghitung DJJ



7. Tes Laboratorium Sederhana

a. Pemeriksaan HB



B. Pemeriksaan Protein Urin



B. Persalinan

1. Melahirkan Kepala Bayi



2. Melahirkan Seluruh Badan Bayi



3. Melakukan Rangsangan Taktil



4. Melakukan IMD



5. Menjepit Tali Pusat



6. Menggunting Tali Pusat



7. Peregangan Tali Pusat



8. Memilin Plasenta



9. Cek Kelengkapan Plasenta



C. Masa Nifas

1. Mengukur Tekanan Darah



2. Mengukur TFU

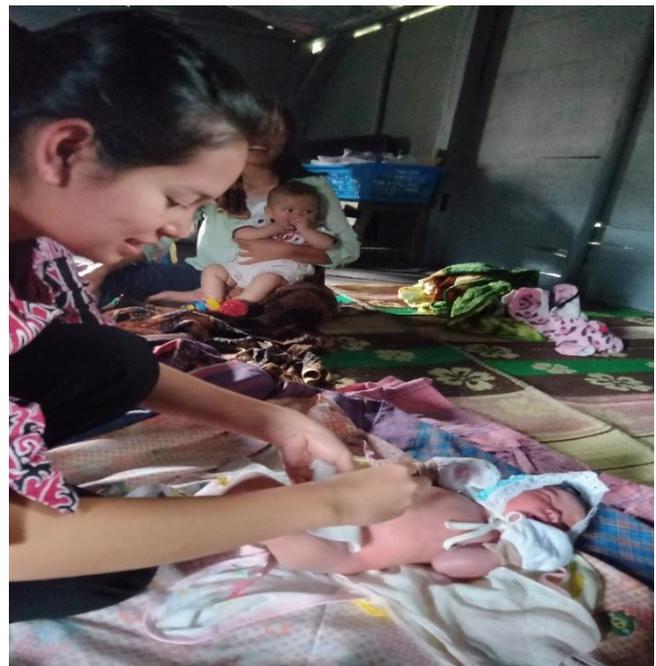


D. BBL

1. Memandikan Bayi



2. Perawatan Tali Pusat dengan kassa steril



3. Penyuntikan HB 0

