**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU M.M MASA KEHAMILAN TRIMESTER III, BERSALIN, NIFAS,**

**BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS AEKRAJA KECAMATAN PARMONANGAN**

**KABUPATEN TAPANULI UTARA**

**TAHUN 2019**

****

**OLEH :**

**NAMA : CITRA SITOMPUL**

**NPM :16.1508**

**PRODI DIII KEBIDANAN TARUTUNG**

**POLTEKKES KEMENKES MEDAN**

**JL.Raja Toga Sitompul Kec.Siatas Barita**

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

**KodePos 22417**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

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

**PADA TANGGAL : 25 MARET 2019**

**MENGESAHKAN**

**TIM PENGUJI**

 **TandaTangan**

**Ketua :Elly Sianturi, SST. M.K.M.**

**Anggota I : Selferida Sipahutar, SST, M.K.M**

**Anggota II : Marni Siregar SST.M.Kes**

**Mengetahui**

**Ka Prodi D-III Kebidanan Tarutung**

**Poltekes Kemenkes Medan**

**Marni Siregar, SST, M.Kes**

**NIP.19630904 198602 2 001**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

 Penduduk sebagai determinan pembangunan perlu mendapat perhatian yang serius. Program pembangunan, termasuk pembangunan di bidang kesehatan, harus didasarkan pada dinamika kependudukan. Upaya pembangunan di bidang kesehatan tercermin dalam program kesehatan melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pencapaian derajat kesehatan yang optimal bukan hanya menjadi tanggung jawab dari sektor kesehatan saja, namun sektor terkait lainnya seperti sektor pendidikan, ekonomi, sosial dan pemerintahan juga memiliki peranan yang cukup besar. Kesehatan merupakan hak semua penduduk, sehingga ditetapkan target dan sasaran pembangunan kesehatan. (Kemenkes RI, 2017: 5)

 Upaya kesehatan diarahkan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan yaitu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui peningkatan keterjangkauan, kemampuan, kualitas pelayanan kesehatan sehingga mampu mengantisipasi perubahan, perkembangan, masalah dan tantangan dalam pembangunan kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat mencakup upaya-upaya pelayanan kesehatan dasar seperti pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan gizi masyarakat, pelayanan imunisasi dasar, dan sebagainya, akses dan mutu pelayanan kesehatan, perilaku hidup masyarakat dan keadaan lingkungan. Dalam rangka mewujudkan upaya kesehatan dimaksud telah dilakukan berbagai upaya pelayanan kesehatan di Kabupaten Tapanuli Utara untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang seoptimal mungkin. (Dinkes Taput, 2017: 26)

 Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak hanya berasal dari sektor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, melainkan juga dipengaruhi oleh faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, keturunan dan faktor lainnya. Situasi derajat kesehatan masyarakat dapat tercermin dari angka mortalitas, morbiditas dan status gizi. (Dinkes Taput, 2017: 11)

 Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota tahun 2017, jumlah kematian ibu tercatat sebanyak 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. Bila jumlah kematian ibu dikonversi ke angka kematian ibu, maka AKI di Sumatera Utara adalah sebesar 85/100.000 kelahiran hidup. (Dinas Kesehatan Provinsi SUMUT, 2018 : 21)

 Menurut SDKI (2002-2003) AKI sebesar 307 per-100.000 kelahiran hidup. Data SDKI (2007) AKI sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara data SKDI (2012) AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup.Angka ini menunjukkan kecenderungan meningkat, walaupun bila dibandingkan dengan target nasional tahun 2014 sebesar 118 per-100.000 kelahiran hidup (Renstra Dekes RI 2010-2014), sebesar 306 per 100.000 kelahiran Hidup (Renstra Depkes 2015-2019), serta 70 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2030 (SDGs 2030), tingkat penurunan AKI masih jauh dari yang diharapkan. Namun diperkirakan target tersebut akan dapat dicapai sesuai 16 target SDGs dengan berbagai upaya yang telah dilaksanakan selama ini seperti penambahan tenaga bidan di desa. (Dinkes Taput, 2017: 15)

 Estimasi angka kematian ibu (AKI) di Kabupaten Tapanuli Utara (dilaporkan) tahun 2017 adalah 139 per 100.000 kelahiran hidup. Meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2013 sebesar 171 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2014 adalah 38 per 100.000 kelahiran hidup , tahun 2015 adalah 115 per 100.000 kelahiran hidup serta tahun 2016 adalah 87 per 100.000 kelahiran hidup. (Dinkes Taput, 2017: 16)

 Angka kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKN sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, AKB 24 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA 32 per 1.000 kelahiran hidup. (Kemenkes, RI, 2017: 127)

 Menggunakan angka diatas maka secara kasar dapat diperhitungkan perkiraan Angka Kematian Bayi (AKB) di Sumatera Utara tahun 2017 yakni 2,6 / 1.000 Kelahiran Hidup (KH). Menurut data profil kesehatan kab/kota tahun 2017 jumlah kematian balita sebanyak 1.123 orang, lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2016 yaitu 1.219 kematian. Bila dikonversi ke Angka Kematian Balita maka, AKABA Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2017 sebesar 8/1.000 KH. (Dinas Kesehatan Provinsi SUMUT, 2018: 19)

 Tahun 2017 jumlah kematian neonatal sebanyak 38 orang (20 orang laki-laki dan 18 orang perempuan) dari 5.762 kelahiran hidup. Jumlah kematian neonatal terbesar berada di Puskesmas Siborongborong sebanyak 5 orang, Puskesmas Parsingkaman, Puskesmas Sitadatada, Puskesmas Situmeang Habinsaran, Puskesmas Hutabaginda, Puskesmas Siatas Barita, Puskesmas Onan Hasang, Puskesmas Sarulla dan Puskesmas Pangaribuan masing-masing sebanyak 3 orang. Faktor penyebab kematian Neonatal secara umum adalah BBLR (10 orang) , kelainan jantung (5 orang), Asfiksia (12 orang), Aspirasi (3 orang) dan Kelainan Kongenital (2 orang). Faktor penyebab lainnya adalah Tetanus Neonatorium, Cranial Divida, Ischemi Enchelopalaty, keracunan dan Gawat Janin. (Dinkes Taput, 2017: 12)

 SDGs menargetkan Angka kematian Neonatal (AKN) sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup. Estimasi angka kematian neonatal Berdasarkan pencatatan dan pelaporan Puskesmas dan jaringannya Tahun 2017 adalah sebesar 7 per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi (dilaporkan) tersebut belum menggambarkan angka kematian neonatal sebenarnya di populasi karena diestimasikan masih banyak kematian bayi yang tidak tercatat dan terlaporkan baik dari rumah sakit maupun dari praktek persalinan swasta. Hal ini disebabkan sistem pencatatan dan pelaporan kematian neonatal belum tertata secara terstruktur dari seluruh sarana yang ada termasuk oleh masyarakat. Infant Mortality Rate (IMR) atau Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia satu tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. (Dinkes Taput, 2017: 12)

 Tahun 2017 jumlah kematian bayi sebanyak 51 orang (26 orang laki-laki dan 25 orang perempuan) dari 5.762 kelahiran hidup. Distribusi jumlah kematian bayi terbesar berada 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 adalah BBLR (10 orang) , kelainan jantung (6 orang), Asfiksia (12 orang), Aspirasi (4 orang) dan Kelainan Kongenital (2 orang). (Dinkes Taput, 2017: 13)

 Estimasi angka kematian bayi (AKB) tahun 2017 berdasarkan pencatatan dan pelaporan Puskesmas dan jaringannya adalah sebesar 9 per 1.000 kelahiran hidup. Target capaian AKB Nasional adalah 24 per 1.000 kh tahun 2019. Estimasi Angka kematian bayi tahun 2013 sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2014 sebesar 11 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2015 sebesar 11 per 1.000 kelahiran hidup dan tahun 2016 sebesar 11 per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi (dilaporkan) tersebut belum menggambarkan angka kematian bayi di populasi karena diestimasikan masih banyak kematian bayi yang tidak tercatat dan terlaporkan baik dari rumah sakit maupun dari praktek persalinan swasta yang ada termasuk oleh masyarakat. (Dinkes Taput, 2017: 13)

 Berdasarkan data profil kesehatan tahun 2017 tercatat jumlah kematian ibu melahirkan (dilaporkan) sebanyak 8 orang, terdiri dari kematian ibu hamil sebanyak 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: 16)

 Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil oleh tenaga kesehatan selama masa kehamilannya. Dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan. Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil antara lain dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan. (Dinkes Taput, 2017: 27)

 Hasil pencapaian program peleyanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan. Cakupan K4 adalah gambaran besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai standar minimal empat kali kunjungan ke fasilitas kesehatan. Angka ini dapat dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil. Cakupan kunjungan ibu hamil K1 di Kabupaten Tapanuli Utara tahun 2017 sebesar 80 % dan cakupan kunjungan ibu hamil K4 sebesar 79 %. (Dinkes Taput, 2017: 27)

 Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan. Periode persalinan merupakan salah satu periode yang berkontribusi besar terhadap angka kematian ibu di Indonesia. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Tapanuli Utara tahun 2017 adalah sebesar 73 %. Dalam kurun waktu 5 tahun terakhir cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan cenderung menurun yakni tahun 2013 sebesar 88,90%, tahun 2014 sebesar 82,64 % serta tahun 2015 sebesar 82 % serta tahun 2016 sebesar 83 %. (Dinkes Taput, 2017: 28)

 Pelayanan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal 3 kali dengan distribusi waktu : 1) kunjungan nifas pertama (Kf1) pada 6 jam setelah persalinan sampai 3 hari; 2) kunjungan nifas kedua (Kf2) dilakukan pada minggu II setelah persalinan; dan 3) kunjungan nifas ketiga (Kf3) dilakukan minggu VI setelah persalinan. Diupayakan kunjungan nifas ini dilakukan pada saat dilaksanakannya kegiatan di Posyandu dan dilakukan bersamaan pada kunjungan bayi. Cakupan pelayanan ibu nifas pada tahun 2017 adalah sebesar 72.99 %. (Dinkes Taput, 2017: 29)

 Dalam melaksanakan pelayanan neonatal, petugas kesehatan disamping melakukan pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi kepada ibu. Pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi); pemberian vitamin K, manajemen terpadu balita sakit (MTBS); penyuluhan perawatan neonates di rumah menggunakan buku KIA. 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)

 Usia subur seorang wanita biasanya antara 15 – 49 tahun, oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran, wanita/pasangan ini lebih diprioritaskan untuk menggunakan alat/cara KB. Tingkat pencapaian pelayanan KB dapat dilihat dari cakupan peserta KB yang sedang/pernah menggunakan alat kontrasepsi, proporsi peserta KB Baru menurut metode kontrasepsi, persentase KB aktif terhadap jumlah pasangan usia subur (PUS) dan persentase baru metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) menurut jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor. Cakupan peserta KB Baru tahun 2017 di Kabupaten Tapanuli Utara adalah 16,20%. Cakupan pasangan usia subur peserta KB aktif tahun 2017 di Kabupaten Tapanuli Utara adalah sebesar 65,00%. (Dinkes Taput, 2017: 40)

 Berdasarkan latar belakang diatas, untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi dapat diantisipasi dengan memberikan asuhan secara komprehensif. Oleh karena itu penulis akan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu N. M mulai masa hamil trimester III, sampai dengan masa nifas di poskesdes Pariksabungan Kecamatan Siborong-borong Kabupaten Tapanuli Utara.

1. **Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan**

 Dari latar belakang masalah di atas, maka yang menjadi ruang lingkup penulis dalam laporan tugas akhir ini adalah ibu hamil trimester III, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan keluarga berencana.

1. **Tujuan Penulisan**
2. Tujuan umum

 Melaksanakan asuhan kebidanan secara konfrehensif sesuai dengan peran dan tanggung jawab bidan sebagai pelaksana yang mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan kepada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus sampai dengan aseptor KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney serta dokumentasi dengan menggunakan SOAP.

1. Tujuan khusus

 Setelah melaksanakan study kasus laporan tugas akhir ini mahaiswa mampu:

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III sampai akhir kehamilan pada ibu
2. Melakukan asuhan persalinan normal pada ibu
3. Melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir
4. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas ibu
5. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan alat kontrasepsi
6. Melakukan pendokumentasiaan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu mulai dari kehamilan trimester III, persalian, nifas, neonatus, dan aseptor KB dengan metode SOAP dalam kebidanan.
7. **Sasaran, Tempat, Waktu Asuhan Kebidanan**
8. Sasaran asuhan

 Sasaran subjek asuhan kebidanan ditujukan pada ibu N. M , G4 P3 A0, HPHT: 10 07 2018 dengan usia kehamilan 36-38 minggu mulai dari hami Trmester IIIl, bersalin nifas, bayi baru lahir, serta KB.

1. Tempat asuhan

 Tempat untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu N. M di Poskesdes pariksabungan pada saat ANC, di Puskesmas pada saat Bersalin, Di rumah pasien pada saat PNC, di Rumah pasien pada saat kunjungan BBL dan di Puskesmas pada saat pemasangan KB, kecamatan siborong-borong kabupaten Tapanuli Utara.

1. **Manfaat**
2. Bagi penulis

 Penulis dapat melakukan tindakan lansung sebagai peran seorang bidan, penulis memperoleh keteramilan dan dapat menerapkan teori asuhan kebidanan yang berkesinambungan yang tepat, aman sesuai dengan profesi bidan.

1. Bagi institusi pendidikan

 Dapat dijadikan sebagai reverensi pembelajaran, maupun sebagai masukan pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam perkuliahan maupun praktek lapangan agar mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB.

1. Bagi lahan praktek

 Sebagai masukan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan teritama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas , bayi baru lahir serta KB.

1. Bagi klien

 Mendapatkan asuhan yang berkualitas dan berkesinambungan selama kehamilan sampai perencanaan akseptor KB, pendidikan kesehatan, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif, perawatan bayi baru lahir, pelaksanaan perawatan nifas.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Kehamilan Normal**
2. **Konsep Dasar Kehamilan**
3. **Pengertian**

 Menurut Federasi Obstetric Ginekologi Internasional, kehamilan adalah sebagi fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kelender menurut kelender internasional kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2014:213).

 Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan (lunar months). Kehamilan terbagi atas 3 trimester yaitu: (a) kehamilan triwulan I antara minggu 0-12, (b) kehamilan triwulan II antara minggu 12-28, (c) triwulan III antara minggu 28-40 (Mochtar, 2012: 35). Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010)

1. **Fisiologi Kehamilan**
2. Trimester III

 Pada awalnya proses terjadinya kehamilan adalah dimulai dari pertemuan sel sperma dengan sel ovum ( fertilisasi), setelah terjadi proses fertilisasi hasil dari fertilisasi disebut dengan konsepsi dan pada akhirnya konsepsi tersebut akan berimplantsi (nidasi) ke dinding uterus bagian endometrium dan mengalami tumbuh kembang di dalam Rahim (Manuaba, 2010).

 Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genetalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.

1. Sistem reproduksi
2. Rahim atau uterus

 Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplepsia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim akan mengalami hiperplapsia menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2010: 85).

1. Ovarium

 Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia kehamilan 16 minggu. Kejadian ini tidak lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormone korionik gonadotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipofisis anterior dan tidak akan berubah bentuk kecuali pada awal kehamilan (Manuaba, 2010: 92).

1. Vagina

 Hormon kehamilan mempersiapkan vagina menjelang persalinan dengan memproduksi mukosa vagina yang tebal, jaringan ikat longgar, dengan hipertrofi otot polos. Peningkatan vaskularisasi menimbulkan warna ungu kebiruan pada mukosa vagina dan serviks yang disebut dengan tanda chadwick.selama masa hamil, pH sekresi vagina menjadi lebih asam. Keasaman berubah dari 4 menjadi 6,5. Peningkatan pH membuat wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina, khususnya infeksi jamur. Pada vagina juga terjadi peningkatan relaksasi dinding pembuluh darah dan uterus yang berat dapat menyebabkan timbulnya odema pada varises vulva. Odema dan varises biasanya membaik selama periode pasca partum (Bobak, 2005: 110).

1. Payudara

 Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak, setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar, kolostrum berasal dari kelenjer-kelenjer asinus yang mulai bersekresi. Setelah persalinan kadar progesterone dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone akan hilang, peningkatan prolactin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI, pada bulan yang sama akan membesar dan cenderung menonjol keluar.

 Jika payudara makin membesar striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak memepunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan (Prawirohardjo, 2014:179).

1. Perubahan Integument/kulit

 Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama striae gravidarum. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba)* akan berubah menjadi hitam kecoklatan disebut *linea nigra*.

 Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan (Prawirohardjo, 2016: 179).

1. Perubahan Metabolisme

 Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Manuaba, 2010:94). Sebagian besar penambahn berat badan selama kehamilan berasal dari uterus, kemudian payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Prawirohardjo, 2016:180)

1. Sistem muskuloskeletal

 Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompesasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat kebelakang kea rah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakro koksisigis dan pubis akan meningkat morbilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Morbilitas tersebut akan mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2016: 186).

1. Sistem Kemih dan Ginjal

 Pada bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus mulai yang membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul, maka keluhan itu akan muncul kembali (Prawirohardjo, 2016: 185).

1. **Ketidaknyamanan kehamilan trimester III**
2. Nyeri ulu hati

 Selama kehamilan wanita mengalami nyeri ulu hati, ketidaknyaman ini disebabkan oleh refluks asma dari lambung melalui spingter esophagus akibat efek relaksasi progesterone. Pada kehamilan lanjut, uterus yang membesar menggeser lambung, meningkatkan tekanan intragastrik, yang membuat refluks asam lebih cenderung terjadi saat ibu berbaring datar.

Penanganan :

1. Makan beberapa makanan setiap hari.
2. Hindari kopi, alcohol dan makanan pedas.
3. Jangan mengombinasikan makanan padat dengan cairan, tetapi minum cairan secara terpisah dari makanan.
4. Tidur dengan tambahan bantal di malam hari untuk meninggikan kepala dan dada hingga lebih tinggi dari lambung.
5. Minum antasida yang berbahan dasar kalsium magnesium untuk meredakan gejala.
6. Gunakan pakaina longgar sehingga tidak ada tekanan yang tidak perlu pada area abdomen (Medforth, 2012: 81)
7. Konstipasi

 Konstipasi adalah gangguan minor pada kehamilan yang menyerang system pencernaan, yang disebabkan oleh pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau akibat efek samping dari terapi zat besi per oral.

Penanganan :

1. Makan makanan secara teratur.
2. Makan 5 porsi buah dan sayuran per hari.
3. Makan makanan yang mengandung tinggi serat, seperti roti gandum utuh, sereal sarapan, dan buah (Medforth, 2012 : 80)
4. Varises

 Varises dapat terjadi di setiap kelompok usia, tetapi wanita hamil terutama rentan jika mereka memiliki riwayat keluarga menderita varises, jika mereka mengandung anak kembar, atau jika mereka harus duduk atau berdiri dalam periode waktu yang lama, mis: saat bekerja. Saat kehamilan, ekstra volume darah yang bersirkulasi meningkatkan tekanan di dinding pembuluh darah dan progesterone merileksasi dinding pembuluh darah. Varises vena disebabkan oleh kelemahan katup di vena yang mengembalikan darah ke jantung dari ekstremitas bawah sehingga varises vena dapat terjadi di tungkai, vulva, atau rectum. Varises rektal disebut haemoroid (Medforth, 2012: 81)

1. Sering Buang Air Kecil

 Sebagian besar wanita mengalami sering berkemih pada kehamilan desakan untuk mengosongkan kandung kemih, bahkan dalam jumlah urine yang sedikit, selama siang dan malam haridisebabkan oleh tekanan dari uterus yang membesar pada kandung kemih. Tidak ada terapi yang dibutuhkan untuk mengatasi sering berkemih tetapi jika berkemih menjadi nyeri, infeksi kemih harus dipastikan tidak terjadi ( Medforth,2012: 84)

1. Sesak napas

 Sesak napas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang dialami pada trimester III. Selama periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Hal ini ditambah tekanan pada diafragma, menimbulkan perasaan atau kesadaran tentang kesulitan bernapas atau sesak napas. Banyak wanita cenderung merespon hal ini dengan cara melakukan hiperventilasi.

 Penanganan sesak napas dapat dilakukan dengan menyediakan ruangan lebih untuk isi abdomen sehingga mengurangi tekanan pada diafragma dan memfasilitasi fungsi paru (Varney, 2007: 543)

1. **Kebutuhan Ibu Hamil dari Trimester I, II, dan III**
2. Kebutuhan ibu hamil trimester I
3. Diet dalam kehamilan

Ibu dianjurkan untuk makan makanan yang mudah dicerna dan makan makanan yang bergizi untuk menghindari adanya rasa mual dan muntah begitu pula nafsu makan yang menurun. Ibu hamil juga harus minum 6-8 gelas perhari

1. Pergerakan dan gerakan badan

Ibu hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari akan tetapi jangan terlalu lelah sehingga harus diselingi dengan istirahat. Istirahat yang dibutuhkan ibu 8 jam pada malam hari 1 jam pada siang hari

1. Hygine dalam kehamilan

Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan untuk mengurangi kemungkinan infeksim, kebersihan gigi juga harus dijaga kebersihanya untuk menjamin pencernaan yang sempurna .

1. Koitus

Pada umumnya diperbolehkan pada masa kehamilan yang dilakukan dengan hati-hati,pada akhir kehamilan, sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan.

1. Kebutuhan ibu hamil trimester II
2. Pakaian Dalam Kehamilan

Menganjurkan ibu untuk mengenakan pakaian yang nyaman digunakan dan yang berbahan dengan katun untuk mempermudah penyerapan keringat. Menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal atau sepatu yang berhak tinggi karena dapat menyebabkan nyeri pada pinggang

1. Nafsu makan

Nafsu makan meningkat dan pertumbuhan yang pesat, maka ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi protein, vitamin, juga zat besi

1. Kebutuhan trimester III
2. Mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan darurat
3. Bekerja sama dengan ibu dan keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat bersalin, serta perencanan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan.
4. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi,termasuk :
* Mengidentifiksikan kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempt tersebut
* Mempersiapkan donor darah
* Mengadakan persiapan financial.
* Mengidentifikasikan pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada di tempat.
1. Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan
2. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat sering dan teratur
3. Keluar lendir campur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan lkecil pada serviks
4. Kadang-kadang ketuban pecah dini
5. **Diagnosis kehamilan**

 Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm adalah sekitar sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut:

1. Usia kehamilan sampai 28 minggu dengan berat janin 1000 g bila berakhir disebut keguguran.
2. Usia kehamilan 29-36 minggu bila terjadi persalinan disebut prematuritas.
3. Usia kehamilan 37-42 minggu disebut aterm.
4. Usia kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau postdatism (serotinus) ( Manuaba, 2010: 106)
5. **Asuhan Kebidanan pada Kehamilan**
6. **Pengertian Asuhan Kehamilan**

 Asuhan kehamilan adalah asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak konfirmasi konsepsi hingga awal persalinan (Myles, 2009:246).

1. **Tujuan Asuhan Kehamilan**

 Tujuan asuhan kehamilan adalah asuhan yang diberikan pada ibu hamil untuk memantau perkembangan kehamilan dan meningkatkan kesehatan ibu dan perkembangan janin normal (Myles, 2009:248)

1. **Kunjungan Kehamilan**

 Setiap ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin minimal 4 kali selama kehamilan yang terdiri dari: 3 bulan pertama minimal 1 kali (0-12 minggu ), 3 bulan kedua minimal 1 kali (12-24 minggu ), dan 3 bulan terakhir minimal 2 kali (24-38 minggu). Jadwal kunjungan trimester I dan II, yaitu:

1. Pemeriksaan pada kunjungan pertama yaitu: mengukur tinggi badan, berat badan, tanda-tanda vital, pemeriksaan laboratorium lain, LILA, konseling ibu hamil termasuk KB pasca persalinan dan tatalaksana kasus untuk mengetahui terdeteksinya factor resiko pada ibu hamil.
2. Pemeriksaan pada kunjungan kedua yaitu berat badan, tanda-tanda vital, pemeriksaan Lab, penentu presentasi janin dan DJJ, konseling KB pasca persalinan dan tatalaksana kasus untuk mengetahui adanya adanya penambahan BB dan terpantaunya keadaan komplikasi/penyulit ibu hamil.
3. Pemeriksaan pada kunjungan trimester ketiga, yaitu:
4. Setiap dua minggu sekali sampai ada tanda persalinan.
5. Evaluasi data laboratorium untuk melihat data pengobatan
6. Diet empat lima sempurna dan pemeriksaan ultrasonografi.
7. Imunisasi TT II
8. Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil dan pengobatan (Manuaba, 2010)
9. **Pemeriksaan ibu hamil pada trimester III**
10. Inspeksi
11. Palpasi
12. Auskultasi
13. Perkusi
14. Pemeriksaan tambahan

 Menurut (Manuaba, 2014: 118) pemeriksaan palpasi yang biasa digunakan untuk menetapkan kedudukan janin dalam Rahim dan tuanya kehamilan terdiri dari:

1. Leopold I
2. Pemeriksa menghadap kearah muka ibu hamil
3. Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin dalam fundus
4. Konsistensi fundus

 Gambar 2.1 leopold I



 *Sumber: AyuKamedi thn 2013*

1. Leopold II
2. Kedua tangan diturunkan menelusuri tepi uterus untuk menetapkan bagian apa yang terletak dinagian samping
3. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan suci
4. Pada letak lintang dapat ditetapkan diman kepala janin

Cara memeriksa leopold II

1. Menentukan batas samping rahim kanan kiri
2. Menentukan letak punggung janin
3. Pada letak lintang, tentukan diman kepala janin

Gambar 2.2 leopold II



*Sumber: AyuKamedi thn 2013*

1. Leopold III
2. Menentukan bagian terbawah janin
3. Menetukan apakh bagian terbawah sudah masuk kepintu atas panggul atau masih dapat digerakkan

Cara memeriksa leopold III

Gambar 2.3 leopold III



*Sumber: AyuKamedi thn 2013*

1. Leopold IV

 Pada pemeriksaan leopold IV, pemeriksa menghadap kearah kaki penderita untuk menetapkan bagian terendah janin yang masuk kepintu atas panggul. Bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP maka tangan pemeriksa konvergen.

Cara memeriksa leopold IV

1. Pemeriksa menghadap ke kaki ibu hamil
2. Bisa juga menetukan bagian terbawah janin apa dan berapa jauh janin sudah masuk PAP ( Manuaba, 2014)

Gambar 2.4 leopold IV



*Sumber: AyuKamedi thn 2013*

1. **Kebutuhan gizi ibu hamil**
2. Kalori/energi

 Jumlah kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Pengetahuan tentang berbagi jenis makann 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 factor predisposisi untuk terjadinya preeklampsi. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10 -12 kg selama hamil.

1. Protein

 Jumlah protein yang dibutuhkan ibu hamil adalah 85 gram/hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani seperti ikan, ayam, susu dan telur. Defenisi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan edema.

1. Kalsium

 Kebutuhan ibu hamil adalah 1,5 gram/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

1. Zat besi

 Dibutuhkan untuk menjaga konsentrasi haemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi ibu hamil dengan jumlah 30mg/hari terutama setelah trimester II. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia.

1. Asam folat

 Selain zat besi asam folat sangat dibutuhkan pada ibu hamil untuk pematangan sel dan kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Prawirohardjo, 2016:286)

1. **Pelayanan/asuhan pemeriksaan antenatal “10 T”**

 Adapun standar pada asuhan minimal 10 T adalah sebagi berikut :

1. Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan

 Tinggi badan diperiksa hanya pada K1 untuk mengetahui adanya resiko pada ibu hamil. Bila tinggi badan < 145 cm, maka resiko factor panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Berat badan ibu hamil harus diperiksa tiap kali kunjungan. Sejak bulan ke 4, pertambahan minimal 1 kg/Bulan.

1. Pengukuran Tekanan Darah

 Tekanan darah normal harus 120/ 80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada factor resiko hipertensi dalam kehamilan.

1. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

 Bila < 23,5 cm menunjukkan bahwa ibu hamil menderita kurang energy kronis ( ibu hamil KEK) dan berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

1. Pengukuran Tinggi Rahim

 Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.

1. Penentuan Letak Janin Dan Penghitungan Denyut Jantung Janin (DJJ)

 Apabila trimester III denyut jantung janin bukan kepala atau kepala belum memasuki PAP, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin < 120 kali / menit atau > 160 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin, segera rujuk.

1. Penentuan Skrining Status Imunisasi Tetanus Toxoid ( TT )

 Ibu hamil harus diajaki status imunisasi TT nya. Jka ibu hamil tidak dalam status terlindungi, maka imunisasi TT harus diberikan.

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

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

*Sumber : Kemenkes, 2016 : 2*

1. Pemberian Tablet Tambah Darah

 Tablet tambah darah diberikan minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan yang berguna untuk mencegah kekurangan darah selama kehamilan.

1. Tes Laboratorium

 Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan, Tes haemoglobin, untuk mengetahui apakah itu kekurangan darah ( Anemia), Tes pemeriksaan urine, Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, Sifilis, dll.

1. Konseling Atau Penjelasan

 Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan, dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, asi eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi.

1. Tatalaksana kasus

 Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil (Kemenkes, 2016: 1)

1. **Persalinan**
2. **Konsep Dasar Persalinan**
3. **Pengertian Persalinan**

 Persalinan adalah proses pengeluaran hasi konsepsi (janin dan uri) yang sudah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melaui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa kekuatan sendiri (Manuaba,2010: 164). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir ( Prawirohardjo, 2016). Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari Rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2012: 69)

1. **Fisiologi Persalinan**

 Kehamilan secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos yang relative tentang yang memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselangi dengan suatu periode relaksasi, dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode post partum.

 Proses fisiologi kehamilan pada manusia yang yang menimbulkan inisiasi partus dan awitan persalinan belum diketahui secara pasti. Sampai sekarang, pendapat umum yang dapat diterima bahwa keberhasilan kehamilan pada semua spesies mamalia, bergantung pada aktivitas progesterone untuk memepertahankan ketenangan uterus sampai mendekati akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2014: 296)

1. **Tahapan Persalinan**

 Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabakan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar dari jalan lahir. Banyak energy dikeluarkan pada waktu ini. Oleh karena itu, penggunaan istilah on labor ( keja keras ) dimaksudkan untuk menggambarkan proses ini. Kontraksi myometrium pada persalinan terasa nyeri sehingga istilah nyeri persalinan digunakan untuk mendeskripsikan proses ini ( Prawirohardjo, 2014: 297 )

1. Fase-fase persalinan normal

 Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Proses persalinan terdiri atas 4 kala, yaitu:

1. Kala I persalinan

 Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat yang menyebabkan pembukaan serviks membuka lengkap (10 cm). Kala ini terdiri atas 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1. Fase laten

 Dimulai sejak awal kontraksi dan mulai ada pembukaan sampai pembukaan 3 cm.

1. Fase aktif

 Dibagi menjadi 3 fase yaitu:

1. Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam, pembukaan menjadi 3-4 cm.
2. Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam, pembukaan berlangsung menjadi cepat yaitu dari 4 cm hingga 9 cm.
3. Fase deselerasi: pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam, dari pembukaan 9 cm hingga 10 cm.
4. Kala II persalinan

 Pada kala ini adalah kala pengeluaran janin, his terkoordinasi kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah masuk dan turun keruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkungan refleks menimbulkan rasa ingin mengedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai tampak divulva dan dengan adanya his tenaga mengedan terpimpin akan lahir kepala, diikuti dengan seluruh badan bayi. Kala ini berlangsung selama 1-2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida ( Mochtar, 2012: 71 )

1. Kala III persalinan

 Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri 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 kedalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar,2012: 73)

1. Kala IV persalinan

 Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri keluar untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum ( Mochtar, 2012: 73 )

1. **Partograf**

 Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama proses persalinan berlangsung. Tujuan utama penggunaan partograf ialah untuk (1) mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan, dan (2) mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal (Prawirohardjo, 2014: 315). *World Health Organization (WHO, 2000)* telah memodifikasi partograf agar lebih sederhana dan lebih muda digunakan. Fase laten telah dihilangkan, dan pencatatan pada partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan serviks 4 cm. Tanda X harus ditulis digaris waktu yang sesuai dengan laju besarnya pembukaan serviks. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai dibawah garis waspada. Jika pembukaan serviks berada disebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan (Prawirohardjo, 2016: 316-320).

 Tenga kesehatan harus mencatat keadaan ibu dan janin sebagai berikut:

1. Denyut Jantung Janin (DJJ)

 Denyut jantung janin diperiksa setiap 30 menit dan di beri tanda ●

(titik tebal), DJJ yang normal 120 – 160 kali/menit dan apabila dibawah 120 dan diatas 160 penolong harus perlu waspada.

1. Air ketuban

 Nilai air ketuban setiap dilakukan pemeriksaan vagina dan beri symbol:

1. U: selaput utuh
2. J: selaput pecah, air ketuban pecah
3. M: air ketuban pecah tetapi bercampur meconium
4. D: air ketuban bercampur darah
5. K: air ketuban kering
6. Penyusupan (molase) kepala janin
7. 0: sutura terbuka
8. 1: sutura bersentuhan
9. 2: sutura bersentuhan tetapi dapat dipisahkan
10. 3: sutura bersentuhan dan tidak dapat digerakkan
11. Pembukaan serviks

 Dapat diketahui pada saat melakukan pemeriksaan dalam, dilakukan pemeriksaan setiap 4 jam sekali dan diberi ( X )

1. Penurunan bagian terbawah janin

 Penurunan dinilai dengan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering kali jika ada tanda- tanda penyulit, penurunan bagian terbawah janin dibagi 5 bagian, penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (per limaan). Bagian diatas simfisis adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul dan sisanya (tidak teraba) menunjukkan sejauh man bagian terbawah janin telah masuk kedalam rongga panggul. Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlimaan) adalah :

1. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis
2. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
3. 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
4. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dsn (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan)
5. 1/5 jka hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan (4/5) bagian telah masuk kedalam rongga panggul
6. 0/5 jika terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janinsudah masuk kedalam ronggs panggul, penurunan disimbolkan dengan tanda (o).
7. Waktu

Untuk menentukan pembukaan, penurunan dimulai dari fase aktif.

1. Kontraksi uterus

Catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi satuan detik.

░ kurang dari 20 detik

▓ antara 20 dan 40 detik

█ lebih dari 40 detik

1. Oksitosin

Jika menggunakan oksitosin, catat banyak oksitosin per volume cairan I.V dalam tetesan per menit.

1. Obat-obatan yang diberikan catat
2. Nadi

Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan, beri tanda titik pada kolom (●)

1. Tekanan darah

Nilai dan catat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan, dan beri tanda panah pada kolom (↕)

1. Temperature

Suhu tubuh ibu di periksa stiep 2 jam dan dituli didalam kolom partograf.

1. Volume urine, protein, aseton.

Catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam setiap kali ibu berkemih (Prawirohardjo, 2014: 316-332)





1. **Asuhan Persalinan Normal**

 Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selam persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan afiksia bayi baru lahir. (Prawirohardjo, 2014: 334). Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagi upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2014: 335) .

 Ada lima aspek atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis (JNPKKR,2016: 5)

 Lima benang tersebut adalah

1. Membuat Keputusan Klinik

 Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

1. Asuhan Sayang Ibu

 Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

1. Pencegahan Infeksi

 Pencegahan infeksi adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pascapersalinan/bayi baru lahir atau saat menatalksanakan penyulit.

 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 upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti misalnya hepatitis dan HIV/AIDS.

1. Pencatatan (Dokumentasi)

 Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatn adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisis data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya.

1. Rujukan

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

1. B: (Bidan): Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong perslinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.
2. A: (Alat): Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ketempat rujukan.
3. K: (Keluarga): Beritahu ibu dan keluarga tentang kondisi terakhir ibu atau bayinya dan mengapa ibu/bayinya perlu dirujuk. Jelaskan kepada mereka alas an dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.
4. S: (Surat): Berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberiakan identifikasi mengenai ibu/bayi baru lahir, cantumkan lasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan obat-obatan yang diterima ibu/bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
5. O: (Obat): Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut dibutuhkan selama perjalanan.
6. K: (Kendaraan): Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
7. U: (Uang): Ingatkan pada keluarga agar membaa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu/bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

 Asuhan persalinan normal dengan menggunakan 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN), yaitu:

 **Melihat Tanda dan Gejala Kala II**

1. Mengamati tanda dan gejala kala II
2. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
3. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
4. Perineum menonjol.
5. Vulva dan spingter ani membuka.

**Menyiapkan Pertolongan Persalinan**

1. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul aksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
2. Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih.
3. Melepaskan semua perhiasan yang dipaki dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mmengeringkannya dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
4. Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
5. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa dekontaminasi tabung suntik.

**Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik**

1. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi dengan air desinfeksi tingkat tinggi.jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi).
2. Dengan menggunakan tehnik aseptic, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban sudah pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
3. Mendekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnnya didalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

**Mencuci kedua tangan**.

1. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).
2. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
3. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

**Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran**

1. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
2. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
3. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukng dan memberi semngat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
4. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
5. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
6. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
7. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
8. Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
9. Menganjurkan ibu untuk beristirahat disela kontraksi.
10. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semngat pada ibu.
11. Menganjurkan asupan cairan per oral.
12. Menilai DJJ setiap lima menit. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primigravida atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multigravida, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
13. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk memulai pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
14. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

**Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi**

1. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
2. Meletakkan kain yang bersih, dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
3. Membuka partus set.
4. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

**Menolong Kelahiran Bayi**

1. Saat kepala bayi membuka vulva 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk bernapas cepat saat kepala lahir.
2. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih (langkah ini tidak harus dilakukan).
3. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
4. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat atas bagian kepala bayi.
5. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklemnya didua tempat dan memotongya.
6. Menunggu hingga kepala bayi melekukan putaran paksi luar secara spontan.
7. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.
8. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat di lahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
9. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung kearah kaki byi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

**Penanganan Bayi Lahir**

1. Menilai bayi dengan cepat (30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakakn ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
2. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu dan bayi.
3. Menjepit tali puasat dengan menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasng klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
4. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari guntingdan memotong tali pusat diantaradua klem tersebut.
5. 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 bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
6. Memeberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untukmemeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

**Oksitosin**

1. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi ke dua.
2. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan di suntik.
3. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
4. Memindahkan klem pada tali pusat.
5. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepatnya diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
6. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial)dengan hati-hati untuk mencegahterjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikutnya mulai.
7. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seseorang anggota keluarga

**Mengeluarkan Plasenta**

1. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
2. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
3. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
4. Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
5. Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan mmenggunakan teknik aseptik jika perlu.
6. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
7. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
8. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
9. 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 terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
10. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau foerceps desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

**Pemijatan Uterus**

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

**Menilai Perdarahan**

1. 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 kantung plastik atau tempat khusus.
2. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
3. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

**Melakukan Prosedur Pasca Persalinan**

1. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
2. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan air yang bersih dan keringkan.
3. Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinngi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tingi dengan simpu mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari tali pusat.
4. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
5. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.
6. Menyelimuti kembali bayimdan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya kering dan bersih.
7. Menganjurkan ibu memulai pemberian ASI.
8. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
9. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
10. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
11. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
12. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri.
13. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
14. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaiman melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
15. Mengevaluasi kehilangan darah.
16. Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama suhu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
17. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
18. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

**Kebersihan dan Keamanan**

1. Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
2. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
3. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan air ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
4. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makanan dan minuman yang di inginkan.
5. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.
6. Mencelupkan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
7. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

**Dokumentasi.**

1. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) (Prawirohardjo, 2014: 341)
2. **Nifas**
3. **Konsep Masa Nifas**
4. **Pengertian Masa Nifas**

 Nifas adalah dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 minggu) setelah itu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2014: 356)

 Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Mochtar, 2012: 87)

1. **Fisiologi Masa Nifas**
2. Uterus

 Segera setelah kelahiran bayi, dan selaput janin. Beratnya sekitar 1000 gram. Berat uterus menurun sekitar 500 gram pada akhir minggu pertama pascapartum dan kembali pada berat yang biasanya pada saat tidak hamil yaitu 70 gram pada minggu kedelapan pascapartum (Varney, 2008: 959).

Tabel 2.2 TFU dan berat uterus menurut masa involusi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Involusi | Tinggi Fundus Uteri | Berat Uterus |
| Bayi baru lahir | Setinggi pusat | 1000 gram |
| Plasenta lahir | 2 jari di bawah pusat | 750 gram |
| 1 minggu | Pertengahan pusat simfisis | 500 gram |
| 2 minggu | Tidak teraba | 350 gram |
| 6 minggu | Bertambah kecil | 50 gram |
| 8 minggu | Normal | 30 gram |

 *Sumber: (Mochtar, 2013: 87)*

1. Serviks

 Segera setelah kelahiran, serviks sangat lunak, kendur dan terkulai. Serviks mungkin memar dan edema, terutama di anterior jika terdapat tahanan anterior saat persalinan. Serviks akan kembali kebentuk semula pada hari pertama kelunakan menjadi kurang.

1. Lochea

 Lochea adalah istilah untuk secret dari uterus yang keluar melalui vagina dan kavum uteri selama puerperium. Karena perubahan warnanya, nama deskriptif lochea berubah: lochea rubra, sanguilenta, serosa dan alba (Varney, 2008: 960).

Tabel 2.3 Perubahan Lochea

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lochea | Waktu | Warna | Ciri-ciri |
| Rubra | 1-3 hari | Merah kehitaman | Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa meconium dan sisa darah |
| Sanguilenta | 3-7 hari | Merah kekuningan | Darah dan lendir |
| Serosa | 7-14 hari | Kekuningan/Kecoklatan | Cairan tidak berdarah lagi |
| Alba | >14 hari | Bening | Cairan putih |

 *Sumber : Mochtar, 2013*

1. Vagina dan perineum

 Vagina dan ostiumnnya memebentuk saluran yang berdinding halus dan lebar yang ukurannya berkurang secara perlahan namun jarang kembali ke ukuran saat nullipara. Rugae muncul kembali pada minggu ketiga namun tidak semenonjol sebelumnnya. Epitel vagina mulai berprolaferasi pada minggu ke -4 sampai ke- 6, biasanya bersamaan dengan kembalinya produksi estrogen ovarium (Cunningham, 2017: 674)

1. Payudara

 Pengkajian payudara, pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas putting susu, memar dan iritasi jaringan payudara karena posisi bayi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, dan adanya sumbatan duktus.

1. Perubahan sistem pencernaan

 Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anad k. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir, supaya BAB kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup.

1. Perubahan sistem perkemihan

 Hendaknya BAK dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium dapat mengalami sulit BAK, karena spingter uretra ditekan oleh kepala janin dan juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan.

1. **Asuhan Kebidanan pada Nifas**

 Pada masa nifas terdapat 4 kali kunjungan selama masa nifas, yaitu 6-48 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum, dan 6 minggu post partum.

Tabel 2.4 Waktu Kunjungan Masa Nifas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kunjungan | Waktu | Asuhan |
| I | 6 jam -3 hari PP | * Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri dan pemantauan keadaan umum bayi
* Melakukan hubungan antara bayi dan ibu serta ASI eksklusif
* Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal
 |
| II | Hari ke 4–28 hari PP  | * menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal
* Memastikan ibu mndapat istirahat yang cukup
* Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi
* Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 |
| III | Hari ke 29 – 42 hari | * Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal dan menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal,memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
* Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami dalam dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
 |

*Sumber : Kemenkes, 2015*

1. **Perawatan Ibu Selama Masa Nifas**
2. Ambulasi awal

 Ibu turun dari tempat tidur dalam beberapa jam setelah persalinan. Pendamping harus ada selama paling kurang pada jam pertama, mungkin saja ibu mengalami sinkope. Kemungkinan ambulasi awal yang terbukti mencakup komplikasi kandung kemih yang jarang terjadi dan yang lebih jarang lagi, konstipasi. Ambulasi awal telah menurunkan frekwensi thrombosis vena puerperal dan embolisme paru (Cunningham, 2017: 683)

1. Perawatan perineal

 Ibu diberitahu untuk membersihkan vulva dari anterior ke posterior dari vulva kearah anus. Perasaan yang tidak nyaman biasanya menandakan suatu masalah, seperti hematoma dalam hari pertama atau lebih, dan infeksi setelah hari ketiga atau keempat (Cunningham, 2017: 683)

1. Menyusui dan ovulasi

 Wanita yang menyusui berovulasi lebih jarang dibandingkan dengan wanita tidak menyusui, dan terdapat variasi yang besar. Ibu yang menyusui dapat haid secepat-cepatnya pada bulan kedua atau selambat-lambatnya bulan ke 18 setelah kelahiran. Temuan dari beberapa penelitan, yaitu:

1. Kembalinya ovulasi sering ditandai dengan kembalinya perdarahan menstruasi normal
2. Kegiatan menyusui selama 15 menit tujuh kali setiap hari menunda kembalinya ovulasi
3. Ovulasi dapat terjadi tanpa perdarahan
4. Perdarahan dapat bersifat anovulatorik
5. Resiko kehamilan pada ibu yang menyusui kira-kira 4 % per tahun (Cunningham, 2017:686).
6. **Bayi Baru Lahir**
7. **Konsep dasar bayi baru lahir**
8. **Pengertian bayi baru lahir**

 Bayi baru lahir adalah individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian dari diri kehidupan intrauterine ke kehidupan ke ekstra uterine. bayi baru lahir adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-40 minggu dan berat badannya 2500-4000 gram.

1. **Ciri-ciri bayi normal**

 Beberapa ciri-ciri dari 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 per menit
6. Pernapasan kira-kira 40-60 kali per menit
7. Kulit kemerahan, licin karena jaringan subkutan 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 putting susu ) sudah mulai baik
17. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya meconium dalam 24 jam pertama kelahiran dan berwarna hitam kecoklatan (Bobak,2005: 387).
18. **Fisiologi bayi baru lahir**

 Bayi baru lahir normal terus beradaptasi dengan kehidupan diluar kandungan pada beberapa minggu pertama kelahiran. Kondisi ini membutuhkan penyediaan lingkungan yang optimal. Kehidupan di luar kandungan memunculkan tantangan tersendiri bagi bayi baru lahir (Myles, 2009: 708)

1. Sistem Pernapasan

 Pada saat lahir, sistem pernapasan bayi masih belum berkembang sempurna, pertumbuhan alveoli baru terus berlangsung hingga beberapa tahun. Bayi normal memiliki frekuensi pernapasan 40-60 kali per menit, pernapasan diafragma, dada dan perut naik dan turun secara bersamaan (Myles, 2009: 710).

1. Sistem Kardiovaskular dan Darah

 Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernapasan bayi, aktivitas, atau dalam kondisi tidur atau istirahat (Myles,2009: 710)

1. Pengaturan Suhu

 Karena hipotalamus bayi masih belum matur. Pengaturan suhu belum efisien, dan bayi masih rentan terhadap hipotermia. Oleh karena itu bayi berusaha mempertahankan panas tubuh dengan melakukan postur fleksi janin, yang meningkatkan frekuensi pernapasan dan aktivitasnya. Ada beberapa cara kehilangan panas pada bayi yaitu :

1. Secara konveksi : dimana bayi kehilangan panas dari aliran udara yang terpapar, seperti pendingin ruangan.
2. Secara konduksi : bayi kehilangan panas melalui permukaan yang dingin atau benda yang terpapar dekat dengan bayi, seperti timbangan yang tidak memakai alas.
3. Secara evavorasi : kehilangan panas pada bayi dimulai dari kulit atau badan bayi yang basah, dimana ada sisa-sisa air ketuban yang mengenai badan bayi atau benda yang terpapar ke kulit bayi langsung seperti, stetoskop, baju bayi yang lembab/basah.
4. Secara radiasi : bayi kehilangan panas dimana benda yang dingin berada didekat bayi seperti tembok (Myles, 2009:692)
5. Sistem Ginjal

 Meskipun fungsi ginjal mulai sejak janin, beban kerjanya masih minimal hingga setelah kelahiran. Ginjal masih belum berfungsi sempurna, sehingga laju filtrasi glomelurus masih rendah dan kemampuan reabsorbsi masih terbatas (Myles, 2009: 711)

1. Sistem Pencernaan

 Saluran pencernaan bayi baru lahir secara struktur setelah lengkap meskipun fungsinya masih belum sempurna jika dibandingkan dengan saluran pencernaan dewasa (Myles, 2009: 711).

1. Sistem Imunologis

 Bayi memiliki immunoglobin pada saat lahir, immunoglobin memberikan kekebalan terhadap infeksi virus yang spesifik. Ada tiga immunoglobin utama yaitu IgG, IgA, IgM. Immunoglobin memberikan kekebalan terhdap infeksi virus yang spesifik. IgG berfungsi untuk memberikan kekebalan pasif pada beberapa pada bulan pertama kehidupan. IgM yang relative rendah diperkirakan bayi lebih rentan terhadap infeksi elektrik kadar IgA berfungsi melindungi terhadap infeksi saluran pernapasan, saluran pencernaan dan mata. ASI dan terutama kolostrum, memberikan kekebalan pasif pada bayi (Myles, 2009: 712).

1. Sistem Reproduksi

 Pada bayi laki-laki, testis turun ke skrotum yang memiliki rugae dan meatus uretra yang bermuara di ujung penis, dan prepusium melekat di kelenjar. Pada bayi perempuan yang lahir aterm, labia mayora menutupi labia minora, hymen dan klitoris dapat tampak sangat besar (Myles, 2009: 712).

1. **Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir**

 Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran (Saifuddin, 2013: N-30).

1. Membersihkan jalan nafas

 Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lendir yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut. Meskipun cairan tersebut terdapat di mulut, sebagian besar bayi dapat mencapai jalan napas yang bersih tanpa bantuan. Jika diperlukan, jalan napas dapat dibantu dibersihkan dengan menggunakan bantuan kateter pengisap yang lembut yang terpasang pada pengisap mekanis bertekanan rendah (10 cm air) (Myles, 2009: 694)

1. Memotong tali pusat

 Tali pusat merupakan garis kehidupan janin dan bayi selama beberapa menit pertama setelah kelahiran. Pemisahan bayi dan plasenta dilakukan dengan cara menjepit tali pusat diantara dua klem, dengan jarak sekitar 8-10 cm dari umbilicus. Kasa steril yang dilipatkan ke tali pusat saat memotongnya menghindari tumpahan daerah kedaerah persalinan. Tali pusat tidak boleh di potong sebelum memastikan bahwa tali pusat telah di klem dengan baik. Kegagalan tindakan tersebut dapat mengakibatkan pengeluaran darah berlebih dari bayi (Myles, 2009: 694)

1. Pengaturan suhu tubuh

 Pengaturan suhu tubuh pada neonatai masih belum baik selama beberapa saat. Karena hipotalamus bayi masih belum matur, pengaturan bayi belum efisien, dan bayi masih rentan terhadap hipotermia, terutama terpajan dingin atau aliran udara dingin, saat basah, saat sulit bergerak bebas, atau saat kekurangan nutrisi. Bayi yang kedinginan tidak dapat menggigil, oleh karena itu, bayi berusaha mempertahankan panas tubuh dengan melakukan postur fleksi janin, yang meningkatkan frekuensi pernapasan dan aktivitasnya (Myles, 2009:710).

1. Memberi vitamin K

 Vitamin K secara intramuscular atau oral dapat diberikan sebagai profilaksis terhadap kemungkinan gangguan perdarahan. Vitamin K dapat larut dalam lemak, yang hanya dapat diarbsorbsi dari usus halus yang berisi garam empedu. Baik intramuscular maupun oral (1,0 mg) profilaksis vitamin K, memperbaiaki indeks biokimia status koagulasi pada hari 1-7). Pemberian vitamin K, baik secara oral ataupun intramuscular telah diuji dalam dalam uji coba acak mengenai efeknya pada penyakit perdarahan pada bayi baru lahir *Haemorragic Disease of* *the Newborn* *(HDN*) lanjut (Myles, 2009: 698).

1. Perawatan mata

 Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasikin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit meular seksual). Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Yang lazim dipakai adalah larutan Perak Nitrat atau Neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir (Saifuddin, 2013: N-32).

1. Pengkajian kondisi bayi

 Segera setelah bayi lahir, pada sebagian besar kasus bayi dilahirkan dengan kondisi sehat sehingga dapat langsung diserahkan pada orang tuanya. Namun penting dilakukan pengkajian kondisi umum bayi pada menit pertama dan ke-5 dengan menggunakan nilai apgar. Pengkajian pada menit pertama penting untuk penatalaksanaan resusitasinya selanjutnya. Namun terbukti bahwa pengkajian pada menit ke-5 lebih dapat dipercaya sebagai predictor resiko kematian selama 28 hari pertama kehidupan (Myles, 2009: 695)

Table 2.5 Nilai Apgar Score

|  |  |
| --- | --- |
| **Tanda** |  **Nilai** |
|  **0** |  **1** |  **2** |
| Denyut jantung | Tidak ada | Lambat (<100) | >100 |
| Pernapasan | Tidak ada | Lambat, menangis, lemah | Menangis dengan baik |
| Tonus otot | Lemah | Ekstremitas sedikit fleksi | Fleksi dengan baik |
| Refleks | Tidak ada respon | Menyeringai | Menangis |
| Warna | Biru, pucat | Tubuh merah muda, ekstremitas biru | Merah muda keseluruhan |

 *Sumber : Mochtar, 2013: 91*

1. **Kunjungan ulang bayi baru lahir**

 Terdapat minimal tiga kali kunjungan ulang bayi baru lahir :

1. Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal I)
2. Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal II)
3. Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal III)

Tabel 2.6 Kunjungan neonatus (KN)

|  |  |
| --- | --- |
| Kunjungan | Penatalaksanaan |
| 6- 48 jam setelah bayi lahir | 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi, hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36, 5ᵒC. bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup
2. Pemeriksaan fisik bayi
3. Konseling pemberian ASI
4. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu: pemberian ASI sulit, kesulitan bernapas, warna kulit abnormal (kebiruan), gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama tiga hari, perut bengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, mata bengkak dan mengeluarkan cairan.
5. Lakukan perawatan tali pusat dengan membungkus dengan kain kasa steril ataupun bersih.
6. Memberikan imunisasi HB 0
 |
| Hari ke 3- 7 setelah bayi lahir | 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
2. Menjaga kebersihan bayi
3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti tanda infeksi bakteri, icterus, diare dan masalah pemberian ASI
4. Memberikan ASI minimal 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan
5. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memberiakn ASI ekslusif dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir sesuai dengan buku KIA
 |
| Hari ke 8- 28 hari setelah lahir | 1. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayi
2. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI
3. Menjaga suhu tubuh bayi
4. Memberitahu ibu tentanf imunisasi BCG
5. Penanganan dan rujukan bila terdapat penyulit pada bayi
 |

1. **Keluarga Berencana**
2. **Konsep Dasar Keluarga Berencana**
3. **Pengertian Keluarga Berencana**

 Keluarga berencana adalah metode untuk merencanakan atau mencegah kehamilan melalui observasi tanda dan gejala yang muncul pada masa subur dan tidak subur sepanjang siklus menstruasi (Varney, 2007)

1. **Fisiologi Keluarga Berencana**

 Sebelum menetapkan suatu metode kontrasepsi, individu atau pasangan suami istri, harus memutuskan apakah mereka ingin menerapkan program keluarga berencana. Faktor yang dapat mempengaruhi keputusan, antara lain :

1. Faktor sosial budaya, pentingnya memiliki anak laki-laki di mana masyarakat karena meneruskan nama keluarga, dampak jumlah keluarga tempat individu tumbuh dan berkembang terhadap individu tersebut, nilai bagi masyarakat tentang menjadi seorang wanita hanya bila dapat memberi anak dan pasangannya.
2. Faktor pekerjaan dan ekonomi, kebutuhan untuk mengalokasi sumber-sumber ekonomi untuk pendidikan atau sedang memulai pekerjaan atau bidang usaha, kemampuan ekonomi untuk menyediakan makanan bagi calon anaknya, pendidikan dimasa depan.
3. Faktor keagamaan, pembenaran terhadap prinsip-prinsip pembatasan keluarga dan konsep dasar tentang keluarga berencana oleh semua agama.
4. Faktor hukum, peniadaan semua pembatasan hukum untuk pelaksanaan keluarga berencana sejak diberlakukannya undang-undang Connecticut tentang pembatasan penggunaan semua alat kontrasepsi.
5. Faktor fisik, kondisi yang membuat wanita tidak hamil karena alasan kesehatan, usia dan waktu biologisnya akan habis, gaya hidup yang tidak sehat.
6. Faktor hubungan, stabilitas hubungan, masa krisis dan penyusaian yang panjang dengan hadirnya anak.
7. Faktor psikologis, kebutuhan untuk memiliki anak untuk di cintai dan mencintai orang tuanya, menganggap bukti bahwa dengan kehamilan berarti di cintai, menyakini anak dapat menyatukan disaat hubungan retak.
8. Status kesehatan saat ini dan riwayat genetik, adanya keadaan atau kemungkinan munculnya kondisi atau penyakit yang dapat ditularkan kepada bayi misalnya HIV AIDS (Varney, 2007)
9. **Tujuan Keluarga Berencana**

 Tujuan pokok pelayanan kontrasepsi adalah penurunan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut yaitu dengan menunda kehamilan, mengjarangkan kehamilan.

1. **Asuhan Keluarga Berencana**

 Dalam pemberian konseling KB pada klien sangatlah penting dilakukan supaya klien dapat memilih dengan benar kontrasepsi yang akan digunakannya. Dalam hal ini perlu diterapkan kata kunci yaitu SATU TUJU yang artinya adalah 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 janis 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 bagaiman 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 kilen untuk kembali apabila terjadi suatu masalah
1. **Jenis Metode Kontrasepsi**
2. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

 MAL adalah alat kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu secara eksklusif, tanpa memberikan makanan dan minuman apapun pada bayi. MAL dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi apabila, yaitu :

1. Menyusui secara penuh (*full breast feeding) : lebih* efektif bila pemberian ≥8 x sehari
2. Belum haid
3. Umur bayi kurang dari 6 bulan

**Keuntungan :**

1. Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan)
2. Tidak mengganggu senggama
3. Tidak ada efek samping secara sistematik
4. Tidak perlu pengawasan medis
5. Tidak perlu obat atau alat
6. Tanpa pengeluaran biaya

**Kerugian :**

1. Mengurangi perdarahan pascapersalinan
2. Mengurangi risiko anemia
3. Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi
4. Keluarga Berencana Alamiah (KBA)
5. Metode Lendir Serviks (Metode Ovulasi Biling/MOB)

 Ibu harus mengetahui kapan masa suburnya berlangsung. Pada puncak masa subur yaitu menjelang dan pada saat ovulasi lender akan keluar dalam umlah yang lebih banyak, menjadi transparan, encer dan bening seperti putih telur dan dapat ditarik diantara dua jari seperti benang. Tiga hari setelah puncak masa subur dapat dilakukan senggama tanpa alat kontrasepsi.

1. Sistem Kalender atau Metode Suhu Basal (MSB)

 Metode ini dilakukan dengan mengetahui masa subur ibu dengan mengukur suhu badan secara teliti dengan menggunakan thermometer yang sama setiap pagi setelah bangun tidur sebelum mngerjakan pekerjaan apapundan dicatat pada tabel. Syaratnya tidur malam paling sedikit selama 5 sampai 6 jam. Jika 6 hari secara berturut-turut suhu rendah (36,4ᵒC- 36,7ᵒC), kemudian 3 hari berturut-turut suhu lebih tinggi (36,9ᵒC-37,5ᵒC), maka setelah itu dapat dilakukan senggama tanpa menggunakan alat kontrasepsi.

1. Senggama Terputus

 Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria ejakulasi.

 Cara kerja yaitu alat kelamin pria dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.

1. Metode Barier

 Kondom

 Kondom merupakan selubung/karet yang terbuat dari bahan lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewan) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom berfungsi untuk menghalangi proses pertemuan sperma dan sel telur dan juga mencegah penularan infeksi menular seksual.

 Cara kerja kondom adalah menghalangi sperma masuk ke dalam Rahim, sehingga akan melindungi wanita dari kehamilan yang tidak diinginkan, karena sel sperma dan sel telur tidak bertemu.

Diafragma

 Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Diafrgma berfungsi menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida.

Spermisida

 Adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untukmenonaktifkan atau membunuh sperma yang dikemas dalam aerosol/busa, tablet vagina, krim.

Metode Progestin

 Cara kerja metode progestin adalah mengeluarkan efek kontrasepsinya pada tingkatan yang berbeda-beda. Kerja utamanya menebalkan lendir serviks sehingga mempersulit penetrasi sperma, meskipun terjadi supresi pelepasan FSH dan LH.

1. Pil Kombinasi

 Pil kombinasi yaitu berisi estrogen dan progesterone dan pil yang berisi progesterone saja dikenal dengan istilah mini pil. Pil kombinasi ini efektif dan reversibel, harus diminum setiap hari, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat, tidak dianjurkan untuk ibu yang menyusui, dapat diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil, dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum.

Cara kerja pil kombinasi :

* 1. Menghambat ovulasi
	2. Membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi
	3. Membuat lender serviks tidak bisa ditembus sperma
	4. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum terganggu.

**Keuntungan :**

1. Tidak mengganggu hubungan seksual
2. Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause
3. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat
4. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
5. Mudah dihentikan setiap saat
6. Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, PID, dismenore.

**Kerugian :**

1. Tidak boleh dipakai ibu hamil
2. Menyusui esklusif
3. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui asalnya
4. Riwayat penyakit jantung, stroke, atau hipertensi, kanker payudara, DM, dan penyakit kelainan pembekuan darah.
5. Suntikan Kombinasi

 Tersedia dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

1. Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (di daerah bokong)
2. Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik IM di daerah bokong (Prawirohardjo, 2013).

Yang boleh menggunakan suntikan kombinasi yaitu:

1. Usia reproduksi;2) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak; 3)Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi; 4)Menyusui ASI pascapersalinan> 6 bulan; 5)Pascapersalinan dan tidak menyusui; 6)Anemia; 7)Nyeri haid hebat; 8)Haid teratur; 9)Riwayat kehamilan teratur; 10)Riwayat kehamilan ektopik; 11)Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

 Cara kerja suntikan kombinasi pada prinsipnya sama dengan cara pil kombinasi. Yang membedakan adalah lebih secara teknis karena isi dari kontrasepsi suntik ini tidak mengandung etinilestradiol maka resiko terhadap hipertensi dan vaskularisasi yang disebabkan oleh hormone ini praktis tidak terjadi. Maka kontrasepsi suntik ini lebih aman untuk perempuan dengan hipertensi.

**Keuntungan :**

1. Resiko terhadap kesehatan kecil
2. Jangka panjang
3. Efek samping sangat kecil
4. Tidak berhubungan pada hubungan suami istri
5. Tidak perlu pemeriksaan dalam

**Kerugian :**

1. Terjadi perubahan pada poPla haid, seperti haid tidak teratur
2. Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan
3. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapat suntikan
4. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian
5. Tidak terjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, Hepatitis B virus
6. Kontrasepsi Minipil

 Minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormone progesterone dalam dosis rendah. Dibagi menjadi dua jenis yaitu:

1. minipil dalam kemasan dengan isi 28 pil

2. minipil dengan kemasan dengan 38 pil

 Yang boleh menggunakan minipil yaitu :

1. usia reproduksi
2. telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak
3. pasca persalinan dan tidak menyusui
4. pasca keguguran
5. perokok segala usia
6. mempunyai riwayat tekanan darah tinggi

 Cara kerja minipil menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), mengentalkan lender serviks sehinnga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

**Keuntungan** :

1. Sangat efektif bila digunakan secara benar
2. Tidak mengganggu hubungan seksual
3. Tidak mempengaruhi ASI
4. Kesuburan cepat kembali.
5. Nyaman dan mudah digunakan.
6. Sedikit efek samping.
7. Dapat dihentikan setiap saat.
8. Tidak mengandung estrogen.

**Kerugian :**

1. Peningkatan/penurunan berat badan
2. Hampir 30-60 % mengalami gangguan haid
3. Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
4. Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi besar
5. Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
6. Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi.
7. Tidak melindungi diri dari IMS
8. Kontrasepsi Implan

 Kontrasepsi ini terdiri dari 3 bagian yaitu Norplant terdiri dari 6 batang lama kerjanya 5 tahun, Implanon terdiri dari satu batang lama kerjanya 3 tahun, Jadena dan Indoplant tediri dari 2 batang yang diisi lama kerjanya 3 tahun. Tempat pemasangan implant yang optimal yaitu pada lengan yang jarang melakukan aktivitas (6-8 cm diatas lipatan siku sebelah dalam).

Waktu penggunaan implant yaitu :

1) Setiap saat selama siklus haid hari ke 2 sampai hari ke 7.

1. Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan.
2. Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat.
3. Bila menyusui antara 6 minggu samapi 6 bulan pascapersalinan
4. Bila 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali.
5. Bila klien menggunakan KB hormonal dan ingin menggantinya dengan implant
6. Pascakeguguran implant dapat segera dipasang.

Mekanisme kerja :

1. Lender serviks menjadi kental
2. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
3. Mengurangi transportasi sperma
4. Menekan ovulasi

**Keuntungan :**

1. Daya guna tinggi
2. Perlindungan jangka panjang ( 5 tahun)
3. Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
4. Tidak mengganggu ASI
5. Bebas dari pengaruh estrogen
6. Tidak mengganggu kegiatan senggama
7. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
8. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan

**Kerugian:**

1. Nyeri kepala
2. Peningkatan/Penurunan berat badan
3. Nyeri payudara
4. Perasaan mual
5. Pening/pusing kepala
6. Perubahan mood/kegelisahan
7. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

 AKDR merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus. AKDR memiliki benang yang menggantung sampai liang vagina, hal ini dimaksudkan agar keberadaanya bisa diperiksa oleh akseptor sendiri. AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena adanya perubahan pada perubahan pada tuba dan cairan uterus. Hal ini dikarenakan adanya AKDR yang dianggap sebagi benda asing menyebabkan peningkatan leukosit. Tembaga yang dililitkan pada AKDR juga bersifat toksik terhadap sperma dan ovum. Demikian pula AKDR yang mengandung hormone progesterone. Lebih kentalnya lender serviks akan mempersulit sperma untuk melewati serviks dan akan terbunuh oleh leukosit yang timbul dalam cairan uterus sebagai hasil dari rangsangan tembaga seperti dijelas kan diatas.AKDR juga mencegah terjadinya implantasi karena di dalam uterus.

 Waktu pemasangan AKDR yaitu:

1. Setiap waktu selama siklus haid, jika ibu tersebut dapat dipastikan tidak hami.
2. Sesudah melahirkan, dalam waktu 48 jam pertama pascapersalinan, 6-8 minggu, ataupun lebih sesudah melahirkan.
3. Segera sesudah induksi haid, pascakeguguran spontan, atau keguguran buatan, dengan syarat tidak terdapat bukti-bukti adanya infeksi.

**Keuntungan :**

1. Efektif dengan proteksi jangka panjang ( satu tahun).
2. Tidak mengganggu hubungan suami istri
3. Tidak berpengaruh terhadap ASI
4. Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat
5. Efek sampingnya sangat kecil
6. Memiliki efek sistemik yang sangat kecil.

**Kerugian :**

1. Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi

 Genetalia sebelum pemasangan AKDR

1. Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan pencabutanAKDR.
2. Penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea
3. Kejadian kehamilan ektopik relatif tinggi
4. Memperburuk perjalanan penyakit kanker payudara
5. Progestin dapat memicu pertumbuhan mioma uterus
6. Tubektomi

 Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilisasi (kesuburan) seorang perempuan yang tidak ingin anak lagi.

Profil alat kontrasepsi tubektomi yaitu :

1. Sangat efektif dan permanen artinya untuk melakukan rekanalisasi memerlukan waktu dan biaya
2. Tindak pembedahan yang aman dan sederhana
3. Tidak ada efek samping
4. Dalam jangka panjang relative murah, aman, dan tanpa komplikasi
5. Konseling dan informed consent mutlak diperlukan

Waktu pelaksanaan Tubektomi yaitu :

1. Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.
2. Hari ke 6 hingga ke 13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)
3. Pasca persalinan
4. Pasca keguguran.

 Tubektomi sebagian besar dilakukan pada saat wanita masih dirawat di rumah sakit, yaitu setelah melahirkan, setelah keguguran, bersamaan dengan tindakan menggugurkan kandungan, pada saat operasi tindakan besar wanita diantaranya bersamaan dengan operasi kandungan, setiap saat dikehendaki.

 Mekanisme kerja: Dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memberi cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum dan tidak terjadi pembuahan (Affandi, 2013).

**Tabel 2.7 jenis dan waktu yang tepat untuk ber KB**

|  |  |
| --- | --- |
| Postpartum  | KB SuntikNorplant (KB susuk /implant)AKDRPil KB hanya progesteroneKontapMetode sederhana |
| Postmenstrual regulation | KB suntik |
| Pasca abortus | KB susuk/implant |
| Saat Menstruasi | AKDRKontapMetode sederhana |
| Masa interval | KB suntikKB susuk/implantAKDRMetode sederhana |
| Post koitus | KB darurat |

*Sumber : (Manuaba, 2010)*

**BAB III**

**PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU N. M**

**DARI KEHAMILAN TRIMESTER III, BERSALIN,**

 **NIFAS, BAYI BARU LAHIR dan KB**

**1.MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

**I.Kunjungan pertama (k1)**

Pengkaji : Clarita Hutahaean

Tanggal : 26 Maret 2019

Pukul : 15.00 Wib

Tempat : Poskesdes pariksabungan

1. 1 **DATA SUBJEKTIF**

Identitas

Nama Ibu : Ny.N. M Nama Suami : Tn.S

UmuR : 34 tahun Umur : 35 tahun

Suku/Bangsa :Batak/indonesia Suku/Bangsa : Jawa/indonesia

Agama : Islam Agama : Islam

Pendidikan : SMA Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Pariksabungan Alamat : Pariksabungan

1. **STATUS KESEHATAN**

Pada tanggal :26-03-2019

1. Keluhan utama : Sering BAK pada malam hari sehingga ibu merasa tidak nyaman

Keluhan lainnya : Ibu mudah lelah

2, Riwayat menstruasi

* Haid pertama : 14 tahun
* Siklus : 28 hari
* Lamanya : 2-3 hari
* Teratur : ya
* Banyaknya : 2-3 kali ganti doek/hari
* Dismenorhoe : Tidak ada
1. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas, BBL yang Lalu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No  | Persalinan | BBL | Nifas | Keadaan sekarang |
|  | Thn | U.K(mgg) | Jenis | Tempat | Penolong | Penyulit | BB | PB | JK | Laktasi | komplikasi |
| 1 | 2010 | Aterm | Spontan | Klinik bidan | Bidan | - | 3000 | 50 | L | Baik | - | baik |
| 2 | 2013 | Aterm | Spontan | Klinik bidan | Bidan | - | 3000 | 49 | P | Baik  | - | Baik |
| 3 | 2016 | Aterm | Spontan | Klinik bidan | Bidan | - | 3100 | 49 | P | Baik | - | Baik |
| 3 | KEHAMILAN SEKARANG |

1. Riwayat Kehamilan Ini
2. HPHT : 10 – 07 - 2018
3. TTP : 17 - 4 - 2019
4. Keluhan Trimester I : Mual muntah
5. Keluhan Trimester II : Tidak ada
6. Keluhan Trimester III : Mudah lelah dan sering BAK
7. Pergerakan anak pertama kali : 20 minggu
8. Pergerakan anak 24 jam terakhir : Ada
9. Keluhan-keluhan yang dirasakan
* Rasa lelah : Ada
* Mual dan muntah : Tidak ada
* Nyeri perut : Tidak ada
* Pas mengigil : Tidak ada
* Sakit kepala yang berlebihan : Tidak ada
* Penglihatan kabur : Tidak ada
* Rasa nyeri/panas waktu BAK : Tidak ada
* Rasa gatal pada vulva, vagina dan sekitarnya : Tidak ada
* Odema : Tidak ada
* Lain-lain : Tidak ada
* Obat-obatan yang dikonsumsi : Tablet Fe dan kalsium laktas
* Kekhawatiran khusus : Tidak ada

Pola Aktivitas Sehari-hari : Bertani

* Pola Nutrisi

Makan

* Jenis : Nasi,sayur,ikan
* Porsi : 1 piring
* Makan pantangan : Tidak ada
* Perubahan pola makan : Tidak ada

Minum

* Jenis : Air putih
* Jumlah : 10-12 gelas /hari
* Pola Eliminasi

BAK

* Frekuensi : 10 kali/hari
* Warna : Jernih
* Keluhan : Tidak ada

BAB

* Frekuensi : 1x/hari
* Warna : Kuning
* Konsistensi : Lembek
* Keluhan :Tidak ada
* Pola Istirahat
* Siang : 1jam
* Malam : 6-8 jam
* Seksualitas : Jarang
* Personal Hygiene
* Mandi : 2 kali/hari
* Keramas : 1kali dalam 2 hari
* Sikat gigi : 2 kali sehari
* Ganti pakaian dalam : Ganti setiap kali basah dan setiap ibu mandi
* Kebiasaan merokok
* Minum minuman keras : Tidak ada
* Mengkonsumsi obat terlarang : Tidak ada
* Kegiatan sehari-hari (beban kerja) : Bertani
* Perawatan payudara : Ada
* Imunisasi TT
1. TT 4 : 17 – 12 - 2018
2. TT 5 : 16 – 01 - 2019
* Kontrasepsi yang pernah digunakan
* Jenis KB : Tidak ada
* Lama pemakaian : Tidak pernah
* Alasan berhenti : Tidak pernah
1. Riwayat Penyakit Sistematik yang Pernah di derita
* Penyakit Jantung : Tidak ada
* Penyakit Ginjal : Tidak ada
* Penyakit Asma : Tidak ada
* Hepatitis : Tidak ada
* Penyakit DM : Tidak ada
* Penyakit Hipertensi : Tidak ada
* Penyakit Epilepsi : Tidak ada
* Penyakit Lain-lain : Tidak ada
1. Riwayat Penyakit Keluarga
* Penyakit Jantung : Tidak ada
* Penyakit Hipertensi : Tidak ada
* Penyakit DM : Tidak ada
* Penyakit Epilepsi : Tida ada
* Penyakit Lain-lain : Tidak ada
1. Riwayat Sosial Ekonomi
* Status perkawinan : Sah
* Usia waktu menikah : 23 tahun
* Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang
* Dukungan keluarga terhadap kehamilan ibu : Ada
* Pengambil keputusan dalam keluarga : suami dan istri
1. Tempat petugas kesehatan yang diinginkan membantu persalinan : PUSKESMAS
2. **PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIF)**
3. Status emosional : Baik

Tingkat kesadaran : Composmentis

1. Pemeriksaan fisik

BB sekarang : 63 kg

BB sebelum hamil : 52 kg

Penambahan BB : 11 Kg

TB : 152 cm

LILA : 30 cm

1. Tanda vital

TD : 110/80 mmHg

P : 23 x/i

N : 71 x/i

S : 37 ⁰C

1. Kepala

Kulit kepala : Bersih

Rambut : Tidak rontok

1. Wajah
* Odema : Tidak ada
* Closma gravidarum : Tidak ada
* Pucat : Tidak ada
1. Mata
* Conjungtiva : Merah muda
* Sclera mata : Putih jernih
* Odema palpebra : Tidak ada
1. Hidung
* Polip : Tidak ada
* Pengeluaran : Tidak ada
1. Mulut
* Lidah : Bersih,tidak ada bercak
* Gigi : Bersih
* Carises : Tidak ada
* Berlubang : Tidak ada
* Tonsil : Tidak ada pembengkakan
1. Telinga
* Serumen : Tidak ada
* Pengeluaran : Tidak ada
1. Leher
* Luka bekas operasi : Tidak ada
* Kelenjar thyroid : Tidak ada pembesaran
* Pembuluh limfe : Tidak ada pembesaran
* Pembesaran vena jugularis : Tidak ada pembesaran
1. Dada
* Mamae : Simetris
* Areola mamae : Hyperpigmentasi
* Puting susu : Menonjol
* Benjolan : Tidak ada
* Pengeluaran : ada
1. Aksila
* Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada
1. Abdomen
* Pembesaran : Sesuai dengan usia kehamilan
* Linea/Striae : tidak ada
* Bekas luka operasi : Tidak ada
* Gerakan janin : Aktif
1. Pemeriksaan penunjang

HB : 13 gr%

Urine Protein : tidak dilakukan

Urine Reduksi : tidak dilakukan

Pemeriksaan khusus kebidanan (palpasi abdomen)

1. TFU : 30 cm
2. Leopold I : Pada bagian fundus teraba bagian bulat, lembek, dan tidak melenting (bokong)
3. Leopold II : Bagian abdomen ibu sebelah kiri teraba lembek dan ada bagian – bagian yang kosong (ekstremitas), dan pada bagian abdomen kanan teraba keras seperti papan dan memanjang (punggung)
4. Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba bulat, keras, dan melenting (kepala)
5. Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah memasuki PAP
* TBBJ : 30 – 12 x 155 = 2.790 gram
* Auskultasi

DJJ : Teratur

Frekuensi : 135 kali/menit

Pemeriksaa panggul luar

1. distansia spinarum : Tidak dilakukan pemeriksaan
2. distansia cristarum : Tidak dilakukan pemeriksaan
3. conjugata eksterna : Tidak dilakukan pemeriksaan
4. lingkar panggul : Tidak dilakukan pemeriksaan

Pemeriksaaan penunjang

Hb : 13 gr%

1. Genetalia
* Pengeluaran : Tidak dilakukan pemeriksaan
* Varises : Tidak dilakukan pemeriksaan
* Kemerahan/Lesi : Tidak dilakukan pemeriksaan
1. Periksa ketuk/pinggang (CVAT)

Nyeri : Tidak ada

1. Ekstremitas
* Jumlah jari tangan/kaki : Lengkap
* Kaki dan tangan simetris : Simetris
* Oedema pada kaki dan tangan : Tidak ada
* Varises : Tidak ada
* Refleks patella : Aktif
1. **IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN**
2. Diagnosa : Ibu G4P3A0 dengan usia kehamilan 36-38 minggu, dengan kehamilan normal

Data dasar

Data subjektif : Ibu mengatakan ini kehamilan ke-4 dan belum pernah abortus

 HPHT: 10 – 07 – 2018

 TTP : 17 – 04 - 2019

Data Objektif : Pemeriksaan fisik dalam batas normal keadaan ibu dan janin baik

B. Masalah : Ibu mengatakan sering BAK dan mudah lelah

C.Kebutuhan : KIE tentang masalah/ketidaknyamanan ibu hamil pada trimester III

1. **ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL**

Tidak ada

1. **TINDAKAN SEGERA**

 Tidak ada

1. **PERENCANAAN**
2. Beritahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
3. Beritahu ibu agar menngkonsumsi makanan bergizi
4. Jelaskan kepada ibu tentang ketidaknyaman yang dirasakan yaitu sering BAK pada malam hari dan mudah lelah
5. Ingatkan ibu untuk menjaga personal hygiene
6. Beritahu ibu tanda-tanda persalinan
7. Anjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet Fe dan kalsium laktat
8. Ajarkan ibu perawatan payudara untuk mendukung keluarnya ASI pada masa nifas
9. Beritahu ibu untuk datang kunjungan ulang
10. Lakukan pendokumentasian asuhan yang dilakukan
11. **PELAKSANAAN**
12. Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan ,keadaan ibu dan janin dalam keadaan baik,janin tunggal dengan usia kehamilan 36 minggu 4 hari, taksiran persalinan tgl 17 - 04 - 2019
13. Memberikan pendidikan kesehatan tentang mengkonsumsi makanan bergizi dan seimbang pada ibu hamil.
14. Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram)dan lauk I potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkok dan buah.
15. Minum susu 1 gelas /hari
16. Makan siang, nasi 3 porsi (300 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi.
17. Makan malam, nasi 2,5 porsi (250 gram) dengan lauk dan sayur.
18. Menjelaskan kepada ibu bahwa semakin tuanya kehamilan maka berat badan janin akan bertambah sehingga menyebabkan ibu muda lelah, dan bagian terbawah janin akan semakin turun dan menekan vesica urinaria sehingga menyebabkan frekuensi berkemih ibu semakin sering, karena itu dianjurkan ibu untuk mengurangi atau membatasi minum yang banyak pada malam hari.
19. Mengingatkan ibu untuk tetap menjaga personal hygiene dengan mengganti pakaian dalam apabila sudah terasa basah dan lembab.
20. Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan yaitu; perdarahan, ketuban pecah sebelum waktunya, odema, penglihatan kabur, tekanan darah tinggi, mual muntah yang berlebihan, sakit kepala berat.
21. Menganjurkan ibu tetap mengkonsumsi tablet Fe dan kalsium laktat dikonsumsi 1x1 hari pada malam hari sebelum tidur dan diminum dengan air putih dan tidak disarankan untuk meminum dengan teh manis, kopi, susu dan sirup karena akan menghambat penyerapan tablet Fe di dalam tubuh. Kalsium laktat berguna pemenuhan kalsium untuk pembentukan tulang dan gigi pada janin.
22. Mengajari ibu untuk melakukan perawatan payudara khususnya pada daerah putting yaitu untuk membantu membuka saluran ASI. Bersihkan payudara dan putting dengan air bersih, lakukan hal ini secara rutin setiap hari, dan menganjurkan ibu untuk memakai bra yang sesuai dengan payudara.
23. Menginformasikan pada ibu untuk datang kunjungan ulang yaitu pada tanggal 03 – 04 – 2019 dan memberitahukan pada ibu untuk datang kepetugas apabila ada keluhan
24. Melakukan pendokumentasian terhadap tindakan yang dilakukan.

**VII. EVALUASI**

* + - 1. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan
			2. Ibu telah bersedia mengkomsumsi makanan bergizi dan seimbang
			3. Ibu telah mengerti tentang keluhan yang dirasakan saat ini
			4. Ibu telah bersedia menjaga personal hygiene
			5. Ibu telah mengetahui tanda bahaya kehamilan
			6. Ibu telah bersedia mengkomsumsi tablet Fe dan kalsium laktat
			7. Ibu telah mengerti cara perawatan payudara dan mamfaatnya dengan cara mengulangi tekniknya kembali
			8. Ibu telah bersedia untuk melakukan kunjungan ulang
			9. Hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan

**DAFTAR PUSTAKA**

Bobak, Demilk. (2015). **Buku Ajar Keperawatan Maternitas.** Jakarta : EGC

Cunningham, (2006). **Obstetri Williams edisi 24.** Buku Kedokteran.Jakarta : EGC

Sumatera Utara. 2016. **Profil Kesehatan Sumatera Utara 2016.**

Kementrian Kesehatan RI. (2015). **Profil Kesehatan Tahun 2016.** Jakarta.

Manuaba, dkk. 2010. **Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana. Ed. Kedua.** Penerbit Buku Kedokteran.Jakarta: EGC

Mochtar, Rustam. (2012). **Sinopsis Obstetri, Obstetri Fisiologi, Obstetri**

 **Patologi.** Jakarta : EGC.

Myles, 2005. **Buku Ajar bidan.** Edisi 14: Kedokteran, EGC; Jakarta

Prawirohardjo, Sarwono, (2014). **Ilmu Kebidanan.** Jakarta : Yayasan Bina

 Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saiffudin, A (2010).  **Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.** Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.

Varney, helen, Jan M. Kriebs. (2007). **Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 1.** Jakarta : EGC.

Sumatera utara.frofil keseha Sumatera Utara 2017.