ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.”S” DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI HJ.SRI NIRMALA PALEMBANG TAHUN 2016

Oleh

FITRI SETIAWATI
13154011012

PROGRAM STUDI KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BINA HUSADA
PALEMBANG
2016

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.”S” DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI HJ.SRI NIRMALA PALEMBANG TAHUN 2016

Laporan Tugas Akhir Ini Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
AHLI MADYA KEBIDANAN

Oleh

FITRI SETIAWATI
13154011012

PROGRAM STUDI KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BINA HUSADA
PALEMBANG
2016

ABSTRAK

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIK)
BINA HUSADA PALEMBANG
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
Laporan Tugas Akhir, Juni 2016

FITRI SETIAWATI

Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "S" di Bidan Praktik Mandiri Hj.Sri Nirmala Palembang Tahun 2016
(xivi + 136 Halaman, 6 Tabel, 4 Gambar, 4 Lampiran)

ABSTRAK

Berdasarkan penelitian SDKI (Survei Demografi Kesehatan Indonesia) , Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2012 sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2012 mencapai 28 per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data dari Bidan Praktek Mandiri (BPM) Hj.Sri Nirmala Palembang, pada Tahun 2016 jumlah ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya mulai dari K1 sampai K4 sebanyak 119 orang, kunjungan ibu nifas sebanyak 87 orang dan jumlah ibu bersalin dan bayi baru lahir masing-masing sebanyak 21 orang.

Tujuan penelitian ini agar mahasiswa mampu untuk memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. "S" sejak masa kehamilan sampai menjadi akseptor KB dengan pendekatan manajemen kebidanan tahun 2016.

Hasil penelitian asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. "S" sejak masa kehamilan sampai menjadi akseptor KB telah diberikan sesuai dengan prosedur dan selama proses penelitian asuhan kebidanan komprehensif tidak ada komplikasi yang ditemukan. Serta kontrasepsi yang digunakan yaitu KB implant.

Diharapkan pihak Bidan Praktek Mandiri (BPM) Hj.Sri Nirmala Palembang dapat mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara komprehensif dari ibu hamil sampai menjadi akseptor keluarga berencana (KB).

Kata Kunci : Komprehensif, Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan Akseptor KB.
Daftar Pustaka : 25 (2011-2015)

ABSTRACT
BINA HUSADA COLLEGE OF HEALTH SCIENCE
MIDWIFERY STUDY PROGRAM
Scientific Paper, June 2016

FITRI SETIAWATI

Comprehensive Midwifery Care On Mrs."S" at Independent Pactice Midwife Hj. Sri Nirmala Palembang 2016
(xivi + 136 Pages, 6 Tables, 4 Pictures, 4 Attachments)

ABSTRACT

Based on research of IDHS (Indonesia Demographic Health Survey), the Maternal Mortality Rate (MMR) in 2012 amounted to 359 per 100,000 live births. Infant Mortality Rate (IMR) in 2012 reached 28 per 1,000 live births. Based on data from the Independent Practices Midwife (IPM) Hj.Sri Nirmala Palembang, in 2016 the number of pregnant mothe who checkups from K1 to K4 as many as 119 people, postpartum mother visit as many as 87 people and the number of maternal and newborn baby respectively as many as 21 people.

The aims of this case report in order the student is able to provide comprehensive midwifery care on Mrs. "S" during pregnancy to become family planning (FP) acceptors with midwifery management approach in 2016.

The case report results of a comprehensive midwifery care on Mrs. "S" during pregnancy to become family planning acceptors have been granted in accordance with the procedure and during the case report process of comprehensive midwifery care there were no complications were found. As well as a contraceptive that was used was FP implant.

It is expected that Independent Practice Midwife (IPM) Hj.Sri Nirmala Palembang can maintain the quality of services, especially in providing midwifery services care comprehensively from pregnant mother to become acceptors of family planning (FP).

Keywords : Comprehensive, Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Newborn baby and FP Acceptor
References : 25 (2011 – 2015)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir Dengan Judul :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."S" DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI HJ.SRI NIRMALA PALEMBANG TAHUN 2016

Oleh

FITRI SETIAWATI
13154011012

Program studi kebidanan

Telah di periksa dan di setujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Program Studi Kebidanan STIK Bina Husada

Palembang, Juni 2016

Pembimbing

Wargustini, Am.Keb, SST, M.Kes

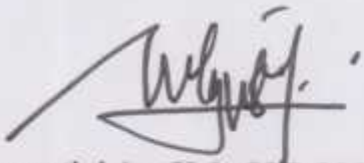
Ketua Program Studi Kebidanan

Tri Sartika , SST, M.Kes

PANITIA SIDANG UJIAN LTA
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BINA HUSADA
PALEMBANG

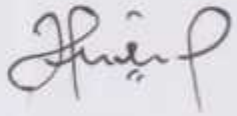
Palembang, Juni 2016

KETUA



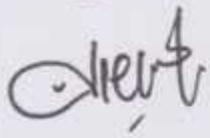
(Wargustini,Am.Keb, SST, M.Kes)

Anggota I



(Ayu Devita Citra Dewi,SST,M.Kes)

Anggota II



(Dewi Anggraini, SST, M.Kes)

RIWAYAT HIDUP PENULIS

I. Biodata

Nama	: Fitri Setiawati
Tempat/tanggal lahir	: Jetis , 07 Maret 1995
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Jl. Lintas Sumatera Rt/Rw 003/006 Desa/Kel Sungai Tuha Jaya Kec. Martapura

II. Riwayat Pendidikan

Tahun 2002-2007	: SD Negeri 09 Sungai Tuha Jaya
Tahun 2007-2010	: SMP Negeri 01 Martapura
Tahun 2010-2013	: SMA Negeri 02 Martapura
Tahun 2013-2016	: Sedang Menjalankan Studi Kebidanan

PERSEMBAHAN DAN MOTTO

KU PERSEMBAHKAN KEPADA :

- Kepada Ibuku tersayang (Nuryati) yang selalu memberikan motivasi dan doa untuk tetap tegar menjalani berbagai cobaan dan mengajarkan ku arti kesabaran dalam hidup ini. Karena dukungan darimu lah sekarang aku dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Terimakasih juga buat Bapak(Sukarso) Yang telah mendukungku meski tidak tinggal bersama tapi tetap selalu dihati.
- Kepada kakak (Riki Zulkarnain) dan mbak (Daryani), terimakasih yang senantiasa memberikan dukungan dan Doa atas keberhasilan ini.

MOTTO

- Daun yang jatuh tak pernah membenci angin, dia membiarkan dirinya jatuh begitu saja. Tak melawan, mengikhlaskan semuanya.
  Bahwa hidup harus menerima, penerimaan yang indah. Bahwa hidup harus mengerti, pengertian yang benar. Bahwa hidup harus memahami, pemahaman yang tulus. Tak peduli lewat apa penerimaan pengertian, pemahaman itu datang. Tak masalah meski lewat kejadian yang sedih dan menyakitkan. Biarkan dia jatuh sebagai mestinya. Biarkan angin merengkuhnya, membawa pergi entah kemana, (Tere Liye).

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur atas kehadiran allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir (LTA) ini dengan judul :"Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny."S" di Bidan Praktik Mandiri Hj.Sri Nirmala Palembang Tahun 2016".

Laporan tugas akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan disekolah Tinggi Ilmu Kesehatan(STIK) Bina Husada program studi kebidanan.

Dalam penulisan laporan tugas akhir ini, penulis senantiasa mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. DR.dr. Chairil Zaman, MSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada Palembang.
2. Tri Sartika, SST.,M.Kes., selaku Ketua Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada Palembang.
3. Wargustini, Am.Keb SST, M.Kes, selaku Pembimbing Laporan Tugas Akhir Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada Palembang.
4. Ayu Devita Citra Dewi, SST, M.Kes selaku Penguji I Laporan Tugas Akhir Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada Palembang.

5. Dewi Anggraini, SST, M.Kes selaku Penguji II Laporan Tugas Akhir Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada Palembang.
6. Ibu Hj.Sri Nirmala sebagai pimpinan BPM serta bimbingannya dalam memberikan ilmu dan pengalaman selama masa penelitian.
7. Seluruh Dosen Dan Staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada Palembang.
8. Teman-teman satu almamater .

Penulis menyadari bahwa penyusunan laporan tugas akhir ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk perbaikan dan kesempurnaan. Semoga laporan tugas akhir ini bermanfaat bagi pihak yang memerlukan dan bagi siapa yang membacanya.

Palembang, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL DENGAN SPESIfIKASI ..... **ii**
ABSTRAK ..... **iii**
ABSTRACT ..... **iv**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **v**
PANITIA SIDANG UJIAN LTA ..... **vi**
RIWAYAT HIDUP PENULIS ..... **vii**
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO ..... **viii**
UCAPAN TERIMA KASIH ..... **ix**
DAFTAR ISI ..... **xi**
DAFTAR TABEL ..... **xiv**
DAFTAR GAMBAR ..... **xv**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xvi**

BAB I PENDAHULUAN
1.1 LatarBelakang 1
1.2 Rumusan Masalah 5
1.3 TujuanPenulisan 5
1.3.1 TujuanUmum 5
1.3.2 Tujuan Khusus 5
1.3 Manfaat Penelitian 6
1.3.1 Bagi BPM Hj. Srinirmala 6
1.3.2 Bagi STIK Bina Husada 6
1.3.3 Bagi Penulis 7
1.3.4 Bagi Pasien 7
1.4 Ruang LingkupPenelitian 7
1.4.1 SasaranPenelitian 7
1.4.2 WaktuPenelitian 7
1.4.3 LokasiPenelitian 7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA
2.1 MasaKehamilan 8
2.1.1 Pengertian Kehamilan 8
2.1.2 Proses Kehamilan 9
2.1.3 Tanda-TandaKehamilan 10
2.1.4 Pemeriksaan Diagnostik Kehamilan 16
2.1.5 Tanda Bahaya Kehamilan 20
2.1.6 Asuhan Antenatal Care 23
2.1.7 Jadwal Kunjungan Ulang 28
2.2 Masa Persalinan 28

2.2.1 Pengertian Persalinan 28
2.2.2 Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan 29
2.2.3 Jenis-Jenis Persalinan 30
2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi persalinan 31
2.2.5 Tanda dan Gejala Persalinan 34
2.2.6 Tahap- Tahap Persalinan 35
2.2.7 Asuhan Persalinan Normal 39
2.2.8 Tujuan Asuhan Persalinan Normal 39
2.2.9 EnamPuluhLangkahAsuhanPersalinan Normal 40
2.2.10 Laserasi Perineum 50
2.3 Masa Nifas 52
2.3.1 Pengertian Masa Nifas 52
2.3.2 Tujuan Masa Nifas 53
2.3.3 Tanda Bahaya Pada Ibu Nifas 56
2.3.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas 56
2.3.5 Adaptasi Psikologis Masa Nifas 66
2.3.6 Frekuensi Kunjungan Pada Masa Nifas 67
2.4 Bayi Baru Lahir 69
2.4.1 PengertianBayi Baru Lahir 69
2.4.2 Ciri- Ciri Bayi Baru Lahir Normal 69
2.4.3 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir 71
2.4.4 Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir 75
2.4.5 Imunisasi 75
2.5 Masa KB 77
2.5.1 Pengertian KB 77
2.5.2 Ruang Lingkup KB 77
2.5.3 Macam-Macam Metode KB 78
2.6 Manajemen Kebidanan 100
2.6.1 Pengertian Manajemen Kebidanan 100
2.6.2 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan 100
2.6.3 Dokumentasi Kebidanan 102
2.6.4 Metode Dokumentasi Kebidanan SOAP 116

BAB III LAPORAN KASUS
3.1 Masa Kehamilan 104
3.1.1 Pengumpulan Data 104
3.1.1.1 Data Subjektif 104
3.1.1.2 Data Objektif 105
3.1.2 Analisa Data 107
3.1.3 Penatalaksanaan 107
3.2 Masa Persalinan 108
3.2.1 Kala I 108
3.2.1.1 Data Subjektif 108

3.2.1.2 Data Objektif 109
3.2.1.3 Analisa Data 111
3.2.1.4 Penatalaksanaan 111
3.2.2 Kala II 112
3.2.3 Kala III 113
3.2.4 Kala IV 114
3.3 Masa Nifas 115
3.3.1 Data Subjektif 115
3.3.2 Data Objektif 116
3.3.3 Analisa Data 117
3.3.4 Penatalaksanaan 117
3.4 Bayi Baru Lahir 119
3.4.1 Data Subjektif 119
3.4.2 Data Objektif 119
3.4.3 Analisa Data 120
3.4.4 Penatalaksanaan 120
3.5 Akseptor Keluarga Berencana 122
3.5.1 Data Subjektif 122
3.5.2 Data Objektif 122
3.5.3 Analisa Data 122
3.5.4 Penatalaksanaan 122

BAB IV PEMBAHASAN
4.1 Masa Kehamilan 124
4.2 Masa Persalinan 127
4.2.1 Kala I 127
4.2.1 Kala II 129
4.2.3 Kala III 130
4.2.4 Kala IV 131
4.3 Masa Nifas 132
4.3 Bayi Baru Lahir 134
4.5 Akseptor KB 134

BAB V SIMPULAN DAN SARAN
5.1 Simpulan 136
5.2 Saran 138
5.2.1 Bagi BPH Hj.Sri Nirmala 138
5.2.2 Bagi STIK Bina Husada Palembang 138
5.2.3 Bagi BPM Penulis 138

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel

2.1 Ukuran Fundus Uteri Sesuai Kehamilan 26

2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi TT 27

2.3 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Post Partum 57

2.4 Tanda Apgar 71

2.5 Jadwal Imunisasi 76

2.6 Fungsi imunisasi 76

DAFTAR GAMBAR

Daftar Gambar

2.1 Palpasi Leopold 1 17

2.2 Palpasi Leopold II 18

2.3 Palpasi Leopold III 19

2.4 Palpasi Leopold VI 20

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor lampiran

1. Lembar persetujuan LTA
2. Lembar konsultasi
3. Lembar keterangan dari BPM
4. Askeb

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Dalam pelaksanaan program kesehatan sangat dibutuhkan sumber daya manusia yang kompeten, sehingga apa yang menjadi dapat tercapai(Sulistywati,2011) .Ilmu kebidanan atau obstetric adalah bagian ilmu kedokteran yang khusus mempelajari segala soal yang bersangkutan dengan lahirnya bayi. Dengan demikian, yang menjadi objek ilmu adalah kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi yang baru dilahirkan(sarwono,2013).

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan sebanyak 99% kematian maternal terjadi di negara berkembang. Lebih dari setengah kematian tersebut terjadi di sub-Sahara Afrika dan hampir sepertiga terjadi di Asia Selatan. Rasio kematian maternal di negara berkembang tahun 2013 yaitu 230/100.000 kelahiran hidup. Angka ini memiliki perbedaan signifikan dibandingkan dengan kematian maternal di negara maju yang hanya sebesar 16/100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih termasuk tinggi dibandingkan Negara-negara berkembang lainny. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, AKI tercatat mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab langsung yaitu

perdarahan (42%), eklampsia atau preeclampsia(30%), abortus (11%), infeksi (10%), partus lama atau persalinan macet (9%), dan penyebab lain (15%). Sedangkan AKB sebesar 32 per 1000 (KH). Penyebab kematian antara lain adalah berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia, dan infeksi. Jumlah AK dan AKB tidak mencapai target *Millenium Development Goals (*MDGs) 2015 yaitu AKI sebesar 102 per 100.000 (KH) dan AKB sebesar 17 per 1000 (KH) (SDKI,2012).

Di Provinsi Sumatera Selatan, Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2012 sebesar 148/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 29/1.000 kelahiran hidup. Angka ini cukup mengecewakan mengingat Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2011 yaitu 131/100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Sumatera Selatan, 2013).

Di Kota Palembang AKI dilaporkan pada tahun 2012 yaitu 44 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data Dinkes kota Palembang jumlah kematian ibu tahun 2013 masih dibawah angka nasional untuk RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) tahun 2014 yaitu 118 per 100.000 kelahiran hidup. Ada 13 kasus kematian ibu dari 29.911 kelahiran hidup, penyebab kematian terbanyak adalah pre eklampsi berat (31%) hipertensi dalam kehamilan (23%). Penyebab lainnya adalah perdarahan (15%), syok hipovolemik (8%) , persalinan lama (8%) dan lain- lain (15%) (Profil Kesehatan Kota Palembang, 2015).

Program pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB yaitu dengan mencanangkan *Making Pregnancy Safer* atau MPS yang bertujuan untuk menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir, dan balita dengan upaya seperti penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA), dan Program Indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah KN lengkap yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal (KN) minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari. Capaian KN lengkap di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 87,23%. Capaian ini telah memenuhi target program tahun 2013 sebesar 84% (Kemenkes RI, 2014).

Pada tahun 2000 Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyepakati untuk bekerja sama dalam mencapai *Millenium Development Goals* (MDGs), termasuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) hingga tiga perempat dalam kurun waktu 1990-2015. Dalam 5 tahun sebelum berakhirnya MDGs, beberapa inisiatif dibentuk untuk meningkatkan upaya mengurangi angka kematian ibu. Diantaranya adalah Strategi Global Sekretaris Jendral PBB untuk Kesehatan Ibu dan Anak, yang menggerakkan upaya untuk mencapai tujuan MDGs yang ke-4 dan ke-5, dan Komisi Informasi dan Akuntabilitas (COIA), yang mempromosikan “Pelaporan Global, Pengawasan, Akuntabilitas pada Kesehatan Ibu dan Anak”. Membangun momentum yang dihasilkan oleh tujuan MDGs yang ke-5, *Sustainable Development Goals*

(SDGs) membentuk agenda baru transformative untuk kesehatan ibu guna mencegah kematian ibu yang memiliki 3 target/sasaran. 1 dari 3 target SDGs adalah untuk menurunkan Maternal Mortality Rate (MMR) global kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. (WHO,2015)

Indikator yang digunakan dalam akses terhadap pelayanan antenatal ialah cakupan K1 sebagai kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan dan cakupan K4 sebagai cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar. Secara nasional, angka cakupan pelayanan antenatal tahun 2013 sudah tinggi yaitu cakupan K1 95,25% dan K4 86,85%, namun indikator K4 belum dapat mencapai target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan pada tahun yang sama yaitu sebesar 93% (Kemenkes RI, 2014).

Indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah KN lengkap yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal (KN) minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari. Capaian KN lengkap di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 87,23%. Capaian ini telah memenuhi target program tahun 2013 sebesar 84% (Kemenkes RI, 2014).

Berdasarkan data BKKBN di Indonesia pada tahun 2012 tercatat jumlah peserta KB aktif dari 64.133.347 juta jiwa, dengan jumlah PUS 161.750.743 juta jiwa dan WUS 51.472.069 juta jiwa. Dari data 64.133.347 peserta KB aktif. Pengguna KB suntik (54,35%), peserta pil (28,65%), peserta IUD (5,44%), peserta kondom (5,34 %), peserta implant (4,99%), peserta MOW (1,04 %) dan peserta MOP (0,2%).

Cakupan pencapaian peserta KB di Kota Palembang tahun 2012 pada peserta KB baru sebesar 2113 orang / 0,8% dan pada peserta KB aktif 212.487 orang / 80,9%, tahun 2013 peserta KB baru sebesar 4756 orang / 1,9% dan pada peserta KB aktif 192,077 / 77, 8% , dan pada tahun 2014 peserta KB sebesar 232.389 orang.

Berdasarkan data registrasi pada buku Dokumentasi Bidan Praktik Mandiri (BPM) Hj.Sri Nirmala Palembang jumlah ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya mulai dari K1 sampai K4 sebanyak 119 orang, kunjungan ibu nifas sebanyak 87 orang dan jumlah ibu bersalin dan bayi baru lahir masing-masing sebanyak 21 orang. .

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, penulis tertarik untuk menyusun studi kasus dengan judul "**Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."S" di Bidan Praktik mandiri Hj.Sri Nirmala palembang Tahun 2016"**

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny " S " di BPM Hj.Sri Nirmala Palembang Tahun 2016?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."S" di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Hj.Sri Nirmala palembang tahun 2016.

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Mampu melakukan pengkajian data subjektif asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”S” sejak kehamilan sampai menjadi akseptor KB dengan pendekatan manajemen kebidanan Tahun 2016.
b. Mampu melakukan pengkajian data objektif asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”S” sejak kehamilan sampai menjadi akseptor KB dengan pendekatan manajemen kebidanan Tahun 2016.
c. Mampu melakukan analisa data asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”S” sejak kehamilan sampai menjadi akseptor KB dengan pendektan manajemen kebidanan Tahun 2016.
d. Mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”S” sejak kehamilan sampai menjadi akseptor KB dengan pendekatan manajemen kebidanan Tahun 2016.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi BPM Hj.Sri Nirmala Palembang

mengetahui perkembangan ilmu kebidanan secara nyata dilapangan dan sesuai teori yang ada, serta dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan referensi untuk lahan praktek.

1.4.2 Bagi STIK Bina Husada Palembang

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi kepustakaan yang dijadikan sebagai informasi bagi mahasiswa STIK Bina Husada Palembang.

.1.4.3 Bagi Penulis

Untuk meningkatkan keterampilan dan meningkatkan kompetensi agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.4.3 Bagi Pasien

Mendapatkan asuhan kebidanan sesuai dengan standar pelayanan yang merupakan hak pasien.

1.5 Ruang Lingkup

1.5.1 Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu dengan memperhatikan *continuity of care* mulai hamil,bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.5.2 Asuhan Komprehensif dilakukan di BPM Hj.Sri Nirmala Palembang Jl.taqwa mata merah talang subur Rt.23 No.108.

1.5.3 Waktu yang diperlukan untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.”S” di Bidan Praktik Mandiri Hj.Sri Nirmala mulai 03 Mei – 15 Juni 2016.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Masa Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan 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 kalender 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)

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi ataau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu 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 (Elisabeth, 2015)

2.1.2 Proses kehamilan

Menurut (Manuaba,dkk.2014)Proses kehamilan terdiri dari :

1) Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks.

2) Spermatozoa

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks. Spermatogonium berasal dari sel primitif tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa. Pertumbuhan spermatozoa dipengaruhi matarantai hormonal yang kompleks dari panca indra, hipotalamus, hipofisis dan sel *intertitial leydig* sehingga spermatogonium dapat mengalami proses mitosis.

3) Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot.

4) Proses Nidasi atau Implantasi

Dengan masuknya inti spermatozoa ke dalam sitoplasma membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum yang dalam keadaan metafase. Proses pemecahan dan pematangan mengikuti bentuk anafase dan telofase sehingga pronukleusnya menjadi haploid.

5) Pembentukan Plasenta

Pada blastula, penyebaran sel trofoblas yang tumbuh tidak rata,sehingga bagian dari bastula dengan *inner cell mass* akan tertanam kedalam endometrium. Sel trofoblas menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta.

2.1.3 Tanda-tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Elisabeth, 2015).

1) Tanda dugan hamil

a) Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat diinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, amenorhea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

b) Mual *(nausea)* dan muntah (*emesis*)

Pengaruh ekstrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sicknes. Dalam batas tertentu

hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

c) Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulanan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

d) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala(senrtal) menyebabkan iskimea susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perrkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomamotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua

bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

g) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus kekandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h) Konstipasi atau obstipasi

pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

i) Pigmentasi Kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini :

(1) Sekitar pipi: clolasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)

(2) Sekitar leher tampak lebih hitam

(3) Dinding perut: strie livide/gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), strie nigra, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisae/nigra).

(4) Sekitar payudara: hiperpigmentasi aerola mamae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah menifes sekitar payudara.

(5) Sekitar pantar dan paha atas: terdapat strie akibat pembesaran bagian tersebut.

j) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

2) Tanda kemungkinan hamil

a) Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b) Tanda hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthimus uteri.

c) Tanda goodel

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

d) Tanda chadwick

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina tersebut juga porsio dan serviks.

e) Tanda piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f) Kontraksi braxton hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati daerah pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga.

g) Teraba ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

h) Pemeriksaan urine kehamilan (tes HCG) positif

Tes urine dilaksanakan minimal satu minggu setelah terjadi pembuahan. Tujuan dari pemeriksaan ini dalah mengetahui kadar hormon gonadotropi dalam urine. Kadar yang melebihi ambang normal, mengindikasikan bahwa wanita mengalami kehamilan.

3) Tanda pasti hamil

a) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksaan. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b) Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stethoscop laenec, djj baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c) Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

2.1.4 Pemeriksaan diagnostik kehamilan

Pemeriksaan dignotis kehamilan menurut Sulistyawati, 2011 adalah sebagai berikut:

1) Tes urine kehamilan (Tes HCG)
   a) Dilaksanakan seawal mungkin begitu diketahui ada amenore (satu minggu setelah koitus).
   b) Upayakan urine yang digunakan adalah urine pagi hari.
2) Palpasi abdomen

   Menggunakan cara leopoid dengan langkah sebagai berikut.

   a) Leopold I
      (1) Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus.
      (2) Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.
         (a) Pemeriksaan menghadap pasien
         (b) Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur barapa tinggi fundus uteri.
         (c) Meraba bagian apa yang ada di fundus. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin.

Gambar 2.1
Palpasi Leopold I

Sumber: Mochtar, 2011

b) Leopold II

(1) Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri ibu.

(2) Cara pelaksanaan adalah sebagai berikut.

(a) Kedua tangan pemeriksa berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu.

(b) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri kearah kanan.

(c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada di sebelah kanan (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin.

Gambar 2.2
Palpasi Leopold II

Sumber: mochtar, 2011

c) Leopold III

(1) Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah uterus.

(2) Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

(a) Tangan kiri menahan fundus uteri.

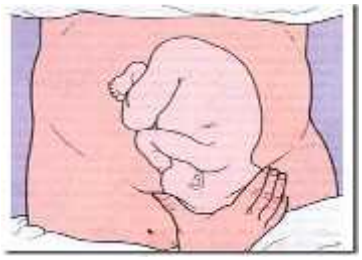
(b) Tangan kanan meraba bagian yang ada di bagian bawah uterus. Jika teraba bagian yang bulat, melenting, keras, dan dapat digoyangkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba bagian yang bulat, besar, lunak, dan sulit digerakkan, maka ini dalah bokong. Jika di bagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti di atas, maka pertimbangkan apakah janin dalam letak melenting.

(c) Pada letak sungsang (melintang) dapat dirasaakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan *ballottement* (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan).

(d) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih muda digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul,

namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul), lalu lanjutkan pada pemeriksaan leopoid IV untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

Gambar 2.3
Palpasi Leopold III



Sumber: Mochtar, 2011

d) Leopold IV

(1) Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.

(2) Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

(a) Pemeriksa menghadap kaki pasien

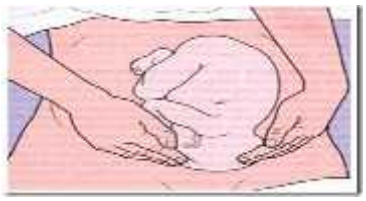
(b) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada di bawah

(c) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan di dua belah pihak yang berlawanan di bagian bawah.

(d) Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul.

(e) Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul.

Gambar 2.4
Palpasi Leopold



Sumber: Mochtar, 2011

3) Pemeriksaan USG

   a) Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosa pasti kehamilan.

   b) Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan.

4) Pemeriksaan rontgen

   a) Merupakan salah satu alat untuk melakukan penegakan diagnosis pasti kehamilan.

   b) Terlihat gambaran kerangka janin, yaitu tengkorak dan tulang belakang.

2.1.5 Tanda bahaya kehamilan

Menurut (Vivian,2011) Tanda bahaya kehamilan terdiri dari :

1) Perdarahan pervaginam

   Pada kehamilan muda perdarahan vaginam bisa disebabkan oleh Abortus, Kehamilan Mola dan kehamilan Ektopik. Pada kehamilan lanjut perdarahan pervaginam bisa disebabkan oleh Plasenta Previa dan Solusio Plasenta. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda dan lanjut ini mempunyai tanda dan gejala yang berbeda.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang hebat dapat terjadi selama kehamilan dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sebagai berikut:

a) Sakit kepala hebat.
b) Sakit kepala yang menetap
c) Tidak hilang dengan istirahat.

3) Masalah penglihatan/pandangan kabur

Penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengidentifikasikan keadaan yang mengacam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), dan berkunang-berkunang.

Selain itu, adanya skotoma, diplopia, dan ambiliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya preeklamsia berat yang mengarah pada eklamsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks serebri atau di dalam retina(edema retina dan spasme pemburuh darah). Perubahan penglihatan ini mungkin juga disertai dengan sakit kepala yang hebat.

4) Bengkak pada muka dan tangan

Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka. Edema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa sehingga tidak seberapa penting untuk

penentuan diagnosis preeklamsia. Selain itu, kenaikan BB 1/2 kg setiap minggunya dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali, maka perlu kewaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia.

5) Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkann masalah yang mengancam keselamtan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, abrupsio plasenta, infeksi saluran kemih, atau infeksi lain.

6) Gerakan bayi yang berkurang

a) Gerakan janin adalah suatu hal yang biasa terjadi pada kehamilan yaitu pada usia kehamilan 20-24 minggu. Ibu mulai merasakan gerak bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.

b) Gerakan janin tersebut dipengaruhi oleh berbagai hal yaitu umur kehamilan, transpor glukosa, stimulus pada suara, kebiasaan janin, ibu yang merokok, dan penggunaan obat-obatan oleh ibu hamil. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah.

c) Hal yang paling penting bahwa ibu hamil perlu waspada terhadap jumlah gerakan janin, ibu hamil perlu melaporkan jika terjadi penurunan/gerakan jnin yang terhenti.

d) Menilai gerakan janin yang berkurang dapat dilakukan dengan metode perhitungan gerakan janin oleh cardiff count to ten .

2.1.6 Asuhan Antenatal Care

1) Pengertian asuhan antenatal care

Suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penangan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Elisabeth, 2015).

2) Tujuan asuhan antenatal care

Menurut (Elisabeth, 2015) Tujuan asuhan antenatal care terdiri dari :

(a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.

(b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi.

(c) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.

(d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

(e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI ekslusif.

(d) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

3) Jadwal pemeriksaan antenatal

Jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagaai berikut:

(a) Pemeriksaan pertama

Pemeriksaan pertama dilkukan segera setelah diketahui terlambat haid.

(b) Pemeriksaan ulang

(1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan

(2) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan

(3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

(c) Frekuensi pelayanan antenatal oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut:

(1) 1 kali pada trimester pertama (K1)

(2) 1 kali pada trimester dua dan dua kali pada trimester ketiga (K4).

4) Pelayanan asuhan standar antenatal

Menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015 pelayanan ANC minimal 10T, yakni:

(a) Timbang berat badan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Kenaikan BB ibu hamil norma rata-rata antara 6,5 kg sampai 16 kg (Elisabeth, 2015).

(b) Tekanan darah

Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklamsia. Apabila turun di bawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah noraml berkisar systole/diastole: 110/80-120/80 mmHg.

(c) Pengukuran lingkar lengan atas (LILA)

Bila < 23,5 cm menunjukan ibu hamil menderita kurang energi kronis (ibu hamil KEK) dan berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

(d) Pengukuran tinggi fundus uteri

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik no pada tepi atas sympisis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan)

Tabel 2.1
Ukuran Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

No	Usia kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri
1	12	3 jari diatas simfisis (12cm)
2	16	Pertengahan pusat- simfisis(16cm)
3	20	3 jari dibawah simfisis (20cm)
4	24	Setinggi pusat (24 cm)
5	28	3 dijari diatas pusat (28cm)
6	32	Pertengahan pusat-prosesus xipiodeus(px)(32cm)
7	36	3 jari dibawah prosesus xipiodeus (36cm)
8	40	Pertengahan pusat-prosesus xipiodeus(40cm)

Sumber : Elisabeth, 2011

(e) Penentuan letak janin (presentasi janin) dan penghitungan denyut jantung janin

Apabila trimester III bagian bawah janin bukaan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali /menit menunjukkan ada tanda gawat janin, segera rujuk

(f) Pemberian tablet tambah darah (Tablet FE)

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas, karena masa kehamilan kebutuhan meningkat sering dengan pertumbuhan janin.

(g) Pemberian imunisasi TT

Untuk melindungi dari tetanus neonatrium. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah-merahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan.

Tabel 2.2
Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	% perlindunagn	Masa perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0%	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80%	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95%	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99%	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99%	25 tahun/seumur hidup

Sumber : Kusmiyati, 2012

(h) Tes laboratorium

(1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.

(2) Tes hemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (anemia).

(3) Tes pemeriksaan urine (air kencing).

(4) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis dan lain-lain.

(i) 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. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

(j) Tata laksana atau mendapatkan pengobatan

Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil.

2.1.7 Jadwal Kunjungan Ulang

Menurut (Sulistyawati, 2011) Untuk menerima manfaat yang maksimum dari kunjungan antenatal ini, maka sebaiknya ibu tersebut memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan, yang terdistribusi selama 3 trimester, yaitu sebagai berikut :

1) 1 kali pada trimester pertama (sebelum usia kehamilan 14 minggu)
2) 1 kali pada trimester II (antara usia kehamilan 12-28 minggu)
3) 2 kali pada trimester III (antara usia kehamilan 28-36 minggu)

2.2 Masa Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu dan maupun janin. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit (Dwi, 2012).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, dan diakhiri dengan pelahiran plasenta (Elisabeth, 2015).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2012).

2.2.2 Sebab-sebab Terjadinya Persalinan

Sebab terjadinya persalinan sampai saat ini masih merupakan teori-teori yang komplek. Faktor-faktor humoral, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf dan nutrisi disebut sebagai faktor yang mengakibatkan partus mulai. Perubahan-perubahan dalam biokomia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Seperti diketahui progesterone merupakan penenang bagi otot-otot uterus.

Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1 sampai 2 minggu sebelum partus dimulai. Plasenta menjadi tua, dengan tuanya kehamilan.Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat menganggu sirkulasi uteroplasenter, sehingga plasenta akan mengalami degenerasi. Berkurangnya nutrisi

pada janin, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan. Faktor lain yang dikemukakan ialah tekanan pada ganglion servikale dari frankenhauser yang terletak di belakang. Bila ganglion tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Elisabeth, 2015).

2.2.3 Jenis-jenis Persalinan

Menurut (Elisabeth,2015) jenis-jenis persalinan terdiri dari :

1) Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan
   a) Persalinan apontan bila persalinan berlangsung dengan tenaga sendiri dan melalui jalan lahir.
   b) Persalinan buatan bila dibantu dari luar misalnya vaccum ekstraksi, forceps, SC.
   c) Persalinan anjuran persalinan yang paling ideal karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinan yang paling ringn sehingga kualitas sumber daya manusia dapat terjamin.
2) Jenis persalinan menurut usia kehamilan
   a) Abortus adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup berat janin di bawah 1000 gram kehamilan di bawah 28 minggu.
   b) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1.000-2.500 gram.

c) Partus maturus adalah partus pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.

d) Partus postmaturus adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir.

e) Partus presipatatus adalah partus berlangsung cepat.

f) Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan.

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Pada setiap persalinan harus diperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah jalan lahir (*passage*), janin (*passanger*), kekuatan (*power*) (Sulistyawati, 2012).

1) *Passega* (Jalan Lahir)

Passage merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina.

(a) Bidang-bidang Panggul

(1) Bidang Hodge I, ialah bidang yang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium.

(2) Bidang Hodge II, ialah bidang yang sejajar degan Bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.

(3) Bidang Hodge III, ialah bidang yang sejajar degan Bidang Hodge I dan II terletak setinggi spina iskiadika kanan dan kiri.

(4) Bidang Hodge IV, ialah bidang yang sejajar degan Bidang Hodge I, II, dan III terletak setinggi os koksigis.

2) *Passenger* (janin)

Janin sebagai *passenger* sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan.

a) Plasenta

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

Sebab-sebab terlepasnya plasenta adalah:

Pelepasan plasenta ini terjadi dalam stratum spongeosum yang sangat banyak lubang-lubangnya. Jadi secara singkat faktor yang sangat penting dalam pelepasan plasenta ialah retraksi dan kontraksi otot-otot rahim setelah anak lahir.

Plasenta biasanya terlepas dalam 4-5 menit setelah anak lahir, mungkin pelepasan setelah anak lahir. Oleh kontraksi dan retraksi rahim terlepas dan sebagian karena tarikan waktu plasenta lahir (Elisabeth, 2015)

b) Air ketuban

Air ketuban berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas.

Seiring dengan pertambahan usia kehamilan, aktifitas organ tubuh janin juga memengaruhi cairan ketuban. Saat usia kehamilan mulai memasuki 25 minggu, rata-rata air ketuban didalam rahim 239 ml, yang kemudian meningkat menjadi 984 ml pada usia kehamilan 33 minggu.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban pada setiap saat sebelum permulaan persalinan tanpa memandang apakah pecahnya selaput ketuban terjadi pada kehamilan 24 atau 44 minggu (Elisabeth, 2015).

3) *Power* (His dan Mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament.

a) His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

Pembagian dan sifatnya:

(1) His palsu atau pendahuluan

(a) His tidak kuat, tidak teratur

(b) Dilatasi servik tidak terjadi

(2) His pembukaan kala I

(a) His pembukaan servik sampai terjadi pembukaan lengkap 10

(b) Mulai makin, teratur dan sakit

(3) His pengeluaran atau his mengejan (kala II)

(a) Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama

(b) His untuk mengeluarkan janin

(c) Koordinasi bersama antara: his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament

(4) His pelepasan uri (kala III)

(a) Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

(5) His pengiring (kala IV)

(a) Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (meriang) pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

b) Mengejan

Dalam proses persalinan normal ada 3 komponen yang amat menentukan, yakni passenger (janin), passage (jalan lahir) dan power (kontraksi). Agar proses persalinan berjalan lancar, ketiga komponen tersebut harus sama-sama dalam kondisi baik (Elisabeth, 2015).

2.2.5 Tanda dan Gejala Persalinan

Tanda dan gejala persalinan antara lain perasaan distensi abdomen berkurang (*lightening)*, persalinan palsu, ketuban pecah dini, *bloody show*, lonjakan energi, dan gangguan pada saluran cerna. Tanda dan gejala ini pada umumnya dialami oleh setiap wanita tetapi ada yang tidak sama sekali.

Terjadi Lightening. Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurun fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan berjalan, dan sering berkemih.

Terjadi His permulaan. Pada saat hamil muda sering terjadi kotraksi Braxton Hicks. Kontrasi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesteron, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai His palsu. Sifat His permulaan (palsu) adalah rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda, durasinya pendek, dan tidak bertambah bila beraktivitas (Sulistyawati, 2012).

2.2.6 Tahap-Tahap Persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

a) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

(1) Pembukaan kurang dari 4 cm

(2) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

b) Fase aktif

(1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya menigkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

(2) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm/ lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10)

(3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin

(4) Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase, yaitu:

(a) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm

(b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

(c) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap (Elisabeth, 2015).

2) Kala II (Pengeluaran bayi)

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, di mulai dri pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran

akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosa persalinan kala II ditegakkn dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut.

a) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik
b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya *fleksus frankenhouser.*
d) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu suboksiput bertindak sebagai *hipomochlion,* berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut.
    (1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam keatas untuk melahirkan bahu belakang.
    (2) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.

(3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

(4) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3) Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *nitabusch.* Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

a) Uterus menjadi berbentuk bundar

b) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim

c) Tali pusat bertambah panjang

d) Terjadi perdarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uterus.

Sebab-sebab terlepasnya plasenta

(1) faktor yang paling penting dalam pelepasan plasenta ialah retraksi dan kontraksi uterus setelah anak lahir.

(2) Ditempat pelepasan plasenta yaitu antara plasenta dan desidua basalis terjadi perdarahan, karena hematom ini membesar maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematom tersebut sehingga daerah pelepasan meluas

4) Kala IV (Observasi)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selam 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertma. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

a) Tingkat kesadaran pasien
b) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernafasan
c) Kontraksi uterus
d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati, 2012).

2.2.7 Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan normal adalah asuhan kebidanan pada persalinan normal yang mengacu kepada asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir serta upaya pencegahan komplikasi (Prawihardjo, 2014).

2.2.8 Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Sulistyawati, 2010).

2.2.9 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Menurut (Prawirohardjo, 2014) 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal terdiri dari :

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

7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi).
8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan caraa mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit)
    a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
    b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
    a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keingginan untuk meneran
    b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
    c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
    d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
    e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu
    f) Menganjurkan asupan cairan per oral
    g) Menilai DJJ setiap lima menit
    h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
    i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.

j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu
16) Membuka partus set
17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan tau bernapas cepat saat kepala lahir
19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih
20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
    a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
    b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya
21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke luar untuk melahirkan bahu posterior
23) Setelah kedua bahu dikahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangaan anterior bayi saat keduanya lahir
24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke araah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hari-hari membantu kelahiran kaki.
25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi,
26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/im

27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut
29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai
30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
34) Memindahkan klem pada tali pusat
35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

36) Menunggu uterus berkontrksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
    a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.
37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
    a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva
    b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan taali pusat selama 15 menit:
        (1) Mengulangi pemberian oksiton 10 unit I.M
        (2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
        (4) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan
        (5) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya
        (6) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
    a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggi.
39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketubaan lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
    a) Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai
41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik
43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air

disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering

44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat
45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama
46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %
47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering
48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam
    a) 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
    b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
    c) Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pascapersalinan
    d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri
    e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai
50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
51) Mengevaluasi kehilangan darah

52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pescapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan
    a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan
    b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai
55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih
58) Mencelupkan sarung tangan kotor k

d) Jika ibu dan pasangan telah memilih metode KB tertentu, dalam 2 minggu ibu dianjurkan untuk kembali. Hal ini untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik (Vivian, 2011).

2.3.3 Tanda bahaya pada ibu nifas

Menurut (KeMenkes RI, 2015) Tanda bahaya pada masa nifas yaitu :

1) Perdarahan lewat jalan lahir.
2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir.
3) Demam.
4) Bengkak di muka, tangan, atau kaki, disertai sakit kepala dan atau kejang.
5) Nyeri atau panas di daerah tungkai.
6) Payudara bengkak, berwarna kemerahan, dan sakit.
7) Putting lecet.
8) Ibu mengalami depresi (antara lain menangis tanpa sebab dan tidak peduli pada bayinya).

2.3.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi
   a) Involusi uterus

      Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uteru. Dalam masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan

berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini dalam keseluruhannya disebut involusi. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan desidua/ endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochia. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil.

Tabel 2.3
Perubahan normal pada uterus selama postpartum

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (1 Minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Heryani, 2015

Uterus, segera setelah kelahiran bayi, plasenta, dan selaput janin, beratnya sekitar 1000g. Berat uterus menurun sekitar 500g pada akhir minggu pertama pascapartum dan kembali padaa berat yang biasanya pada saat tidak hamil, yaitu 70g pada minggu kedelapan pasapartum. Penurunan ukuran yang cepat ini direfleksikan dengan perubahan lokasi uterus, yaitu uterus turun dari abdomen dan kembali menjadi organ panggul. Segera setelah kelahiran, tinggi fundus uteri (TFU) terletak sekitar 2/3 – 3/4 bagian

atas antara simfisis pubis dan umbilicus. Letak TFU kemudian naik sejajar, dengan umbilicus dalam beberapa jam (Heryani, 2015).

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut.

(1) Iskemia miometrium

Kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Autolisis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus.

(3) Efek oksitosin

Menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus (Vivian, 2011).

b) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat lika ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanyaa sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus.

c) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

d) Perubahan pada serviks

Perubahan-perubahan yang terdapat oada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah.pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah.

e) Lokhea

Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkasi yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Sekret mikroskopik lokia terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel, dan bakteri. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya sebagai berikut.

(1) Lokia rubra/merah (kruenta)

Muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorio. Lokia ini terdiri atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah.

(2) Lokia sanguinolenta

Lokia ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 3-5 hari postpartum.

(3) Lokia serosa

Lokia ini muncul pada hari ke 5-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lokia ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

(4) Lokia alba

Lokia ini muncul lebih dari hari ke-10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

Bila pengeluaran lokia tidak tidak lancar, maka disebut *lochiastasia.* Jika lokia tetap berwarna merah setelah 2 minggu ada kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi yang

kurang sempurna yang sering disebabkan retroflexia uteri. Total jumlah rata-rata pembuangan lokia kira-kira 8-9 oz atau sekitar 240-270 ml.

f) Perubahan pada vagina dan perineum

Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat sekitar minggu keempat, walaupun tidak akan menonjol pada wanita nulipara. Pada umummnya rugae akan memipih secara permanen. Mukosa tetap atrofik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi sering pemulihn fungsi ovarium.

Kekurangan estrogen menyebabkan penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan mukosa vagina. Kekeringan lokal dan rasa tidak nyaman saat koitus (dispareunia) menetap sampai fungsi ovarium kembali normal dan menstruasi dimulai lagi. Biasanya wanita dianjurkan menggunakan pelumas larut air saat melakukan hubungan seksual untuk mengurangi nyeri.

2) Perubahan Tanda-Tanda Vital

Fungsi pernapasan kembali pada fungsi saat wanita tidak hamil yaitu pada bulan keenam setelah wanita melahirkan. Setelah rahim kosong, diafragma menurun, aksis jantung kembali normal, serta implus dan EKG kembali normal.

a) Suhu badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38^{o}C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan

kelelahan. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endomentrium, mastisis, traktus genitalis, atau sistem lain

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

c) Tekanan darah

Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum.

d) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas.

3) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

a) Volume darah

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc.

b) Curah jantung

Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang

biasanya melintas sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

c) Perubahan sistem hematologi

Pengertian hematologi adalah selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat di mana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum.

4) Sistem Pencernaan Pada Masa Nifas

a) Nafsu makan

Sering kali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum saat usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

b) Pengosongan usus

Kebiasaan buang air yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal. kebiasaan mengosongkan usus secara regular perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus.

Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit untuk defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Supositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas. Akan tetapi, terjadinya konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila ibu buang air besar.

5) Perubahan Sistem Perkemihan

a) Fungsi sistem perkemihan

(1) Mencapai hemostatis internal

(a) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Cairan yang terdapat dalam tubuh terdiri atas air dan unsur-unsur yang terlarut didalamnya. Sebanyak 70% dari air tubuh terletak di dalam sel-sel dan dikenal sebagai cairan intraselular. Kandungan air sisanya disebut cairan ekstraselular. Cairan ekstraselular dibagi antara plasma darah dan cairan yang langsung memberikan lingkungan segera untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial.

(b) Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh

(c) Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume air yang terjadi pada tubuh karena pengeluaran berlebihan dan tidak diganti.

(2) Keseimbangan asam basa tubuh

Batas normal ph cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila ph >7,4 disebut alkalosis dan jika ph <7,35 disebut asidosis.

(3) Mengeluarkan sisa metabolisme, racun, dan zat toksin

Ginjal mengekskresi hasil akhir metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama: urea, asam urat, dan kreatinin.

b) Sistem urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan penyebab penurunan fungsi ginjal selama masa postpartum.

c) Komponen urine

Glikosuria ginjal diinduksikan oleh kehamilan menghilang. Laktosuria positif pada ibu menyusui merupakan hal yang normal. *Blood Urea Nitrogen* (BUN) yang meningkat selama pasca-partum, merupakan akibat autolisis uterus yang berivolusi.

(1) Diuresis postpartum

Diuresis postpartum, yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tuubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan

melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa postpartum.

(2) Uretra dan kandung kemih

Uretra dan meatus urinarius bisa juga mengalaami edema. Kombinasi trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anestesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomi menurunkan atau mengubah refleks berkemih. Penurunan berkemih terjadi seiring diuresis postpartum dapat menyebabkan distensi kandung kemih (Vivian, 2011).

2.3.5 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut (Vivian, 2011) Adapatasi psikologis masa nifas terdiri dari :

1) Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya.

2) Fase taking hold

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidak mmpuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

3) Fase letting go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat ddiperlukan ibu.

2.3.6 Frekuensi Kunjungan pada Masa Nifas

Menurut (Heryani, 2012) Frekuensi kunjungan pada masa nifas terdiri dari :

1) Kunjungan I (6 – 8 jam setelah persalinan)

Tujuan :

a) Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri
b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga, bagaimana mencegah perdarahan masa nifa karena atonia uteri

d) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir

e) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi

f) Tali pusat harus tetap kering, ibu perlu diberitahu bahaya membubuhkan sesuatu pada tali pusat bayi

g) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil

2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

Tujuan:

a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau

b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal

c) Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat

d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit

e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan : sama dengan kunjungan II

4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan:

a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang dialami ibu atau bayi
b) Memberikan konseling untuk KB secara dini
c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau PKM untuk ditimbang dan imunisasi.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian bayi baru lahir

Yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2013).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badanya 2.500-4.000 gram (Vivian, 2013).

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Sitiatava, 2012).

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Vivian (2015), ciri-ciri bayi lahir normal adalah sebagai berikut :

1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
2) Berat badan 2.500-4.000 gram
3) Panjang badan 48-52 cm
4) Lingkar dada 30-38 cm
5) Lingkar kepala 3-35 cm

6) Lingkar lengan 11-12 cm
7) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit
8) Pernapasan ± 40-60 x/menit
9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
11) Kuku agak panjang dan lemas
12) Nilai APGAR > 7
13) Gerak aktif
14) Bayi lahir langsung menangis kuat
15) Refleks rooting (mencari putting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16) Refleks sacking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
17) Refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik
19) Genitalia
    a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan lestis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
    b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora
20) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

Tabel 2.4
Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	> 100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : Vivian, 2015

Menurut (Vivian, 2012), Interpretasi:

1) Nilai 1-3 asfiksia berat
2) Nilai 4-6 asfiksia sedang
3) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Vivian, 2012).

2.4.3 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Menurut (Vivian, 2013) Asuhan pada Bayi Baru Lahir ,yaitu :

1) Membersihkan jalan nafas

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

a) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.

b) Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang

c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril

d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain.

2) Cara memotong tali pusat

a) Menjepit tali dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem-2 dengan jarak 2 cm dari klem

b) Memegang tali pusat di antara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat di antara 2 klem

c) Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilikus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kassa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%

d) Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu.

3) Mempertahankan suhu tubuh BBL dan mencegah hipotermia

a) Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir

Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu

tubuh. Hal ini mengakibatkan serangan dingin (cold stress) yang merupakan gejala awal hipotermia.

b) Untuk mencegah terjadinya hipotermia, bayi yang baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan telungkup di atas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu

c) Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil

Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan menangis kuat bis dimandikan ± 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat.

d) Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir

Ada empat cara yang membuat bayi kehilangan panas, yaitu melalui radiasi, evapotasi, konduksi, dan konveksi.

(1) Memberi vitamin k

Untuk mencegah terjadinya perdarahan, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg I.M.

(2) Memberi obat tetes/salep mata

Dibeberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oplitalmic neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorhoe tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata

eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).

(3) Identifikasi bayi

(a) Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, di kamar bersalin dan di ruang rawat bayi.

(b) Alat yang digunakan harus kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas.

(c) Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum : nama (bayi, nyonya) tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu.

(d) Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi.

(4) Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan. Pemantauan 2 jam pertama sesudah lahir meliputi :

(a) Kemampuan menghisap kuat atau lemah.

(b) Bayi tampak aktif atau lunglai.

(c) Bayi kemerahan atau biru.

2.4.4 Tanda bahaya pada bayi baru lahir

1) Tidak mau menyusu
2) Kejang-kejang
3) Lemah
4) Sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
5) Bayi merintih atau menangis terus menerus
6) Tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah
7) Demam/panas tinggi
8) Mata bayi bernanah
9) Diare/buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari
10) Kulit dan mata bayi kuning
11) Tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat.

2.4.5 Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak terpapar dengan penyakit tidak akan menderita penyakit tersebut karena sistem memori (daya ingat), ketika vaksin masuk kedalam tubuh maka akan dibentuk antibiodi unutk melawan vaksin tersebut dan sistem memori akan menyimpan sebagai suatu pengalaman (Proverawati, 2012).

Menurut Rukiyah (2012). Imunisasi dapat diberikan pada balita dengan usia sebagai berikut :

Tabel 2.5
Imunisasi

umur bayi	jenis imunisasi
0-7 hari	Hepatitis B (HB) 0
1 Bulan	BCG, POLIO 1
2 Bulan	DPT/HB 1, POLIO 2
3 Bulan	DPT/HB 2, POLIO 3
4 Bulan	DPT/HB 3, POLIO 4
9 Bulan	CAMPAK

Sumber : Rukiyah, 2012

Menurut Prawirohardjo (2014), imunisasi dapat melindungi dari penyakit dan mencegah dari kecacatan dan kematian yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.6
Fungsi Imunisasi

VAKSIN	MENCEGAH PENULARAN PENYAKIT
HEPATITIS B	Hepatitis B dan kerusakan hati
BCG	TBC (Tuberkolosis) yang berat
POLIO	Polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai atau lengan
DPT	Difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan napas, batuk rejan (batuk 100 hari) Tetanus
CAMPAK	Campak yang dapat menyebabkan komplikasi radang paru, radang otak dan kebutaan

Sumber : Prawirohardjo, 2014

2.5 Masa KB

2.5.1 Pengertian KB

Keluarga berencana (kb) adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulistywati, 2013).

Keluarga berencana adalah untuk meningkatkan jumlah penerimaan dan kualitas KB kepada masyarakat (Manuaba, 2013).

Secara umum (KB) dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut (Mulyani, 2013)

2.5.2 Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut.

1) Ibu

   Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran. Adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut.

   a) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksinya.
   b) Meningkatkan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran akan anak tersebut memang diinginkan.

2) Suami

   Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut.

   a) Memperbaiki kesehatan fisik
   b) Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya.

3) Seluruh keluarga

Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosila setiap anggota keluarga dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orang tuanya.

2.5.3 Macam-macam Metode KB

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode KB sederhana adalah metode KB yang digunakan tanpa bantuan orang lain. Yang termasuk KB sederhana adalah.

a) Metode Kondom

(1) Kondom untuk laki-laki

Menurut riwayatnya. Kondom sudah digunakan di Mesir sejak tahun 1350 sebelum Masehi. Baru abad ke-18, sarung ini mendapat nama “kondom” yang pada waktu itu dipakai dengan tujuan mencegah penularan penyakit kelamin (Ari Sulistyawati, 2013).

Konsep kerja kondom adalah menghalangi tertumpahnya sperma ke dalam vagina sehingga spermatozoa tidak mungkin masuk ke dalam rahim dan seterusnya. Kegagalan kondom terjadi bila karet kondom bocor atau robek, dan menarik penis setelah lemah sehingga sebagian sperma dapat masuk vagina (Manuaba, 2013).

Ada dua jenis kondom, yaitu kondom kulit dan kondom karet. Kondom kulit dibuat dari usus domba. Kondom karet lebih elastis dan murah sehingga lebih banyak digunakan (Sulistyawati, 2013).

Keuntungan kontrasepsi kondom adalah murah, mudah didapatkan (gratis), tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangaan yang berpendidikan. Sedangkan kerugiannya adalah kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermisid, dan sulit dipasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah. Kondom yang dipakai bersamaan dengan pantang berkala mempunyai efektivitas yang makin meningkat (Manuaba, 2013).

(2) Kondom wanita

Kondom untuk wanita adalah suatu sarung poliuretan dengan panjang 15 cm dan garis tengah 7 cm yang ujungnya terbuka melekat ke suatu cincin poliuretan lentur.

Indikasi apabila pasangan menghendaki pihak wanitaa yang menggunakan metode barier reversibel sebagai kontrasepsi. Untuk perlidungan maksimum terhadap infeksimenular seksual.

Keuntungan dari kontrasepsi dapat dibeli tanpa resep disebagaian besar apotik , memberikan perlindungan yang tinggi terhadap infeksi menular seksual (IMS), lebih kuat daripada kondom laki-lakidan bagi pasangan pria, penurunan kenikmatan seks lebih kecil dibandingkan

kondom laki-laki. Sedangkan kerugiannya kenikmatan bisa terganggu karena timbul suara gemerisik saat berhubungan intim, penampilan kurang menarik, pada awal menggunakan alat ini proses pemasangannya mungkin agak sulit, kadang-kadang dapat terdorong seluruhnya ke dalam vagina, dan harganya masih mahal.

b) Coitus Interuptus

Coitus interruptus merupakan kontrasepsi yang paling tua dan telah dikenal sejak abad ke-18. Coitus interuptus atau senggama terputus adalah menghentikan senggama dengan mencabut penis dari liang vagina pada saat suami menjelang ejakulasi.

Efek samping coitus interuptus menyebabkan hipertropi prostat, importensi dan bendungan panggul tetapi belum ada bukti ilmiah yang menyebutkan hal tersebut. Tetapi bila salah satu pasangannya tidak setuju dapat menyebabkan ketegangan sehingga merusak keharmonisan hubungan seksual.

c) Keluarga Berencana Alami

Keluarga berencana alami didasarkan pada siklus masa subur dan tidak subur seorang wanita. Dasar utamanya yaitu saat terjadinya ovulasi. Sperma dapat hidup ± 3 hari setelah ejakulasi, maka ovulasi harus sudah dapat diramalkan sebelumnya. Untuk menentukan saat ovulasi ada 3 cara, yaitu:

(1) Metode kalender

Pasangan suami istri tidak senggama pada saat suburnya istri. Masa subur wanita adalah masa ketika sel telur keluar dari indung telur, yaitu 14 hari sebelum haid yang akan datang, atau hari yang ke 12 sampai hari ke 16.

(2) Metode suhu basal

Dasarnya adalah naiknya suhu basal pada waktu ovulasi karena kadar progesterone naik antara 0,3-0,5 C. Peningkatan segera/berangsur-angsur dan terus menerus. Seperti bentuk tangga atau gambaran gigi gergaji. Suhu basal diukur dengan termometer khusus dan dicatat pada kartu grafik, hal ini untuk mengetahui perubahan suhu dan bukan nilainya.

(3) Metode lendir serviks

Dasarnya adalah perubahan kualitatif dan kuantitatif dari lendir serviks yang dipengaruhi hormon ovarium.

d) Diafragma

Diafragma merupakan suatu alat yang berfungsi untuk menutup serviks dari bawah sehingga sel mani tidak dapat memasuki saluran serviks, biasanya dipakai dengan spermicida.

Cara kerja diafragma

Diafragma berfungsi sebagai penghalang fisik selama berhubungan seksual, untuk mencegah sperma mencapai serviks sehingga sperma tidak

memperoleh akses ke saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi).

Keuntungan dari diafragma adalah efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan akseptor, dan tidak mempunyai pengaruh sistemik. Sedangkan kekurangan dari difragma adalah dapat terjadi sensitifasi terhadap karet atau spermatisida, dapat menyebabkan infeksi, dan perlu penyuluhan dan penjelasan secara berkala oleh tenaga kesehatan.

e) Kontrasepsi Kimiawi atau Spermicida

Spermicida adalah suatu zat atau bahan kimia yang dapat mematikan dan menghentikan gerak atau melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina, sehingga tidak dapat membuahi sel telur.

(1) Tablet vagina

Tablet ini berbentuk cairan pil atau tablet yang akan membentuk busa apabila kontak dengan mukosa vagina dengan bantuan gerakan-gerakan pada saat senggama.

(2) Kream dan jelly

Kream dan jelly adalah bahan kimia yang mudah mencair pada suhu tubuh, dan mudah menyebar ke seluruh liang vagina.

(3) Aerosol (foam atau busa)

Aerosol dikemas dalam kaleng/kontainer bersama dengan alat untuk memasukkannya (aplikator).

Efektifitas dari aerosol adalah cukup efektif apabila dipakai dengan kontrasepsi lain seperti kondom diafragma. Kegagalan teoritis 3 %, praktis berkisar 10-30 %.

Keuntungan dari aerosol adalah tidak memerlukan resep dokter, mudah pemakaiannya, dan dapat berfungsi sebagai pelicin dalam vagina. Sedangkan kerugian dari aerosol adalah memerlukan motivasi terus-menerus, dapat menimbulkan reaksi alergi dan iritasi.

Efek samping dari aerosol adalah rasa panas dan nyeri pada kemaluan serta lecet-lecet (dermatitis kontak). Penanggulangannya adalah dengan cara menghentikan pemakaian dan ganti dengan cara lain.

(4) Tissu KB (intravag)

Tissu KB adalah alat kontrasepsi wanita yang digunakan dalam vagina sebelum bersenggama yang berbentuk kertas tipis dan mengandung obat spermatisida.

2) Metode Kontrasepsi Efektif

Metode kontrasepsi efektif adalah metode yang dalam penggunaanya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakaian tinggi serta angka kegagalan rendah bila dibandingkan dengan metode kontrasepsi sederhana. Metode kontrasepsi efektif ini terdiri dari pil KB, suntik KB, AKBK danAKDR.

a) Pil KB

Pil KB adalah suatu cara kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil atau tablet di dalam strip yang berisi gabungan hormon estrogen dan progesterone atau yang hanya terdiri dari hormon progesterone saja.

Keuntungan dari pil KB

(1) Reversibilitasnya atau kembalinya kesuburan tinggi.
(2) Mudah menggunakannya.
(3) Mengurangi rasa sakit pada waktu menstruasi.
(4) Mencegah anemia defesiensi zat besi.
(5) Mengurangi kemungkinan infeksi panggul dan kehamilan ektopik.
(6) Mengurangi resiko kanker ovarium.
(7) Cocok sekali digunakan untuk menunda kehamilan pertama dari PUS muda.
(8) Tidak mempengaruhi produksi ASI pada pil yang mengandung progesterone antara lain exluton/mini pil.
(9) Tidak mengganggu hubungan seksual.

Sedangkan kerugian dari pil KB

(1) Memerlukan disiplin dari pemakaian.
(2) Dapat mengurangi ASI pada pil yang mengandung estrogen.
(3) Dapat meningkatkan resiko infeksi klamidia.
(4) Nyeri payudara.
(5) Berhenti haid tetapi pada penggunaan pil kombinasi jarang terjadi.

(6) Mual terutama pada 3 bulan pertama pemakaian.

(7) Dapat meningkatkan tekanan darah.

(8) Tidak dianjurkan pada wanita yang berumur diatas 30 tahun karena akan mempengaruhi keseimbangan metabolisme tubuh.

Indikasi dari pil KB

(1) Siklus haid tidak teratur.

(2) Usia subur.

(3) Telah mempunyai anak atau yang belum mempunyai anak.

(4) Anemia karena haid yang berlebihan, dan nyeri haid yang hebat.

Kontra indikasi dari pil KB

(1) Menyusui, kecuali pil mini.

(2) Pernah sakit jantung.

(3) Tumor/keganasan.

(4) Kelainan jantung, varises dan darah tinggi.

(5) Perdarahan pervaginam (perdarahan melalui liang senggama, kecuali tidak diketahui penyebabnya).

(6) Migrain (sakit kepala yang hebat).

(7) Penyakit hepatitis.

Efek samping dan cara penangulangannya:

(1) Perdarahan Pervaginam/Spotting

Keluhannya adalaah terjadinya bercak-bercak perdarahan diantara masa haid, terutama pada bulan-bulan pertama pemakaian pil KB.

Penanggulangan

(a) Jelaskan kepada akseptor bahwa hal ini akibatkan pengaruh hormon dalam tubuh, dan tidak berbahaya bagi kesehatan.

(b) Pemberian obat dapat dilakukan dengan pemberian preparat estrogen.

(c) Bila perdarahan timbul lagi, ganti dengan metode kontrasepsi yang lain.

(2) Tekanan Darah Meningkat

Gejala dan keluhannya adalah tekanan darah yang sama aatau lebih tinggi dari 140 mmHg sistolik, atau diastolik 90 mmHg dalam keadaan istirahat dan akseptor kadang-kadang merasa pusing atau sakit kepala.

Penanggulangan

(a) Menjelaskan bahwa pil KB tidak menyebabkan tekanan darah tinggi, akan tetapi pada wanita yang mempunyai bakat atau riwayat tekanan darah tinggi, maka gejala darah tinggi akan lebih jelas.

(b) Bila terdapat kenaikan tekanan darah perlu dikonsulkan ke spesialis penyakit dalam dan sebaiknya diganti dengan alat kontrasepsi non hormonal.

(3) Perubahan Berat Badan

Gejala dan keluhannya adalah berat badan bertambah atau berkurang beberapa kilo gram dalam beberapa bulan setelah pemakaian pil KB.

Penanggulangan

(a) Kenaikan berat badan adalah salah satu efek samping pemakaian pil, akan tetapi tidak selalu kenaikan berat tersebut diakibatkan dari pemakaian pil KB.

(b) Pengobatan diet merupakan pilihan yang utama.

(4) Kloasma

Gejala dan keluhannya adalah terjadi hiperpigmentasi berwarna coklat dan biasanya timbul pada daaerah dahi dan pipi sebelah atas.

Penanggulangan

(a) Salah satu efek samping pemakaian pil adalah kloasma, hal ini tidak berbahaya, tetapi perlu dideteksi secara dini.

(b) Dianjurkan untuk memeriksakan diri secara teratur setiap 4 atau 6 bulan sekali ke bidan.

(c) Bila mengganggu, dirujuk ke dokter ahli kulit dan anjurkan ganti cara kontrasepsi bukan hormonal.

(5) Tromboemboli

Gejala dan keluhannya adalah tersumbatnya pembuluh darah oleh darah yang membeku (trombus).

Penanggulangan

(a) Adanya kemungkinan terjadinya tromboemboli, walaupun sangat kecil, dan biasanya dapat dikurangi kemungkinannya dengan pemakaian pil KB dengan dosis estrogen rendah.

(b) Segera hentikan pemakaian pil KB.

(c) Bila diagnosa pasti sudah dibuat, segera dirujuk ke rumah sakit.

(6) Air Susu Berkurang

Gejala dan keluhannya adalaah air susu ibu berkurang bahkan kadang-kadang sampai berhenti setelah pemakaian pil KB dengan estrogen.

Penanggulangan

(a) Pemakaian pil KB tidak dianjurkan pada wanita yang menyusui.

(b) Pemberian vitamin B6 50 mg 3x1 tablet sehari.

(7) Rambut Rontok

Gejala dan keluhannya adalah apabila rontoknyo rambut setelah pemakaian pil KB lebih banyak dibandingkan sebelum menggunakan pil KB.

Penanggulangan

(a) Rontoknya rambut tersebut sangat jarang terjadi, biasanya bersifat sementara.

(b) Hentikan pemakaian pil.

(8) Varises

Gejala dan keluhannya adalah rasa pegal dan nyeri pada tungkai serta terdapat pelebaran pembuluh darah balik (vena) pada ekstrimitas bawah yang biasanya terlihat meninjol dibawah kulit.

Penanggulangan

(a) Varises hanya terjadi pada wanita tertentu tidak pada semua orang.

(b) Anjurkan untuk menggunakan perband elastis pada tungkai dan bila istirahat/tidur meninggikan tungkai.

Pusing dan Sakit Kepala

Gejala dan keluhannya adalah rasa berputar atau sakit pada kepala, yang dapat terjadi pada satu sisi atau seluruh, bagian kepala.

Penanggulangan

(a) Menjelaskan bahwa kemungkinan tersebut mungkin ada, tetapi biasanya bersifat sementara dan jarang terjadi.

(b) Pemberian anti prostoglandin dan obat-obat pengurang rasa sakit.

(c) Bila tidak ada perubahan ganti dengan kontrasepsi non hormonal.

b) Suntikan KB

Terdapat dua jenis kontrasepsi hormon suntikan KB, jenis yang beredar di Indonesia adalah:

(1) Yang hanya mengandung hormon progesteron yaitu:

(a) Depo Provero 150 mg.

(b) Depo Progestin 150 mg

(c) Depo geston 150 mg

(d) Noristerat 200 mg.

(2) Yang mengandung 25 mg Medroxy progesterone acetat daan 5 mg estradiol cypionate yaitu Cyclofem.

Efektifitas sangat tinggi, kegagalan kurang dari 1 %.

Keuntungan suntik KB

(a) Praktis efektif dan aman

(b) Tidak mempengaruhi ASI, cocok digunakan untuk ibu menyusui.

(c) Dapat menurunkan kemungkinan anemia.

Kontra indikasi suntik KB

(a) Tersangka hamil

(b) Perdarahan akibat kelainan ginekologi atau (perdarahan dari liang senggama) yang tidak diketahui penyebabnya.

(c) Adanya tanda-tanda tumor/keganasan.

(d) Adanya riwayat penyakit jantung, hati, tekanan darah tinggi, kencing manis (penyakit metabolisme).

Efek samping dan cara penanggulangannya

a) Gangguan Haid

Gejala dan keluhan:

Terdapat beberapa istilah bagi gangguan haid.

(1) Amenore adalah tidak datangnya haid selama akseptor mengikuti suntikan KB selama 3 bulan berturut-turut atau lebih.

(2) Spotting adalah bercak-bercak perdarahan di luar haid yang terjadi selama akseptor mengikuti KB suntik.

(3) Metrorhagie adalah perdarahan yang berlebihan diluar siklus haid.

(4) Menometorhagie adalah datangnya darah haid yang berlebihan jumlahnya tetapi masih dalam siklus haid.

Penanggulangan

(5) Pelayanan konseling:

Memberikn penjelasan kepada calon akseptor suntik bahwa pemakaian suntikan dapat menyebabkan gejala-gejala tersebut dan gejala-gejala tersebut adalah akibat pengaruh hormonal suntikan. Biasanya gejala-gejala perdarahan tidak berlangsung lama.

(6) Bila terjadi perdarahan, dapat pula diberikan preparat estrogen.

b) Depresi

Gejala dan keluhannya adalah rasa lesu, tak bersemangat untuk bekerja dan melakukan aktifitas sehari-hari.

Penanggulangan

(1) Jelaskan kepada calon akseptor guna menghindari perasaan bersala dari calon akseptor.

(b) Therapi psikologis bagi yang menderita depreesi.

c) Keputihan

Gejala dan keluhannya adalah adanya cairan putih yang berlebihan yang keluar dari liang senggama dan terasa menggangu.

Penanggulangan

(1) Jelaskan bahwa peserta suntik jarang terjadi keputihan.

(2) Anjurkan untuk menjaga kebersihan alat genitalia dan pakaian d alam agar tetap bersih dan kering.

(3) Bila keputihan sangat mengganggu sebaiknya dirujuk untuk mendapatkan pengobatan yang tepat.

d) Jerawat

Gejala dan keluhannya adalah timbulnya jerawat diwajah atau badan

Penanggulangan

Pemberian vitamin A dan vitamin E dosis tinggi. Bila disertai infeksi dapat diberikan preparat tetracycline 250mg 2x1 kapsul selama 1 atau 2 minggu.

e) Perubahan Libido

Gejala dan keluhannya adalah menurunnya atau meningkatnya libido akseptor.

Penanggulangan

Menjelaskan kepada klien kemungkinan hal ini, dan sifatnya yang subjektif. Perubahan libido bisa disebabkan banyak faktor.

f) Perubahan Berat Badan

Gejala dan keluhannya adalah berat bdan bertambah atau turun beberapa kilogram dalam beberapa bulan setelah pemakaian suntikan KB.

Penanggulangan

(1) Kenaikan penurunan BB adalah salah satu efek samping dari pemakaian suntikan, akan tetapi tidak selalu perubahan berat tersebut diakibatkan dari pemakaian suntik KB.

(2) Pengaturan diet merupakan pilihan yang utama.

g) Pusing dan Sakit Kepala

Gejala dan keluhannya adalah rasa berputar/sakit kepala, yang dapat terjadi pada satu sisi atau kedua sisi atau seluruh bagian kepala.

Penanggulangan

(1) Bahwa kemungkinan tersebut mungkin ada, tetapi jarang terjadi. Biasanya bersifat sementara.

(2) Pemberian anti prostaglandin atau obat mengurangi keluhan.

(3) Bila tidak ada perubahan ganti cara kontrasepsi non hormonal.

c) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK/Implant)

Pengertian AKBK adalah alat kontrasepsi yang disusupkan dibawah kulit. Preparat yang terdapat saat ini adalah implant dengan nama dagang "NORPLANT". Implant terdiri dari 6 batang, 4 bataang bahkan 1 batang kapsul silastik, dimana setiap kapsulnya berisi *levonorgestrel* sebanyak 36mg.

Cara kerja dalam mencegah kehamilan

Dengan dilepaskannya hormon levonorgestrel secara konstan dan kontinyu maka cara kerja implant dalam mencegah kehamilan pada dasarnya

hampir sama dengan pil dan suntik yang terdiri dari 3 mekanisme dasar yaitu:

a) Menghambat terjadinya ovulasi.
b) Menyebabkan endometrium tidak siap untuk nidasi.
c) Mempertebal lendir serviks.
d) Menipiskan lapisan endometrium.

Keuntungan implant:

a) Tidak menekan produksi ASI.
b) Praktis, efektif.
c) Tidak ada faktor lupa.
d) Masa pakai jangka panjang (5 tahun).
e) Membantu mencegah anemia.
f) Khasiat kontrasepsi susuk berakhir segera setelah pengangkatan implant.

Kekurangan implant:

g) Implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kessehataan yang terlatih.
h) Implant lebih mahal daripada pil KB atau suntikan dan cara KB jangka pendek lainnya.
i) Implant sering mengubah pola haid.
j) Wanita tidak dapat menghentikan pemakaiannya sendiri.

k) Beberapa wanita mungkin tidak menggunakan cara yang belum dikenalnya.

l) Susuk mungkin dapat terlihat di bawah kulit.

Kontra indikasi implant:

a) Hamil atau diduga hamil

b) Perdarahan melalui vagina yang tidak diketahui sebabnya.

c) Tumor/keganasan.

d) Penyakit jantung, kelainan haid, darah tinggi, kencing manis.

Efek samping dan cara penanggulangannya

a) Gangguan haid (*amenorhea dan methrorhagie*)

b) Depresi

c) Keputihan

d) Jerawat

e) Perubahan libido

f) Perubahan BB

g) Hematoma

h) Infeksi

Cara penanggulangan efek samping dari AKBK sama dengan penanganan efek samping pada KB samping.

d) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukakkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (polyethyline). Ada

yang dililit tembaga (Cu), ada pula yang tidak, adapula yang dililit tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang dibatangnya berisi hormon progesteron.

Jenis-jenis AKDR yang beredar:

a) IUD generasi pertama: disebut lippesloop, berbentuk spiral atau huruf S ganda, terbuat dari plastik (poyekthyline).

b) IUD generasi kedua:

(1) Cu T 200 B; berbentuk T yang batangnya dililit tembaga (Cu) dengan kandungan tembaga.

(2) Cu 7; berbentuk angka 7 yang batangnya dililit tembaga.

(3) ML Cu 250; berbentuk 3/3 lingkaran elips yang bergerigi yang batangnya dililit tembaga.

(4) IUD generasi ketiga:

(5) Cu T. 380 A: berbentuk huruf T dengan lilitan tembaga yang lebih banyak dan perak.

(6) MI Cu 375: batangnya dililit tembaga berlapis perak.

(7) Nov T. Cu 200 A: batang dan lengannya dililit tembaga.

c) IUD generasi keempat:

Ginefix, merupakan AKDR tanpa rangka, terddiri dari benang polipropilen monofilamen dengan enam butir tembaga.

Cara kerja AKDR/IUD

(1) Meninggikan getaran saluran telur sehingga pada waktu blastokista sampai ke rahim, endometrium belum siap untuk menerima nidasi hasil konsepsi.

(2) Menimbulkan reaksi mikro infeksi.

(3) Lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas.

Kontra indikasi pemasangan IUD/AKDR

(a) Kehamilan.

(b) Gangguan perdarahan yang tidak diketahui sebabnya.

(c) Peradangan pada alat kelamin, endometrium dan pangkal panggul.

(d) Kecurigaan tumor ganas di alat kelamin.

(e) Tumor jinak rahim dan kelainan bawaan rahim.

3) Metode Kontrasepsi Mantap (KONTAP)

Kontrasepsi mantap adalah salah satu cara kontrasepsi dengan tindakan pembedahan atau dengan kata lain setiap tindakan pembedahan pada saluran telur wanita atau saluran mani yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan memperoleh keturunan lagi.

a) Jenis Kontap

(1) Vasektomi/ MOP (Medis Operatif Pria)

Vasektomi merupakan operasi kecil yang dilakukan untuk menghalangi keluarnya sperma dengan cara mengikat dan memotong saluran mani (vas defferent) sehingga sel sperma tidak keluar pada saat senggama.

Keuntungan Vasektomi

(1) Tidak ada mortalitas.

(2) Morbiditas kecil sekali.

(3) Pasien tidak perlu dirawat di RS.

(4) Dilakukan dengan anestesi lokal/pembiusan setempat dan hanya berlangsung kurang lebih 15 menit.

(5) Efektif, karena dapat dicek kepastiannya dilaboratorium.

(6) Tidak mengganggu hubungan seks selanjutnya.

Kelemahan-kelemahan Vasektomi

(a) Harus dengan tidakan pembedahan.

(b) Masih adanya keluhan.

(c) Harus menunggu sampai hasil pemeriksaan sperma 0 dalam beberapa hari atau minggu untuk dapat berhubungan dengan bebas agar tidak terjadi kehamilan.

(d) Tidak dapat dilakukan pada orang yang masih ingin mempunyai anak lagi.

Indikasi Vasektomi

(1) Harus secara sukarela.

(2) Mendapat persetujuan istri.

(3) Jumlah anak yang cukup.

(4) Mengetahui akibat-akibat vasektomi.

(5) Umur calon tidak kurang dari 30 tahun.

(6) Pasangan suami istri telah mempunyai anak minimal 2 orang, dan anak paling kecil harus sudah berumur diatas 2 tahun.

Kontra Indikasi Vasektomi

(a) Apabila ada peradangan kulit atau penyakit jamur didaerah skrotum

(b) Apabila ada tanda-tanda orchitis/epididimis.

(c) Apabila menderita DM yang tidak terkontrol.

(d) Apabila menderita kelainan pembekuan darah.

(2) Tubektomi / MOW (Medis Operatif Wanita)

Tubektomi atau kontap wanita ialah suatu kontrasepsi permanen untuk mencegah keluarnya ovum dengan cara tindakan mengikat dan atau memotong pada kedua saluran tuba (Mulyani, 2013).

2.6 Manajemen Kebidanan

2.6.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, serta keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk megambil suatu keputusan yang berfokus pada pasien (Ari Sulistyawati, 2011).

Manajemen kebidanan adalah merupakan metode pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Elisabeth, 2015).

2.6.2 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Dalam proses penatalaksanaan asuhan kebidanan menurut Varney ada 7 langkah, meliputi:

2.6.2.1 Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data/informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara yaitu :

1) Anamnesa riwayat kesehatan
2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
3) Pemeriksaan tanda-tanda vital
4) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
5) Pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

Langkah ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses intervensiyang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subjektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah tepat, lengkap, dan akurat.

2.6.2.2 Langkah II : Interpretasi data dasar

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hasil pengkajian.

2.6.2.3 Langkah III : Mengidentifikasikan Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasikan. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengawasi pasien bidan bersiap-siap bila masalah potensial benar-benar terjadi.

2.6.2.4 Langkah IV : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera dan Kolaborasi

Mengantisipasi perlunya tindakan segera oleh bidan dan/dokter untuk konsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain.

2.6.2.5 Langkah VI : Melaksanakan Asuhan

Pada langkah ini rencana asuhan yang komperhensif yang telah dibuat dapat dilaksanakan secara efisien seluruhnya oleh bidan atau dokter atau tim kesehatan lain.

2.6.2.6 Langkah VII : Evaluasi

Melakukan evaluasi hasil dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan diagnosa/masalah (Elisabeth, 2015).

2.6.3 Dokumentasi Kebidanan

2.6.31 Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi adalah proses pencatatan, penyimpanan informasi, data, fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan (Taufan Nugroho, Dkk. 2014).

2.6.3.2 Fungsi Dokumentasi

a. Sebagai dokumen yang sah sebagai bukti atas asuhan yang telah di berikan.
b. Sebagai sarana komunikasi dalam tim kesehatan yang memberikan asuhan.
c. Sebagai sumber data yang memberikan gambaran tentang kronologis kejadian kondisi yang terobservasi untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi respon pasien terhadap asuhan yang telah di berikan.
d. Sebagai sumber data penting untuk pendidikan dan penelitian**.**

2.6.3.3 Metode Dokumentasi Kebidanan SOAP

Menurut Elisabeth (2015) ada empat langkah dalam metode pendokumentasian dengan bentuk SOAP adalah:

S : Subjektif

Cacatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang klien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicacat sabagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Data subjektif menguatkan diagnosa yang dibuat.

O : Objektif

Data ini memberi bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar-X, rekaman CTG, dan lain-lain) serta informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini.

A : Assement

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

a. Diagnosa / masalah

b. Antisipasi masalah lain / diagnosa potensial.

P : Planning / Perencanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assement. Untuk perencanaan, implementasi daan evaluasi dimasukan dalam “ P “ (Elisabeth, 2015).

BAB III

LAPORAN KASUS

3.1 Masa Kehamilan

3.1.1 Pengumpulan Data

3.1.1.1 Data Subjektif

Pada tanggal 28 April 2016 pukul 15.00 WIB, diperoleh data subjektifNy. "S" umur33 tahun, agama islam, suku/bangsa Sumatera/Indonesia, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan IRT, alamat Jl.Sunarna Lr.Bilal Rt.04 Kec.Semata Borang. Ibu mengaku hamil 9 bulan mengandung anak ke 3, tidak ada riwayat keguguran, tidak ada keluhan, dan ibu ingin memeriksakan kehamilannya.

Riwayat haid menarche berumur 13 tahun, silkus ±28 hari, lama ±7 hari, jumlah sebanyak 3x ganti pembalut, warna merah kecoklatan, dismenorhoe kadang-kadang, riwayat perkawinan 1x menikah. Pada riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu adalah anak pertama lahir tahun 2005, aterm, lahir spontan, ditolong bidan, penyulit tidak ada, nifas/laktasi normal, JK :Perempuan, BB : 3000 gr, PB : 47 cm, keterangan hidup sehat. Anak ke 2 lahir tahun 2015,aterm ,lahir spontan di tolong bidan ,penyulit tidak ada, nifas/laktasi normal, JK: laki-laki, :3200 gr, PB :42 cm,keterngan hidup sehat.

Riwayat kehamilan sekarang $G_3P_2A_0$, HPHT :10 agustus, TP : 17 juni 2016, usia kehamilan 37 minggu. ANC : trimester 1 melakukan 1x Bpm Hj.Sri

Nirmala, trimester 2 melakukan 1x di Bpm Hj.Sri Nirmala, trimester 3 melakukan 2x di Bpm Hj.Sri Nirmala.tablet Fe ± 90 tablet, gerakan janin aktif dirasakan, tanda bahaya dan keluhan selama hamil tidak ada. Riwayat kesehatan penyakit, operasi, maupun keluarga tidak ada, dan riwayat KB pernah menjadi akseptor KB, menggunakan KB IUD, alasan berhenti ingin mempunyai anak lagi.

Data kebiasaan sehari-hari, nutrisi ibu dengan pola makan 3x sehari, porsi 1 piring nasi beserta lauk-pauk, sayur-sayuran dan buah. Pola minum ±8 gelas sehari, keluhan dan pantangan tidak ada.Eliminasi, ibu BAK ± 6x sehari, dan BAB ± 1x sehari. Istirahat, tidur siang ± -2 jam sehari, dan tidur malam ± -8 jam sehari. Olahraga, ibu hanya jalan-jalan santai pagi hari dan ibu tidak pernah berekreasi. Personal hygiene, ibu mandi ± 2x sehari, gosok gigi ± 3x sehari, dan ganti pakaian dalam ± 2x sehari dan jika terasa basah atau lembab. Data psikologi ibu dan keluarga masih dalam batas normal, dan kebiasaan/adat istiadat tidak ada.

3.1.1.2 Data Objektif

Setelah itu dilakukan pengkajian data objektif didapatlah hasil, pemeriksaan fisik kesadaran compos mentis, keadaan umum baik, TD : 120/80 mmHg, RR : $22^{x}/_{m}$, Polse : $80^{x}/_{m}$, Temp : $36{,}5^{o}$C, BB sebelum hamil : 57 kg, BB sekarang : 67 kg, tinggi badan : 146 cm, LILA : 28 cm.

Pemeriksaan kebidanan inspeksi, kepala simetris dan bersih.Rambut, bersih, tidak ada ketombe, dan rontok.Mata, scklera tidak ikterik dan konjungtiva tidak pucat.Hidung, bersih tidak ada polip.Mulut caries tidak ada, stomatitis tidak

ada, dan lidah bersih.Gigi tidak ada perdarahan dan karang gigi/plak tidak ada.Muka, odema tidak ada, cloasma gravidarum ada.Leher, kelenjar limfe tidak ada pembesaran, kelenjar tiroid tidak ada pembesaran, dan vena jugularis tidak ada pelebaran. Payudara bentuk simetris, areola mammae hiperpigmentasi, putting susu menonjol, colostrums belum ada. Abdomen, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, strie livide (-), strie albican (-), linea nigra (+), linea alba (-), dan luka bekas operasi tidak ada. Genetalia eksterna kebersihannya bersih, varices tidak ada, odema idak ada, kelenjar bartholini tidak ada pembesaran.Ekstremitas bawah, odema tidak ada, varices tidak ada, pergerakan normal.Ekstremitas atas, odema tidak ada, dan pergerakan normal.

Pemeriksaan palpasi, Leopold I TFU berada 2 jari dibawah Processus Xipodeus (Mcd=30 cm), pada fundus teraba bokong janin. Leopold II pada perut bagian kanan teraba punggung janin dan perut bagian kiri teraba ekstremitas janin.Leopold III pada bagian terbawah perut ibu teraba kepala janin.Leopold IV kepala sudah masuk PAP (Divergen). TBJ = (TFU-11) x 155 = 2945 gram. Pemeriksaan auskultasi, DJJ (+), frekuensi $139^{x}/_{m,}$ lokasi di sebelah kanan perut ibu.Pemeriksaan perkusi refleks pattella kanan (+) dan kiri (+). Pemeriksaan penunjang, darah Hb : tidak dilakukan. Pemeriksaan urine tidak dilakukan dan panggul juga tidak dilakukan.

3.1.2 Analisa Data

Dari data terkumpulnya data Subjektif dan Objektif, dapat ditegakkan diagnosa $G_3P_2A_0$hamil 37 minggu, JTH, preskep, tidak ada keluhan Cuma ingin memeriksakan kehamilannya saja.Serta KIE yang kebutuhan yang diberikan adalah KIE tentang tanda-tanda persalinan, KIE tentang gizi seimbang, KIE tentang tanda-tanda bahaya kehamilan, KIE tentang persiapan persalinan, KIE tentang personal hygiene, dan istirahat yang cukup.

3.1.3 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu tahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan bayi saat ini baik, memberitahu ibu tentang fisiologis kehamilan seperti pusing, sakit pinggang, obstipasi, dan kencang-kencang pada bagian perut itu masih termasuk fisiologis pada masa kehamilan. Menganjurkan ibu untuk memakan makanan dan minuman yang mengandung nutrisi yang seimbang. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III seperti sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, nyeri abdomen, gerakan janin berkurang atau tidak dirasakan, bengkak pada bagian wajah, ekstremitas atas ataupun bawah, pedarahan hebat pervaginam. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti, keluar air ketuban dari jalan lahir, mulai ada his yang teratur dan sering, dan pada pemeriksaan dalam terdapat pembukaan pada serviks.Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti mandi minimal 2x sehari, gosok gigi minimal 3x sehari, dan mengganti celana dalam jika terasa lembab atau basah.

Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup seperti tidur siang ± 2 jam sehari, dan tidur malam ± 8 jam sehari.

3.2 Masa Persalinan

3.2.1 Kala I

3.2.1.1 Data Subjektif

Pada tanggal03 mei2016 pukul 17.00 WIB,diperoleh data subjektif Ny. "S" umur 33 tahun, agama islam, suku/bangsa Sumatera/Indonesia,pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT, alamat Jl.Sunarna Lr.Bilal Rt.04 Kec.Semata Borang. Ibu mengaku hamil 9 bulan mengandung anak ke 3, tidak ada riwayat keguguran.Ibu mengatakan mules-mules sejak pukul 10.30 WIB, belum keluar lendir campurdarah, sakit perut menjalar ke pinggang, dan belum keluar air-air. Mules-mules yang semakin sering dan kuat sejak pukul 16.00.

Riwayat haid menarche berumur 13 tahun, silkus ±28 hari, lama ±7 hari, jumlah sebanyak 2x ganti pembalut, warna merah kecoklatan, dismenorhoe kadang-kadang, riwayat perkawinan 1x menikah. Pada riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu adalah anak pertama lahir tahun 2005, aterm, lahir spontan, ditolong bidan, penyulit tidak ada, nifas/laktasi normal, JK :Perempuan, BB : 3000 gr, PB :42 cm, keterangan hidup sehat.Anak ke 2 lahir tahun 2015,aterm ,lahir spontan di tolong bidan ,penyulit tidak ada, nifas/ laktasi normal, JK: laki-laki, :3200 gr, PB :42 cm,keterngan hidup sehat.

Riwayat kehamilan sekarang $G_3P_2A_0$, HPHT : 10 agustus 2015, TP : 17 juni 2016, usia kehamilan 35 minggu 4 hari. ANC : trimester 1 melakukan 1x di BPM Hj.Sri Nirmala, trimester 2 melakukan 1x di Klinik Bpm Hj.Sri Nirmala, trimester 3 melakukan 2x di Bpm Hj.Sri Nirmala, tablet Fe ± 90 tablet. Riwayat KB pernah menjadi akseptor KB, menggunakan KB IUD.Riwayat kesehatan penyakit, operasi, maupun keluarga tidak ada.

Data kebiasaan sehari-hari, nutrisi ibu dengan pola makan 3x sehari, porsi 1 piring nasi beserta lauk-pauk, sayur-sayuran dan buah. Pola minum ±8 gelas sehari, keluhan dan pantangan tidak ada. Pola istirahat, tidur siang ± -2 jam sehari, dan tidur malam ± -8 jam sehari, serta aktivitas melakukan kegiatan rumah tangga sehari-hari. Eliminasi, ibu BAB ± 1x sehari, konsistensi lembek, penyulit tidak ada, warna kuning kecoklatan, serta ibu BAK ± 6x sehari, penyulit tidakada, warna kekuningan. Personal hygiene, ibu mandi ± 2x sehari, gosok gigi ± 3x sehari, dan ganti pakaian dalam ± 2x sehari dan jika terasa basah atau lembab. Data psikologi ibu dengan keluarga masih dalam keadaan baik, dan keadaan psikologik ibu juga baik.

3.2.1.2 Data Objektif

Setelah itu dilakukan pengkajian data objektif didapatlah hasil, pemeriksaan fisik keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional stabil, TD : 110/80 mmHg, RR : $20^x/_m$, Polse : $80^x/_m$, Temp : 36,0^{o}C, BB sebelum hamil : 57 kg, BB sekarang :67 kg, tinggi badan : 146 cm, LILA : 28 cm.

Pemeriksaan kebidanan inspeksi, kepala simetris dan bersih.Rambut, bersih, tidak ada ketombe, dan rontok.Mata, scklera tidak ikterik dan konjungtiva tidak pucat.Hidung, bersih tidak ada polip.Mulut caries ada, stomatitis tidak ada, dan lidah bersih.Gigi tidak ada perdarahan dan karang gigi/plak ada.Muka, odema tidak ada, cloasma gravidarum ada.Leher, kelenjar limfe tidak ada pembesaran, kelenjar tiroid tidak ada pembesaran, dan vena jugularis tidak ada pelebaran. Payudara bentuk simetris, areola mammae hiperpigmentasi, putting susu menonjol, colostrums belum ada. Abdomen, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, strie livide (-), strie albican (-), linea nigra (+), linea alba (-), dan luka bekas operasi tidak ada. Genetalia eksterna kebersihannya bersih, varices tidak ada, odema idak ada, kelenjar bartholini tidak ada pembesaran.Ekstremitas bawah, odema tidak ada, varices tidak ada, pergerakan normal.Ekstremitas atas, odema tidak ada, dan pergerakan normal.

Pemeriksaan palpasi, Leopold I TFU berada 2 jari dibawah Processus Xipodeus (Mcd=30 cm), pada fundus teraba bokong janin. Leopold II pada perut bagian kanan teraba punggung janin dan perut bagian kiri teraba ekstremitas janin.Leopold III pada bagian terbawah perut ibu teraba kepala janin.Leopold IV kepala sudah masuk PAP (Divergen) 4/5.Ekstremitas bawah, tidak odema.His (+), frekuensi 5x10’ 50”.Blass kosong.Pemeriksaan auskultasi, DJJ (+), frekuensi $139^{x}/_{m,}$ lokasi disebelah kanan perut ibu. TBJ, (TFU-11) x 155 = 2945 gram. Pemeriksaan perkusi refleks pattella tidak dilakukan.Pemeriksaan penunjang, darah tidak dilakukan.Pemeriksaan urine tidak dilakukan dan panggul juga tidak dilakukan. Pada pemeriksaan dalam teraba portio tipis lembut, pembukaan7 cm, penipisan 70 %,

ketuban (+), presentasi kepala, penurunan hodge III 2/5, dan penunjuk UUK kanan depan, serta tidak ada molase.

3.2.1.3 Analisa Data

Diagnosa yang diperoleh adalah $G_3P_2A_0$ hamil Aterm 37 minggu inpartu kala I fase aktif, JTH preskep, dengan masalah merasa cemas menghadapi persalinan, serta kebutuhan yang diberikan yaitu KIE tentang teknik relaksasi, menganjurkan ibu untuk miring kiri, menganjurkan ibu untuk makan/minum di sela-sela his, KIE tentang cara mengedan yang benar, dan menganjurkan ibu untuk berdo'a.

3.2.1.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu pada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah 7 cm dan janin dalam keadaan baik.Memberikan dukungan pada ibu agar tidak cemas menghadapi persalinan. Mengajarkan kepada ibu teknik relaksasi yang benar dengan cara menarik nafas dari hidung dan menghembuskan lewat mulut. Menganjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman, jika ibu ingin berbaring anjurkan untuk miring ke kiri atau jika masih mungkin , ibu boleh berjalan-jalan atau dengan posisi yang lainnya. Menyiapkan alat pertolongan persalinan yaitu partus set, heacting set, APD (alat pelindung diri) serta peralatan lainnya yang diperlukan. Mengajarkan ibu untuk mengedan dengan cara mengangkat kepala sambil melihat ke pusat, mata tidak boleh dipejamkan, tangan dimasukkan diantara lipatan paha sambil sedikit ditarik, lalu mengedan seperti rasa

ingin BAB yang keras tanpa bersuara. Serta menganjurkan pada ibu untuk berdo'a.Mengajurkan pada keluarga untuk mendampingi ibu dalam proses persalinan.

3.2.2 Kala II

Berdasarkan hasil pemeriksaan data subjektif pada pukul18.00 WIB, ibu mengatakan sakit perut menjalar kepinggang dan sudah ada dorongan ingin meneran atau BAB.

Setelah dilakukan pengkajian data objektif didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional stabil.His 5x10' 50". DJJ $145^{x}/_{m}$.Perineum menonjol, vulva membuka, ada tekanan anus, serta pada pemeriksaan dalam portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, penipisan 100%, ketuban (-) "pecah spontan, jernih, pukul 03.55 WIB", presentasi kepala, penurunan hodge IV 0/5, petunjuk UUK kanan depan, dan tidak ada molase.

Dari data subjektif dan objektif diagnosa yang didapat adalah $G_3P_2A_0$ hamil aterm inpartu kala II, JTH preskep, dengan masalah sakit perut menjalar kepinggang dan sudah ada dorongan ingin meneran, serta kebutuhan yang diberikan adalah pertolongan persalinan.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahupada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap.Membimbing ibu untuk meneran pada setiap datangnya his, saat kepala bayi sudah didepan vulva 5-6 cm. Tangan kanan menahan perineum dengan kain segitiga dan tangan kiri menahan simfisis.Setelah kepala bayi lahir, tunggu kepala bayi melakukan putaran vaksi luar.Kemudian cek lilitan tali pusat.

Setelah itu letakkan tangan secara biparietal, tarik kebawah untuk melahirkan bahu atas (anterior) dan tarik ke atas untuk melahirkan bahu bawah (posterior), kemudian sanggah susur, lahirkan semua tubuh bayi. Bayi lahir pukul 18.10 WIB, dengan JK : Laki-laki , BB: 3000 gram, tidak ada efisiotomi tapi ada robekan derajat 1, PB : 47 cm, anus (+), A/S : 8/9. Melakukan penanganan pada bayi baru lahir yaitu dimulai dari mengeringkan tubuh bayi dengan handuk kemudian menjepit tali pusat dengan cara letakkan klem pertama dengan jarak 3 cm dari tubuh bayi urut kearah ibu 2 cm lalu jepitkan klem kedua. Dengan melindungi perut bayi, potong tali pusat diantara kedua klem dan lakukan pengikatan. kemudian dilakukanny IMD.

3.2.3 Kala III

Berdasarkan hasil pemeriksaan data subjektif pada pukul18.25 WIB, ibu mengatakan senang bayinya telah lahir dan perutnya masih terasa mules.

Berdasarkan hasil pengkajian data objektif didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. Tali pusat memanjang di depan vulva, uterus globuler (membundar), dan ada semburan darah yang keluar dari jalan lahir.

Diagnosa yang didapat adalah P_3A_0 kala III, dengan keluhan perut masih terasa mules, serta kebutuhan yang diberikan melakukan manajemen aktif kala III.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu pastikan tidak ada janin kedua, suntikkan oksitosi 10 IU IM di 1/3 paha bagian luar, lakukan PTT apabila sudah ada tanda-tanda lepasnya plasenta seperti semburan darah secara tiba-tiba, tali pusat

memanjang, uterus membundar, kemudian jepit tali pusat 5-10 cm di depan vulva, tangan kanan melakukan PTT dan tangan kiri melakukan gerakkan dorso cranial. Apabila plasenta sudah ada di introitus vagina lakukan putaran searah jarum jam, setelah lahir periksa kelengkapan plasenta dan letakkan plasenta ditempat yang sudah disediakan. Lakukan masase fundus uteri agar rahim berkontraksi dengan baik. Plasenta lahir pukul 18.00WIB, berat ± 500 gram, kelengkapan kotiledon : lengkap, selaput : utuh, tali pusat panjangnya : ± 45 cm, insersi:sentralis. Melakukan pemeriksaan laserasi jalan lahir, derajat I. Melakukan heating dengan cara jelujur .

3.2.4 Kala IV

Berdasarkan hasil pemeriksaan data subjektif pada pukul18.25WIB, ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan merasa kelelahan setelah proses persalinan.

Berdasarkan hasil pengkajian data objektif didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. Tanda-tanda vital TD : 120/80 mmHg, Polse : $82^{x}/_{m}$, RR : $20^{x}/_{m}$, Suhu : 36^{o}C. kontraksi uterus baik. TFU 2 jari dibawah pusat.Kandung kemih kosong.Perdarahan ± 100 cc.

Diagnosa yang diperoleh P_3A_0 kala IV, dengan masalah ibu merasa lelah, serta kebutuhan yang diberikan observasi pemantauan kala IV, KIE asupan nutrisi gizi seimbang, menganjurkan ibu untuk berganti pakaian, observasi jumlah perdarahan, melakukan rawat gabung antara bayi dan ibu, KIE tentang ASI eksklusif, KIE tentang istirahat yang cukup.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu melakukan observasi tanda-tanda vital setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua, melakukan observasi TFU dan kandung kemih. Menganjurkan pada ibu untuk makan-makanan yang mengandung gizi seimbang seperti ikan, tahu, tempe, daging, sayuran hijau dan buah untuk memperbanyak ASI. Membersihkan tubuh ibu agar ibu merasa nyaman dan mengganti pakaian yang basah dengan pakaian yang bersih dan kering, mengobservasi jumlah darah yang keluar untuk memastikan tidak ada perdarahan postpartum.Melakukan rawat gabung ibu dan bayinya supaya ibu dan bayi merasakan kedekatan, dan bayi bisa merasakan kasih sayang dari ibunya.Dan anjurkan pada ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi.Menganjurkan pada ibu untuk istirahat yang cukup karena tubuh ibu membutuhkan istirahat, dan melakukan pemrosesan alat bekas pakai.

3.3 Masa Nifas

3.3.1 Data Subjektif

Pada tanggal 04 mei 2016 pukul 00.00 WIB,diperoleh data subjektif Ny. “S” umur 33 tahun, agama islam, suku/bangsa Sumatera/Indonesia, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT, alamat Jl.Sunarna Lr.Bilal Rt.04 Kec.Semata Borang. Ibu mengaku baru saja melahirkan 6 jam yang lalu anak ke-3 dan belum pernah keguguran.

Riwayat persalinan, jenis persalinan spontan, penolong bidan. Tanggal lahir03Mei 2016, jam lahir 18.00 WIB, BBL : 3000 gram, PBL : 47 cm. keadaaan anak baik, indikasi tidak ada, tindakan pada masa persalinan IMD.

3.3.2 Data Objektif

Setelah itu dilakukan pengkajian data objektif didapatlah hasil, pemeriksaan fisik keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional stabil, TD : 120/80 mmHg, RR : $22^{x}/_{m}$, Polse : $82^{x}/_{m}$, Suhu : $36{,}4^{o}$C.

Pemeriksaan kebidanan inspeksi, kepala simetris dan bersih.Rambut, bersih, tidak ada ketombe, dan rontok.Mata, scklera tidak ikterik dan konjungtiva tidak pucat.Hidung, bersih tidak ada polip. Mulut dan gigi, caries tidak adaada, stomatitis tidak ada, dan lidah bersih. Gigi tidak ada perdarahan dan karang gigi/plaktidak ada. Muka, odema tidak ada, cloasma gravidarum ada.Leher, kelenjar limfe tidak ada pembesaran, kelenjar tiroid tidak ada pembesaran, dan vena jugularis tidak ada pelebaran. Payudara bentuk simetris, areola mammae hiperpigmentasi, putting susu menonjol, colostrum sudah ada, ASI sudah keluar. Abdomen, pembesaran sesuai dengan involusi uterus.Genetalia eksterna perineum baik, perdarahan ± 20 cc, kebersihannya bersih, varices tidak ada, odema tidak ada, kelenjar bartholini tidak ada pembesaran.Ekstremitas bawah, odema tidak ada, varices tidak ada, pergerakan normal.

Palpasi TFU 2 jari dibawah perut ibu.Kontraksi uterus ibu baik, dan involusi juga dalam kondisi baik.Inspekulo tidak dilakukan.

3.3.4 Analisa Data

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif diperoleh, diagnosa P_3A_0 6 jam postpartum, tidak ada keluhan, serta kebutuhan yang diberikan KIE tentang asupan gizi seimbang, KIE perawatan payudara, KIE tentang tanda bahaya masa nifas, menganjurkan ibu untuk mobilisasi, KIE tentang istirahat yang cukup, dan KIE tentang pemberian ASI Eksklusi.

3.3.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu kepada ibu bahwa keluhan mules yang dialami normal. Menganjurkan pada ibu untuk makan-makanan yang mengandung gizi seimbang. Menjelaskan pada ibu bahwa pada masa nifas ini akan terjadi pengeluaran darah dalam batas normal (±3x sehari ganti pembalut) dan jangan khawatir atau cemas, memberitahu pada ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama pada kemaluanya seperti membersihkan kemaluannya dengan menggunakan air yang bersih ketika mandi dan mengganti pakaian dalam jika terasa lembab atau basah. Menganjurkan pada ibu untuk mobilisasi seperti miring kiri dan kanan, duduk, serta berjalan bertahap.Menganjurkan pada ibu untuk istirahat yang cukup karena tubuh ibu memerlukan istirahat. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti bengkak pada wajah, ekstremitas atas ataupun bawah, demam, payudara bengkak/lecet, perdarahan hebat lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, nyeri atau panas pada daerah tungkai, serta ibu mengalami deperesi.

Tabel 3.1
CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS

No	Jenis Pemeriksaan	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (3-7 hari)	Kunjungan III (8-28 hari)
		Tgl : 03 Mei 2016	**Tgl : 08 Mei 2016**	**Tgl : 30 M0ei 2016**
1	Keadaan umum	Baik	Baik	Baik
2	Tanda-tanda vital : 1. TD (mmHg) 2. Suhu (^oC) 3. Respirasi (kali/menit) 4. Nadi (kali/menit)	 120/80 mmHg 36,4 ^oC 24 x/m 82 x/m	 120/70 mmHg 36 ^oC 22 x/m 82 x/m	 120/80 mmHg 36,6 ^oC 22 x/m 78 x/m
3	Perdarahan pervaginam	Baik	Baik	Baik
4	Kondisi perineum	Baik	Baik	Baik
5	Tanda-tanda infeksi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
6	Kontraksi rahim	Baik	Baik	Baik
7	Tinggi fundus uteri	3 jari di bawah pusat	2 jari di atas simpisis	Normal
8	Pemeriksaan payudara & anjuran pemberian ASI eksklusif	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan
9	Lokhia dan perdarahan	Lokhia rubra	Lokhia sanguinolenta	Lokhia alba
10	Pemberian kapsul Vit.A	Iya	Iya	Iya
11	Pelayanan kontrasepsi pascapersalianan	Konseling	Konseling	Komseling
12	Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
13	Memeriksa masalah / keluhan ibu tindakan (terapi / rujukan / umpan balik)	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
14	Nama pemeriksaan	Fitri Setiawati	Fitri Setiawati	Fitri Setiawati

3.4 Bayi Baru Lahir

3.4.1 Data Subjektif

Pada tangga 03 Mei 2016 pukul 18.10 WIB, diperoleh data subjektif nama bayi Ny. “S”, umur bayi 0 hari, tanggal lahir 03 Mei 2016, jam lahir 18.00 WIB, jenis kelamin laki-laki, BBL 3000 gram, PBL 47 cm, kelahiran spontan.

Nama ibu Ny. “S” umur 33 tahun, agama islam, suku/bangsa Sumatera/Indonesia, pendidikan terakhir SMa, pekerjaan IRT, alamatJl.Sunarna Lr.Bilal Rt.04 Kec.Semata Borang. Nama ayah Tn. “R” umur 20 tahun, agama islam, suku/bangsa Sumatera/Indonesia, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan Buruh.

Riwayat persalinan, jenis persalinan spontan, penolong bidan.Ketuban pecah spontan berwarna jernih, pukul 17.40 WIB, indikasi tidak ada, tindakan pasca persalinan IMD.

3.4.2 Data Objektif

Setelah itu dilakukan pengkajian data objektif didapatlah hasil, pemeriksaan fisik kesadaran compos mentis, keadaan umum baik, RR : $54^{x}/_{m}$, Polse : $138^{x}/_{m}$, Suhu : $36{,}5^{o}$C. Kepala simetris, tidak ada molase.Perut, simetris, tidak kembung. Tali pusat, terlihat segar tidak layu. Anus ada (+).

Pemeriksaan khusus/APGAR Score 8/9 dalam batas normal.Pemeriksaanrefleks baik, refleks morro (+), refleks rooting (+), refleks sucking (+), refleks swallowing (+), refleks tonic neck (+), refleks palmar graf (+), refleks gallant (+), dan refleks bablinsky (+). Pemeriksaan antropometri BBL 3000

gram, PBL 47 cm, lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 32 cm, LILA 11 cm. Eliminasi masih dalam batas normal.

3.4.3 Analisa Data

Diagnosa yang diperoleh bayi Ny. “S” lahir spontan 0 hari, masalah tidak ada, , kebutuhan KIE tentang ASI eksklusif, KIE perawatan tali pusat, tanda-tanda bahaya pada bayi, memberitahu ibu atau keluarga bahwa bayinya akan diinjeksi Vitamin K dan pemberian salep mata. KIE kunjungan ulang untuk melakukan Imunisasi HB0 pada tanggal yang telah ditetapkan oleh bidan.

3.4.4 Penalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa anaknya dalam keadaan baik.Melakukan informed consen ,Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI eksklusif tanpa menambahkan makanan tambahan apapun termasuk air putih selama 6 bulan pertama. Menganjurkan pada ibu untuk merawat tali pusat bayi seperti mengganti kasa pada tali pusat dengan kasa yang kering dan bersih tanpa diberikan apapun.Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi seperti bayi tidak mau menyusu, suhu bayi >36,5^{o}C atau >36,5^{o}C, tali pusat layu atau mengeluarkan bau busuk, bayi kejang-kejang, sesak nafas <40 $^{x}/_{m}$ atau >60 ^{x}/m, mata bayi bernanh banyak, kulit terlihat kuning, dan diare. Memberitahu ibu atau keluarga bahwa bayinya akan diberikan injeksi Vitamin K untuk mecegah perdarahan di otak dan pemberian salep mata bayi untuk mencegah terjadinya kebutaan karena infeksi. Menganjurkan pada ibu untuk melakukan

kunjungan ulang untuk imunisasi Hb0 pada tanggal 26 April 2016, dan apabila ada keluhan bisa datang kapan saja.

Tabel 3.3
CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

No	Jenis pemeriksaan	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (3-7 hari)	Kunjungan III (8-28 hari)
		Tgl : 03 Mei 2016	**Tgl : 09 mei 2016**	**Tgl : 30 mei 2016**
1.	Berat badan (Kg)	3000 gram	3200 gram	3300 gram
2.	Panjang badan (cm)	47 cm	50 cm	56 cm
3.	Suhu (^{o}C)	36,9 ^{o}C		
4.	Tanyakan ibu, bayi sakit apa?	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
5.	Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri 5. Frekuensi napas (kali / menit) 6. Frekuensi denyut nadi (kali / menit)			
6.	Memeriksa adanya diare	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
7.	Memeriksa ikterus	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
8.	Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
9.	Memeriksa status pemberian Vitamin K 1	Iya	Iya	Iya
10.	Memeriksa stastus imunisasi HB-0	Iya	Iya	Iya
11.	Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK 7. Skrining hipotiroid congenital 8. Hasil tes skrining hipotiroid congenital (-) / (+) 9. Konfirmasin hasil SHK	Tidak dilakukan	Tidak ada	Tidak ada
12.	Memeriksa keluhan lain	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
13.	Memeriksa masalah/keluhan ibu tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
14.	Nama pemeriksa			

3.5 Akseptor KB

3.5.1 Data Subjektif

Pada tanggal 15 juni 2016 pukul 15.00 WIB,diperoleh data subjektif nama bayi Ny. “S”, umur 33 tahun, agama islam, suku/bangsa indonesia, pendidikan SMP, pekerjaan IRT, alamat Jl.Sunarna Lr.Bilal Rt.04 Kec.Semata Borang, ibu mengaki ingin menggunakan KB implant.

3.5.2 Data Objektif

Setelah itu dilakukan pengkajian data objektif didapatlah hasil, pemeriksaan fisik keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional baik, TD : 120/80 mmHg, RR : $22^{x}/_{m}$, Polse : $80^{x}/_{m}$, Suhu : $36,6^{o}$C.

Riwayat data kebidanan, haid terakhir post partum 40 hari, hamil tidak hamil, $P_2A_{0,}$ menyusui.

3.5.3 Analisa Data

Diagnosa diperoleh Ny “S” P_3A_0 akseptor KB implant, masalah tidak ada, kebutuhan melakukan infoemed consent, yang diberikan KIE keuntugan dan kerugian KB implant, KIE makanan bergizi, anjurkan kunjungan ulang.

3.5.4 Penatalaksanaan

Melakukan informed consent pada ibu atau keluarga,memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan ibu dalam batas normal, memberitahu hasil pemeriksaan, memberitahu tentang keuntungan dan kerugian KB

implant, menganjurkan ibu makan-makanan bergizi, memberitahu tentang personal hygiene, menganjurkan ibu kunjungan ulang pada tanggal yang sudah ditentukan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan menyajikan pembahasan yang membandingkan antara teori dan asuhan komprehensif pada Ny. "S" $G_3P_2A_0$ dari umur kehamilan 37 minggu 5 hari sampai nifas 40 hari mulai tanggal 03Mei sampai 15 Juni 2016 2016 di BPM Hj.Sri Nirmala Palembang. Asuhan yang diberikan mulai dari asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada persalinan, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada akseptor KB dengan pembahasan sebagai berikut :

4.1 Masa Kehamilan

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada tanggal 28 April 2016, diperoleh data subjektif Ny. "S" umur 33 tahun, agama islam, suku/bangsa Sumatera/Indonesia, pendidikan terakhir SMA. Ibu mengaku hamil 9 bulan mengandung anak ke 3, tidak ada riwayat keguguran, tidak ada keluhan, dan ibu ingin memeriksakan kehamilannya. Riwayat haid dalam batas normal, pada riwayat kehamilan, riwayat kehamilan sekarang Ny. "S" telah melaksanakan pemeriksaan kehamilan secara teratur sebanyak4 kali, yang terdiri dari satu kali pada trimester 1, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III, Ny. "S" telah mendapatkan ± 90 tablet Fe selama 9 bulan kehamilan dan telah habis dikonsumsi.

Kunjungan yang dilakukan oleh Ny. “S” ini telah sesuai dengan teori Sulistyawati (2011) yang menyatakan bahwa wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama masa antenatal, satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-13 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 14-27 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28-40 minggu). Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

Berdasarkan asumsi penelitian data subjektif pada Ny. “S” sudah melakukan 4 kali kunjungan selama kehamilan hal ini telah sesuai dengan teori Sulistyawati (2011) yang menyatakan bahwa wanita hamil memerlukan paling sedikitnya empat kali kunjungan selama masa antenatal, satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-13 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 14-27 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28-40 minggu).

Hasil pengkajian data objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan yang ada mulai dari pemeriksaan tanda-tanda vital, keadaan umum, kesadaran, keadaan emosional, pemeriksaan dari dari kepala sampai ujung kaki (head to toe), sehingga didapatkan data antara lain, TD : 120/80 mmHg, RR : $22^{x}/_{m}$, Polse : $80^{x}/_{m}$, Temp : $36{,}5^{o}$C, BB sebelum hamil : 57 kg, BB sekarang : 67 kg, tinggi badan : 146 cm, LILA :28 cm. Pemeriksaan TFU 2 jari dibawah px (Mcd = 30 cm), pada fundus teraba bokong janin, Leopold II teraba punggung janin disebelah kanan perut ibu dan teraba ekstremitas janin disebelah kiri perut ibu, pada Leopold III bagian terbawah perut ibu teraba kepala janin, dan pada Leopold IV kedua ujung tangan tidak dapat bertemu

(Divergen). TBJ = (TFU-11) x 155 = 2945 gram. Pemeriksaan DJJ (+), frekuensi $139^{x}/_{m,}$ lokasi di sebelah kanan perut ibu.

Pelayanan antenatal yang didapatkan oleh Ny. “S” telah sesuai dengan standar kualitas pelayanan menurur KemenKes RI (2015) yaitu 10T.penimbangan berat badan, dimana kenaikan berat badan yang dialami Ny. “S” selama masa kehamilan sebesar 10 kg. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital Ny. “S” berada pada batas normal. Ukuran LILA Ny. “S” sebesar 28cm. Pada Ny. “S” didapatkan DJJ (+) $139^{x}/_{m}$. Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

Berdasarkan asumsi peneliti kenaikan BB ibu hamil sebesar 10 kg merupakan hal yang normal. Asumsi peneliti tersebut sesuai dengan teori dari Elisabeth (2015) yang menyatakan kenaikan BB ibu hamil normal rata-rata 6,5 kg - 16 kg. Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

Dari pengkajian data Subjektif dan Objektif, dapat ditegakkan diagnosa $G_3P_2A_0$ hamil 37 minggu, JTH, preskep, dengan tidak ada masalah ibu Cuma ingin memeriksakan kehamilannya. Rencana asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan Ny. “S” $G_3P_2A_0$, KIE yang kebutuhkan yang diberikan adalah KIE fisiologis kehamilan, KIE tentang gizi seimbang, KIE tentang tanda-tanda bahaya kehamilan, KIE tentang tanda-tanda persalinan, KIE tentang personal hygiene, dan istirahat yang cukup. Pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan rencana asuhan pada

Ny. “S” setelah dijelaskan tentang hasil pemeriksaan Ny. “S” mengerti akan keadaan dirinya serta paham dengan penjelasan yang akan diberikan.

Menurut asumsi peneliti bahwa keluhan yang dialami Ny. “S” yaitu sakit pinggang merupakan hal yang wajar yang sering dialami oleh para ibu hamil, rasa kencang-kencang pada bagain perut ini terjadi sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu hamil pada trimester III seiring membesarnya janin dalam rahim.Asumsi peneelitian sesuai dengan teori Ari Sulistyawati (2011) yang menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada trimester III salah satunya kencang-kencang di bagian perut dikarenakan meningkatnya beban berat yang dibawa yaitu bayi dalam kandungan. Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

4.2 Masa Persalinan

4.2.1 Kala I

Asuhan kebidanan persalinan dilakukan pada03 mei 2016 pukul 17.30 WIB di BPM Hj.Sri Nirmala Palembang. Ibu mengatakan hamil 9 bulan anak ke-3, mengeluh mules-mules sejak pukul 10.00 WIB, sudah keluar lendir campur darah, sakit perut menjalar ke pinggang, dan belum keluar air-air. Mules-mules yang semakin sering dan kuat sejak pukul 15.00 WIB. Kala I persalinan pada Ny. “S” berlangsung selama ± 5 jam, dihitung dari ibu merasakan mules sampai pembukaan lengkap.

Setelah dilakukan pengkajian data objektif didapatlah hasil, pemeriksaan fisik masih dalam batas normal, TD : 110/80 mmHg, RR : $20^{x}/_{m}$, Polse : $80^{x}/_{m}$, Temp : $36,0^{o}$C. Pada pemeriksaan kebidanan inspeksi dalam batas normal, palpasi Leopold I TFU berada 2 jari dibawah Processus Xipodeus (Mcd=30 cm), pada fundus teraba bokong janin. Leopold II pada perut bagian kanan teraba punggung janin dan perut bagian kiri teraba ekstremitas janin.Leopold III pada bagian terbawah perut ibu teraba kepala janin.Leopold IV kepala sudah masuk PAP (Divergen) 3/5.Ekstremitas bawah, tidak odema.His (+), frekuensi 4x10’ 40”.Blass kosong.Pemeriksaan auskultasi, DJJ (+), frekuensi $139^{x}/_{m,}$ lokasi disebelah kanan perut ibu. Pada pemeriksaan dalam teraba portio tipis lembut, pembukaan 7 cm, penipisan 70 %, ketuban (+), presentasi kepala, penurunan hodge III 2/5, dan penunjuk UUK kanan depan, serta tidak ada molase.

Dari data subjektif dan objektif, diagnosa yang diperoleh adalah $G_3P_2A_0$ hamil Aterm inpartu kala I fase aktif, JTH, preskep.Tanda-tanda inparti diantaranya menurut Rohani dkk (2011) timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.Keluar lendir bercampur darah (*bloody show)* yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks, serta terjadi penipisan dan dilatasi pada serviks.Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

4.2.2 Kala II

Kala II pada Ny. “S” berlangsung selama ± 5 menit dari pembukaan lengkap sampai pukul 06.00 WIB sampai bayi lahir pukul 06.30 WIB.Pada pukul 04.35 WIB, ibu mengaku ada dorang untuk meneran, maka dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil pemeriksaan yaitu His 5x10’ 50”. DJJ $145^{x}/_{m}$.Perineum menonjol, vulva membuka, ada tekanan anus, serta pada pemeriksaan dalam portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, penipisan 100%, ketuban (-) “pecah spontan, jernih, pukul 03.55 WIB”, presentasi kepala, penurunan hodge IV 0/5, petunjuk UUK kanan depan, dan tidak ada molase. Segera ibu di pimpin untuk meneran.

Pada pukul 18.10 WIB, bayi lahir spontan jenis kelamin laki-laki dengan BBL 3000 gram dan PBL 47cm, anus (+), A/S : 8/9. Setelah itu langsung dilakukan penjepitan, pengikatan dan pemotongan tali pusat serta dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dimana bayi diletakkan diantara payudara ibunya agar segera menyusu kepada ibunya.

Menurut asumsi peneliti penatalaksanaan yang diberikan setelah bayi lahir juga sesuai dengan teori Vivian (2011), yang menyatakan bayi yang baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan telungkup di dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu.Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

4.2.3 Kala III

Berdasarkan hasil pemeriksaan data subjektif pada pukul 18.10.WIB, ibu mengatakan senang bayinya telah lahir dan perutnya masih terasa mules. Pada kala III dilakukan manajemen aktif kala III yaitu dimulai dengan memastikan tidak ada janin kedua, suntikkan oksitosi 10 IU IM di 1/3 paha bagian luar, melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) apabila sudah ada tanda-tanda lepasnya plasenta, melahirkan plasenta dengan memutar searah dengan jarum jam hingga selaput ketuban keluar dengan utuh dan melakukan masase pada fundus uteri. Pada Ny. "S" plasenta lahir lengkap pukul 18.10 WIB, berat ± 500 gram, kotiledon lengkap, selaput utuh, panjang ± 50 cm, dan insersi sentralis.

Menurut asumsi penelitian yang diberika pada kala III yaitu segera setelah bayi lahir suntikan oksitosi 10 IU IM di 1/3 paha bagian luar, melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus uteri setelah plasenta lahir. Asumsi peneliti tersebut telah sesuai dengan teori Icesmi dan Margareth (2013) yang mengatakan bahwa manajement aktif kala II diantaranya yaitu melakukan suntikkan oksitosin 10 IU IM, melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT), dan masase fundus uteri.Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

4.2.4 Kala IV

Berdasarkan hasil pemeriksaan data subjektif pada pukul 18.25 WIB, ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan merasa kelelahan setelah proses persalinan. Kala IV pada Ny. “S” tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, pengeluaran lokia rubra, kandung kemih kosong. Pengawasan postpartum dilakukan selama 2 jam yaitu untuk memantau perdarahan, tanda-tanda vital, kontraksi, TFU dan kandung kemih. Pemantauan dilakukan setiap 15 menitpada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam.

Penatalaksaan yang diberikan pada asuhan kala IV telah sesuai dengan teori Rohani dkk (2011), yang menyatakan bahwa pemeriksaan tinggi fundus setiap 30 menit pada jam kedua, menganjurkan ibu untuk cukup nutrisi dan hidrasi, serta menganjurkan ibu untuk istirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu posisi yang nyaman.Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

4.3 Masa Nifas

Asuhan kebidanan persalinan dilakukan pada 04Mei 2016 pukul 00.00 WIB di BPM Hj.Sri Nirmala. Berdasarkan hasil pengkajian tanggal 04 Mei 2016 Ny. “S” 6 jam postpartum, pemeriksaan fisik dalam keadaan normal TD : 120/80 mmHg, RR : $20^{x}/_{m}$, Polse : $82^{x}/_{m}$, Suhu : $36{,}4^{o}$C. Pemeriksaan kebidanan dalam keadaan normal, perdarahan normal, jenis lokia rubra, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik. Rencana asuhan yang diberikan yaitu KIE tentang asupan gizi seimbang,

KIE fisiologi masa nifas, KIE tentang personal hygiene, menganjurkan ibu untuk mobilisasi, KIE tentang istirahat yang cukup, dan tanda-tanda bahaya masa nifas. Pelaksaan yang dilakukan sesuai dengan asuhan pada Ny. "S" P_3A_0 postpartum 6 jam. Setelah dijelaskan tentang hasil pemeriksaan Ny. "S" mengerti akan keadaan dirinya serta paham akan penjelasan yang telah disampaikan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan perdarahan normal, jenis lokia rubra dan TFU 3 jari dibawah pusat hal itu sesuai dengan teori Vivian dan Tri Sunarsih (2015) yang menyatakan bahwa setelah plasenta lahir TFU setinggi pusat, dan jenis lokia rubra warnanya biasanya merah pada hari pertama sampai hari ke tiga masa postpartum.Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

4.4 Bayi Baru Lahir

bayi baru lahir dilakukan pada 03 Mei 2016 pukul 06.30WIB di BPM Hj.Sri Nirmala. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan hasil bayi Ny. "S" usia 0 hari lahir pada usia kehamilan 37 minggu 5 hari. Bayi lahir spontan pada tanggal 03 Maret 2016 pukul 18.00 WIB. Nilai APGAR Score 8/9, jenis kelamin perempuan, dengan BBL 3000 gram, PBL 47 cm, lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 32 cm, LILA 11 cm, refleks morro, rooting, sucking, swallowing dalam keadaan baik.

Rencana asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir Ny. "S" 0 hari yaitu, KIE tentang ASI eksklusif, KIE perawatan tali pusat, tanda-tanda bahaya pada bayi, memberitahu ibu atau keluarga bahwa bayinya akan diinjeksi Vitamin K dan

pemberian salep mata. KIE kunjungan ulang untuk melakukan Imunisasi HB0 pada tanggal yang telah ditetapkan oleh bidan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan khusus dan antropometri bayi Ny. “S” didapatkan hasil nilai APGAR Score 9/10, jenis kelamin perempuan, dengan BBL 3000 gram, PBL 47 cm, lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 32 cm, LILA 11 cm, hal ini sesuai dengan teori Vivian (2011) yang menyatakan cirri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37 – 42 minggu, nilai APGAR > 7, berat badan 2500 – 4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm. Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

4.5 Akseptor KB

Berdasarkan hasil penelitian laporan kasus pada Ny “S” usia 33 tahun P3A0 post partum 40 hari, setelah Ny “S” melahirkan dan melawati masa nifas selama 40 hari. Ny “S” ingin melakukan KB implant meskipun Ny “S” mengatakan masih menysui bayinya ASI Ny“S” tidak khawatir akan ada nangguan pada ASI yang di berikan pada bayinya karena suntik KB implant nyaman untuk dipakai pada saat ibu menyusui dan tidak menghambat kelancaran atau mengurangi ASI.

Dalam pemilihan kontrasepsi yang akan digunakan ibu memilih KB implant. Pilihan kontrasepsi ibu ini telah sesuai dengan anjuran kontrasepsi yang digunakan untuk ibu menyusui. Dimana menurut teori KemenKes RI (2015), KB

implant salah satu keuntungannya tidak mengganggu produksi ASI. Dari hasil penelitian yang didapatkan tidak ada perbedaan antara teori dan praktik.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Dari hasil pengkajian asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. “S” sejak masa kehamilan sampai dengan menjadi akseptor KB dengan pendekatan manajemen kebidanan komprehensif dan pendokumentasian tahun 2016 yang dimulai dari masa kehamilan 37 minggu sampai dengan masa nifas 40 hari sekaligus menjadi akseptor KB di Bidan Praktik Mandiri Hj.Sri Nirmala tahun 2016. Maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

a. Data subjektif pada Ny.”S” umur 33 tahun, agama islam, suku/bangsa Sumatera/Indonesia, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan IRT, Jl.Sunarna Lr.Bilal Rt.04 Kec.Semata Borang. Pada masa kehamilan ibu tidak ada keluhan. Pada masa persalinan ibu mengalami sakit perut menjalar kepinggang, keluar lendir bercampur darah, dengan usia kehamilan 37 minggu 5 hari. Pada masa nifas 6 jam post partum, ibu tidak ada masalah, dan asuhan kebidanan bayi baru lahir Ny.”S” umur 0 hari, tidak ada kelainan. Pada masa AKseptor KB 40 postpartum,ibu ingin ber KB implant.
b. Data objektif yang dilakukan pada Ny”S” dimulai dari masa kehamilan usia kehamilan 37 minggu tidak mengalami masalah apapun semua hasil pemeriksaan fisik, kebidanan, maupun penunjang semua masih dalam

keadaan normal. Pada masa persalinan dengan usia kehamilan 37 minggu 5 hari, ibu datang pukul 17.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasil pembukaan 7 cm, lalu pada pukul 17.55 WIB dilakukan kembali peperiksaan dalam didapatkan hasil pembukaan lengkap, setelah dipimpin meneran selama 5 menit bayi lahir spontan pukul 18.00 WIB. Pada masa nifas 6 jam postpartum ibu tidak mengalami masalah apapun, dimulai dari pemeriksan fisik, serta kebidanan dalam normal. Pada asuhan bayi baru lahir Ny.”S” usia 0 hari , bayi lahir aterm. Semua pemeriksaan khusus, reflex, dan antropometri semuanya dalam keadaan normal. Pada asuhan akseptor KB Ny.”S” 40 postpartum, ibu ingin ber KB implant dan pemeriksaan fisik dalam keadaan normal.

c. Analisa data pada Ny.”S” berdasarkan data subjektif dan objektif diagnosa pada ibu hamil $G_3P_2A_0$ hamil 37 minggu , Janin Tunggal Hidup, Presentasi kepala, tidak ada masalah. Pada masa persalinan dengan hasil diagnose G3P2A0 hamil aterm inpartu kala 1 fase aktif, JTH preskep dengan masalah merasa cemas menghadapi persalinan. Pada masa nifas dengan hasil P3A0 postpartum 6 jam, dengan masalah perut terasa mules. Pada asuhan bayi baru lahir didapatkan diagnose bayi Ny.”S” lahirspontan 0 hari, tidak ada masalah keluarga berencana didapatka diagnose P3A0 akseptor baru yaitu KB Implant.
d. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny”S” berdasarkan hasil diagnosa dan masalah yang terjadi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Praktik BPM Hj.Sri Nirmala

Diharapkan agar dapat lebih meningkatkan mutu pelayanannya, terutama dalam pelayanan kebidanan dengan cara selalu mengupdate perkembangan ilmu kesehatan khususnya mengenai asuhan kebidanan agar sesuai dengan standar pelayanan kebidanan sehingga dapat membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak.

5.2.2 Bagi Institusi STIK Bina Husada Palembang

Diharapkan institusi dapat terus meningkatkan mutu pendidikan dalam hal pemberian materi perkuliahan oleh tenaga pengajaran yang professional dan kompeten dibidangnya masing-masing, memberikan kesempatan berupa sarana dan tempat untuk dapat mempraktikan teori yang didapat serta memberikan masukan-masukan kepada mahasiswa dan bimbingan untuk lebih baik dalam melakukan pembuatan laporan studi kasus.

5.2.3 Bagi Penulis

Agar dapat mengatasi kesenjangan antara teori dan masalah yang ada dalam praktik nyata, dapat menerapkan ilmu yang didapat dan agar lebih terampil serta tanggap dalam melakukan manajemen asuhan kebidanan yang komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

Asri, Dwi, dan Cristine. 2012. *Asuhan Persalinan Normal.* Yogjakarta: Nuha Medika

Dewi, Vivian Nanny Lia. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika

_____ Nanny Lia. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

Dinas Kesehatan. 2015. *Profil Kesehatan Kota Palembang Tahun 2014*. (online) (http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf). Diakses 05 Januari 2016

Dinkes Provinsi Sumatera Selatan. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan* . Palembang: Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan

Heryani, Reni. 2012. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui*. Jakarta: TIM

Kementrian Kesehatan RI. 2015. Infodatin Mother's Day. (online) (http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin-asi.pdf). Diakses 06 Januari 2016

Kusmiyati,Y. 2012. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya

Ida, manuaba, dkk. 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC

Mulyani, Nina Siti, dan Mega. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi.* Yogyakarta: Nuha Medika

Mochtar,Rustam.2011. *Sinopsis Obstetri jilid 1*.jakarta : EGC

Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *ILMU Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka

Putra, Sitiatava Rizema. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita untuk Keperawatan dan Kebidanan.* Jogjakarta: Divapress

Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika

Rukiyah, Ai Yeyeh, dan Lia Yulianti. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: TIM

Sri Nirmla.2016.*Buku Register Ibu hamil,bersalin, nifas, BBL, KB.*Palembang: BPM

Sulistyawati, Ari. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika

_____ dan Nugraheni. 2012. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin.* Jakarta: Salemba Medika

_____ 2013. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Medika

Walyani, Elisabeth Siwi, dan Endang. 2015. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Paper Plane

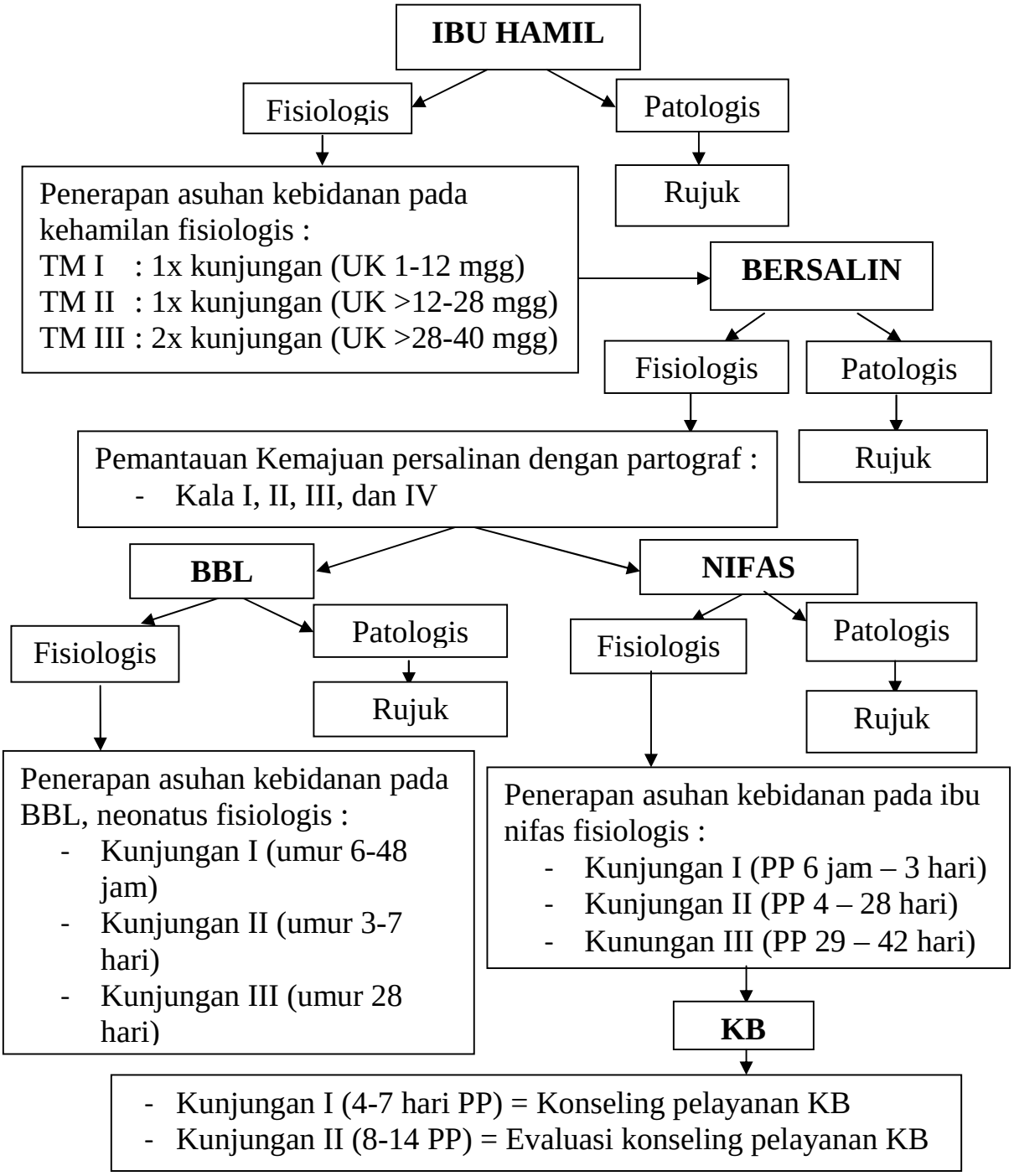
_____ 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.* Yogyakarta: Paper Plane

Word Health Organisation Media Center. 2014 . Maternal dan Reproductive Health. (online) (http://www.who.int/gho/maternal_health/en/_). Diakses tanggal 10 Januari 2016

LAMPIRAN

ALUR ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN

(CONTINUITY OF CARE)



ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Tanggal pengkajian : 28 April 2016

No. pengkajian : 127

1. PENGUMPULAN DATA

1.1 DATA SUBJEKTIF

1.1.1 BIODATA

a.	Nama Ibu	: Ny" S"	Nama Suami	: Tn"R"
b.	Umur	: 33 tahun	Umur	: 30 tahun
c.	Agama	: Islam	Agama	: Islam
d.	Suku/Bangsa	: Sumatera/Indonesia	Suku/Bangsa	:Indonesia
e.	Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
f.	Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
g.	Alamat	: Jln. Sunarna lr.Bilal Rt.04 kec.Semata Borang		

1.1.2 ALASAN DATANG

Ibu datang ke BPM Hj.Sri Nirmala mengaku anak ke-3 hamil 9 bulan dan tidak pernah keguguran, ibu mengatakan ingin memeriksakan keadaannya dan tidak ada keluhan dengan kehamilannya.

1.1.3 DATA KEBIDANAN

1.1.3.1 Haid

a. Menarche : 13 tahun

b. Siklus : ±28 hari

c. Lama : ±7 hari

d. Jumlah : 3x ganti pembalut

e. Sifat : cair

f. Warna : merah kecoklatan

g. Dismenore : kadang-kadang

1.1.3.2 Riwayat Perkawinan

a. Kawin : Kawin

b. Usia Kawin : 23 tahun

c. Lama perkawinan : 10 tahun

1.1.3.3 Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu :G3P2A0

No	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Ditolong Oleh	Penyulit	Tahun Persalinan	Nifas / Laktasi	Anak			
							JK	BB	PB	Ket
1.	Aterem	Normal	Bidan	Tdk ada	2005	iya	Pr	3000	42	Hidup
2	Aterem	Normal	Bidan	Tdk ada	2015	iya	Lk	3200	42	Hidup
3	ini	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1.1.3.4 Riwayat Kehamilan Sekarang

a. GPA : G3P2A0

b. HPHT : 10-08- 2016

c. TP : 17-05-2016

d. Usia Kehamilan : 37 minggu

e. ANC : 4 kali di bidan

f. TT : -

g. Tablet Fe : ± 90 tablet

h. Gerakan Janin : dapat dirasakan oleh ibu

i. Tanda Bahaya Selama Hamil : tidak ada

j. Keluhan/Kelainan Selama Kehamilan : tidak ada

1.1.4 DATA KESEHATAN

1. Riwayat penyakit yang pernah diderita

TB	: tidak pernah	Jantung	: tidak pernah
Malaria	: tidak pernah	Ginjal	: tidak pernah
Hipertensi	: tidak pernah	DM	: tidak pernah

2. Riwayat opersi yang pernah diderita

SC : tidak pernah

Appendiks : tidak pernah

3. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : tidak pernah

Diabetes : tidak pernah

Gameli : tidak pernah

4. Riwayat KB

Pernah mendengar tentang KB : pernah

Pernah menjadi akseptor KB : Pernah

Jenis KB : IUD

Alasan berhenti : Ingin punya anak

Jumlah anak yang diinginkan : 3 anak

1.1.5 DATA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Nutrisi

Pola makan : 3x sehari

Porsi : 1 piring nasi, 1 mangkuk sayur, 1 potong lauk, buahan

Pola minum : ± 8 gelas

Keluhan : tidak ada

Pantangan : tidak ada

2. Eliminasi

BAK : ± 6x sehari

BAB : ± 1x sehari

3. Istirahat dan tidur

Tidur siang : ± 2 jam

Tidur malam : ± 8 jam

4. Olahraga dan rekreasi

   Olahraga : jalan pagi

   Rekreasi : tidak pernah

5. Personal hygiene

   Gosok gigi : ± 2x sehari

   Mandi : ± 3x sehari

   Ganti pakaian dalam : ± 2x sehari atau bila terasa lembab

1.1.6 DATA PSIKOSOSIAL

1. Pribadi

   Harapan terhadap kehamilan : sangat diharapkan

   Rencana melahirkan : di Bidan

   Persiapan yang dilakukan : mental, fisik, perlengkapan, materi

   Rencana menyusui : ASI ekslusif

   Rencana merawat anak : sendiri

2. Suami dan keluarga

   Harapan suami dan keluarga : sangat diharapkan

   Persiapan yang dilakukan : dukungan emosional, materi, Mental

3. Budaya

Kebiasaan / adat istiadat : tidak ada

1.2 DATA SUBJEKTIF

1.2.1 PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran	: composmentis	Suhu	: 36,5 ^{o}C
Keadaan umum	: baik	BB sebelum hamil	: 57 kg
Tekanan darah	: 120/80 mmHg	BB sekarang	: 67 kg
RR	: 22 x/m	Tinggi badan	: 146 cm
Nadi	: 80 x/m	LILA	: 28 cm

1.2.2 PEMERIKSAAN KEBIDANAN

1. Inspeksi

Kepala : Simetris

Rambut : bersih dan warna rambut hitam

Mata

- Scklera : tidak ikterik
- Konjungtiva : tidak pucat

Hidung : tidak ada polip

Mulut

- Caries : tidak ada
- Stomatitis : tidak ada
- Lidah : bersih

Gigi

- Gigi : bersih
- Plak/karang gigi : tidak ada

Muka

- Odema : tidak ada
- Cloasma gravidarum : tidak ada

Leher

- Kelenjar limfe : tidak ada pembesaran
- Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran
- Vena jugularis : tidak ada pembesaran

Payudara

- Bentuk/ukuran : simetris
- Areola mammae : hiperpigmentasi
- Putting susu : menonjol
- Colostrum : tidak ada

Abdomen

- Pembesaran : sesuai usia kehamilan
- Strie livide : tidak ada
- Strie albicans : tidak ada
- Linia nigra : ada
- Linia alba : tidak ada
- Luka bekas operasi : tidak ada

Genetali Eksterna

- Kebersihan : bersih
- Varices : tidak ada
- Odema : tidak ada
- Kelenjar bartholini : tidak ada pembesaran

Ekstremitas bawah

- Odema : tidak ada
- Varices : tidak ada
- Pergerakan : baik

Ekstremitas atas

- Odema : tidak ada
- Pergerakan : baik

2. Palpasi

   Leopold I : TFU 3 jr dibawah PX (30 cm). teraba bokong janin.

   Leopold II : sebelah kanan perut ibu teraba punggung dan pada sebelah kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

   Leopold III : teraba keras, bulat dan melenting (kepala).

   Leopold IV : sudah masuk, penurunan 4/5, hodge II

   TBJ : (30-11) x 155 = 2.945 gram

3. Auskultasi

   DJJ : 139 x/m

   Frekuensi : teratur

   Lokasi : bawah pusat pada sebelah kanan perut ibu.

4. Perkusi

   Reflek patella : +/+

5. Pemeriksaan penunjang

   Darah

   - HB : tidak dilakukan

   Urine

   - Protein : tidak dilakukan
   - Glukosa : tidak dilakukan

   Pemeriksaan panggul (dilakukan pada primigravida)

- Distansia spinarum : tidak dilakukan
- Distansia cristarum : tidak dilakukan
- Conjungata eksterna : tidak dilakukan
- Lingkar panggul : tidak dilakukan

II. ANALISA DATA

Diagnosa : G3P2A0 hamil 37 minggu JTH Preskep

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

III. PENATALAKSANAAN

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan
   - Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan

     TD : 120/80 mmHg RR : 22 x/m

     Polse : 80 x/m T : 36,5 ^{0}C
   - Ibu mengerti dengan penjelasan bidan

2. Berikan KIE tentang personal hygiene

- Memberikan KIE tentang personal hygiene yaitu mandi 2 kali sehari dengan sabun dan menggosok gigi, menggati pakaian yang menyerap keringat, serta mengganti pakaian dalam apabila lembab.
- Ibu mengerti dan mau melakukannya.

3. Berikan KIE tentang istirahat
   - Memberikan KIE tentang istirahat yang cukup, tidur siang 1-2 jam tidur malam 6-8 jam, mengurangi aktifitas berat.
   - Ibu sudah istirahat dengan cukup
4. Berikan KIE tentang tanda-tanda bahaya kehamilan
   - Memberikan KIE tentang tanda-tanda bahaya kehamilan, seperti perdaraan pervaginam, bengkak pada muka kaki dan tangan, penglihatan kabur, pusing yang berlebihan, kejang dan demam tinggi.
   - Ibu mengerti dengan penjelasan bidan.
5. Berikan KIE tentang ketidaknyamanan pada trimester III
   - Memberikan KIE tentang ketidaknyamanan pada trimester III, yaitu: sesak napas yang diakibatkan ukuran perut yang semakin membesar, insomnia atau susah tidur, ada rasa khawatir dan cemas, rasa tidak nyaman dan tekanan pada jalan lahir, adanya kontraksi, dan itu normal
   - Ibu mengerti penjelasan bidan

6. Beritahu ibu tentang persiapan persalianan
    - Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan, seperti persiapan materi, kesiapan mental, fisik dan tenaga.
    - Ibu mengerti penjelasan bidan
7. Berikan KIE tentang tanda-tanda persalinan
    - Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan, seperti adanya rasa sakit pada perut ibu hingga menjalar ke pinggang, keluarnya lendir bercambur darah yang keluar dari kemaluan.
    - Ibu mengerti dengan penjelasan bidan.
8. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang
    - Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu kedepan atau apabila ada keluhan dan apabila sudah ada tanda-tanda persalinan.
    - Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal pengkajian : 03 MEI 2016

No. pengkajian : 56

I. PENGUMPULAN DATA

1.1 DATA SUBJEKTIF

1.1.1 Biodata

a.	Nama Ibu	: Ny" S"	Nama Suami	: Tn"R"
b.	Umur	: 33 tahun	Umur	: 30 tahun
c.	Agama	: Islam	Agama	: Islam
d.	Suku/Bangsa	: Sumatera/Indonesia	Suku/Bangsa	:Indonesia
e.	Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
f.	Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
h.	Alamat	: Jl.Sunarna Lr.Bilal RT.04 Kec.Semata Borang		

1.1.2 Alasan Datang

Ibu datang ke BPM Hj.Sri Nirmala mengatakan anak ke-3 hamil 9 bulan, ibu mengeluh sakit perut yang menjalar kepinggang dan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan ibu serta ibu mengatakan sudah ada rasa ingin meneran.

1.1.3 Data Kebidanan

1.1.3.1 Riwayat Haid

a. Menarche : 13 tahun

b. Siklus : ± 28 hari

c. Lamanya : ±7 hari

d. Warna : merah kecoklatan

e. Jumlah : 3 x ganti pembalut

f. Dismenore : kadang-kadang

1.1.3.2 Riwayat Perkawinan

a. Kawin : Kawin

b. Usia Kawin : 23 tahun

c. Lama Perkawinan : 10 tahun

1.1.3.3 Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

No	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Ditolong Oleh	Penyulit	Tahun Persalinan	Nifas / Laktasi	Anak			
							JK	BB	PB	Ket
1.	Aterem	Normal	Bidan	Tdk ada	2005	Iya	Pr	3000	42cm	Hidup
2	Aterem	Normal	Bidan	Tdk ada	2015	iya	Lk	3200	42	Hidup
3	ini									

1.1.3.4 Riwayat Kehamilan Sekarang

a. HPHT : 10-08-2016

b. TP : 17-05-2016

c. ANC

- TM I : 1x (tanggal 28-12-2015)
- TM II : 2x
  1. Tanggal 28-01-2016
  2. Tanggal 29-02-2016
- TM III : 4x
  1. Tanggal 05-03-2016
  2. Tanggal 28-04-2016

d. Imunisasi TT : -

e. Tablet Fe : ± 70 tablet

1.1.4 Riwayat KB

Pernah menjadi akseptor KB : Pernah

Jenis kontrasepsi yang digunakan : IUD

1.1.5 Data Kesehatan

1. Penyakit yang pernah diderita

DM	: tidak pernah	Penyakit jantung	: tidak pernah
Hipertensi	: tidak pernah	Penyakit ginjal	: tidak pernah
Malaria	: tidak penah	Typoid	: tidak pernah

2. Riwiyat penyakit keluarga / keturunan

Hipertensi	: tidak pernah	Jantung	: tidak pernah
Gemmeli	: tidak pernah	Ginjal	: tidak pernah
Asma	: tidak penah	Typoid	: tidak pernah

3. Riwayat operasi yang pernah dijalani

SC	: tidak pernah
Appendiks	: tidak pernah

1.1.6 Data Kebiasaan Sehari-hari

1. Pola nutrisi

Makan	: 3x sehari
Pantangan makanan	: tidak ada
Minum	: 7 gelas

2. Pola istirahat dan aktivitas

Tidur siang	: ± 2 jam
Tidur malam	: ± 8 jam
Aktivitas	: ± 12 jam

3. Pola eliminasi

BAK :	Frekuensi	: ± 6 x sehari
	Konsistensi	: air
	Warna	: kekuningan
BAB :	Frekuensi	: ± 1x sehari

Penyulit : tidak ada

Warna : kuning bening

4. Personal hygiene

Mandi : ±2x sehari

Gosok gigi : ± 3x sehari

Ganti pakaian dalam : ±3x sehari atau bila terasa lembab

1.1.7 Data Psikososial

Hubungan ibu dengan suami dan keluarga : baik dan harmonis

Pengamibilan keputusan keluarga : suami

Keadaan psikologik : baik

1.2 DATA OBJEKTIF

1.2.1 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : baik

Tekan darah : 110/80 mmHg

Polse : 80 x/m

Respirasi : 20 x/m

Suhu : 36,0 ^{O}C

Berat badan :- sebelum hamil : 57 kg

-Sekarang : 67 kg

Tinggi badan : 146 cm

LILA : 28 cm

1.2.2 Pemeriksaan Kebidanan

1. Inspeksi

   Kepala : simetris

   Rambut : bersih dan tidak ada ketombe

   Mata

   - Sclera : tidak ikterik
   - Konjungtiva :tidak pucat

   Hidung : tidak ada polip

   Mulut dan gigi

   - Gusi : tidak ada pembengkakan
   - Caries : tidak ada
   - Stomatitis : tidak ada
   - Lidah : bersih

   Muka : tidak oedema

   Closma gravidarum : tidak ada

   Leher

   - Kelenjar limfe : tidak ada pembesaran
   - Kelenjae tiroid : tidak ada pembesaran

- Vena jugularis : tidak ada pembesaran

Payudara

- Bentuk : simetris
- Putting susu : menonjol
- Pengeluaran cairan : tidak ada
- Masa : tidak ada

Abdomen

- Keadaan : sesuai usia kehamilan
- Bekas operasi : tidak ada
- Linea nigra : ada
- Striae : livide : tidak ada
  Albican : tidak ada

Genetalia eksterna

- Kebersihan : bersih
- Varices : tidak ada
- Odema : tidak ada
- Kelenjar bartholini : tidak ada pembengkakan

Ekstrimitas atas

- Odema : tidak ada
- Pergerakan : baik

Ekstrimitas bawah

- Odema : tidak ada
- Varices : tidak ada
- Pergerakan : baik

2. Palpasi

   Leopold I : TFU 2 jr dibawah PX (30 cm) teraba bokong janin.

   Leopold II : sebelah kanan perut ibu teraba punggung dan pada sebelah kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

   Leopold III : teraba keras, bulat dan melenting (kepala).

   Leopold IV : penurunan 2/5, hodge III.

   HIS : 4x10’40”

   Frekuensi : teratur

   Blass : kosong

3. Auskultasi

   DJJ : 139 x/m

   Frekuensi : teratur

   Lokasi : bawah pusat pada sebelah kanan perut ibu.

   TBJ : (30 – 11) X 155 =2945 gram

4. Perkusi

   Reflek patella : +/+

5. Pemeriksaan dalam

   Portio : tipis Presentasi : kepala

Pembukaan	: 7 cm	Penurunan	: hodge III
Penipisan	: 70 %	Petunjuk	: UUK di depan
Ketuban	: utuh		

1.2.3 Pemeriksaan Penunjang

a. Darah

Golongan darah : Tidak dilakukan

Hb : Tidak dilakukan

b. Urine

Protein : Tidak dilakukan

Glukosa : Tidak dilakukan

1.3 ANALISA DATA

Diagnosa : $G_3P_2A_0$ hamil aterm 37 minggu 5 hari inpartu kala I fase aktif

Masalah : Ibu mengeluh sakit perut menjalar kepinggang

Kebutuhan : asuhan sayang ibu

1.4 PENATALAKSANAAN

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan

- Memberitahu ibu hasil bahwa keadaan ibu dan janin dalam keadaan baik.

TD : 110/80 mmHg RR : 20 x/m

Polse : 80 x/m T : 36 ^{0}C

DJJ : 139 x/m Pembukaan : 7 cm

- Ibu mengetahui hasil meriksaan dan ibu mengerti dengan penjelasan bidan.

2. Siapkan alat persalinan
   - Menyiapkan alat seperti APD(Alat pelindung diri) lengkap, partus set, dan heating set.
   - Alat sudah disiapkan secara agronomis dan lengkap.
3. Anjurkan ibu untuk mengatur posisi nyaman
   - Menganjurkan ibu untuk berbaring kesebelah kiri agar kepala janin cepat turun/berada didepan vulva.
   - Ibu mengerti penjelasan bidan dan mau melakukannya.
4. Berikan KIE tentang asupan nutrisi
   - Memberikan KIE tentang asupan nutrisi, dengan menganjurkan ibu untuk minum disela-sela sakit hilang.
   - Ibu mengerti penjelasan bidan dan mau melakukannya.
5. Lakukan asuhan sayang ibu
   - Melakukan asuhan sayang ibu dengan menggosok-gosok punggung ibu untuk menghilangkan rasa sakit ibu.
   - Asuhan sayang ibu sudah dilakukan.
6. Beritahu keluarga untuk mempersiapkan pakaian bayi dan ibu
   - Memberitahu keluarga untuk mempersiapkan pakaian bayi dan ibu.

- Keluarga ibu mengerti dan sudah mempersiapkan pakaian bayi dan ibu.

7. Ajarkan ibu belajar meneran
   - Mengajarkan ibu untuk belajar meneran, yaitu mengedan seperti mau BAB, mata dibuka melihat pusat, posisi kaki diangkat ke perut dan tangan dimasukkan kedalam lipatan antara paha dan kaki.
   - Ibu mengerti penjelasan bidan.
8. Lakukan observasi terhadap ibu
   - Melakukan observasi setiap 30 menit meliputi keadaan ibu, nadi, DJJ, his, dan pemantauan setiap 4 jam meliputi pembukaan, TD, suhu.
   - Observasi telah dilakukan.

Lembar Observasi Kala I

NO	Tgl/ Jam	Observasi										
		DJJ	**HIS**	**TD**	**P**	**N**	**T**	**Pembukaan**	**Penurunan**	**Ketuban**	**Penyusupan**	**Urine**
1	03/05/2016 17.00 wib	139 x/m	4x10' 40"	120/80 mmHg	24 x/m	80 x/m	36 ^{o}C	7 cm	2/5	utuh	Tidak ada	
2	03/05/2016 17.55 wib	135 x/m	5x10' 50"	120/80	24 x/m	80x x/m		10 cm	0/5	negatif	Tidak ada	50 cc

KALA II

Tanggal pengkajian : 03 Mei 2016 Pukul : 17.55 wib

I. SUBJEKTIF

Ibu merasa sakit yang semakin kuat dan ada rasa dorongan untuk meneran.

II. OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : stabil

HIS : 5x 10’ 50”

DJJ : 131 x/m

Perineum : menonjol

Vulva/vagina : membuka

Anus : membuka

Pemeriksaan dalam

- Portio : tidak teraba
- Pembukaan : 10 cm
- Penipisan : 100 %

- Ketuban : pecah spontan dan warna jernih
- Presentasi : kepala
- Petunjuk : UUK di depan
- Penurunan : 0/5, Hodge IV

III. ANALISA DATA

Diagnosa : G3P2A0 hamil aterm inpartu kala II

Masalah : Ibu merasa sakit yang semakin kuat dan terasa ingin meneran.

Kebutuhan : Pimpin persalinan

IV. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu bahwa keadaan ibu dan janin dalam keadaan baik dan pembukaan sudah lengkap, menganjurkan ibu untuk meneran jika ada rasa dorongan ingin meneran .
   - ibu mengerti dengan penjelasan bidan
2. Melakukan cuci tangan 7 langkah efektif, memakai APD(Alat pelindung diri) lengkap dan mendekatkan alat pertolongan persalinan.
   - Ibu mengerti dengan penjelasan bidan
3. Atur posisi ibu dengan nyaman dan aman dengan posisi meneran setengah duduk.
   - Ibu mengerti penjelasan bidan dan mau melakukannya.

4. Melakukan pimpinan persalinan

   - Bayi lahir spontan pukul 18.10 wib langsung menangis

- Jenis kelamin : Laki-laki
- BB : 3000 gram
- PB : 47 cm
- A/S : 8/9
- Lingkar kepala : 35 cm
- Lingkar dada : 32 cm
- Lila : 11 cm
- Anus : +

5. Melakukan penanganan bayi baru lahir yaitu dimulai dari mongeringkan tubuh bayi dengan handuk kemudian menjepit tali pusat dengan cara letakkan klem pertama dengan jarak 3 cmm dari tubuh bayi urut kearah ibu 2 cm lalu jepitkan klem kedua. Dengan melindungi perut bayi, potong tali pusat diantara kedua klem dan lakukan pengikatan.

   - Penanganan pada bayi baru lahir telah dilakukan.

KALA III

Tanggal pengkajian : 03 mei 2016 Pukul : 18.25 wib

I. SUBJEKTIF

Ibu mengeluh perutnya mules

II. OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : stabil

Tali pusat : memanjang

Uterus : membulat

III. ANALISA DATA

Diagnosa : P3A0 kala III postpartum spontan

Masalah : Ibu merasa lelah dan

Kebutuhan : - Manajemen aktif kala III

- Memeriksa kelengkapan plasenta

-Observasi laserasi jalan lahir

IV. PENATALAKSANAAN

1. Melakukan manajemen aktif kala III

   Penetalaksanaan yang diberikan yaitu pastikan tidak ada janin kedua, suntikan oksitosin 10 IU IM di 1/3 paha bagian luar, lakukan PTT apabila sudah ada tanda-tanda lepasny plasenta seperti semburan darah secara tiba-tiba, tali pusat memanjang, uterus membundar, kemudian jepit tali pusat 5-10 cm di dpan vulva, tangan kanan melakukan PTT dan tangan kiri melakukan gerakkan dors cranial. Apabila plasenta sudah ada di introitus vagina lakukan putaran searah jarum jam, setelah lahir periksa kelengkapan plasenta dan letakkan plasenta ditempat yang sudah disediakan. Lakukan masase fundus uteri agar rahim berkontraksi dengan baik.
2. Mengajarkan pada ibu dan keluarga untuk melakukan masase fundus uteri agar rahim berkontraksi dengan baik.
3. Telah lahir lengkap pukul 18.10 WIB , berat ± 500 gram, kelengkapan kotiledon :lengkap, selaput : utuh, tali pusat panjangnya : ± 50 cm, insersi :sentralis.

KALA IV

Pengkajian dilakukan pada tanggal : 03 mei 2016 Pukul : 18.25 wib

I. SUBJEKTIF

Ibu merasa senang atas kelahiran anaknya dan ibu mengatakan lelah setelah persalinan

II. OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : stabil

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Polse : 80 x/m

Respirasi : 20 x/m

Suhu : 36.2^{o}C

Kontraksi uterus : baik

TFU : 3 jari dibawah pusat

Kandung kemih : kosong

Perdarahan : 150 cc

III. ANALISA DATA

Dignosa : P3A0 kala IV postpartum spontan

Masalah : Ibu merasa lelah dan lemas setelah persalinan

Kebutuhan : - Observasi keadaan ibu

- KIE tentang rasa nyaman dan istirahat
- Melakukan perawatan Bayi Baru Lahir
- Melakukan injeksi Vitamin K dan pemberian salap mata
- KIE tentang nutrisi
- KIE tentang perawatan talipusat
- KIE tentang Asi eksklusif
- Melakukan pemberian therapi
- KIE tentang KB
- Pencatatan dan dokumentasi

IV. PENATALAKSANAAN

1. Keadaan Umum Ibu

   TD : 120/70 mmHg pulse : 80x/menit

   Suhu : $36,2^0$ C RR : 20x/menit

   - Beri tahu ibu bahwa keadaan ibu baik

2. Memberi ibu rasa nyaman setelah persalinan, bersihkan tubuh ibu setelah persalinan dan mengganti pakaian ibu dengan pakaian yang bersih, menganjurkan ibu untuk istirahat setelah persalinan.

- Ibu sudah bersih dan merasa nyaman serta senang dan dapat beristrahat.

3. Setelah 1 jam dilakukan perawatan bayi baru lahir. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.

Jenis kelamin	: Laki-laki	Lingkar kepala	: 35 cm
Berat badan	: 3000 gram	Lingkar dada	: 32 cm
Panjang badan	: 47 cm	LILA	: 11 cm
A/S	: 8/9	Anus	: +

4. Melakukan injeksi vitamin K (phytomenadione) 0,5 secara IM pada paha kiri bayi, untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K dan melakukan pemberian salep mata (tetrasiklin 1%) dengan cara dari arah dalam mata kearah luar mata.
5. Memberitahu ibu tentang nutrisi, menganjurkan ibu untuk makan dan minum karena ibu merasa lelah setelah persalinan.
   - Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran bidan.
6. Memberitahu ibu cara perawatan talipusat, seperti tidak memberikan apapun pada talipusat dan kassa bayi dan selalu mengganti kassa steril setiap kali bayi selesai mandi.
   - Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran bidan.
7. Menganjurkan ibu untuk memberikan asi eksklusif selama 6 bulan tanpa diberi makanan pendamping lainnya selain asi pada bayinya.
   - Ibu mengerti dan mau mengikkuti anjuran bidan.

8. Melakukan pemberian therapy

   Th/oral amoxicillin 500 mg x 1

   Th/oral Asam Mefenamat 500 mg x1

   Vitamin B complex 3x1

   Vitamin A 2 tablet 1x1

   -Ibu mengerti dengan penjelesan bidan

9. Memberi KIE tentang KB pada ibu, memberitahu ibu macam-macam jenis KB untuk ibu menyususi seperti Metode Amenore Laktasi (MAL), suntik KB 3 bulan dan Pil KB khusus untuk ibu menyususi
   - Ibu mengerti penjelasan bidan dan mau menggunakan KB suntik 3 bulan.
10. Melakukan Pencatatan dan Pendokumentasian
    - Pendokumentasian telah dilakukan

Pemantauan Persalian Kala IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1.	18.25 wib	120/70 mmHg	80 x/m	36,2 ^{o}C	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 50 cc
	18.40 wib	120/70 mmHg	80 x/m	36,2 ^{o}C	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 25 cc
	18.55 wib	120/70 mmHg	80 x/m	36,4 ^{o}C	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 15 cc
	19.10 wib	120/70 mmHg	82 x/m	36,4 ^{o}C	3 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 10 cc
2.	19.40 wib	120/80 mmHg	84 x/m	36,5 ^{o}C	3 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 3 cc
	19.10 wib	120/80 mmHg	80 x/m	36,2 ^{o}C	3 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 3 cc

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Kelainan presen

Nama ibu NY "S" Umur 33 thn G 5 P 2 A 0
Tanggal 02 Mei 2016 Jam :
sejak jam 17.40 WIB Mules sejak jam 10.20

Denyut jantung janin (..../menit)

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80

Air ketuban dan penyusupan

Cm

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

WASPADA

BERTINDAK

Bayi lahir spontan pukul 18.10
JK : Laki-laki
BB : 3000 gr
PB : 47 cm
Anus : +

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Waktu (jam)

17.00 18.00

Kontraksi tiap 10 menit (detik)

<20 5 4
20-40 3
>40 2 1

Oksitosin U/L Tetes /menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60

Temperatur °C

Urin — Protein, Aseton, Volume

Tonus

Makan Minum

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Tanggal Pengkajian : 04 mei 2016

No. Pengkajian : 115

I. PENGUMPULAN DATA

1.1 DATA SUBJEKTIF

1.1.1 Biodata

Nama Ibu	: Ny"S"	Nama suami	: Tn"R"
Umur	: 33 tahun	Umur	: 30 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Sumatera/Indonesia	Suku/bangsa	: Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jln.Sunarna Lr.Bilal Rt.04 Kec.Semata Borang		

1.1.2 Alasan Datang (ditulisan kecuali 6 jam postpartum)

Pada tanggal 04 Mei 2016 pukul 00.00 WIB ibu mengatakan keadaan baik dan ibu mengaku tidak ada keluhan.

a. Riwayat Persalian

Jenis persalinan	: spontan
Penolong	: bidan

Tanggal lahir : 03 Mei 2016

Jam lahir : 18.00 wib

Jenis kelamin : Laki-laki

BBL : 3000 gram

PBL : 47 cm

Keadaan anak : baik

Indikasi : tidak ada

Tindakan pada masa persalinan : observasi kemajuan persalinan

II. DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum	: baik	RR	: 20 x/m
Kesadaran	: composmentis	Nadi	: 82 x/m
Tekanan darah	: 120/80 mmHg	Suhu	: 36,4^{o}C

b. Pemeriksaan kebidanan

3. Inspeksi

Kepala : bersih dan tidak ada ketombe

Rambut : bersih dan warna rambut hitam

Mata

Scklera : tidak ikterik

Konjungtiva : tidak pucat

Hidung : tidak ada polip

Mulut dan gigi

Stomatitis : tidak ada

Lidah : bersih

Caries : tidak ada

Muka : tidak oedema

Leher : tidak ada kelainan

Payudara

Bentuk / ukuran : simetris

Areola mammae : hiperpigmentasi

Putting susu : menonjol

Colostrum : ada

ASI : ada

Abdomen : 2 jari di bawah pusat

Genetalia eksterna

Perineum : tidak ada laserasi

Perdarahan : normal

Jenis lokhea : lokhea rubra

Warna : merah segar

Ektrimitas bawah

Odema : tidak ada

Varices : tidak ada

2. Palpasi

TFU : 3jari di bawah pusat

Kontraksi uterus : baik

Involusi uteri : baik

3. Inspekulo : tidak dilakukan

III. ANALISA DATA

Diagnosa : P3A0 6 jam postpartum

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

IV. PENATALAKSANAAN

1. Menganjurkan ibu untuk istirahat karena habis melahirkan.
   - Ibu mengerti dan mau melakukannya.
2. Menganjurkan ibu untuk makan-makan yang bergizi seperti sayur mayur, lauk pauk dan buah-buhan.
   - Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan mau melakukannya.

3. Menganjurkan ibu untuk miring kiri, miring kanan, duduk, berdiri dan berjalan bila mampu guna untuk memperlancar keluarnya lochea dan memperlancar peredaran darah.
    - Ibu mau melakukannya dan ibu sudah bisa duduk.
4. Menjelaskan pada ibu tentang personal hygine yaitu mandi 2 kali sehari dan mengganti pembalut apabila terasa sudah penuh.
    - Ibu mengerti dan mau melakukannya.
5. Mengajarkan ibu untuk masase, agar uterus berkontraksi dengan baik.
    - Ibu mau melakukannya dan uterus berkontraksi dengan baik.
6. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI Ekslusif selama 6 bulan tanpa diberikan makanan pendamping lainnya.
    - Ibu mau mengikuti anjuran bidan.
7. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan tali pusat bayi, seperti tidak memberikan apapun baik pada talipusat bayi dan kassa. Hal ini bertujuan agar tidak terjadi infeksi pada talipusat bayi.
    - Ibu mengerti dan mau melakukan anjuran bidan.
8. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu setelah ibu melahirkan dan jika ibu atau bayinya ada keluhan dengan keadannya.
    - Ibu mengerti dan mau melakukan kunjungan ulang.

CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS

No	Jenis Pemeriksaan	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (3-7 hari)	Kunjungan III (8-28 hari)
		Tgl : 03 Mei 2016	**Tgl : 08 Mei 2016**	**Tgl : 30 M0ei 2016**
1	Keadaan umum	Baik	Baik	Baik
2	Tanda-tanda vital : 9. TD (mmHg) 10. Suhu (^{o}C) 11. Respirasi (kali/menit) 12. Nadi (kali/menit)	 120/80 mmHg 36,4 ^{o}C 24 x/m 82 x/m	 120/70 mmHg 36 ^{o}C 22 x/m 82 x/m	 120/80 mmHg 36,6 ^{o}C 22 x/m 78 x/m
3	Perdarahan pervaginam	Baik	Baik	Baik
4	Kondisi perineum	Baik	Baik	Baik
5	Tanda-tanda infeksi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
6	Kontraksi rahim	Baik	Baik	Baik
7	Tinggi fundus uteri	3 jari di bawah pusat	2 jari di atas simpisis	Normal
8	Pemeriksaan payudara & anjuran pemberian ASI eksklusif	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan
9	Lokhia dan perdarahan	Lokhia rubra	Lokhia sanguinolenta	Lokhia alba
10	Pemberian kapsul Vit.A	Iya	Iya	Iya
11	Pelayanan kontrasepsi pascapersalianan	Konseling	Konseling	Komseling
12	Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
13	Memeriksa masalah / keluhan ibu tindakan (terapi / rujukan / umpan balik)	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
14	Nama pemeriksaan	Fitri Setiawati	Fitri Setiawati	Fitri Setiawati

ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

Tanggal pengkajian : 03 mei 2016

No. pengkajian : 56

I. PENGUMPULAN DATA

1.1 DATA SUBJEKTIF

1.1.1 Biodata

Nama bayi : By.”S”

Umur bayi : 1 jam

Tgl/jam lahir : 03 Mei 2016/ 18.00 wib

Jenis kelamin : Laki-laki

BBL bayi : 3000 gram

PBL bayi : 47 cm

Kelahiran : Normal

a.	Nama ibu	: Ny”S”	Nama suami	: Tn”R”
b.	Umur	: 33 tahun	Umur	: 30 tahun
c.	Agama	: Islam	Agama	: Islam
d.	Suku/bangsa	: Sumatera/Indonesia	Suku/bangsa	: Indonesia
e.	Pendidikan	:SMP	Pendidikan	: SMP
f.	Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
g.	Alamat	: Jl.Sunarna Lr bilal Rt.04 Kec.Semata Borang		

1.1.2 Riwayat persalinan

a. Jenis persalianan : Spontan

b. Ditolong oleh : bidan

c. Ketuban pecah : spontan

d. Indikasi : tidak ada

e. Tindakan pasca persalinan : observasi keadaan ibu dan bayi

1.2 DATA OBJEKTIF

1.2.1 Pemeriksaan fisik

Kesadaran : composmentis

Keadaan umum : baik

RR : 22x/m

Nadi : 80x/m

Suhu : 36,5ºC

Kepala : tidak ada molase

Perut : simetris

Tali pusat : baik

Anus : +

1.2.2 Pemriksaan khusus (APGAR SCORE)

No.	Kriteria	1-5 menit	5-10 menit
1.	Apereance	1	2
2.	Polse	2	2
3.	Grimace	2	1
4.	Activity	1	2
5.	Respiration	2	2
Total		**8**	**9**

1.2.3 Pemriksaan refleks

a. Reflek moro : +
b. Reflek rooting : +
c. Reflek sucking : +
d. Reflek swallowing : +
e. reflek tonic neck : +
f. reflek palmar graf : +
g. reflek gallant : +
h. reflek bablinsky : +

1.2.4 Antropometri

a. BBL : 3000 gram
b. PBL : 47 cm
c. Lingkar kepala : 35 cm
d. Lingkar dada : 32 cm
e. Lila : 11 cm

1.2.5 Eliminasi

Urine : + (positif)

Mekoniun : + (positif)

Sidik Telapak Kaki Kiri Bayi	Sidik Telapak Kaki Kanan Bayi
Sidik Jempol Tangan Kiri Ibu	**Sidik Jempol Tangan Kanan Ibu**

II. ANALISA DATA

Diagnosa : Bayi Ny"S" usia 1 jam dengan persalinan normal

Masalah : bayi belum diberi Hb0

Kebutuhan : - Melakukan perawatan bayi baru lahir

-Melakukan Pemberian Hb0

-Melakukan perawatan talipusat

-Menjaga kehangatan bayi

-ASI Eksklusif

III. PENATALAKSANAAN

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan
   - Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi dan keadaan umum baik, yaitu :

   BB : 3000 LK : 35 cm

   PB :47 cm LD :32 cm

   Anus : (+) Suhu : 36,
   - Ibu mengerti dengan penjelasan bidan
2. Lakukan penyuntikan Vitamin K
   - Melakukan penyuntikan Vitamin K dengan dosis 0,5 cc pada 1/3 paha bagian luar bayi sebelah kiri dengan Intra Muskular, untuk mencegah pengumpulan darah pada bayi.
   - Penyuntikan Vitamin K telah diberikan
3. Lakukan perawatan pada bayi baru lahir

- Melakukan perawatan pda bayi baru lahir, seperti membersihkan badan bayi dari sisa cairan air ketuban dan lendir.
- Perawatan bayi baru lahir sudah di lakukan dan bayi sudah bersih

4. Lakukan penyuntikan Hb0
    - Lakukan penyuntikan Hb0 0,5 ml secara IM 1/3 paha kana luar bayi, untuk mencegah penyakit hepatitis pada bayi.
    - Penyuntikan Hb0 sudah diberikan
5. Beritahu ibu cara perawatan tali pusat
    - Memberitahu ibu cara melakukan perawatan tali pusat, seperti membungkus tali pusat bayi dengan kasa steril dan tidak memberikan apapun baik pada kasa dan tali pusat pada bayi.
    - Ibu mengerti dengan penjelasan bidan.
6. Beritahu ibu cara menjaga kehangatan bayi
    - Memberitahu cara mencegah agar bayin tidak mengalami hipotermi, seperti memakaikan pakaian pada bayi, membedong bayi dan memakaikan topi pada bayi.
    - Ibu mengerti dan mau melakukan anjuran bidan.
7. Anjurkan ibu untuk member ASI
    - Menganjurkan ibu untuk diberikan ASI Ekslusif, memberitahu ibu untuk melakukan pemberian ASI Ekslusif selama 6 bulan tanpa diberikan makanan lainnya.
    - Ibu mengerti dengan penjelasan bidan.

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

No	Jenis pemeriksaan	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (3-7 hari)	Kunjungan III (8-28 hari)
		Tgl : 03 Mei 2016	**Tgl : 09 mei 2016**	**Tgl : 30 mei 2016**
1.	Berat badan (Kg)	3000 gram	3200 gram	3300 gram
2.	Panjang badan (cm)	47 cm	50 cm	56 cm
3.	Suhu (^{o}C)	36,9 ^{o}C		
4.	Tanyakan ibu, bayi sakit apa?	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
5.	Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri 13. rekuensi napas (kali / menit) 14. rekuensi denyut nadi (kali / menit)			
6.	Memeriksa adanya diare	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
7.	Memeriksa ikterus	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
8.	Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
9.	Memeriksa status pemberian Vitamin K 1	Iya	Iya	Iya
10.	Memeriksa stastus imunisasi HB-0	Iya	Iya	Iya
11.	Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK 15. krining hipotiroid congenital 16. asil tes skrining hipotiroid congenital (-) / (+) 17. onfirmasin hasil SHK	Tidak dilakukan	Tidak ada	Tidak ada
12.	Memeriksa keluhan lain	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
13.	Memeriksa masalah/keluhan ibu tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
14.	Nama pemeriksa			

ASUHAN KEBIDANAN PADA AKSEPTOR KB

Tanggal pengkajian : 15 Juni 2016

No. pengkajian : 128

I. PENGUMPULAN DATA

1.1 Data Subjektif

1.1.1 Biodata

Nama ibu	: Ny"S"	Nama suami	: Tn"R"
Umur	: 33 tahun	umur	: 30 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Sumatera/Indonesia	Suku/bangsa	:Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	:Buruh
Alamat	: Jl.Sunarna Lr Bilal Rt.04 Kec Semata Borang		

1.1.2 Alasan datang

Ibu datang ke BPM Hj.Sri Nirmala mengatakan ingin ber KB Implant.

1.1.3 Jumlah anak hidup

Laki-laki : 2 orang

Perempuan : 1 orang

1.1.4 Umur anak terakhir :

1.1.5 **Status peserta KB** : KB Lama

1.1.6 **Cara terakhir KB** :IUD

1.2 Data Objektif

1.2.1 pemeriksaan fisik

Kesadaran	: composmentis	Nadi	: 80 x/m
Keadaan umum	: baik	Suhu	: 36,6 ^{0}C
Tekanan darah	: 120/80 mmHg	BB	: 51 kg
RR	: 24 x/m	PD/Posisi rahim (IUD)	: tidak dilakukan

1.3 Data Kebidanan

1.3.1 Haid terakhir :

1.3.2 Hamil / diduga hamil : tidak

1.3.3 Jumlah GPA : G3P3A0

1.3.4 Menyusui / tidak : Iya

1.3.5 Genetalia eksterna : tidak ada kelaninan

1.4 Riwayat penyakit

1.4.1 Hipertensi : tidak pernah

1.4.2 Hepatitis : tidak pernah

1.4.3 Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya : tidak pernah

1.4.4 Flour albus kronis : tidak pernah

1.4.5 Tumor payudara /rahim : tidak pernah

1.4.6 Diabetes militus : tidak pernah

II. ANALISA DATA

Diagnosa : Ny"S" akseptor KB implant

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : - KIE keuntungan dan kerugian KB implant

-KIE makanan bergizi

-KIE kunjungan ulang

III. PENATALAKSANAAN

1. Beri tahu ibu tentang hasil pemeriksaan

- memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan seperti TD :120/80 mmHg Nadi :80 x/m suhu : 36,6 ^{0}C RR:24x/m
- ibu mngetahui hasil pemeriksaan

2.Beritahu ibu keuntungan dan kerugian KB implant

- Memberitahu ibu tentang keuntungan dan kerugian KB implant

Keuntungan KB implant : Dapat bekerja sampai 3 tahun, tidak meperlu mengingat minum pil KB setiap hari,implant aman digunakan ketika menyusui, kesuburan dapat kembali normal sesegera mungkin stelah implant dicabut,setelah implant dimasukkan anda dapat beraktivitas dengan normal.

Kerugian KB implant : Banyak wanita menggunakan impalant tidak mengalami mentruasi, terdapat efek samping seperti nyeri kepala, jerawat, mual, perubahan mut.

-Ibu mengerti dengan penjelasan bidan

4. Anjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi

-Menganjurkan ibu untuk makan yang bergizi seimbang seperti nasi,lauk-pauk,sayuran,buah-buahan dan minimal minum 8 gelas perhari

-Ibu mengerti dengan penjelasan bidan

5.Beritahu ibu tentang personal hygiene

-Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan vagina, seperti membersihkan vagina dengan air setiap kali habis BAK dan BAB, basuh dari arah depan kebelakang, dan mengganti pembalut 3 jam sekali atau bila terasa penuh.

-Ibu mengerti dengan penjelas bidan

6. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal yang sudah ditentukan.

-Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal yang sudah ditentukan.

-Ibu mengerti dengan anjuran bidan dan mau melakukannya.

CATATAN PROSES BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
STIK BINA HUSADA

HARI/ TANGGAL	KEGIATAN	CATATAN BIMBINGAN	PARAF
Senin 04/04/2016	Bimbingan	Revisi BAB I,II+ Cover	
Rabu 27/04/2016	Bimbingan	Revisi BAB I,II,III,IV	
Senin 09/05/2016	Bimbingan	Revisi BABI,II,III,IV,V	
Senin 16/06/2016	Bimbingan	Revisi BAB I,II,III,IV,V+Abstrak Lampiran	
Sabtu 18/06/2016	Bimbingan	Revisi BAB I,II,III,IV,V+Abstrak Lampiran	
Senin 20/06/2016	Bimbingan	Revisi BAB I,II,III,IV,V+ Abstrak Lampiran	
Senin 20/06/2016	Bimbingan	Revisi BAB I,II,III,IV,V+ Abstrak Lampiran	
Selasa 21/06/2016	Bimbingan	ACC	

Pembimbing LTA

(Wargustini,Am.Keb,SST,M.kes)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BINA HUSADA
Jl. Syech Abdul Somad No. 28 Kel. 22 Ilir
Palembang Sumatera Selatan 30131
Telepon : 0711 - 357378 Faksimili : 0711 - 365533

Palembang,17 Mei 2016

Nomor : 021.38/STIK/PSKb/V/2016
Lampiran :-
Perihal : Permohonan pengambilan data awal dan Penelitian

Kepada Yth.
Pimpinan BPM Sri Nirmala,SST
Di
Palembang

Perkenankanlah kami menyampaikan kegiatan tugas penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA). Mahasiswa program Studi kebidanan STIK Bina Husada, dari Mahasiswa :

No	Nama	NPM	Judul Penelitian
1	Desasri Pubella	13.15401.14.02	Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.Y di BPM Sri Nirmala,SST Palembang Tahun 2016
2	Fitri Setiawati	13.15401.10.12	Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.S di BPM Sri Nirmala,SST Palembang Tahun 2016
3	Gita Damayanti	13.15401.10.48	Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.N di BPM Sri Nirmala,SST Palembang Tahun 2016
4	Komang Dewi Sartika	13.15401.11.10	Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.M di BPM Sri Nirmala,SST Palembang Tahun 2016
5	Siska Apriliana	13.15401.12.33	Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.W di BPM Sri Nirmala,SST Palembang Tahun 2016

Sehubungan dengan hal tersebut, sudi kiranya Saudara tiada berkeberatan membantu mahasiswa yang bersangkutan untuk melakukan pengambilan data awal dan penelitian yang berada di Institusi Saudara yang akan di gunakan dalam kerangka acuan tugas penyusunan LTA dimaksud.

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak ketiga.

Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua PSKb

(Tri Sartika, SST, M.Kes)

BIDAN HJ. SRI NIRMALA SST

Jl. Taqwa Mata Merah No. 108 Rt 23 Rw 05
Kelurahan Sei Selincah Kecamatan Kalidoni Palembang
30119

Palembang, Juni 2016

Kepada Yth :
Ketua Akademi Kebidanan STIK Bina Husada
Di
Palembang

Assaiamualaikum wr wb

Sehubungan dengan surat izin penelitian yang kami terima, atas nama :

Nama : Fitri Setiawati

NPM : 13.15401.10.12

Sebagai tindak lanjut, saya sebagai pimpinan BPM, menerima mahasiswa diatas untuk melakukan penelitian yang diperlukan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerja sama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum wr wb

Pimpinan BPM

Bidan Hj. Sri Nirmala SST
503/IPB/094/DKPPT/2014