

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “N”
G₂P₀A₁ DENGAN KEHAMILAN NORMAL (RIWAYAT
ABORTUS) DI BPM DYAH PATMIKA M, Amd.Keb
DESA KATEMAS KECAMATAN KUDU
KABUPATEN JOMBANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR



**PEPY LOVITA SARI
NIM : 141110032**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “N”
G₂P₀A₁ DENGAN KEHAMILAN NORMAL (RIWAYAT
ABORTUS) DI BPM DYAH PATMIKA M, Amd.Keb
DESA KATEMAS KECAMATAN KUDU
KABUPATEN JOMBANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli
Madya Kebidanan pada Program Studi D III Kebidanan



Oleh:

PEPY LOVITA SARI

NIM : 141110032

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

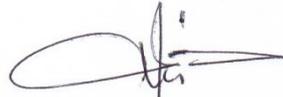
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “N” G₂P₀A₁ DENGAN KEHAMILAN NORMAL (RIWAYAT ABORTUS) DI BPM DYAH PATMIKA M, Amd.Keb DESA KATEMAS KECAMATAN KUDU KABUPATEN JOMBANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Pepy Lovita Sari
NIM : 141110032

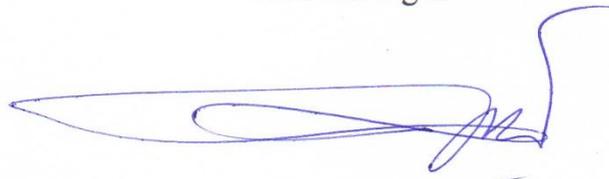
Telah Disetujui sebagai Laporan Tugas Akhir untuk
memenuhi persyaratan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada
Program Studi D III Kebidanan

Menyetujui,
Pembimbing I



Siti Rokhanj, SST., M.Kes.
NIK. 02.07.083

Pembimbing II



Yeti Mareta U., SST., S.Psi., M.Kes.
NIK. 02.05.047

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "N"
G₂P₀A₁ DENGAN KEHAMILAN NORMAL (RIWAYAT
ABORTUS) DI BPM DYAH PATMIKA M, Amd.Keb
DESA KATEMAS KECAMATAN KUDU
KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Pepy Lovita Sari
NIM : 141110032

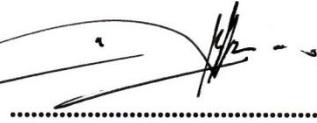
Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 24 Juli 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat dapat diterima

Mengesahkan,
TIM PENGUJI

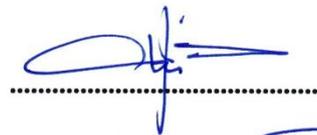
NAMA

TANDA TANGAN

Penguji : Lilis Surya Wati, SST., M.Kes.
Utama NIK. 02.08.106



Penguji : Siti Rokhani, SST., M.Kes.
NIK. 02.07.083



Penguji : Yeti Mareta U., SST., S.Psi., M.Kes.
NIK. 02.05.047



Mengetahui,

Ketua STIKes ICMe



H. Bambang Tutuko, S.H., S.Kep. Ns., M.H.
NIK. 01.06.054

Ketua Program Studi
DIII Kebidanan



Lusiana Meinawati, SST., S.Psi., M.Kes.
NIK. 02.08.126

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : PEPY LOVITA SARI

NIM : 141110032

Jenjang : Diploma

Program Studi : Kebidanan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 02 Agustus 2017

Saya yang menyatakan,



PEPY LOVITA SARI

NIM : 141110032

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Peneliti dilahirkan di Bojonegoro 22 Mei 1995, peneliti merupakan anak pertama dari dua bersaudara pasangan Bapak Ngabdi Wulyo dan Ibu Suci Winarti. Pada tahun 2007 peneliti lulus dari SDN Sumberrejo 1. Pada tahun 2011 peneliti lulus dari SMPN 1 Balen, pada tahun 2014 peneliti lulus dari SMAN 1 Balen. Dan pada tahun 2014 peneliti lulus seleksi masuk STIKes “Insan Cendikia Medika Jombang” melalui jalur PMDK. Peneliti memilih program studi D-III Kebidanan dari tiga pilihan program studi yang ada di STIKes “Insan Cendikia Medika” Jombang.

Demikian daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Jombang, Juli 2017

Pepy Lovita Sari

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatNya sehingga dapat terselesaikannya laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny “N” G₂P₀A₁ dengan kehamilan normal (Riwayat Abortus)”, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

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

1. Bambang Tutuko, SH., S.Kep.,Ns., M.H., selaku ketua STIKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas akhir ini.
2. Lusiana Meinawati, SST., S.Psi., M.Kes., selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
3. Lilis Surya Wati, SST., M.Kes., selaku penguji utama yang telah bersedia memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
4. Siti Rokhani, SST., M.Kes., selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
5. Yeti Mareta, SST., M.Kes., selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

6. Dyah Patmika M, Amd.Keb., yang telah memberikan izin untuk melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir di BPM.
7. Ibu Nur Ari Susiyanti selaku responden atas kerjasamanya yang baik.
8. Bapak Ngabdi Wulyo, Ibu Suci Winarti, Adek saya (Robert Dicky Syahputra) atas cinta, dukungan dan doa yang selalu diberikan sehingga Laporan Tugas Akhir ini selesai pada waktunya.
9. Teman-teman saya serta rekan mahasiswa seangkatan dan pihak-pihak yang terkait dan banyak membantu dalam ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengharapkan masukan dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Jombang, Juli 2017

Penulis

RINGKASAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “N”
G₂P₀A₁ DENGAN KEHAMILAN NORMAL (RIWAYAT
ABORTUS) DI BPM DYAH PATMIKA M, Amd.Keb
DESA KATEMAS KECAMATAN KUDU
KABUPATEN JOMBANG**

Oleh :

Pepy Lovita Sari

141.11.0032

Kehamilan dengan riwayat abortus merupakan kehamilan resiko tinggi yang memerlukan perhatian khusus, kehamilan dengan riwayat abortus dapat membahayakan keadaan ibu dan bayi. Riwayat Abortus pada kehamilan mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik timbulnya penyulit maupun pada hasil kehamilan itu sendiri, bisa terjadinya perdarahan/abortus berulang, persalinan premature, resiko BBLR, infeksi masa nifas. Tujuannya adalah memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB dengan menggunakan metode pendekatan manajemen kebidanan pada Ny “N” dengan riwayat abortus di BPM Dyah Patmika M. Amd.Keb., Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.

Penatalaksanaan dalam mengatasi masalah riwayat abortus adalah dengan melakukan pemeriksaan ANC rutin, melakukan ANC terpadu, konseling gizi, istirahat cukup, scrining tanda gejala riwayat abortus, tidak bersenggama pada kehamilan muda

Hasil asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny”N” selama kehamilan trimester III dengan riwayat abortus, pada persalinan adanya penyulit sehingga dilakukan persalinan SC, pada BBL dengan BBLN, pada masa neonatus dengan neonatus cukup bulan normal, pada masa Nifas dengan nifas normal dan menjadi akseptor baru alat kontrasepsi Suntik 3 bulan.

Kesimpulan dari asuhan kebidanan komprehensif pada Ny”N” dengan kehamilan normal (riwayat abortus) dengan melakukan asuhan kebidanan pemeriksaan ANC terpadu di puskesmas. Diharapkan bagi bidan dapat meningkatkan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dalam melakukan pelayanan yang lebih berkualitas, memberikan informasi tentang bahaya riwayat abortus dan mencegah agar tidak adanya kejadian ketuban pecah dini pada ibu hamil selanjutnya dengan memberikan penyuluhan, pendekatan ibu hamil, terlebih sebagian besar wanita hamil usianya kurang dari 20-35 tahun

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, Komprehensif, Riwayat Abortus

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
RINGKASAN	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat	5
1.5 Ruang Lingkup	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Kehamilan Trimester III	8
2.2 Konsep Dasar Persalinan	26

2.3 Konsep Dasar Nifas	35
2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	50
2.5 Konsep Dasar Neonatus	55
2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana	58
2.7 Konsep Dasar Patologi	64

BAB 3 ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil	85
3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin.....	90
3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas	102
3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	113
3.5 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus	116
3.6 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana	122

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1 Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III	126
4.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin	145
4.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas	160
4.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir	165
4.5 Asuhan Kebidanan pada Neonatus	170
4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana	175

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan	178
5.2 Saran	179

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Pembukaan Servik Pada Primigravida Dengan Multigravida	29
Tabel 2.2 Jadwal Kunjungan Nifas	36
Tabel 2.3 Nilai APGAR	54
Tabel 4.1 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel ANC.....	127
Tabel 4.2 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel INC	146
Tabel 4.3 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel PNC	160
Tabel 4.4 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel BBL	165
Tabel 4.5 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel Neonatus	171
Tabel 4.6 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel Keluarga Berencana	175

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan	182
Lampiran 2 Surat Tindak Lanjut Dinas Kesehatan	183
Lampiran 3 Surat Kesanggupan Bidan	184
Lampiran 4 Surat Pernyataan Pasien	185
Lampiran 5 KSPR (Kartu Skor Puji Rochyati)	186
Lampiran 6 Identitas Keluarga	187
Lampiran 7 Catatan Kesehatan Ibu Hamil	188
Lampiran 8 Catatan Kesehatan Ibu Bersalin	189
Lampiran 9 Lembar Observasi	190
Lampiran 10 Lembar Partograf	191
Lampiran 11 Surat Pengantar dari Kampus	193
Lampiran 12 Data Pasien	194
Lampiran 13 Catatan Keterangan lahir	195
Lampiran 14 Catatan Kesehatan Ibu Nifas	196
Lampiran 15 Catatan Kesehatan Neonatus	197
Lampiran 16 Catatan Imunisasi	198
Lampiran 17 Kartu Akseptor Keluarga Berencana	199
Lampiran 18 Lembar Bimbingan Proposal LTA	200
Lampiran 19 Lembar Bimbingan LTA	201
Lampiran 20 Pernyataan Bebas Plagiasi	202

DAFTAR SINGKATAN

A	: Abortus (keguguran)
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APGAR	: <i>Apearance Pulse Grimace Activity Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BCG	: <i>Bacillus Calmette Guerin</i>
C	: Celcius
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
FO	: Fronto Occipito
G	: Gravida (kehamilan)
HB	: Hemaglobin
HB ₀	: Hepatitis B
IM	: Intra Muskuler
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
K	: Kunjungan
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KSPR	: Kartu Skor Puji Rochyati
K/U	: Keadaan Umum
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala

LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAL	: Metode Amenorea Laktasi
MO	: Mento Occipito
N	: Nadi
P	: Para (Persalinan)
PB	: Panjang Badan
PAP	: Pintu Atas Panggul
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PX	: Prosesus Xyloideus
RR	: Respirasi
S	: Suhu
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SOAP	: Subyektif Obyektif Analisa data Penatalaksanaan
SOB	: Sub Occipito Bregmatika
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TORCH	: Toksoplasma Rubella Cytomegalovirus
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: UltraSonoGraphy

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan ke-dua dari bulan ke 4 sampai bulan ke 6, triwulan ke-tiga dari bulan 7 sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2006). Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah bagi seorang perempuan karena di dalam rahimnya terdapat janin. Pada umumnya kehamilan berjalan dengan normal, namun setiap kehamilan bisa berkembang membawa resiko tinggi dengan skor awal kehamilan 2 menjadi 6 atau lebih, salah satunya adalah abortus. Di Indonesia tingkat kegagalan dalam kehamilan masih ada dikarenakan kegagalan perkembangan janin atau kematian janin di dalam kandungan sehingga ibu mengalami abortus, riwayat abortus merupakan wanita yang pernah mengeluarkan hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dengan batas usia kehamilan kurang dari 22 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Kemenkes, 2013).

Riwayat abortus dapat mempengaruhi kondisi ibu maupun janin di antaranya disebabkan oleh beberapa faktor yaitu usia <20 tahun dan >35 tahun (21,55%) dan 20-35 tahun (21,5%), paritas 0-2 (9,48%) dan >3 (6,08%), bekerja (13,77%) dan tidak bekerja (5,65%), tingkat pendidikan <SLTP (7,09%), SLTP-SLTA (15,72%) dan Sarjana (8,97%), usia menikah

<20 tahun (6,09%), 20-30 tahun (16,38%) dan > 30 tahun (15,09%), sosial ekonomi sangat miskin (6,04%), miskin (6,69%), menengah (9,56%), kaya (11,26%), dan sangat kaya (0,98%) (SDKI, 2002-2003). Menurut hasil survei yang dilakukan di Rumah Sakit SMC Samarinda dari bulan Desember 2015 sampai dengan April 2016 diperoleh bahwa ada sebanyak (15,2%) ibu yang berusia <20 dan >35 tahun yang mengalami abortus, (84,4%) ibu yang berusia 20-35 tahun yang mengalami abortus sehingga kelompok ibu hamil dengan usia <20 dan >35 tahun tidak mempunyai kecenderungan untuk mengalami kejadian abortus dan (49,5%) dengan paritas <1 dan >5 yang mengalami abortus sedangkan paritas 1-5 ada (50,5%) yang mengalami abortus sehingga kelompok ibu hamil dengan paritas primipara dan multigrande lebih memiliki kecenderungan untuk mengalami kejadian abortus dibandingkan dengan multipara. Hasil penelitian rekam medis yang dilakukan di Rumah Sakit Al-Islam Bandung periode 1 Januari 2010-31 Desember 2014 diperoleh berdasarkan kelompok usia 20-34 tahun yang menyebabkan abortus (48,6%), paritas 1-2 sebanyak (48,6%) dan pendidikan SMA sebanyak (51,4%) (Mustikawati, 2014). Hasil survei sebagian besar ibu hamil trimester 1 di RSIA Kirana Sidoarjo tahun 2013 yang bekerja sebanyak (89,44%) di dapatkan ibu yang bekerja lebih banyak mengalami abortus sebesar (79,17%) di bandingkan ibu yang tidak bekerja mengalami abortus (64,17%), ibu hamil trimester 1 yang bekerja beresiko untuk terjadi abortus (Jelita, 2015).

Dari survei pendahuluan tanggal 19 Februari 2017 di BPM Dyah Patmika M., Desa Katemas Kabupaten Jombang, diperoleh data dalam kurun

waktu 1 tahun pada 70 ibu hamil 5 diantaranya telah mengalami abortus (Mahastuti, 2016). Berdasarkan Studi Kasus yang dilakukan pada tanggal 9 Januari 2017 di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb., peneliti mendapatkan masalah pada Ny "N" G₂P₀A₁ dengan kehamilan normal (riwayat abortus), pasien mengalami abortus pada kehamilan pertama diusia kehamilan 12 minggu yang disebabkan karena ibu kelelahan.

Penyebab dari terjadinya abortus antara lain yaitu faktor janin, faktor ibu/bapak, faktor genetik, faktor anatomi kongenital, paritas, usia, faktor endokrin, faktor infeksi, faktor imunologi, penyakit kronis, faktor nutrisi, pemakaian obat, faktor psikologis, faktor lingkungan antara lain: alkohol, tembakau, kafein (Rukiyah, 2010). Riwayat abortus pada kehamilan bisa disebabkan karena terlalu banyak aktifitas dan kurangnya istirahat bagi ibu serta kurangnya nutrisi yang akan bisa menyebabkan kurangnya nutrisi pada bayi sehingga menyebabkan terlambatnya pertumbuhan dan perkembangan bayi dan bisa terjadi perdarahan pada kehamilan trimester 1. Akibat dari riwayat abortus terhadap kehamilan berikutnya baik timbulnya penyulit maupun pada hasil kehamilan itu sendiri, bisa terjadinya perdarahan/abortus berulang, infeksi sampai terjadinya sepsis. Dampak terhadap persalinan apabila pada kehamilan ibu mengalami infeksi yang di sebabkan oleh virus dapat meningkatkan resiko lahir prematur sehingga menyebabkan berat bayi lahir rendah pada masa nifas riwayat abortus dapat menyebabkan infeksi.

Untuk mencegah terjadinya abortus pada kehamilan berikutnya yaitu dengan melakukan pemantauan keadaan ibu dengan pemeriksaan *antenatal care* secara rutin, melakukan ANC Terpadu, melakukan skrining secara dini

untuk mengetahui komplikasi pada ibu hamil, pola istirahat, nutrisi, pada kehamilan muda sebaiknya jangan bersenggama (Rukiyah, 2010).

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis pada kesempatan ini menerapkan asuhan kebidanan pada pasien secara langsung dan mendokumentasikan dengan judul asuhan kebidanan komprehensif pada Ny "N" dengan kehamilan normal (riwayat abortus) di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas, Kecamatan Kudu, Kabupaten Jombang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalahnya adalah bagaimana asuhan pelayanan kebidanan secara komprehensif pada Ny "N" dengan kehamilan normal (riwayat abortus) dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL, neonatus, sampai KB, yang sesuai dengan standar asuhan kebidanan di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.

1.3 Tujuan Penyusunan Laporan Tugas Akhir

1.3.1 Tujuan umum

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus, dan KB dengan menggunakan manajemen Kebidanan pada Ny "N" dengan kehamilan normal (riwayat abortus) di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan ibu hamil trimester III pada Ny "N" dengan kehamilan normal (riwayat abortus) di BPM Dyah Patmika

- M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.
2. Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny "N" di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.
 3. Melakukan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny "N" di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.
 4. Melakukan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir Ny "N" di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.
 5. Melakukan asuhan kebidanan pada neonatus Ny "N" di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.
 6. Melakukan asuhan kebidanan ibu KB pada Ny "N" di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Sebagai informasi ilmu pengetahuan yang berguna khususnya kebidanan sehingga dapat menambah wawasan pengetahuan tentang *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus, KB dengan riwayat abortus yang berkualitas dan bermutu.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi Institusi Kesehatan

Sebagai bahan pengkajian terhadap materi asuhan pelayanan kebidanan serta referensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif pada riwayat abortus dengan melakukan *antenatal care* terpadu dalam rangka mendiagnosis secara dini kelainan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan KB.

2. Bagi Bidan

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan riwayat abortus, bersalin, nifas, BBL, neonatus serta KB secara komprehensif dan untuk tenaga kesehatan dapat memberikan ilmu yang dimiliki serta dapat mengaplikasikan dan mengembangkan asuhan yang sesuai standart asuhan kebidanan untuk meminimalisir terjadinya abortus/abortus berulang.

3. Bagi Penulis

Penulis dapat mempraktekkan teori yang didapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus serta KB.

1.5 Ruang Lingkup

1.5.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ini ditujukan kepada Ny “N” dengan kehamilan normal (riwayat abortus) di BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL, neonatus, dan KB.

1.5.2 Tempat

BPM Dyah Patmika M., Amd.Keb. Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang.

1.5.3 Waktu

Waktu yang diperlukan untuk melakukan asuhan kebidanan ini yaitu mulai Bulan Februari sampai Juni 2017.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan Trimester III

2.1.1 Teori Kehamilan Trimester III

1. Pengertian

Kehamilan TM III adalah sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40) (Prawirohardjo, 2010).

2. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan Trimester III

a. Sistem reproduksi

1) Vagina dan vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan *hipertrofi* sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

2) Serviks uteri

Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang.

3) Uterus

Uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh hati.

4) Ovarium

Korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk.

b. Sistem payudara

Pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Mulai kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

c. Sistem perkemihan

Kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul karena kandung kencing mulai tertekan.

d. Sistem pencernaan

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

e. Sistem muskuloskeletal

Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat badan menyebabkan postur dan cara berjalan berubah. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot, dan peningkatan berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian pusat gravitasi bergeser ke depan.

f. Sistem integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *strie gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang muncul dengan ukuran bervariasi pada wajah dan leher yang disebut *cloasma* atau *melasma gravidarum*, selain itu pada areola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan, namun pigmentasi tersebut akan hilang setelah persalinan.

(Romauli, 2011)

g. Sistem berat badan

Penambahan berat badan dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11,5-16 kg, ibu hamil diharapkan untuk mengatur berat badan agar tetap berada pada kondisi ideal dan menjaga pola makan dengan gizi cukup dan seimbang. Berat badan normal 4 kg

pada trimester I, dan pada trimester II-III akan bertambah 0,5 kg/minggu (Sulistyawati, 2011).

h. Sistem pernafasan

Pada 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kesulitan bernafas.

(Romauli, 2011)

3. Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester III

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dengan keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya.
- f. Merasa kehilangan perhatian.
- g. Perasaan sensitive dan libido menurun.

(Romauli, 2011)

4. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu

yang berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut maka ibu hamil perlu :

- 1) Latihan nafas melalui senam hamil.
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- 3) Makan tidak terlalu banyak.
- 4) Kurangi atau hentikan merokok.
- 5) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.
- 6) Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan oksigenasi.

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang harganya mahal. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

1) Kalori

Untuk proses pertumbuhan, janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil, ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Sumber kalori utama adalah hidrat arang adalah golongan padi-padian bukan hanya sebagai sumber tenaga juga sumber protein, zat besi, fosfor, dan vitamin, golongan umbi-umbian, dan sagu. Pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang

pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan, umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan ibu merasa cepat lapar.

2) Protein

Seiring dengan perkembangan dan pertumbuhan janin serta perkembangan payudara ibu fungsi utama dari protein untuk membangun jaringan bagian tubuh. Keperluan protein ketika hamil sangat meningkat karena kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal.

Kekurangan tersebut juga mengakibatkan pembentukan air susu ibu dalam masa laktasi kurang sempurna. Sumber zat protein tertinggi adalah susu yang mengandung protein, kalsium, fosfat, vitamin A, serta vitamin B1 dan B2. Sumber protein hewani (daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber nabati (kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tolo, dan hasil kacang-kacang seperti tahu dan tempe).

3) Vitamin B6 (Piridoksin)

Vitamin ini dibutuhkan untuk menjalankan lebih dari 100 reaksi kimia didalam tubuh yang melibatkan enzim. Selain membantu metabolisme asam amino, karbohidrat, lemak dan pembentukan sel darah merah juga berperan dalam pembentukan neurotransmitter (senyawa kimia penghantar pesan antar sel saraf). Semakin berkembang otak janin semakin meningkat pula kemampuan untuk mengantarkan pesan.

4) Yodium

Yodium dibutuhkan sebagai pembentuk senyawa tiroksin yang berperan mengontrol setiap metabolisme sel baru yang terbentuk. Bila kekurangan senyawa ini, akibatnya proses perkembangan janin, termasuk otaknya terhambat dan terganggu. Janin akan tumbuh kecil.

5) Tiamin (vitamin B1), Riboflavin (B2) dan Niasin (B3)

Deretan vitamin ini akan membantu enzim untuk mengatur metabolisme sistem pernafasan dan energi.

6) Air

Kebutuhan ibu hamil di trimester ketiga ini bukan hanya dari makanan tapi juga dari cairan. Air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan dan mengatur proses metabolisme zat-zat gizi, serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama masa kehamilan.

c. Personal hygiene

Ibu hamil dianjurkan sedikitnya mandi 2x sehari karena cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, dan genitalia) dengan cara membersihkan dengan air kemudian dikeringkan. Kebersihan gigi juga harus diperhatikan karena mudah terjadi gigi berlubang terutama pada ibu yang kekurangan kalsium.

d. Pakaian

- 1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- 2) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- 3) Pakailah bra yang dapat menyokong payudara.
- 4) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- 5) Pakaian dalam yang selalu bersih.

e. Eliminasi

Keluhan yang paling sering pada ibu hamil adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah konstipasi adalah mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih. Sering buang air kencing merupakan keluhan utama pada ibu hamil terutama pada trimester 3 terjadi karena pembesaran janin yang juga mendesak kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan sering kencing sangat tidak dianjurkan karena akan menyebabkan dehidrasi.

f. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut:

- 1) Sering abortus dan kelahiran prematur.
- 2) Perdarahan per vaginam (Romauli, 2011).
- 3) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri.

g. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik selama tidak melelahkan, melakukan gerak tubuh yang ringan, misalnya berjalan kaki terutama pada pagi hari sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

h. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring dengan kemajuan kehamilannya. Karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Beristirahat minimal 8 jam pada malam dan 1 jam di siang hari.

i. Persiapan Laktasi

- 1) Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa karena akan mengganggu penyerapan keringat.
- 2) Gunakan bra yang dapat menyokong payudara.
- 3) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena menyebabkan iritasi. Bersihkan puting dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat.
- 4) Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah di mulai.

(Romauli, 2011)

j. Imunisasi

Imunisasi saat hamil sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Muslihatun, 2009).

k. Travelling

Rekreasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan. Hal yang harus diperhatikan saat bepergian sebagai berikut:

- 1) Hindari tempat yang ramai, sesak, dan panas karena akan menimbulkan sesak nafas hingga pingsan.
- 2) Hindari bepergian dalam posisi duduk yang lama karena beresiko bekuan darah vena dan *tromboflebitis*.
- 3) Jika mengemudi mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit.

- 4) Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai, diletakkan di bawah perut ketika kehamilan sudah besar.

l. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

- 1) Membuat rencana persalinan.
 - a) Memilih tempat bersalin.
 - b) Memilih tenaga terlatih.
 - c) Cara menghubungi tenaga kesehatan.
 - d) Transportasi dan biaya.
 - e) Orang yang menemani saat persalinan.
- 2) Membuat rencana pengambilan keputusan bila terjadi kegawat-daruratan.
- 3) Mempersiapkan sistem transportasi bila terjadi kegawat-daruratan.
- 4) Membuat rencana atau pola menabung.
- 5) Mempersiapkan peralatan yang di perlukan untuk persalinan.

m. Memantau kesejahteraan janin

Memantau kesejahteraan janin dapat dilakukan ibu hamil dengan cara menghitung gerakan janin atau menendang minimal 10 gerakan dalam 12 jam.

n. Ketidaknyamanan kehamilan trimester III dan cara mengatasinya:

- 1) Sering buang air kecil, cara mengatasinya : mengurangi makanan yang mengandung gula, kopi, teh, dan soda.
- 2) *Strie gravidarum*, cara mengatasinya : menggunakan baju yang longgar, dapat menopang payudara dan abdomen.

- 3) Hemoroid, cara mengatasinya : makan makanan berserat, buah, sayur, air putih, melakukan senam hamil, jika hemoroid keluar, oleskan lotion witch hazel.
- 4) Flour albus, cara mengatasinya : tingkatkan kebersihan, memakai pakaian dalam dari katun yang meyerap keringat, tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.
- 5) Keringat bertambah secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan, cara mengatasinya : memakai pakaian yang tipis dan longgar, tingkatkan asupan cairan, mandi secara teratur.
- 6) Kram kaki, cara mengatasinya : mengurangi konsumsi susu (fosfat tinggi) dan latihan *dorsofleksi* kaki.
- 7) Sembelit, cara mengatasinya : minum 3 liter cairan tiap hari terutama air putih atau sari buah, makan-makanan yang kaya akan serat dan vitamin C, senam hamil.
- 8) Sesak nafas, cara mengatasinya : merentangkan tangan di atas kepala serta menarik nafas panjang (Romauli, 2011).
- 9) Perut menjadi panas terasa sejak trimester 2 dan bertambah semakin lamanya kehamilan, cara mengatasinya : makan sedikit-sedikit tapi sering, menghindari makan berlemak dan berbumbu tajam,tidak berbaring setelah makan, menghindari minum air putih saat makan, dan tidur dengan kaki ang ditinggikan.

- 10) Perut kembung, cara mengatasinya : menghindari makanan yang mengandung gas, senam dengan teratur, mengunyah makanan secara teratur.
- 11) Pusing, cara mengatasinya : bangun secara perlahan dari posisi istirahat dan hindari berbaring dalam posisi terlentang.
- 12) Sakit pinggang, cara mengatasinya : posisi tubuh yang baik, menghindari mengangkat barang berat, dan gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
- 13) Varises kaki, cara mengatasinya : istirahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin untuk membalikkan efek gravitasi, jaga agar kaki tidak bersilangan, dan hindari berdiri atau duduk terlalu lama.

(Romauli, 2011)

o. Kunjungan Ulang

Pada umumnya kunjungan ulang dijadwalkan tiap 4 minggu sampai umur kehamilan 28 minggu. Selanjutnya tiap 2 minggu sampai umur kehamilan 36 minggu dan seterusnya tiap minggu sampai bersalin. *Antenatal Care* (ANC) di Indonesia minimal 4x selama kehamilan (Romauli, 2011).

Standar minimal kunjungan kehamilan. Untuk menerima manfaat yang maksimum dari kunjungan-kunjungan antenatal ini pada ibu hamil dilakukan kunjungan asuhan antenatal care 4 kali kunjungan selama kehamilan dalam 3 trimester. Standar minimal control ANC, meliputi : TM I minimal 1 kali, TM II minimal 1 kali,

TM III minimal 2, pelayanan antenatal mencakup banyak hal, namun dalam penerapan operasional dikenal standart minimal “10T” yang terdiri dari :

- 1) Timbang badan.
- 2) Ukur lingkaran lengan atas (LILA).
- 3) Ukur tekanan darah.
- 4) Ukur TFU.
- 5) Hitung denyut jantung janin (DJJ).
- 6) Tentukan presentasi janin.
- 7) Beri imunisasi TT.
- 8) Beri tablet tambah darah (Tablet Fe).
- 9) Periksa laboratorium.
- 10) Temu wicara dalam rangka persiapan rujuk.

ANC Terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat. Jadwal antenatal care adalah :

- 1) K-1 (16 minggu) penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan, pengenalan komplikasi akibat-akibat kehamilan dan pengobatannya.

- 2) K-2 (24–28 minggu) dan K-3 (32minggu) pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya, penapisan pre-eklamsia, gemeli, infeksi, alat reproduksi saluran pencernaan.
- 3) K-4 (36 minggu) samaa seperti kegiatan kunjungan 2 dan 3, mengenalinya adanya letak dan presentasi, mengenali tanda – tanda persalinan.

(Prawirohardjo, 2006)

p. Pekerjaan

Wanita hamil tetap dapat bekerja namun aktivitas yang dijalannya selama tidak memberikan gangguan rasa tidak nyaman.

q. Tanda bahaya kehamilan

Beberapa tanda bahaya yang penting untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam.
- 2) Sakit kepala hebat.
- 3) Penglihatan kabur.
- 4) Bengkak pada muka dan jari tangan.
- 5) Keluar cairan pervaginam.
- 6) Gerakan janin tidak terasa.

(Romauli, 2011)

5. Konsep SOAP kehamilan

a. Data Subyektif

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan fisik umum

Pemeriksaan sistematis dalam batas normal, muka ibu tidak pucat. Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis.

TD : 110/70 - 130/90 mmHg

Nadi : 80 – 90 x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 °C

Respirasi : 16 – 24 x/menit

HB : 11 gram

Lila : >23,5

2) Pemeriksaan fisik khusus

(inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Kepala : kulit kepala bersih, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan.

Muka : simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Hidung : simetris, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan.

Telinga : simetris, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada serumen.

Mulut : bersih, bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi.

- Leher : tidak tampak pembesaran kelenjar tyroid dan bendungan vena jugularis.
- Dada : simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bunyi wheezing dan ronchi.
- Ketiak : tidak ada kelenjar lymfe.
- Mamae : terdapat hiperpigmentasi areola mammae, putting susu menonjol, kolostrum belum keluar.
- Abdomen : pembesaran perut sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra dan striae gravidarum.
- Leopold I : menentukan TFU dan bagian apa yang berada di fundus TFU.
- Leopold II : menentukan bagian apa yang berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu.
- Leopold III: menentukan bagian terbawah janin dan sudah masuk PAP atau belum.
- Leopold IV : untuk menentukan bagian terbawah janin sudah seberapa jauh masuk PAP.
- DJJ : 5 detik hitung, 5 detik henti, 5 detik hitung, 5 detik henti, 5 detik hitung. (...+...+...) x 4=...
Normal 120-160 x/menit.
- TBJ : memastikan TBJ sesuai usia kehamilan, melihat resiko bblr atau tidak.
 $TBJ = (TFU - 12) \times 155 =$ belum masuk PAP.

$$TBJ = (TFU - 11) \times 155 = \text{sudah masuk PAP.}$$

c. Analisa Data

G.P.A. uk..minggu kehamilan normal dengan riwayat Abortus.

Janin Tunggal Hidup.

d. Penatalaksanaan

- 1) Melakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum pasien, termasuk tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu).
- 2) Memeriksa tanda-tanda syok (pucat, berkeringat banyak, pingsan, tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih cepat dari 112x/menit).
- 3) Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya abortus yaitu nyeri perut yang hebat di sertai pengeluaran darah yang banyak.
- 4) Memberitahu ibu tanda-tanda infeksi yaitu demam tinggi dan menggigil dan lochea berbau busuk.
- 5) Menganjurkan ibu untuk banyak istirahat dengan cukup tidur yaitu siang \pm 2 jam/hari, malam \pm 8 jam/hari dan tidak melakukan aktivitas terlalu berat.
- 6) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang dibutuhkan saat hamil, yaitu sayur-sayuran yang berwarna hijau seperti bayam, kangkung, dan kacang panjang, buah- buahan yaitu papaya, jeruk, mangga, dan lauk pauk seperti ikan, dan hati ayam.

- 7) Memberikan tablet Fe diminum dimalam hari sebelum tidur dengan air putih dan jangan meminumnya dengan teh atau kopi karena akan mempengaruhi proses penyerapan zat besi.
- 8) Menganjurkan pada ibu untuk periksa kedokter sehingga faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya keguguran yang di alami ibu dapat diketahui, untuk menghindari terjadinya keguguran berulang.
- 9) Menganjurkan pada ibu untuk kunjungan ulang atau bila ada keluhan.

(Rukiyah, 2010)

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Teori Persalinan

1. Pengertian persalinan

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) (Manuaba, 2010).

2. Jenis persalinan

Menurut Manuaba 1999 jenis persalinan di golongan menjadi :

- a. Persalinan spontan, jika persalinan berlangsung, jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri melalui jalan lahir.
- b. Persalinan buatan, persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep/di lakukan dengan operasi *Section Caesarea*.

- c. Persalinan anjuran, bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan di timbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.

(Walyani, 2015)

3. Proses terjadinya persalinan

- a. Penurunan kadar progesteron

Progesteron yang menurunkan sensitivitas ototrahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

- b. Peningkatan estrogen

Estrogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim, memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

- c. Teori oksitosin

Oksitosin diduga bekerja bersama prostaglandin yang makin meningkat mulai dari usia kehamilan minggu ke 15.

- d. Kontraksi braxton-hicks

Kontraksi Braxton-hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu makin tua usia kehamilan frekuensi kontraksi semakin sering.

(Manuaba, 2010)

4. Tanda-tanda Persalinan

- a. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lender bercampur darah).
- c. Dapat disertai ketuban pecah.
- d. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks).

(Manuaba, 2010).

5. Permulaan terjadi persalinan

Dengan penurunan hormon progesterone menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi, kontraksi otot rahim menyebabkan:

- a. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, diatas simfisis pubis dan sering ingin berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
- b. Perut lebih melebar karena fundus uterin menurun.
- c. Muncul nyeri di daerah pinggang karena kontrak saringan otot rahim dan tertekannya pleksus frankenhauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu).
- d. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim.
- e. Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

(Manuaba, 2010)

6. Pembagian fase/kala persalinan

a. Kala 1 (kala pembukaaan)

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena *serviks* mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*efficement*). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar *kanalis servisis* akibat pergeseran ketika *serviksmendatar* dan membuka. Kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

- 1) Fase Laten : pembukaan *serviks* yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- 2) Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase.
 - a) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Periode dilatasi maksimal (*steady*) : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - c) Periode *deselerasi* : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

(Rustam, 2011)

Tabel 2.1 Perbedaan pembukaan *serviks* pada *primigravida* dengan *multigravida* adalah sebagai berikut:

<i>Primi</i>	<i>Multi</i>
<i>Serviks</i> mendatar (<i>efficement</i>) dulu,baru berdilatasi. Berlangsung 13-14 jam.	Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan. Berlangsung 6-7 jam.

Sumber: (Rustam., Jilid 1)

b. Kala 2 (pengeluaran bayi)

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari 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. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan 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:

- 1) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran.
- 4) 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.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong oleh jalan berikut:

- 7) Pegang kepala pada tulang *oksiput* dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan cunam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
- 8) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
- 9) Bayi lahir diikuti sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

(Manuaba, 2010)

c. Kala 3 (pelepasan plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran *plasenta*. Setelah kala III 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:

- 1) Uterus menjadi berbentuk bundar.
- 2) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi perdarahan.

(Manuaba, 2010)

d. Kala 4 (Observasi)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan,

paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat kesadaran pasien.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan masih dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

(Manuaba, 2010)

7. Persalinan *Seksio Caesaria* (SC)

a. Pengertian SC

Section Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, dkk. 2010).

Sectio Caesaria merupakan tindakan paling konservatif dalam kebidanan. *Sectio Caesarea* terasa makin meningkat sebagai tindakan akhir dari berbagai kesulitan dalam menolong persalinan.

Pertimbangan yang perlu dilakukan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas bayi pasca-seksio sesaria adalah:

- 1) Waktu anesteria dan perhatian bayi sedapat mungkin yang paling singkat.
- 2) Sejak insisi dinding perut sampai persalinan sebaiknya dalam waktu 2 menit.

- 3) Jangan memberikan infus glukosa menjelang dan selama bayi belum lahir untuk menghindari hipolikemia bayi pascapartus karena hipoglikemia ibu akan merangsang hipoglikemia bayi yang sering tidak diketahui.
- 4) Perlu melatih diri sehingga dapat melakukan insisi abdomen secara finansial yang secara kosmetik operasi lebih artistik.
- 5) Pengawasan *durate operationum* dan pasca partus *Sectio Caesarea* perlu ditingkatkan melalui observasi tanda vital (kesadaran, keadaan umum, tekanan darah, pernapasan, nadi, dan suhu).
- 6) Pertimbangan elektrolit dan keseimbangan cairan (seimbang bila urine jernih).
- 7) Pemberian antibiotik sebagai profilaksis dan terapi.
- 8) Konsep *early mobilization* untuk mengurangi febris puerperalis dan semakin cepat berfungsinya organ.

(Manuaba, 2010)

b. Jenis SC

- 1) *Seksio Caesarea* klasik.
- 2) *Seksio Caesarea* transperitoneal profunda (lower segmen).
- 3) *Seksio Caesarea* yang diikuti dengan histirektomi.

(Oxorn, 2010)

c. Indikasi SC

1) Indikasi ibu

Ibu dengan penyakit jantung, paru-paru, ginjal atau tekanan darah tinggi, preeklamsia/eklamsia, panggul sempit, plasenta previa, disfungsi uterus, perjalanan persalinan yang lama, usia, kehamilan kembar, seksio berulang.

2) Indikasi janin

Kelainan letak (letak lintang, bokong, presentasi dahi dan muka), gawat janin, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, kematian janin dalam rahim, tali pusat menumbung.

(Oxorn, 2010)

d. Kontraindikasi SC

1) Kalau janin sudah mati atau dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup sehat.

2) Kalau jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk caesarea *extraperl-toneal* tidak tersedia.

3) Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman, kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan atau tidak tersedianya tenaga asisten yang memadai.

(Oxorn, 2010)

e. Komplikasi pasca SC

1) Syok.

2) *Hemoragi*.

3) *Retensio urinary*.

- 4) Infeksi jalan kencing.
- 5) Distensi perut.
- 6) Terbuknya luka operasi.

(Oxorn, 2010)

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Teori Masa Nifas

1. Pengertian nifas

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

Masa ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah. Jika ditinjau dari penyebab kematian para ibu, infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan sehingga sangat tepat memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini (Sulistyawati, 2009).

2. Tujuan asuhan masa nifas

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB.

(Sulistyawati, 2009)

3. Tahapan masa nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap :

a. *Puerperium Dini*

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. *Puerperium Intermedial*

Puerperium intermesial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

c. *Remote puerperium*

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

(Sulistyawati, 2009)

4. Jadwal kunjungan masa nifas

Tabel 2.2 Jadwal kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan. RUJUK bila ada perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling kepada ibu atau anggota keluarga cara mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal. 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. 6. Menjaga agar bayi tetap hangat dengan cara mencegah hipotermia. 7. 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	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal; uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai tidak adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit. 5. Memastikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, dan menjaga bayi tetap hangat serta merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama dengan 6 hari setelah persalinan
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ibu atau bayi alami. 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

(Sumber: Sulistyawati, 2009)

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi:

1) Uterus

a) Pengerutan rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Pada involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati). Hal ini dapat diketahui dengan pemeriksaan palpasi untuk meraba TFU nya:

- (1) Pada saat bayi lahir, TFU setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- (2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
- (3) Pada 1 minggu *post partum*, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- (4) Pada 2 minggu *post partum*, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.

(5) Pada 6 minggu *post partum*, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.

(Sulistyawati, 2009)

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

a) Lokhea rubra/merah

Lokhea keluar pada hari ke-1-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan mekonium.

b) Lokhea sanguinolenta

Lokhea berwarna merah kecoklatan dan berlendir, berlangsung dari hari ke-4-7 post partum.

c) Lokhea serosa

Lokhea berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan plasenta. Keluar pada hari ke-7-14.

d) Lokhea alba/putih

Lokhea mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati, berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

(Sulistyawati, 2009)

3) Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi ialah bentuk serviks yang menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir yang disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Muara servik yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam hanya dapat di masuki 2-3 jari. Pada minggu ke 6 *post partum*, serviks sudah menutup kembali.

(Sulistyawati, 2009)

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara

berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

(Sulistyawati, 2009)

5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonus-nya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

(Sulistyawati, 2009)

b. Perubahan sistem pencernaan :

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Selain konstipasi ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

(Sulistyawati, A. 2009)

c. Perubahan sistem perkemihan :

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran

kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses melahirkan. Kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah besar akan di hasilkan dalam 12-36 jam post partum.

(Sulistyawati, 2009)

d. Perubahan sistem muskuloskeletal :

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8.

(Sulistyawati, 2009)

e. Perubahan sistem endokrin :

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

(Sulistyawati, 2009)

f. Perubahan tanda-tanda vital :

1) Suhu badan

Satu hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5-38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan *post partum* yang tertunda.

3) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi *post partum*.

4) Pernapasan

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

(Sulistyawati, 2009)

g. Perubahan sistem kardiovaskuler :

Setelah terjadi *diuresis* yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan haemoglobin kembali normal pada 3-5 hari. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 200-500 cc. bila kelahiran *seksio cesaria*, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat.

(Sulistyawati, 2010)

6. Kebutuhan dasar ibu nifas

a. Kebutuhan gizi ibu menyusui

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut :

- 1) Mengonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari.
- 2) Makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari. Terutama setelah menyusui.
- 4) Mengonsumsi tablet penambah darah selama 40 hari *post partum*.
- 5) Mengonsumsi vitamin A 200.000 intra unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

(Sulistyawati, 2009)

b. Ambulasi dini (*Early Ambulation*)

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Menurut penelitian, ambulasi dini tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak memengaruhi penyembuhan luka episiotomi, dan tidak memperbesar kemungkinan terjadinya prolaps uteri atau *retrofleksi*. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia,

jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat. Adapun keuntungan dari ambulasi dini yaitu:

- 1) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.

Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam demi jam sampai hitungan hari. Kegiatan ini dilakukan secara meningkat secara berangsur-angsur frekuensi dan intensitas dan aktivitasnya sampai pasien dapat melakukan sendiri tanpa pendampingan (Sulistiyawati, 2009).

c. Eliminasi : BAK dan BAK

Pada 6 jam pertama *post partum*, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *post partum*. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena ia sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar, feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus.

(Sulistyawati, 2009)

d. Kebersihan diri

- 1) Menjaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi, karena kotornya kulit ibu terkena debu dan keringat.
- 2) Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- 3) Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2x sehari. Masih adanya luka terbuka di dalam rahim dan vagina dapat menyebabkan infeksi maka ibu harus senantiasa menjaga suasana keasaman dan kebersihan vagina dengan baik.
- 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- 5) Jika punya luka episiotomi hindari untuk menyentuh daerah luka. Tidak jarang pasien berusaha menyentuh luka bekas jahitan di perineum tanpa memperhatikan efek yang dapat ditimbulkan dari

tindakannya itu. Apalagi pasien kurang memperhatikan kebersihan tangannya sehingga terjadi infeksi sekunder.

(Sulistyawati, 2009)

e. Istirahat

Ibu membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari (malam dan siang), kurang istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa kerugian misalnya:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

(Sulistyawati, 2009)

f. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang sampai masa setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran (Sulistyawati, 2009).

g. Latihan/Senam Nifas

Senam nifas adalah senam jasmani yang dilakukan ibu-ibu setelah melahirkan sejak hari pertama sampai dengan hari kesepuluh untuk membantu memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuh.

(Sulistyawati, 2009)

7. Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas

Menurut Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, yaitu :

a. *Fase taking in*

Fase taking in yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri.

b. *Fase taking hold*

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

c. *Fase letting go*

Fase letting go yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

(Sulistyawati, 2009)

8. Massage pada ibu nifas

a. Pengertian

Pijat merupakan aplikasi tekanan pada jaringan lunak tubuh, seperti kulit, otot, tendon, dan ligamen.

b. Tujuan

- 1) Melancarkan peredaran darah.
- 2) Memperbaiki proses metabolisme.
- 3) Merangsang jaringan, mengaktifkan saraf sadar dan kerja saraf tak sadar.
- 4) Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh.
- 5) Membersihkan dan menghaluskan kulit.
- 6) Memberikan rasa nyaman, segar dan kehangatan pada kulit.

c. Teknik massage

- 1) Pemijatan daerah punggung
 - a) Mempersiapkan pasien dan memposisikan pasien nyaman mungkin, pasien sudah siap dan dalam posisi yang nyaman.
 - b) Mengusap punggung mulai dari bagian bawah ke atas membentuk love besar (*efflourage*).
 - c) Memijat seperti memeras pinggang dengan lembut dari bawah sampai bahu bagian atas.
 - d) Mengurut dari pinggang ke bahu secara menyilang dari sisi kanan ke sisi kiri
 - e) Menggunakan jempol membentuk lingkaran keluar pada daerah pinggang.

- f) Melakukan gerakan gerusan pada daerah punggung bergerak maju mundur.
 - g) Menggunakan tehnik siku dari pinggang ke bahu atas.
 - h) Mengakhiri dengan tehnik *efflourage*.
- 2) Pemijatan daerah lengan
- a) Mengusap dengan lembut mulai dari lengan bawah ke atas sebanyak ± 5 kali (*efflourage*).
 - b) Membentuk huruf V diantara ibu jari dan jari telunjuk kemudian pijat dari lengan bawah ke atas.
 - c) Membuat bentuk hati antara ibu jari dan jari telunjuk dengan arah naik turun saat memijat dimulai dari lengan bawah ke atas.
 - d) Mengusap seperti bentuk daun dari tengah ke luar.
 - e) Melakukan pijatan dengan gerusan dari bawah ke lengan atas.
 - f) Mengakhiri dengan gerakan *efflourage*.
- 3) Pemijatan daerah kaki
- a) Memijat dengan gerakan *efflourage*.
 - b) Membentuk huruf V di mulai dari bawah ke atas.
 - c) Memijat seperti meremas dengan lembut pada daerah betis sampai ke lutut.
 - d) Menggunakan jempol dengan membuat setengah lingkaran seperti gerakan membentuk daun dari bawah ke atas.
 - e) Melakukan gerusan ke arah atas.

- f) Menahan lutut dengan tangan satu kemudian tangan yang lain melakukan *dorso fleksi* dan ekstensi secara bergantian pada telapak kaki dengan lembut.
- g) Menggosok telapak kaki dengan arah ke atas dan ke bawah menggunakan buku-buku jari.
- h) Mengakhiri dengan *efflourage*.

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Teori Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Menurut Depkes RI 2005 di kutip dari buku Putra (2012) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu, dan berat lahir 2500-4000 gram.

2. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

- a. Lahir atterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2500 – 4000 gr.
- c. Panjang badan 48 – 52 cm.
- d. Lingkar dada 30 – 38 cm.
- e. Lingkar kepala 33 – 35 cm.
- f. Lingkar lengan 11-12 cm.
- g. Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit.
- h. Pernapasan 60 – 40 kali/menit.
- i. Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan *subkutan* cukup.
- j. Rambut *lanugo* tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.

- k. Kuku agak panjang dan lemas.
- l. Nilai APGAR >7.
- m. Gerak aktif dan bayi langsung menangis kuat.
- n. Refleksi isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- o. *Refleks morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- p. *Refleks graps* atau menggenggam sudah baik.
- q. *Reflex rooting* atau mencari puting susu dengan rangsangan tekstil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk.
- r. *Reflek sucking* atau mengisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- s. Genitalia : perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.
Laki – laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- t. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

(Dewi, 2013)

3. Tahapan bayi baru lahir

- a. Tahap I terjadi segera setelah bayi lahir, selama menit-menit pertama kelahiran.
- b. Tahap II di sebut tahap transisional reaktivitas, di lakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- c. Tahap III di sebut tahap periodic, pengkajian di lakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

(Dewi, 2013)

4. Tujuan asuhan bayi baru lahir
 - a. Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - b. Mengusahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan ikut ibunya dengan segera.
 - c. Menjaga pernafasan.
 - d. Merawat mata
5. Perilaku bayi baru lahir
 - a. Reflek
 - 1) refleks kedipan (*glabellar reflex*) : reflek terhadap cahaya.
 - 2) refleks menghisap (*rooting reflex*) : refleks bayi membuka mulut atau mencari puting.
 - 3) *sucking reflex*, dilihat ketika bayi menyusui.
 - 4) *tonic neck reflex*, bayi berusaha mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf asesori.
 - 5) *Grasping reflex* : gerakan mengenggam.
 - 6) *Refleks moro, walking refleks, babinski refleks*.
 - b. Menangis ketika bayi mengantuk, lapar, kesepian, merasa tidak nyaman, atau bisa juga menangis tanpa alasan.
 - c. Pola tidur dalam 2 minggu pertama bayi akan tidur pada sebagian besar waktu di antara waktu makan dan akan waspada dan beraksi ketika terjaga.

(Dewi, 2013)

6. Asuhan pada bayi baru lahir

a. Pencegahan infeksi

1) Berikan Vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi. Vit K pada BBL hal-hal yang harus dilakukan adalah :

a) Semua BBL normal dan cukup bulan berikan Vit K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, Bayi resti berikan Vit K parletral dengan dosis 0,5-1 mg.

b. Memberikan obat tetes mata atau salep mata untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (PMS) diberikan pada jam pertama persalinan yaitu pemberian obat mata tetrasiklin 1% atau eritromisin 0,5%.

c. Pencegahan kehilangan panas.

d. Memandikan bayi baru lahir setelah mencapai usia 6 jam dari kelahiran boleh dimandikan kecuali dalam keadaan panas dan susah nafas.

e. Pemotongan dan perawatan tali pusat, dalam keadaan normal tali pusat akan mengering hingga berubah warna menjadi coklat dan terlepas dengan sendirinya dalam kurun waktu 7-10 hari.

f. Membebaskan/membersihkan jalan nafas.

g. Mempertahankan suhu tubuh bayi.

h. Pemeriksaan fisik.

i. Menilai pertumbuhan.

- j. Memberikan minum, anjurkan ibu memberikan ASI dini (dalam 30 menit atau 1 jam setelah lahir) dan eksklusif. Bila perlu menjelaskan manfaat pemberian ASI dini

(Putra, 2012).

7. Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah lahir letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan diatas perut ibu, keringkan bayi terutama pada muka dan permukaan tubuh dengan kain kering, hangat dan bersih. Kemudian lakukan 2 penilaian awal yaitu :

- a. Apakah menangis kuat atau pernapasan tanpa kesulitan.
- b. Apakah bergerak dengan aktif atau lemas.

Jika bayi tidak bernapas, megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir.

(Putra, 2012).

Tabel 2.3 Nilai Apgar

Skor	0	1	2
Appearance color (warna kulit)	Biru/Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	< 100 x / menit	> 100 x / menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber :(Dewi, 2013)

Interpretasi :

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

2.5 Konsep Dasar Neonatus

2.5.1 Teori Neonatus

1. Pengertian neonatus

Masa neonatus adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir.

(Muslihatun, 2010)

2. Klasifikasi neonatus menurut berat lahir

- a. Neonatus berat lahir rendah : kurang dari 2500 gram.
- b. Neonatus berat lahir cukup : antara 2500-4000 gram.
- c. Neonatus berat lahir lebih : lebih dari 4000 gram.

(Muslihatun, 2010)

3. Klasifikasi neonatus menurut masa gestasi menurut Muslihatun (2010) :

- a. Neonatus kurang bulan (*preterm infant*) : kurang dari 259 hari (37 minggu).
- b. Neonatus cukup bulan (*term infant*) : 259 sampai 294 hari (37-42 minggu).
- c. Neonatus lebih bulan (*postterm infant*) : lebih dari 294 hari (42 minggu) atau lebih.

4. Perubahan fisiologis neonatus

a. Sistem pernafasan.

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan

diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalamnya belum teratur.

b. Suhu tubuh

Mekanisme hilangnya panas tubuh bayi ke lingkungannya secara konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi. Cara mencegah hal tersebut yaitu: mengeringkan bayi secara seksama; menyelimuti bayi dengan kain bersih, kering dan hangat; menutup bagian kepala bayi, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya, jangan segera menimbang atau memandikan bayi, dan menempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

c. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa. Pada jam pertama, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-2, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari ke-6, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

d. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium lebih besar dari kalium karena ruangan *ekstraseluler* luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan *glomerulus* dan volume *tubulus proksimal*, serta *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

e. Immunoglobulin

Pada bayi baru lahir hanya terdapat *gama globulin G*, sehingga *imunologi* dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (toksoplasma, herpes simplek dan lain-lain), reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan antibodi *gamma A, G* dan *M*.

(Muslihatun, 2010)

5. Kunjungan neonatus

Menurut Walyani (2015) kunjungan neonatal terbagi menjadi 3, yaitu :

a. Kunjungan neonatal I (KN 1) : sejak 6 jam setelah lahir.

Hal yang dilaksanakan :

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi.
- 2) Cegah infeksi.
- 3) Rawat tali pusat.

b. Kunjungan neonatal II (KN 2) : hari ke 3-7.

Hal yang dilaksanakan :

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi.
- 2) Berikan ASI eksklusif.
- 3) Cegah infeksi.
- 4) Rawat tali pusat.

c. Kunjungan neonatal III (KN 3) : hari ke 8-28.

Hal yang dilaksanakan :

1. Periksa adanya tanda bahaya atau gejala sakit.

2. Jaga kehangatan tubuh, beri ASI eksklusif dan rawat tali pusat.
6. Kebutuhan kesehatan pada neonatus
 - a. Pemberian minum.
 - b. BAB.
 - c. BAK.
 - d. Istirahat/tidur.
 - e. Kebersihan kulit.
 - f. Perawatan tali pusat.
 - g. Keamanan bayi.
 - h. Tanda-tanda bahaya neonatus.

(Muslihatun, 2010)

2.6 Konsep Data Keluarga Berencana

2.6.1 Teori KB

1. Pengertian KB

Keluarga yang berkualitas adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi.

(Mochtar, 2011)

2. Macam-macam KB

- a. Metode amenorea laktasi (MAL).
- b. KB alamiah, terdiri dari system kalender dan metode suhu basal.
- c. Senggama terputus.
- d. Metode Barrier, terdiri dari kondom, diafragma dan spermisida.
- e. Pil KB.

f. Suntik KB

Jenis KB suntik :

Suntikan/bulan : Cyclofem

Suntikan/2 bulan : Noristerat

Suntikan/3 bulan : Depo provera, Depogeston

g. Implant.

h. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim).

i. Alat kontrasepsi mantap, terdiri dari :

1) Tubektomi

2) Vasektomi (Affandi, 2011)

3. Tujuan KB

Tujuan pokok program Keluarga Berencana Indonesia sebagai berikut:

a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.

b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

(Mochtar, 1998)

4. Manfaat KB

a. Untuk ibu : Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.

- b. Untuk anak yang baru dilahirkan : Dapat tumbuh secara normal, karena ibu yang mengandungnya berada dalam keadaan sehat, Sesudah lahir anak tersebut akan memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup. Hal ini disebabkan oleh kehadiran anak tersebut yang memang diinginkan dan diharapkan.
5. K_b suntik progestin
- a. Pengertian

Suntik k_b mengandung hormon, hormon yang disuntikkan secara intramuskuler.
 - b. Jenis k_b suntik 3 bulan
 - 1) Cyclofem, Cyclogeston : suntikan yang diberikan tiap bulan.
 - 2) Noristerat : suntikan yang diberikan tiap 2 bulan.
 - 3) Deponeo, Depogestin, Triclofem : suntikan yang diberikan tiap 3 bulan sekali.
 - c. Keuntungan
 - 1) Sangat efektif.
 - 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
 - 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius pada penyakit jantung , dan gangguan pembekuan darah.
 - 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
 - 6) Sedikit efek samping.
 - 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
 - 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun .

9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.

11) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.

(Affandi, 2011)

d. Kerugian

1) Sering ditemukan gangguan haid.

2) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik).

3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut

4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.

5) Tidak menjamin terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B, infeksi HIV.

6) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

7) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.

8) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang.

9) Ada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan libido, gangguan emosi (jarang) dan sakit kepala.

(Affandi, 2011)

e. Cara kerja suntikan progestin

1) Mencegah ovulasi.

- 2) Mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- 3) Menjadikan lendir servik tipis dan atrofi.
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

f. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Nullipara atau yang telah memiliki anak.
- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- 6) Setelah abortus atau keguguran.
- 7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
- 8) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia.
- 9) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

g. Kontra Indikasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

5) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

(Affandi, 2011)

h. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil.
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
- 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat asalkan ibu tersebut tidak hamil, selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- 4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan, bila penggunaan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar dan ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu haid berikutnya datang.
- 5) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal serta ibu yang tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur, suntikan pertama bila segera diberikan tanpa menunggu haid selanjutnya dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- 6) Ibu ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama bisa diberikan pada hari pertama sampai ke tujuh siklus haid atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke 7 siklus haid asalkan ibu tidak hamil.

(Affandi, 2011)

2.7 Konsep Dasar Patologi

2.7.1 Teori Riwayat Abortus

1. Definisi riwayat abortus

Riwayat Abortus merupakan jumlah abortus yang pernah dialami ibu yang tercatat dalam berkas rekamedik di puskesmas dan institusi kesehatan yang proses kehamilannya berhenti pada umur dibawah 20 minggu atau berat fetus yang lahir 500 gram atau kurang (Rukiyah, dkk. 2010).

Setelah 1 kali abortus spontan memiliki 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali resikonya meningkat 25%, beberapa studi meramalkan bahwa resiko abortus setelah 3 abortus berurutan adalah 30-45% (Syaifudin, 2008).

2. Karakteristik ibu hamil dengan riwayat abortus dilihat dari :

a. Usia

Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia resiko untuk hamil dan melahirkan. Menurut Manuaba (2010) kurun waktu reproduksi sehat adalah 20-30 tahun dan keguguran dapat terjadi pada usia muda karena pada saat masih remaja usia reproduksi belum matang dan belum siap untuk hamil. Menurut Cunningham (2005) bahwa frekuensi abortusbertamah 12% pada wanita 20 tahun dan menjadi 26% pada wanita diatas 40 tahun.

b. Paritas

Resiko abortus spontan menurut Cunningham (2005) semakin meningkat dengan bertambahnya paritas. Persalinan kedua dan

ketiga merupakan persalinan yang aman, sedangkan resiko terjadinya komplikasi meningkat pada kehamilan, persalinan, dan nifas setelah yang ketiga dan seterusnya. Menurut Winkjosastro (2002) bahwa abortus yang sering terjadi pada kehamilan pertama adalah karena faktor fisik atau pun alasan sosial belum siap memiliki anak.

c. Riwayat abortus

Riwayat abortus menurut kamus besar bahasa indonesia (2010) adalah sesuatu yang pernah dialami seseorang sebelumnya, jadi riwayat abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram yang pernah dialami seseorang sebelumnya.

Setelah 1 kali abortus spontan memiliki 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali risikonya meningkat 25% beberapa studi meramalkan bahwa resiko abortus setelah 3 abortus berurutan adalah 30-45% (Saifuddin, 2008) dan menurut Cunningham (2005) kejadian abortus diduga mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasil kehamilan itu sendiri. Wanita dengan riwayat abortus mempunyai resiko lebih tinggi untuk persalinan premature, abortus berulang dan bayi dengan berat lahir rendah.

d. Jarak persalinan

Menurut Sastrawinata (2007) bahwa jarak persalinan yang pendek merupakan faktor resiko yang perlu untuk diwaspadai karena belum pulihnya alat reproduksi untuk kehamilan berikutnya, insiden

terjadinya abortus meningkat jika jarak persalinan dengan kehamilan berikutnya 3 bulan.

e. Pekerjaan

Menurut Nursalam (2003) pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya hendaklah dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin.

f. Lingkungan

Diperkirakan 1-10% malformasi janin akibat dari paparan obat, bahan kimia, atau radiasi dan umumnya berakhir dengan abortus, misalnya paparan dari anestesi dan tembakau berakibat pada terjadinya abortus. Menurut Hartanto (2006) bahwa tembakau, alkohol, kafein, radiasi dan kontrasepsi juga merupakan zat-zat yang dilaporkan berperan dalam insidensi abortus.

g. Sosial ekonomi

Sosial ekonomi adalah suatu keadaan atau kedudukan yang diatur secara sosial dan menetapkan seseorang dalam posisi tertentu dalam struktur masyarakat. Bahwa kedudukan sosial ekonomi mencakup 3 faktor yaitu pekerjaan, pendidikan, dan penghasilan (Melly, 1984).

h. Pendidikan

Secara bahasa definisi pendidikan adalah proses penguahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pembelajaran dan pelatihan.

3. Dampak riwayat abortus pada kehamilan selanjutnya

a. Pengaruh atau dampak terhadap kehamilan

1) Perdarahan yang hebat.

2) Infeksi kadang-kadang sampai terjadi sepsis, infeksi dari tuba dapat menimbulkan kemandulan.

b. Pengaruh atau dampak terhadap persalinan

Meningkatkan risiko lahir premature : bahwa wanita yang pernah melakukan aborsi akan memiliki risiko melahirkan secara premature di kehamilan selanjutnya.

c. Pengaruh atau dampak terhadap masa nifas

infeksi bisa disebabkan oleh alat medis yang tidak steril yang dimasukkan kedalam rahim atau bisa juga disebabkan ada bagian janin yang tersisa didalam rahim atau bisa dikatakan aborsi tidak sempurna.

4. Penyebab riwayat abortus

a. Faktor janin

Faktor janin menjadi penyebab keguguran adalah kelainan pada genetik, dan ini terjadi pada 50%-60% kasus keguguran, faktor kelainan yang sering dijumpai pada abortus adalah pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta. Kelainan tersebut biasanya

menyebabkan abortus pada trimester pertama yaitu kelainan telur, telur kosong, kerusakan embrio, atau kelainan kromosom, embrio dengan kelainan otak, abnormalitas dalam pembentukan plasenta.

b. Faktor ibu

Kelainan dari letak uterus, tidak sempurnanya persiapan uterus dalam menanti nidasi dari ovum yang sudah dibuahi, seperti kurangnya estrogen dan progesterone. Penyakit yang diderita ibu juga dapat menyebabkan keguguran, infeksi yang menyebabkan demam tinggi.

c. Faktor genetic

9-10 sekitar 5% abortus terjadi karena faktor genetik, penyebab yang paling menimbulkan abortus spontan adalah abnormalitas kromosom pada janin dan lebih dari 60% abortus spontan terjadi pada trimester pertama.

d. Faktor anatomi congenital

Pernah dilaporkan timbul sampai 10-15 wanita dengan abortus spontan yang rekuren : lesi anatomi kongenital yaitu duktus Mullerian(uterus bersepta).

e. Faktor endokrin

Fungsi *corpus luteum* yang abnormal dengan tidak cukupnya produksi progesteron.

f. Faktor infeksi

Infeksi yang disebabkan TORC (toksoplasma, rubella, cytomegalovirus) dan malaria. Infeksi yang menyebabkan abortus

spontan belum dapat di buktikan. Namun diduga sebagai penyebabnya adalah Chlamydia, Ureaplasma, Mysoplasma, Cytomegalovirus, Listeria Monocytogenes dan Toxoplasma Gondii. Dapat dilakukan pemeriksaan kultur yang bahannya diambil cairan pada servical dan endometrium.

g. Faktor imunologi

Faktor imunologi juga dapat menyebabkan riwayat abortus seperti inkompatibilitas golongan darah A, B, O, dengan reaksi antigen antibodi dapat menyebabkan abortus berulang.

h. Faktor nutrisi

Malnutrisi umum yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar menjadi presdiposisi terjadinya abortus.

i. Faktor psikologis

Faktor psikologis dibuktikan bahwa ada hubungan antara abortus berulang dengan keadaan mental akan tetapi belum bisa dijelaskan sebabnya.

(Rukiyah, 2010)

5. Komplikasi yang dapat terjadi pada riwayat abortus

a. Perdarahan

Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

b. Perforasi

Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam akan menimbulkan persoalan gawat karena perlakuan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus.

c. Infeksi

Infeksi pada setiap abortus bisa saja dirasakan akan adanya bakteri yang tinggi, apabila infeksi menyebar semakin jauh kemungkinan diikuti oleh syok.

d. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemarogik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

(Rukiyah, 2010)

6. Penanganan pada riwayat abortus

- a. Melakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum pasien, termasuk tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu).
- b. Memeriksa tanda-tanda syok (pucat, berkeringat banyak, pingsan, tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih cepat dari 112x/menit).
- c. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya abortus yaitu nyeri perut yang hebat disertai pengeluaran darah yang banyak.
- d. Memberitahu ibu tanda-tanda infeksi yaitu demam tinggi dan menggigil dan lochea berbau busuk.

- e. Menganjurkan ibu untuk banyak istirahat dengan cukup tidur yaitu siang \pm 2 jam/hari, malam \pm 8 jam/hari dan tidak melakukan aktivitas terlalu berat.
- f. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang dibutuhkan saat hamil, yaitu sayur-sayuran yang berwarna hijau seperti bayam, kangkung, dan kacang panjang, buah- buahan yaitu papaya, jeruk, mangga, dan lauk pauk seperti ikan, dan hati ayam.
- g. Memberikan tablet Fe diminum dimalam hari sebelum tidur dengan air putih dan jangan meminumnya dengan teh atau kopi karena akan mempengaruhi proses penyerapan zat besi.
- h. Menganjurkan pada ibu untuk periksa kedokter sehingga faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya keguguran yang di alami ibu dapat diketahui, untuk menghindari terjadinya keguguran berulang.
- i. Menganjurkan pada ibu untuk kunjungan ulang atau bila ada keluhan.

(Rukiyah, 2010)

7. Hubungan kejadian abortus ditinjau dari usia dan paritas

Abortus merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Pendekatan etiologi merupakan cara terbaik dalam upaya menurunkan mortalitas dan morbiditas akibat abortus yang kejadiannya dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko. Hubungan usia dengan kejadian abortus Hasil analisis hubungan antara usia ibu dengan kejadian abortus diperoleh bahwa ada sebanyak 15 (15,2%) ibu yang berusia <20 dan >35 tahun yang

mengalami abortus. Sedangkan diantara ibu yang berusia 20-35 tahun ada 84 (84,4%) yang mengalami abortus. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,265$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian abortus antara ibu yang berusia <20 dan >35 tahun dengan ibu yang berusia 20-35 tahun (tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kejadian abortus).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai Odds Ratio sebesar 0,693, artinya usia dapat mengurangi efek terjadinya abortus. Menurut peneliti adanya perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dapat disebabkan karena perbedaan jumlah sampel yang diambil dan lokasi dilaksanakannya penelitian dengan penelitian sebelumnya. Diketahui bahwa semakin besar sampel yang dianalisis akan semakin besar menghasilkan kemungkinan berbeda bermakna. Selain itu, karena kejadian abortus dipengaruhi oleh banyak faktor kemungkinan ada pengaruh faktor lain yang tidak ikut diteliti.

Hasil analisis hubungan antara paritas dengan kejadian abortus diperoleh bahwa ada sebanyak 49 (49,5%) pasien yang memiliki paritas <1 dan >5 yang mengalami abortus. Sedangkan diantara pasien yang memiliki paritas 1-5 ada 50 (50,5%) pasien yang mengalami abortus. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian abortus antara pasien yang memiliki paritas <1 dan >5 dengan pasien yang paritasnya 1-5 (ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian abortus). Dari hasil analisis

diperoleh pula nilai $OR=2,287$, artinya ibu yang paritasnya <1 dan >5 mempunyai peluang 2,287 kali untuk mengalami abortus.

(Mutmainnah, 2016)

8. Gambaran pekerjaan ibu hamil trimester I dengan kejadian abortus

Pekerjaan diluar rumah yang dilakukan ibu hamil, khususnya ibu hamil trimester 1 berisiko terjadinya abortus. Pada kehamilan trimester 1 alat reproduksi belum seberapa kuat, karena plasenta belum terbentuk sempurna. Apabila ibu hamil trimester 1 terlalu lelah dan kurang istirahat maka kemungkinan akan terjadi abortus. Abortus merupakan ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan.

Hasil survei sebagian besar ibu hamil trimester 1 di RSIA Kirana Sidoarjo tahun 2013 yang bekerja sebesar 89,44% dengan populasinya 161 orang dari semua ibu hamil trimester 1 yang mengalami abortus. Hasil penelitian menunjukkan ibu yang bekerja lebih banyak mengalami abortus sebesar 79,17%, dibandingkan ibu yang tidak bekerja mengalami abortus 64,71%. Ibu hamil trimester 1 yang bekerja berisiko untuk terjadi abortus.

(Jelita, 2015)

9. Karakteristik ibu hamil dengan kejadian abortus

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 428 ibu hamil yang dirawat di Rumah Sakit Mutiara Hati tahun 2011 diperoleh diketahui bahwa dari seluruh Kasus kehamilan yang berjumlah 428 Kasus kehamilan terjadi kejadian abortus sebanyak 24,8 % (106 kejadian). Populasi dalam

penelitian ini adalah seluruh ibu-ibu yang pernah hamil dan tercatat di wilayah Kerja di RSIA Mutiara Hati Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu yang berjumlah 428 orang. Hubungan usia dengan kejadian abortus yaitu dengan Usia <20 atau >35 tahun mengalami abortus sebesar 33,8 % (51) kejadian dari 151 kasus, dan Usia 20 - 35 tahun yang mengalami abortus sebesar 19,9% (55) kejadian dari 227 kasus kehamilan.

Hubungan paritas dengan kejadian abortus sebesar jumlah kasus Multigravida yang mengalami abortus sebanyak 32,3% (74 orang) dari 229 kasus kehamilan Multigravida, dan Kasus kehamilan primigravida yang mengalami abortus sebanyak 16,1% (32) kasus kehamilan dari 199 kasus kehamilan primigravida. Hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian abortus kasus kehamilan berpendidikan rendah yang mengalami abortus sebesar 29,1% (55) kasus dari 189 jumlah kasus yang berpendidikan rendah dan kasus kehamilan yang berpendidikan tinggi sebesar 21,3 % (51) kasus dari 239 jumlah kasus kehamilan yang berpendidikan tinggi.

(Meti, 2012)

2.7.2 Teori KPD

1. Pengertian

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan, hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Norma, 2013).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan kurang dari 4 cm (fase laten) (Nugroho, 2012).

Menurut Arif Mansjoer tahun 2001 dalam buku (Norma, dkk. 2013) KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

2. Etiologi

Penyebab ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor presdiposisi adalah

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi dari cairan ketuban, tekanan intrauterine yang meninggi atau meningkat secara berlebihan misalnya trauma bisa disebabkan karena hubungan seksual (personal hygiene kurang), pemeriksaan dalam, hidramnion, gemelli, kelainan letak misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah (Norma, 2013).
- b. Usia, paritas, merokok, keadaan sosial ekonomi, perdarahan antepartum, riwayat abortus, riwayat ketuban pecah dini, ketegangan rahim yang berlebihan, kesempitan panggul, kelelahan ibu bekerja (Prawirohardjo, 2010).
- c. Faktor lain yaitu golongan darah karena golongan darah yang tidak sesuai dengan anak dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk

kelemahan jaringan kulit ketuban, disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu, multi graviditas, merokok, dan perdarahan antepartum (Norma, 2013).

3. Pengaruh ketuban pecah dini

a. Terhadap janin

Walaupun ibu belum menunjukkan tanda-tanda infeksi bayi bisa saja sudah terkena infeksi, karena infeksi intrauterine lebih dahulu terjadi amnionitis sebelum gejala pada ibu dirasakan sehingga akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal.

b. Terhadap ibu

Karena jalan lahir telah terbuka, maka dapat terjadi infeksi. Selain itu juga dijumpai infeksi puerpuralis, peritonitis, ibu menjadi mudah lelah, partus menjadi lama, suhu tubuh meningkat dan nadi cepat (Ani, 2013).

4. Tanda dan gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila Anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin

bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Norma, 2013).

5. Komplikasi

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan yang terjadi 10-40% bayi baru lahir, infeksi, prolaps atau keluarnya tali pusat sedangkan pada KPD yang terjadi pada usia kehamilan preterm adalah risiko kecacatan dan kematian janin, hipoplasia (Norma, 2013).

Komplikasi lain yang dapat terjadi adalah infeksi maternal maupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC, atau gagalnya persalinan normal.

- a. Persalinan Prematur : Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.
- b. Infeksi : Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi Korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi pada ketuban pecah dini premature, infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

- c. Hipoksia dan asfiksia : Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.
- d. Syndrom deformitas janin : Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin.

(Prawirohardjo, 2010)

6. Penatalaksanaan

- a. Bila janin hidup dan terdapat prolaps talipusat, pasien dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- b. Bila ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau ketuban pecah lebih dari 6 jam, berikan antibiotik.
- c. Bila keluarga pasien menolak dirujuk, pasien disuruh istirahat dalam posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
- d. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring, diberikan sedative berupa fenobarital 3x30 mg, berikan antibiotik selama 5 hari seperti dexametason 3x5 mg selama 2 hari, berikan pula tokolisis bila terjadi infeksi akhiri kehamilan.
- e. Pada kehamilan 33-35 minggu, lakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan, bila terjadi infeksi akhiri kehamilan.

- f. Pada kehamilan lebih dari 36 minggu, bila ada his pempin meneran dan lakukan akselerasi bila ada inersia uteri. Bila tidak ada his, lakukan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5, seksio sesarea bila ketuban pecah kurang dari 5 jam dan skor pelvik kurang dari 5.

(Mansjoer, 2000)

2.7.3 Teori Kala II Memanjang

1. Pengertian

Persalinan kala II memanjang (Prolonged Expulsive Phase) atau disebut juga partus tak maju adalah suatu persalinan dengan his yang adekuat namun tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan, turunnya kepala dan putaran paksi selama 2 jam terakhir, biasanya persalinan pada primipara dapat terjadi lebih lama.

Menurut Harjono persalinan kala II memanjang merupakan fase terakhir dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga timbul gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan ibu serta asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (IUFD).

Menurut Sinopsis Obstetri (2010) kala II memanjang adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan lebih dari 30 menit sampai 1 jam pada multigravida.

2. Etiologi

Menurut Prawirohardjo (2010) sebab-sebab persalinan lama yaitu :

- a. Kelainan letak janin.

- b. Kelainan-kelainan panggul.
- c. Kelainan his dan mengejan.
- d. Pimpinan partus yang salah.
- e. Janin besar atau ada kelainan kongenital.
- f. Primitua merupakan proses persalinan yang pertama kali dialami oleh wanita yang berusia lebih dari 35 tahun.
- g. Perut gantung atau grandemulti.
- h. Ketuban pecah dini.

3. Komplikasi persalinan kala II memanjang

Efek yang diakibatkan oleh persalinan kala II memanjang bisa mengenai ibu maupun janin seperti :

- a. Infeksi intrapartum.
- b. Infeksi merupakan bahaya yang mengancam ibu maupun janinnya pada partus lama, terutama bila disertai dengan pecahnya ketuban, bakteri didalam cairan amnion menembus dan desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bacteria, sepsis, dan pneumonia pada janin akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi.

c. Rupture uteri

Penipisan abnormal segmen bawah uterus menimbulkan bahaya yang serius selama partus lama, terutama pada wanita dengan paritas tinggi dan mereka dengan riwayat SC.

4. Tanda dan gejala

Adapun gejala klinik dari partus lama adalah :

- a. Gelisah.

- b. Letih.
- c. Suhu badan meningkat.
- d. Berkeringat.
- e. Nadi cepat.
- f. Pernafasan cepat.
- g. Meteorismus.
- h. Didaerah sering dijumpai bandle ring, odema servik, odema vulva, cairan ketuban berbau terdapat mekonium.

5. Diagnosis

- a. Janin tidak lahir setelah 1 jam pada multigravida dan 2 jam pada primigravida dipimpin mengedan sejak pembukaan lengkap.
- b. Ibu tampak kelelahan dan lemah.
- c. Kontraksi tidak teratur tetapi kuat.
- d. Dilatasi servik lambat atau tidak terjadi.
- e. Tidak terjadi penurunan bagian terbawah janin, walaupun kontraksi adekuat.
- f. Molding-sutra tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki (partograf ++).
- g. Lingkaran retraksi patologis (lingkaran bandl) timbul nyeri dibawah lingkaran bandl merupakan tanda akan terjadi rupture uteri tidak ada his dan syok yang tiba-tiba merupakan tanda rupture uteri.

(Winkjosastro, 2010)

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan kala II memanjang

Menurut Morgan (2009), persalinan kala II memanjang dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

a. Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan, maupun menghadapi persalinan, usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara 20-35 tahun dibawah atau diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan (Depkes, 2013).

b. Sosial ekonomi (pendapatan)

Pendapat merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan disuatu keluarga, dimana rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.

c. Paritas

Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami kala II memanjang pada kehamilan sebelumnya serta jarak kehamilan yang terlampau dekat diyakini lebih beresiko akan mengalami kala II memanjang pada kehamilan berikutnya (Hellen, 2008).

d. Perilaku merokok

Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi (Sinclair, 2003).

e. Riwayat KPD

Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko daripada wanita yang tidak pernah mengalami KPD (Hellen, 2008).

f. Serviks yang inkompensik

Inkompetensia servik adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (servik) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar (Manuaa, 2009).

7. Penatalaksanaan

- a. Nilai dengan segera keadaan umum ibu hamil dan janin (termasuk tanda vital dan tingkat dehidrasinya).
- b. Kaji nilai partograf, tentukan apakah pasien berada dalam persalinan : nilai frekuensi dan lamanya his.
- c. Suntikan cortone acetate 100-200 mg IM.
- d. Penisilin prokain : 1 juta IU IM.
- e. Streptomisin : 1 gr IM.
- f. Infuse cairan : larutan garam fisiologis (NaCl), larutan glukosa 5-10 % pada janin pertama : 1 liter per jam.
- g. Istirahat 1 jam untuk observasi, kecuali bila keadaan mengharuskan untuk segera bertindak.

Dapat dilakukan partus spontan, ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, manual aid pada letak sungsang, embriotomi bila janin meninggal, SC.

BAB 3
ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

3.1.1 Kunjungan ANC Ke-1

Tanggal : 20 Februari 2017
Jam : 17.30 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : BPM Dyah Patmika M. Desa Katemas Kecamatan Kudu
Kabupaten Jombang

1) Identitas

Nama Istri	: Ny “N”	Nama Suami	: Tn “A”
Umur	: 19 tahun	Umur	: 21 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan swasta
Penghasilan	: -	Penghasilan	: Rp. 1.000.000,-
Alamat	: Desa katemas	Alamat	: Desa katemas
	Kec. Kudu		Kec. Kudu
	Kab. Jombang		Kab. Jombang

Prolog :

Ny “N” sekarang hamil ke-2, riwayat hamil pertama mengalami keguguran memasuki usia kehamilan 12 minggu, setelah mengalami keguguran ibu menggunakan KB pil selama 3 bulan. Pada kehamilan

sekarang ibu telah melakukan ANC 10 kali di BPM Dyah Patmika M.,
Desa Katemas Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang. HPHT : 04-07-
2016 TP : 11-04-2017, BB sebelum hamil 42 kg, golongan darah O.

Data Subyektif :

Mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.

Data Obyektif :

a. TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 84 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,5°C

b. BB sekarang : 53 kg

c. Lila : 24 cm

d. Pemeriksaan fisik khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, palpebra tidak odema.

Mammae : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, kolostrum belum keluar.

Abdomen : TFU teraba pertengahan pusat-px (27 cm), PUKA, letak kepala, belum masuk PAP.

TBJ : $(27 - 12) \times 155 = 2.325$ gram.

DJJ : $(14+12+13) \times 4 = 156$ x/menit.

Ekstremitas: Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

G₂P₀A₁, 33 Minggu kehamilan normal dengan riwayat abortus.

Janin Tunggal Hidup.

Penatalaksanaan :

1. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini, ibu mengerti tentang kondisinya.
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan tidur dengan posisi miring kiri untuk menambah oksigenasi, ibu mengerti.
3. Memberitahu ibu ketidaknyaman selama kehamilan trimester III, ibu mengerti.
4. Memberitahu ibu untuk mengkonsumsi sayuran hijau seperti sawi, bayam, kangkung untuk memenuhi kebutuhan zat besi yang berfungsi mencegah anemia, ibu mengerti.
5. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan trimester III, tanda-tanda persalinan dan personal hygien, ibu mengerti.
6. Menganjurkan ibu melakukan ANC Terpadu dan USG pada tanggal 25 Februari 2017, ibu bersedia.
7. Memberikan Novabion 1x1 dan Novakal 1x1. Ibu bersedia meminumnya secara teratur
8. Mengajarkan ibu untuk senam hamil, ibu belum bisa melakukan senam hamil dengan baik dan benar.
9. Memberitahu ibu melakukan kontrol ulang 2 minggu lagi tanggal 10 Maret 2017 atau jika ada keluhan sewaktu-waktu. Ibu mengerti.

3.1.2 kunjungan ANC Ke-2

Tanggal : 09 Maret 2017
 Jam : 15.00 WIB
 Oleh : Pepy Lovita Sari
 Tempat : BPM Dyah Patmika M. Desa Katemas Kecamatan Kudu
 Kabupaten Jombang

1. Identitas

Nama Istri	: Ny "N"	Nama Suami	: Tn "A"
Umur	: 19 tahun	Umur	: 21 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan swasta
Penghasilan	: -	Penghasilan	: Rp. 1.000.000,-
Alamat	: Desa katemas Kec. Kudu Kab. Jombang	Alamat	: Desa katemas Kec. Kudu Kab. Jombang

Data Subyektif :

Mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.

Data Obyektif :

a. TTV : TD : 120/80 mmHg
 N : 86 x/menit
 P : 20 x/menit
 S : 36 °C

b. BB sekarang : 53 kg

- c. Lila : 24 cm
- d. Pemeriksaan fisik khusus
- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.
- Mammae : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, kolostrum belum keluar.
- Abdomen : TFU teraba pertengahan pusat-px (28 cm), PUKA, letak kepala, belum masuk PAP.
- TBJ : $(28 - 12) \times 155 = 2.450$ gram.
- DJJ : $(12+13+12) \times 4 = 148$ x/menit.
- Ekstremitas: Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.
- e. Tanggal 25 Februari 2017 melakukan ANC Terpadu dengan hasil Hb 11,1 gr/dl, Albumin negatif, Reduksi Negatif dan melakukan USG dengan hasil janin tunggal, hidup, presentasi kepala, ketuban cukup, usia kehamilan 32 minggu.

Analisa Data :

G₂P₀A₁, 35-36 Minggu kehamilan normal dengan riwayat abortus.

Janin Tunggal Hidup.

Penatalaksanaan :

1. Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
2. Memberitahu ibu untuk makan makanan yang bergizi dan seimbang untuk menambah berat badan janinnya, ibu mengerti.

3. Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan, tanda bahaya kehamilan trimester III, personal hygien, ibu mengerti.
4. Memberitahu ibu untuk mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayinya, ibu mengerti.
5. Memberikan Novakal 1x1 dan Omegavit 1x1. Ibu bersedia meminumnya secara teratur.
6. Mengajarkan ibu untuk senam hamil, ibu bisa melakukan senam hamil dengan baik dan benar.
7. Memberitahu ibu untuk kontrol ulang 2 minggu lagi tanggal 23 Maret 2017 atau jika ada keluhan, ibu mengerti.

3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

3.2.1 KALA I

1. KALA I Fase Laten

- a. Tanggal : 20 April 2017
- Jam : 04.00 WIB
- Oleh : Pepy Lovita Sari
- Tempat : BPM Dyah Patmika M. Desa Katemas Kecamatan
Kudu Kabupaten Jombang

Data Subyektif :

Ibu mengatakan mengeluarkan cairan cair disertai lendir dan darah dari kemaluannya pada tanggal 20 april 2017 pada jam 01.00 WIB dan belum merasakan mulas, ibu mulai merasakan mulas pada jam 01.30 WIB.

Data Obyektif :

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 84 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,3 °C

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Mamae : Payudara tidak terdapat benjolan, puting menonjol, kolostrum belum keluar.

Abdomen : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan processus xiphoideus (29 cm), puki, letak kepala, penurunan kepala 4/5.

DJJ : $(11+12+13) \times 4 = 144$ x/menit.

HIS : 1 kali dalam 10 menit lamanya 20 detik.

Genetalia : tidak ada varises, keluar lendir atau darah, tidak ada odema.

VT (jam 03.00 WIB) : lendir/Darah : +/+, pembukaan : 3 cm, efficement : 25 %, letak terbawah janin : kepala, ketuban : -, penurunan Hodge I.

Ekstremitas: tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

G₂P₀A₁, UK 41-42 minggu inpartu kala I fase laten.

Penatalaksanaan :

1. 04.00 : Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik-baik saja, ibu mengerti dan paham.
2. 04.05 : Melakukan observasi ttv meliputi tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2 jam sekali, nadi, DJJ, dan kontraksi uterus setiap 30 menit sekali, VT setiap 4 jam sekali, hasil terlampir dalam lembar observasi.
3. 04.10 : Mengajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, ibu bisa melakukannya.
4. 04.10 : Memberitahu ibu untuk tidak menahan kencing, sesering mungkin BAK, ibu mengerti.
5. 05.00 : Membantu ibu ke kamar mandi untuk BAK, ibu bersedia untuk ditemani.

b. Tanggal : 20 April 2017
Jam : 07.00 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : BPM Dyah Patmika M. Desa Katemas Kecamatan
Kudu Kabupaten Jombang

Data Subyektif :

Ibu mengatakan cemas, kenceng-kencengnya mulai sering disertai keluarnya sisa ketuban.

Data Obyektif :

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. TTV : TD : 120/70 mmHg

N : 84 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,2 °C

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Abdomen : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan processus xiphoideus (29 cm), penurunan kepala 4/5, tidak ada lingkaran bandl.

DJJ : $(13+12+13) \times 4 = 152$ x/menit.

HIS : 2 kali dalam 10 menit lamanya 25 detik.

Genetalia : Tidak ada varises, tidak ada odema, keluar cairan

sisia ketuban dari vaginanya.

VT : Lendir/Darah : +/+, Pembukaan : 3 cm,
Efficement : 25 %, Letak terbawah janin : Kepala,
Ketuban : -, penurunan kepala masih tinggi.

Ekstremitas: Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

G₂P₀A₁, UK 41-42 minggu inpartu kala I fase laten dengan KPD.

Penatalaksanaan :

1. 07.05 : Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa hasil pemeriksaan tidak normal, ibu mengalami ketuban pecah dini, ibu dan keluarga mengerti.
2. 07.10 : Melakukan observasi TTV meliputi tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2 jam sekali, nadi , DJJ, dan kontraksi uterus setiap 30 menit sekali, VT setiap 4 jam sekali, hasil terlampir dalam lembar observasi.
3. 07.15 : Mengajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, ibu bisa melakukannya.
4. 07.21 : Memberikan motivasi kepada ibu supaya ibu tidak cemas, ibu mengerti.
5. 07.22 : Memberikan ibu makan dan minum, ibu bersedia makan dan minum.
6. 07.27 : Membantu ibu ke kamar mandi untuk BAK, ibu

bersedia.

7. 11.05 : Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa ibu harus dirujuk karena sudah ± 10 jam pembukaannya tidak bertambah, ibu dan keluarga mau untuk merujuk.
8. 11.10 : Mempersiapkan rujukan ke rumah sakit RS Mutiara Hati, tindakan yang dilakukan mempersiapkan persyaratan untuk proses rujukan, memanggil ambulans desa dan bidan ikut mendampingi ketika merujuk sampai berada di rumah sakit Mutiara Hati.
9. 11.15 : Memberikan semangat dan motivasi kepada ibu agar tidak cemas dan ketakutan, ibu merasa tenang dan kondisi ibu baik.

2. KALA I Fase Aktif

Tanggal : 20 April 2017

Jam : 13.30 WIB

Oleh : Pepy Lovita Sari

Tempat : Rumah Sakit Mutiara Hati

Data Subyektif :

Ibu mengatakan perutnya semakin sakit dan kencengnya semakin sering.

Data Obyektif :

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Ekspresi wajah : Cemas

d. TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 86 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,5 °C

e. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Abdomen : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan processus xiphoideus (29 cm), penurunan kepala 3/5.

DJJ : 152 x/menit.

HIS : 3 kali dalam 10 menit lamanya 40 detik.

Genitalia : Tidak ada varises, keluar cairan sisa ketuban dari vaginanya, tidak ada odema.

VT (petugas ponok rumah sakit Mutiara Hati) : Lendir/Darah : +/+, pembukaan : 6 cm, effacement : 60 %, letak terbawah janin : kepala, ketuban : -, penurunan kepala tinggi.

Ekstremitas: Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

G₂P₀A₁, UK 41-42 minggu inpartu kala I fase aktif dengan KPD.

Penatalaksanaan :

1. 13.30 : Memberitahu pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, ibu mengerti.

2. 13.35 : Membantu ibu untuk BAK di pispot, ibu bisa BAK di pispot dengan lancar.
3. 13.40 : Memberitahu ibu untuk miring ke kiri agar aliran oksigen ke bayinya cukup, ibu mengerti dan melakukannya.
4. 13.42 : Membimbing ibu untuk menarik nafas panjang ketika adanya kontraksi, ibu menirukan dan melakukannya dengan baik.
5. 13.45 : Memberikan ibu minum disela-sela tidak ada kontraksi, ibu sudah minum.
6. 13.47 : Berkolaborasi dengan dokter dan advice dr. Sulfakar, Sp.OG dilakukan observasi maksimal 4 jam dengan pemantauan kemajuan persalinan, observasi dilakukan.

3.2.2 KALA II

Tanggal : 20 April 2017
Jam : 15.15 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah Sakit Mutiara Hati

Data Subyektif :

Ibu mengatakan perutnya semakin sakit.

Data Obyektif :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Ekspresi wajah : Cemas

d. TTV : TD : 120/80 mmHg
N : 86 x/menit
P : 20 x/menit
S : 36,7 °C

e. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Abdomen : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan processus xiphoideus (29 cm), penurunan kepala 3/5.

DJJ : 156 x/menit.

HIS : 4 kali dalam 10 menit lamanya 35 menit.

Genetalia : Tidak ada varises, keluar lendir, darah, dan cairan sisa ketuban dari vaginanya.

VT (petugas ponok rumah sakit Mutiara Hati) : lendir/darah : +/+,

pembukaan : 10 cm, efficement : 100 %, letak terbawah janin : kepala, ketuban : -, penurunan kepala masih tinggi.

Ekstremitas: Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

G₂P₀A₁, UK 41-42 minggu inpartu kala II.

Penatalaksanaan :

1. 15.15 : Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, ibu dan keluarga mengerti.
2. 15.20 : Mengevaluasi ibu ketika menarik nafas panjang saat

merasakan kontraksi, ibu melakukannya dengan baik.

3. 15.30 : Membantu ibu BAK di pispot, ibu bisa BAK.
4. 15.35 : Memberikan makan dan minum pada ibu untuk menambah tenaga ibu, ibu mau makan dan minum.
5. 15.38 : Membantu ibu untuk mengganti posisi (menungging), ibu merasa nyaman.
6. 15.40 : Memberikan semangat pada ibu dalam menghadapi proses persalinan, ibu menerimanya.

1. KALA II Memanjang

Tanggal : 20 April 2017

Jam : 16.30 WIB

Oleh : Pepy Lovita Sari

Tempat : BPM Dyah Patmika M. Desa Katemas Kecamatan Kudu
Kabupaten Jombang

Data Subyektif :

Ibu mengatakan perutnya semakin sakit dan ingin mendedan.

Data Obyektif :

a. Keadaan Umum: Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 86 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,8 °C

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema

Mamae : Payudara tidak terdapat benjolan, puting menonjol, kolostrum belum keluar.

Abdomen : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan processus xiphoideus (29 cm), puki, letak kepala, penurunan kepala 3/5.

DJJ : 158 x/menit.

HIS : 4 kali dalam 10 menit lamanya 40 detik.

Genetalia : tidak ada varises, keluar lendir atau darah, tidak ada odema.

VT (petugas ponek rumah sakit Mutiara Hati) : lendir/darah : +/+, pembukaan : 10 cm, efficement : 100 %, letak terbawah janin : kepala, ketuban : -, penurunan kepala masih tinggi.

Ekstremitas: tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

G₂P₀A₁, UK 41-42 minggu Pra SC dengan indikasi KPD dan kala II memanjang.

Penatalaksanaan :

1. 16.30 : Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti dan diperiksa dokter Sulfakar Sp.OG hasil VT pembukaan 10 cm, penurunan kepala masih tinggi

sehingga advice dokter ibu harus melakukan operasi SC karena penurunan bagian terbawah janin tidak ada kemajuan, ibu dan keluarga bersedia dilakukan operasi SC.

2. 16.35 : Memastikan informed consent sudah ditanda tangani oleh keluarga, informed consent sudah disetujui dan ditanda tangani oleh suami.
3. 16.38 : Memastikan infus telah terpasang dengan baik, infus telah terpasang dengan baik.
4. 16.40 : Memastikan ibu tidak mempunyai alergi terhadap obat setelah dilakukannya skin test, ibu tidak mempunyai alergi obat.
5. 16.45 : Menggantikan baju pasien dengan baju operasi, ibu bersedia.
6. 16.48 : Memberitahukan pada ibu agar bersikap dengan tenang, ibu mau melakukan.
7. 16.50 : Mengantarkan ibu masuk ke ruang operasi, ibu masuk kamar Operasi. Operasi berlangsung ± 1 jam dan operasi selesai pukul 18.00 dan iu keluar dari ruang pemulihan pukul 20.15.

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu nifas

3.3.1 Post Operasi SC

Tanggal : 20 April 2017
Jam : 20.15 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah Sakit Mutiara Hati

Data Subyektif :

Ibu mengatakan sangat lega dan senang karena proses operasi telah selesai dilakukan, merasakan nyeri bekas jahitan, belum bisa miring kanan dan kiri.

Data Obyektif :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD : 120/80 mmHg
N : 88 x/menit
P : 20 x/menit
S : 36,6 °C
- d. Pemeriksaan Fisik Khusus
 - Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.
 - Mamae : Kolostrum belum keluar.
 - Abdomen : Luka operasi tertutup oleh plester dermafix-T, kontraksi uterus baik.
 - Genetalia : Tidak ada varises, perdarahan ± 75 cc, terpasang

kateter, jumlah urine 350 cc.

Ekstremitas: Tangan sebelah kiri terpasang infus RL 20 tetes/menit, tidak ada nyeri tekan dan tidak odema, kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

P₁A₁, 3 jam Post *Sectio Caesarea*.

Penatalaksanaan :

1. 20.15 : Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
2. 20.20 : Memberitahu kepada keluarga bahwa ibu boleh minum asalkan tidak muntah dan baru boleh makan besok pagi jam 08.00, keluarga mengerti.
3. 20.23 : Memberitahu pada ibu bahwa infus dan kateter bisa dilepas dalam 12-24 jam, ibu mengerti.
4. 20.25 : Memberitahukan keluarga agar ibu memberikan ASI saja kepada bayinya sampai berumur 6 bulan, keluarga bersedia membantu ibu.

3.3.2 Kunjungan Nifas 1 (8 jam Post SC)

Tanggal : 21 April 2017
Jam : 04.20 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah Sakit Mutiara Hati

Data Subyektif :

Ibu mengatakan nyeri luka jahitan operasi, ASI belum keluar, belum BAB, minum air sedikit-sedikit, istirahat sedikit terganggu karena nyeri luka jahitan.

Data Obyektif :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD : 110/80 mmHg
N : 84 x/menit
S : 36,3 °C
P : 20 x/menit

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Mamae : Kolostrum belum keluar, tidak ada bendungan ASI.

Abdomen : Ada luka operasi tertutup plester dermafix-T, TFU teraba 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik.

Genetalia : *Lokhea rubra*, perdarahan ± 100 cc, terpasang kateter, urin : 500 cc.

Ekstremitas: Pada tangan kiri terpasang infus RL 20 tetes/menit, kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

P₁ A₁, 8 Jam Post *Sectio Caesarea*.

Penatalaksanaan :

1. 04.20 : Memberitahu ibu hasil pemeriksaan keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti.
2. 04.25 : Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, kontraksi uterus baik.
3. 04.30 : Memberitahu ibu untuk menjaga personal hygiene terutama jahitan luka operasinya dari air supaya tetap kering dan bersih.
4. 04.33 : Memberitahu pada ibu setelah diperbolehkan untuk makan harus mengonsumsi makan-makanan yang bergizi seperti nasi, sayur, tahu, tempe, daging, dan tidak takut terhadap makanan.
5. 04.37 : Memberikan dukungan moral pada ibu tentang keadaan yang dialaminya, ibu tampak tenang dan menerima keadaan yang dialaminya.
6. 04.40 : Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah 6 hari yang akan datang tanggal 26 April 2017.

3.3.3 Kunjungan Nifas 2

Tanggal : 26 April 2017
Jam : 08.30 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah pasien

Data Subyektif :

Ibu mengatakan keadaannya membaik, makan 3x sehari (nasi, sayur, lauk) dan tidak terek, minumannya cukup, BAB 1x/hari (kuning, keras), BAK 3-4x/hari (kuning, jernih), ASI keluar masih sedikit-sedikit, istirahatnya siang ± 2 jam dan malam ± 7 jam, ibu sudah berjalan-jalan seperti biasa.

Data Obyektif :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD : 110/70 mmHg
N : 80 x/menit
P : 24 x/menit
S : 36,6°C

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Mamae : ASI sudah keluar, tidak ada benjolan dan nyeri tekan.

Abdomen : TFU pertengahan simpisis pusat, kontraksi uterus baik, luka Post SC tertutup plester dermafix-T.

Genetalia : *Lokhea sanguinolenta*, perdarahan ± 25 cc, tidak odema, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstremitas: Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

P₁ A₁, 6 Hari Post *Sectio Caesarea*.

Penatalaksanaan :

1. 08.30 : Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti.
2. 08.35 : Menilai adanya tanda-tanda perdarahan, infeksi, dan lochea, pemeriksaan telah dilakukan dan semuanya normal.
3. 08.40 : Memberitahu ibu tanda bahaya pada masa nifas seperti infeksi pada vulva, vagina, serviks, bekas luka jahitan bernanah, berbau busuk dan bengkak, perdarahan, ibu mengerti dan faham.
4. 08.45 : Memastikan ibu cukup makanan, cairan, dan istirahat, mobilisasinya baik. Ibu cukup makan dan tidak terek, ibu minum air putih >8 gelas perhari, ibu istirahatnya cukup, sudah berjalan-jalan seperti biasa.
5. 08.48 : Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin atau 2 jam sekali, ibu mengerti.
6. 08.53 : Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan dirinya, selalu mengganti pembalut bila dirasa penuh, mengganti

celana apabila basah atau kotor, dan menjaga jahitan luka operasi tetap bersih ibu mengerti.

- 7.08.55 : Memberikan penjelasan tentang perawatan payudara, keuntungannya dan mengajarkan kepada ibu untuk melakukan perawatan payudara, perawatan payudara telah di berikan dan ibu merasa lebih rileks.
- 8.08.57 : Memberikan ibu obat Fondasen 1x1 di minum secara teratur, ibu mengerti.
- 9.08.58 : Memberitahu ibu untuk tetap mengonsumsi obat Helixim 3x1, Stanza 3x1 dan Prolaxan 1x1, ibu mau meminumnya secara teratur.
- 10.09.20 : Memberitahu ibu untuk datang ke bidan/pusat tenaga kesehatan lainnya apabila ada keluhan dan akan dilakukan kunjungan rumah 2 minggu kemudian pada tanggal 4 Mei 2017, ibu mengerti dan bersedia untuk dilakukan kunjungan.

3.3.4 Kunjungan Nifas 3

Tanggal : 04 Mei 2017
Jam : 16.20 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah pasien

Data Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, makan 3-4x sehari (nasi,sayur,lauk) tidak terek, minum cukup, BAB 2x/hari (kuning, lembek), BAK ±4x/hari (kuning, jernih), ASI keluar lancar, istirahatnya cukup.

Data Obyektif :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD : 110/80mmHg
N : 86 x/menit
P : 20 x/menit
S : 36.6 °C

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, palpebra tidak odema, sklera putih.

Mamae : ASI keluar lancar, tidak ada bendungan ASI.

Abdomen : TFU teraba 2 jari di atas simpisis, uterus keras, jahitan luka operasi tidak tertutup plester dermafix-T.

Genetalia : Tidak ada tanda-tanda infeksi, *lokhea serosa*.

Ekstremitas: Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak

odema.

Analisa Data :

P₁ A₁, 14 hari Post *Sectio Caesarea*.

Penatalaksanaan :

1. 16.20 : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti.
2. 16.25 : Memastikan ibu tidak mengalami tanda bahaya pada masa nifas seperti infeksi, perdarahan dan lokhea abnormal, pemeriksaan telah dilakukan dan hasilnya normal.
3. 16.30 : Memotivasi ibu agar selalu memberikan ASI nya tanpa diselingi susu formula atau makanan tambahan lain, ibu mengerti.
4. 16.32 : Menganjurkan ibu untuk istirahat apabila bayi sedang tidur, agar pola istirahat ibu cukup, ibu mengerti.
5. 16.35 : Memastikan ibu dalam memberikan ASI kepada bayinya dengan posisi menyusui yang benar, ibu bisa melakukannya.
6. 16.40 : Memberikan Massase (pijatan) pada ibu , massase telah diberikan dan ibu merasa lebih rilek.
7. 17.00 : Memberikan ibu obat fondazen 1x1, ibu mengerti.
8. 17.20 : Memberitahu ibu untuk datang ke bidan/tenaga kesehatan lainnya bila ada keluhan dan akan dilakukan kunjungan tanggal 25 Mei 2017, ibu bersedia.

3.3.5 Kunjungan Nifas 4

Tanggal : 25 Mei 2017
Jam : 15.05 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah Pasien

Data Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, makan 3-4x sehari (nasi,sayur,lauk) dan tidak tarak, minumannya cukup, BAB 2x/hari (kuning, lembek), BAK \pm 5x/hari (kuning, jernih), ASI keluar lancar, istirahatnya cukup, melakukan aktivitas seperti biasa.

Data Obyektif :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD : 110/80 mmHg
N : 82 x/menit
P : 20 x/menit
S : 36,3 °C
- d. Pemeriksaan Fisik Khusus
 - Mata : Konjungtiva merah muda, palpebra tidak odema, sklera putih.
 - Mamae : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada bendungan ASI, dan ASI keluar lancar.
 - Abdomen : TFU tidak teraba, uterus keras, jahitan luka operasi sudah tidak tertutup plester.

Genetalia : Tidak ada tanda-tanda infeksi, *lokhea alba*.

Ekstremitas : Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

P₁ A₁, 35 hari Post *Sectio Caesarea*.

Penatalaksanaan :

1. 15.10 : Memberitahu ibu hasil pemeriksaan keadaan ibu baik, ibu mengerti.
2. 15.15 : Menanyakan adakah penyulit selama masa nifas, tidak ada penyulit selama ibu masa nifas.
3. 15.20 : Mengingatkan ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif yaitu pemberian nutrisi bayi hanya dengan air susu ibu selama 6 bulan tanpa tambahan apapun, ibu mengerti dan mau melakukan.
4. 15.23 : Mengingatkan ibu untuk banyak mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran, buah, minum air putih yang cukup, ibu mengerti dan telah melakukannya.
5. 15.25 : Memastikan kembali ibu cukup makan, minum dan istirahat, ibu cukup makan dan tidak tarak, istirahatnya cukup.
6. 15.30 : Menanyakan keinginan ibu dalam menggunakan alat kontrasepsi, ibu ingin menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan pada tanggal 31 Mei 2017.

3.4 Asuhan Kebidanan Pada BBL

Tanggal : 20 April 2017
Jam : 18.35 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah Sakit Mutiara Hati

Data Subyektif :

-

Data Obyektif :

- a. Keadaan umum : baik
Tonus otot : baik
Tingkat aktivitas : aktif
Warna kulit : kemerahan
Tangis bayi : kuat
Apgar score : 8-9
Jenis kelamin : perempuan
- b. TTV : S : 36,7 °C RR : 48 x/menit Frekwensi Jantung : 130x/menit
BB/PB : 2700 gr / 48 cm
Lingkar kepala : SOB : 31 cm
FO : 33 cm
MO : 34 cm
Lingkar dada : 32 cm
Lingkar LILA : 11 cm
- c. Pemeriksaan fisik khusus
Kepala : Kulit kepala bersih, ubun-ubun besar belum tertutup,

tidak ada moulage, tidak hydrocephalus, rambut lebat, hitam, terdapat lanugo pada bahu dan punggung.

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema, tidak ada perdarahan.

Telinga : Jumlah lengkap kanan dan kiri, bentuk simetris sejajar dengan mata, tidak ada kelainan.

Hidung : Bersih, tidak ada polip, pola pernafasan teratur.

Mulut : Simetris, mukosa mulut basah, tidak ada palatoskisis dan labioksisis, tidak sianosis.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada saat bernafas, tidak ada ronchi dan wheezing.

Abdomen : Tidak ada benjolan disekitar tali pusat, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Genetalia : Labia mayor telah menutupi labia minor.

Anus : Berlubang, mekonium sudah keluar.

Ektremitas : Atas : tidak ada sindaktil dan polidaktil, gerak aktif.

Bawah : tidak ada sindaktil dan polidaktil, gerak aktif.

d. Pemeriksaan syaraf

Reflek moro (kaget) : baik

Reflek rooting (mencari) : baik

Reflek graps (menggenggam) : baik

Reflek babyskin (kontak kulit) : baik

Analisa Data :

BBL normal usia 1 jam.

Penatalaksanaan :

1. 18.35 : Memberitahu ibu bahwa keadaan bayinya sehat, ibu mengerti.
2. 18.40 : Menjaga kehangatan tubuh bayi dengan menjauhkan bayi dari jendela atau pintu atau benda-benda yang dapat menghantarkan suhu dingin pada bayi, bayi merasa nyaman dan tenang.
3. 18.45 : Melakukan perawatan tali pusat dengan kasa kering tali pusat basah, tidak ada perdarahan, tidak merah, tidak bau, dan tidak bengkak.
4. 18.48 : Mendampingi pemberian salep mata (tetrasiklin 1%) sebagai pencegahan terhadap infeksi, salep mata telah diberikan.
5. 18.50 : Mendampingi pemberian vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri sebagai pencegah perdarahan otak, vitamin K 1 mg telah diberikan.
6. 18.52 : Memberitahu keluarga mengenai imunisasi sesuai dengan yang ada di KIA, perawatan bayi sehari-hari seperti menjaga kehangatan bayi, mengganti popok setelah bayi buang air kecil, mengganti kasa sehabis bayi dimandikan dengan kasa steril yang telah diberikan bidan, keluarga mengerti.
7. 20.00 : Mendampingi pemberian imunisasi HB₀ 0,5 mg secara IM di paha kanan untuk mencegah penyakit hepatitis, injeksi HB₀ telah diberikan.

3.5 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

3.5.1 Kunjungan Neonatus 1

Tanggal : 23 April 2017
Jam : 15.30 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah pasien

Data Subyektif :

Ibu mengatakan bayinya menetek dengan sering, menangis ketika haus atau BAK/BAB, BAK ± 4 x/hari (kuning, jernih), BAB $\pm 1-2$ x/hari (kuning, lembek).

Data Obyektif :

- a. Kesadaran : composmentis
- b. TTV : N : 146 x/menit S : 36.5 ⁰C RR : 50 x/menit
- c. BB : 2800 gram
- d. Pemeriksaan fisik khusus

Warna kulit : Kemerahan

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung.

Dada : Tidak ada rekraksi dinding dada.

Abdomen . : Tali pusat basah, terbungkus dengan kasa steril, tidak ada tanda-tanda infeksi

Analisa Data :

Neonatus normal usia 3 hari.

Penatalaksanaan :

1. 15.30 : Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan normal, ibu mengatakan senang dengan keadaan bayinya.
2. 15.35 : Membimbing ibu dalam melakukan perawatan pada bayi sehari-hari, ibu bisa melakukannya.
3. 15.40 : Memastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan benar, ibu dapat menyusui dengan benar.
4. 15.43 : Memberitahu ibu untuk memberikan ASI setiap 2 jam, ASI telah diberikan dengan baik bayi menetek dengan baik dan kuat.
5. 15.45 : Menjaga kebersihan tubuh bayi dan melakukan perawatan tali pusat, tali pusat dibungkus kasa steril.
6. 15.48 : Memberitahu ibu akan dilakukan kunjungan ulang tanggal 26 April 2017, ibu bersedia.

3.5.2 Kunjungan Neonatus 2

Tanggal : 26 April 2017
Jam : 09.00 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah Pasien

Data Subyektif :

Ibu mengatakan bayinya sering menyusui, ASInya keluar lancar tapi sedikit, menangis ketika haus atau sudah BAB/BAK, BAB : $\pm 1-2$ x/hari (kuning, lembek), BAK: ± 5 x/hari (kuning, jernih).

Data Obyektif :

- a. Kesadaran : composmentis
- b. TTV : N : 144 x.menit S : 36,6 °C
RR : 48 x/menit
- c. BB : 3000 gram
- d. Pemeriksaan fisik khusus

Warna kulit : Kemerahan.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Tidak ada oral trush.

Dada : Tidak ada rekraksi dinding dada.

Abdomen : Tali pusat kering, terbungkus dengan kasa steril.

Tangisan : Kuat.

Analisa Data :

Neonatus normal usia 6 hari.

Penatalaksanaan :

1. 09.00 : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi bayi baik-baik saja, ibu mengerti.
2. 09.08 : Memastikan kembali pemberian nutrisi pada bayi dan memastikan bayi dapat menyusu dengan baik, bayi menyusu dengan kuat.
3. 09.13 : Memberitahu ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya tanpa memberikan makanan tambahan, ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. 09.15 : Mengevaluasi ibu dalam perawatan bayi sehari-hari Seperti menjaga kehangatan dan kebersihan Bayinya, perawatan tali pusat, mengganti popok bayi setelah bayi BAK atau BAB, ibu melakukannya dengan baik.
5. 09.20 : Memberitahu ibu untuk datang ke bidan/pusat tenaga kesehatan lainnya apabila ada keluhan dan akan dilakukan kunjungan rumah 2 minggu kemudian pada tanggal 4 Mei 2017, ibu mengerti dan bersedia untuk dilakukan kunjungan.

3.5.2 Kunjungan Neonatus 3

Tanggal : 4 Mei 2017
Jam : 17.00 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah Pasien

Data Subyektif :

Ibu mengatakan bayinya menyusu dengan kuat, BAB : $\pm 2-3$ x/hari (kuning, lembek), BAK: $\pm 7-8$ x/hari (kuning, jernih).

Data Obyektif :

- a. Kesadaran : composmentis
- b. TTV : N : 140 x.menit S : $36,5^{\circ}\text{C}$
RR : 46 x/menit
- c. BB : 3200 gram
- d. Pemeriksaan fisik khusus

Warna kulit : Kemerahan.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema.

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Tidak ada oral trush.

Dada : Tidak ada rekraksi dinding dada.

Abdomen : Tali pusat sudah lepas.

Analisa Data :

Neonatus normal usia 14 hari.

Penatalaksanaan :

1. 17.00 : Memberitahu ibu hasil pemeriksaan keadaan bayinya baik, ibu mengerti.
2. 17.05 : Memberitahu ibu untuk selalu menjaga kehangatan, kebersihan bayinya, mengganti popok setelah bayi BAK dan BAB, ibu mengerti.
3. 17.08 : Memberitahu ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya 2 jam sekali atau sesering mungkin tanpa menjadwalkan pemberian ASI, ibu telah melakukannya.
4. 17.13 : Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya secara bergantian antara payudara kanan dan kiri selama 30 menit, ibu mengerti.
5. 17.15 : Mengingatkan ibu jadwal imunisasi BCG pada tanggal 19 Mei 2017 di rumah sakit Mutiara Hati, ibu mengerti.
6. 17.20 : Memberitahu ibu untuk datang ke bidan/tenaga kesehatan lainnya bila ada keluhan, ibu mengerti.

3.6 Asuhan Kebidanan Pada KB

3.6.1 Kunjungan KB ke-1

Tanggal : 25 Mei 2017
Jam : 15.35 WIB
Oleh : Pepy Lovita Sari
Tempat : Rumah pasien

Data Subyektif :

Ibu mengatakan ingin menggunakan alat kontrasepsi dan sebelumnya ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi pil setelah keguguran.

Data Obyektif :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD : 110/80 mmHg
 - N : 82 x/menit
 - P : 20 x/menit
 - S : 36,3 °C

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, palpebra tidak odema, sklera putih.

Mamae : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada bendungan ASI, dan ASI keluar lancar.

Genetalia : Tidak ada tanda-tanda infeksi, *lokhea alba*.

Ekstremitas : Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

P₁A₁ dengan calon akseptor baru alat kontrasepsi.

Penatalaksanaan :

1. 15.35 : Memberitahu ibu hasil pemeriksaan keadaan ibu baik, ibu mengerti.
2. 15.40 : Memberitahu ibu macam-macam alat kontrasepsi, keuntungan dan kerugiannya, ibu mengerti.
3. 15.45 : Membantu mengarahkan ibu dalam memilih alat kontrasepsi, ibu memutuskan memilih kb suntik 3 bulan.
4. 15.50 : Memberitahu kembali keuntungan, kerugian, cara kerja dan efek samping penggunaan alat kontrasepsi suntik 3 bulan, ibu mengerti.
5. 16.05 : Memberitahu ibu untuk melakukan KB alat kontrasepsi suntik 3 bulan pada tanggal 31 Mei 2017 di puskesmas/bidan terdekat, ibu bersedia.

3.6.2 Kunjungan KB ke-2

Tanggal : 31 Mei 2017

Jam : 16.15 WIB

Oleh : Pepy Lovita Sari

Tempat : BPM Dyah Patmika M. Desa Katemas Kecamatan Kudu
Kabupaten Jombang

Data Subyektif :

Ibu mengatakan ingin suntik KB 3 bulan.

Data Obyektif :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. BB : 42 kg
- d. TTV : TD : 110/70 mmHg
 - N : 82 x/menit
 - P : 20 x/menit
 - S : 36,0 °C
- e. Pemeriksaan Fisik Khusus
 - Mata : Konjungtiva merah muda, palpebra tidak odema, sklera putih.
 - Mamae : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada bendungan ASI
 - Genetalia : Test urine negative.
 - Ekstremitas : Tangan dan kaki tidak ada nyeri tekan dan tidak odema.

Analisa Data :

P₁A₁ dengan akseptor baru alat kontrasepsi suntik 3 bulan.

Penatalaksanaan :

1. 16.15 : Memberitahu hasil pemeriksaan keadaan ibu baik, ibu mengerti.
2. 16.20 : Menjelaskan kembali keuntungan dan kerugian dari kontrasepsi suntik 3 bulan, ibu mengerti dan paham.
3. 16.25 : Menanyakan ulang dan meyakinkan ibu untuk menggunakan kontrasepsi suntik, ibu yakin menggunakan

alat kontrasepsi suntik 3 bulan.

4. 16.28 : Melakukan informed consent , ibu setuju dan mengerti dengan informasi yang telah dijelaskan.
5. 16.30 : Menyiapkan obat suntik deponeo 3cc dan memberitahu ibu untuk tengkurap, obat suntik telah disiapkan.
6. 16.33 : Memberitahu ibu bahwa obat suntik deponeo 3cc akan disuntikkan di bokong sebelah kiri, ibu bersedia dan obat suntik sudah dimasukkan dan sekarang ibu menjadi akseptor baru alat kontasepsi suntik 3 bulan.
7. 16.35 : Memberitahu ibu untuk datang lagi pada tanggal 12 Agustus 2017 untuk suntik ulang atau bila ada keluhan, ibu mengerti.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini akan dijelaskan tentang kesesuaian antara teori dan kenyataan yang terjadi pada kasus yang diambil dan teori yang mendukung diantara fakta dan kenyataan serta ditambahkan opini yang luas dari penulis sebagai pendamping klien yang melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny “N” dengan kehamilan normal (Riwayat Abortus).

4.1 Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III

Pembahasan yang pertama adalah tentang pemeriksaan pada *Antenatal Care* yang dilakukan oleh Ny “N” dengan kehamilan normal (Riwayat Abortus) di BPM Dyah Patmika M., Amd.,Keb, Katemas, Kecamatan Kudu, Kabupaten Jombang. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang *Antenatal Care* pada saat kunjungan pasien.

Tabel 4.1 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel ANC Ny “N” di BPM Dyah Patmika M., Amd.,Keb Kecamatan Kudu, Kabupaten Jombang

	Riwayat							Yang Dilaksanakan						Ket
	10 September 2016	06 Oktober 2016	04 November 2016	13 November 2016	03 Desember 2016	02 Januari 2017	04 Februari 2017	20 Februari 2017	09 Maret 2017	23 Maret 2017	03 April 2017	10 April 2017	17 April 2017	
Tanggal ANC														
UK	9-10 mgg	13-14 mgg	17-18 mgg	18-19 mgg	21-22 mgg	26 mgg	30-31 mgg	33 mgg	35-36 mgg	37-38 mgg	39 mgg	40 mgg	41 mgg	
Anamnesa	Taa	Taa	Muntah 1x	Pilek	Taa	Taa	Sariawan	Taa	Taa	Kadang kenceng	Kadang kenceng	Taa	Kadang kenceng	Umur ibu 19 tahun Gerak janin dirasakan pertama UK 16 mgg
Tekanan Darah	110/80 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	110/70 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	120/70 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	
BB	44 kg	45 kg	44 kg	45 kg	47 kg	50 kg	50 kg	53 kg	53 kg	53 kg	52 kg	51 kg	55 kg	Sebelum hamil 42 kg
		3 jari diatas sympisis	1/2 sympisis-pusat	2 jari bawah pusat	Setinggi pusat	Setinggi pusat	3 jari diatas pusat	Pertengahan pusat-px	Pertengahan pusat-px	Pertengahan pusat-px	3 jari dibawah Processus Xypoideus	3 jari dibawah Processus Xypoideus	3 jari dibawah Processus Xypoideus	
Abdomen	TFU	-	-	-	-	-	-	27 cm	28cm	28 cm	29 cm	29 cm	29 cm	
	DJJ	-	-	-	153	158	140	153	156	148	140	150	150	142
	Letak janin	-	-	Ball felt +	Ball felt +	Ball felt +	Letkep	Letkep	Letkep	Letkep	Letkep	Letkep	Letkep	Letkep
Suplemen/ terapi	Vesperum, caviplek	Betamol, caviplek	Omedom, fondazen	Molekflu, vitamin diteruskan	Fondazen, novakal	Novabion, novakal	Betamol, omegavit	Novakal, novabion	Novakal, omegavit	Calcifar, fondazen	Fundifar	Fundifar, fondazen	Vitamin diteruskan	
Penyuluhan	Gizi ibu hamil	ANC rutin, P4K	Personal hygiene, istirahat cukup, nutrisi, tanda bahaya kehamilan	Istirahat, gizi yang baik	Minum vitamin rutin	Makan-makanan manis	Senam hamil	Ketidaknya manan TM III	Tanda-tanda bahaya kehamilan	Tanda-tanda persalinan, bila ada tanda persalinan segera periksa	Bila ada tanda persalinan segera periksa	Bila ada tanda persalinan segera periksa	Stop manis, persiapan persalinan	Hasil lab 25-02-2017 Hb : 11,1 gr% Golda : O Albumin : (-) Reduksi : (-)

Sumber : Buku KIA 2016

Keterangan : Pada usia kehamilan 9-31 minggu adalah riwayat
Pada usia kehamilan 33-41 minggu adalah yang dilaksanakan

Dari fakta diatas dapat diperoleh analisa sebagai berikut:

1. Data Subyektif

a. Umur

Umur Ny “N” 19 tahun, hamil pertama Ny “N” umur 19 tahun mengalami abortus pada usia kehamilan 12 minggu disebabkan karena kelelahan, kurangnya istirahat dan makan-makanan yang bergizi.

Menurut penulis, hal tersebut bisa terjadi pada semua ibu hamil terlebih apabila ibu hamil kurang memperhatikan dan belum bisa menjaga kehamilannya secara hati-hati, penyebab terjadinya abortus bisa karena adanya kelainan pada pertumbuhan zigot, janin, atau abnormalitas dalam pembentukan plasenta di mana nutrisi sangat penting untuk menunjang pertumbuhan janin, apabila ibu kurang mendapatkan asupan nutrisi yang cukup hal tersebut menyebabkan janin tidak terpenuhi nutrisinya sehingga bisa menyebabkan janin tidak berkembang, selain itu usia ibu hamil yang terlalu muda kurang dari 20-35 tahun bahwa pada usia 19 tahun dapat dikatakan bahwa secara fisik dan mental ibu belum sepenuhnya bisa untuk merawat kehamilannya ditunjang dari pengetahuan ibu yang kurang terhadap kehamilan, keadaan yang hanya tinggal bersama suami dan jauh dari orangtua menyebabkan ibu kurang mendapatkan pendampingan, perhatian, kasih sayang dari orang-orang terdekat, uterus yang belum sepenuhnya matang, sehingga menyebabkan rentannya ibu hamil mengalami masalah pada kehamilannya, kurangnya istirahat karena bekerja, melakukan aktivitas yang berlebih sehingga menyebabkan ibu menjadi kecapekan untuk mencegah hal tersebut supaya tidak terjadi

kembali untuk kehamilan selanjutnya ibu lebih memperhatikan tentang kehamilannya dan menghindari semua yang dapat menyebabkan kegawatan pada kehamilannya dengan melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin, melakukan ANC Terpadu, melakukan skrining secara dini untuk mengetahui komplikasi pada ibu hamil, pola nutrisi, pola istirahat harus di jaga dengan baik.

Hal ini sesuai dengan teori Wiknjastro (2005) menyatakan pada rentang usia 20-35 tahun kondisi fisik wanita dalam keadaan prima, uterus sudah mampu memberi perlindungan, mental juga sudah siap untuk merawat dan menjaga kehamilannya secara hati-hati. Ibu yang mempunyai resiko tinggi yaitu ibu dengan usia terlalu muda (<20 tahun) akan menimbulkan beberapa masalah kesehatan karena pada usia ini kondisi fisik belum 100% siap, dimana sel-sel uterus masih belum matang dan hal ini dapat menyebabkan ancaman terjadinya abortus, prematuritas, kehamilan serotinus, kejadian partus lama, bahkan kematian maternal.

Menurut Rukiyah (2010) bahwa abortus dapat disebabkan karena faktor janin (kelainan genetik, kelainan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau abnormalitas pertumbuhan plasenta), faktor ibu, faktor infeksi, faktor nutrisi, faktor psikologis dan untuk mencegah terjadinya abortus berulang dengan melakukan pemantauan keadaan ibu dengan pemeriksaan ANC secara rutin, melakukan ANC Terpadu, melakukan skrining secara dini untuk mengetahui komplikasi pada ibu hamil, menjaga pola nutrisi dan istirahat.

Tiga bulan setelah mengalami keguguran Ny “N” hamil dan masih berumur 19 tahun. Menurut penulis, kehamilan dengan riwayat abortus ditunjang dengan umur ibu yang masih 19 tahun memungkinkan terjadinya perdarahan/abortus berulang, plasenta previa, lahir premature sehingga resiko BBLR atau komplikasi lainnya dalam kehamilan, hal ini sesuai teori Rochyati (2003) ibu hamil dengan riwayat abortus pada kehamilan bisa terjadinya perdarahan/abortus berulang, memiliki presentase kejadian ibu bersalin dengan plasenta previa, memiliki resiko kelahiran premature sehingga resiko BBLR.

Namun hal tersebut tidak terjadi pada kehamilan yang kedua dengan lebih dekat pada petugas kesehatan dan mendengarkan nasihatnya membuat ibu lebih berhati-hati dalam menjaga kehamilannya dan mengatur pola nutrisi dan istirahat dengan baik, adanya dukungan, perhatian dan dekat dengan orang tua, suami dan keluarga membuat ibu lebih tenang menghadapi kehamilannya dan fokus dalam merawat dan menjaga kehamilannya sampai proses persalinan, sampai usia kehamilan 22 minggu kehamilan masih berjalan normal tidak mengalami abortus berulang karena sejak awal kehamilan telah dilakukan pemantauan keadaan ibu dengan pemeriksaan *antenatal care* secara rutin, melakukan skrining secara dini untuk mengetahui komplikasi pada ibu hamil, melakukan pendampingan khusus pada ibu hamil, personal hygiene, pola istirahat, nutrisi, mengingatkan tentang tanda bahaya kehamilan, pada kehamilan muda sebaiknya jangan bersenggama, melakukan ANC Terpadu, dan senam hamil.

b. Jarak kontrol ANC

Berdasarkan fakta kontrol ANC Ny "N" TM I 1 kali, TM II 5 kali, TM III 7 kali. lebih dari standar kontrol ANC. Menurut penulis, pada masa kehamilan sangatlah penting sekali adanya pemeriksaan ANC secara rutin selain itu juga karena adanya dukungan dari suami, orang tua dan keluarga, ibu tidak bekerja sehingga mempunyai banyak waktu untuk memeriksakan kehamilannya ditunjang dari pendidikan ibu yang hanya tamat SMU karena dari tingkat pendidikan juga mempengaruhi pola berfikir dan mempengaruhi seberapa banyak pengetahuan dari seseorang, selain itu riwayat ibu yang pernah mengalami abortus pada kehamilan pertamanya menyebabkan ibu lebih berhati-hati dalam menjaga kehamilannya, lebih dekat dan tidak malu bertanya pada petugas kesehatan agar kehamilannya bisa berjalan lancar sampai proses persalinan.

Hal ini sesuai teori Prawirohardjo (2006) standar minimal kontrol ANC, meliputi : TM I minimal 1 kali, TM II minimal 1 kali, TM III minimal 2 kali. Manuaba (2003) mengatakan adanya dukungan keluarga terutama dukungan yang di dapatkan dari suami akan menimbulkan ketenangan batin dan perasaan senang dalam diri ibu. Menurut Suhardi (2009) faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang salah satunya adalah pendidikan dan menurut Sulistyawati (2009) ibu sangat membutuhkan dukungan dan ungkapan kasih sayang dari orang- orang terdekatnya, terutama suami, kadang ibu dihadapkan pada suatu situasi yang ia sendiri mengalami ketakutan dan kesendirian, terutama pada trimester akhir.

c. Terapi

Berdasarkan fakta terapi yang didapat Ny “N” pada tiap trimester, adalah:

TM I : Vesperum, Caviplex

TM II : Zat besi, Kalsium, Multivitamin.

TM III : Kalsium, Zat besi, Multivitamin.

Menurut penulis, suplemen bagi ibu hamil mengandung banyak vitamin dan mineral, tapi beberapa kandungan terpenting yang paling diperlukan oleh ibu hamil dari suplemen kehamilan adalah asam folat yang berfungsi untuk mencegah kecacatan pada bayi, Multivitamin meliputi vitamin B1 (Tiamin Hidroklorida) yang berperan penting dalam menjaga kesehatan kulit, membantu proses pembakaran karbohidrat menjadi energy, vitamin B2 (Riboflavin) berperan penting dalam metabolisme selain itu pembentukan sel darah merah serta menyokong pertumbuhan berbagai organ tubuh seperti, kulit, rambut, dan kuku.

Vitamin B3 (Niasin) berperan dalam metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein untuk menghasilkan energy selain itu menjaga kadar gula darah, tekanan darah tinggi dan penyembuhan migraine dan bisa menetralkan racun/keracunan tubuh, vitamin B5 (Pantotenat) berperan dalam reaksi enzim di dalam tubuh dan reaksi pemecahan nutrisi makanan, vitamin B6 (Piridoksin) berperan dalam metabolisme nutrisi, pembentukan sel darah merah serta memproduksi antibody sebagai sistem pertahanan imun, vitamin B12 berperan dalam metabolisme energi tubuh ikut menjaga dan memelihara kesehatan sel saraf dan pembentukan

molekul DNA dan RNA, kalsium untuk kesehatan tulang janin di dalam kandungan , dan zat besi tablet Fe berfungsi untuk membantu memenuhi kebutuhan sel darah merah untuk mencegah terjadinya perdarahan pada saat persalinan nanti. Suplemen tersebut dapat membantu memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan, membantu pertumbuhan dan menjaga kesehatan ibu dan janin.

Hal ini sesuai teori Romauli (2011) bahwa terapi yang dibutuhkan ibu hamil adalah multivitamin, asam folat, mineral, kalsium, dan zat besi. Vitamin dapat mempertahankan kesehatan dan kekuatan tubuh ibu dan janin. Asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi. Asupan zat besi dapat mencegah ibu mengalami anemia atau kurang darah, dan memperkecil resiko bayi mengalami BBLR. Sedangkan kalsium dapat mencegah defisiensi kalsium itu sendiri selama masa pertumbuhan dalam kehamilan.

d. Penyuluhan

Berdasarkan fakta penyuluhan yang telah didapat Ny “N” antara lain:

9 mgg : Gizi ibu hamil

13 mgg : ANC rutin, P4K

17 mgg : Personal hygiene, istirahat cukup, nutrisi, tanda bahaya kehamilan

18 mgg : Istirahat, gizi yang baik

21 mgg : Minum vitamin rutin

26 mgg : Makan yang manis

30 mgg : Senam hamil

33 mgg : Ketidaknyamanan ibu hamil TM III

35 mgg : Tanda bahaya kehamilan

37 mgg : Tanda-tanda persalinan, bila ada tanda-tanda persalinan segera

Periksa

39 mgg : Bila ada tanda-tanda persalinan segera periksa

40 mgg : Bila ada tanda-tanda persalinan segera periksa

41 mgg : USG tanggal 22 April 2017 bila belum lahir

Menurut penulis, penyuluhan pada ibu hamil dengan riwayat abortus yang termasuk kelompok resiko tinggi adalah sangat diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil dan pencegahan akan resiko yang mungkin muncul seperti perdarahan, plasenta previa, lahir premature sehingga resiko BBLR, pentingnya kesadaran ibu dalam memeriksakan kehamilannya ke petugas kesehatan secara rutin serta dukungan dari suami, orang tua dan keluarga mempunyai pengaruh besar terhadap kehamilan sampai proses kelahiran.

Hal ini sesuai teori Romauli (2011) bahwa kebutuhan ibu hamil antara lain nutrisi, istirahat cukup, personal hygiene, kunjungan antenatal, dan senam hamil. Menurut Suwanti (2012) bahwa ibu hamil dengan riwayat abortus memiliki presentase kejadian ibu bersalin dengan plasenta previa, memiliki resiko kelahiran prematur sehingga resiko BBLR.

Berdasarkan hal diatas, penyuluhan yang didapat Ny "N" sesuai dengan teori tentang penyuluhan yang didapatkan pada ibu hamil dengan riwayat abortus.

e. Riwayat Abortus

Ny “N” G₂P₀A₁ mengatakan pernah mengalami keguguran pada usia kehamilan 12 minggu yang disebabkan keluarnya darah berupa flek-flek selama 3 hari, dan merasakan nyeri. Salah satu penyebab abortus adalah faktor eksternal berupa kurangnya istirahat dan kurangnya nutrisi.

Menurut penulis, ibu hamil dengan riwayat abortus termasuk dalam kelompok kehamilan resiko tinggi dengan score 6, terjadinya abortus bisa disebabkan karena berbagai faktor, faktor janin bisa karena adanya kelainan pada genetik atau kelainan pada pertumbuhan janin yang biasanya disebabkan karena kurangnya nutrisi pada janin sehingga janin tidak bisa berkembang atau abnormalitas pertumbuhan plasenta (plasenta akreta, solusio plasenta, plasenta previa), faktor infeksi bisa juga terkena pada ibu hamil dengan usia <20-35 tahun karena pada usia <20-35 tahun lebih rentan mengalami masalah dalam kehamilannya karena secara fisik dan mental belum sepenuhnya siap untuk menerima kehamilan.

Keadaan uterus yang belum matang berbeda dengan usia 20-35 tahun pada usia subur ini keadaan fisik sudah prima, uterus sudah matang dan sepenuhnya memberikan perlindungan pada janin, nutrisi ibu yang kurang, kurangnya istirahat karena suatu pekerjaan dan menyebabkan ibu menjadi kelehan, suami yang juga bekerja serta jauh dari orangtua membuat ibu kurang mendapatkan perhatian. Kehamilan resiko tinggi dapat mengancam keselamatan ibu maupun janin oleh karena itu perlu adanya pendampingan, pengawasan, dan penatalaksanaan khusus untuk mencegah resiko bahaya yang mungkin muncul pada ibu hamil dengan riwayat abortus.

Hal ini tidak sesuai teori Rochjati (2003) bahwa ibu hamil dengan riwayat abortus pada kehamilan bisa terjadi perdarahan/abortus ulang, memiliki presentase kejadian ibu bersalin dengan plasenta previa, memiliki resiko kelahiran prematur sehingga resiko BBLR. Namun untuk mencegah terjadinya abortus di kehamilan selanjutnya ibu lebih berhati-hati dalam menjaga kehamilannya, mengurangi aktivitas yang bisa menyebabkan ibu menjadi kelelahan, berhenti bekerja demi fokus dalam merawat dan menjaga kehamilannya sampai proses persalinan, memperbaiki pola nutrisi dan istirahat, memeriksakan kehamilannya secara rutin ke petugas kesehatan, melakukan ANC Terpadu, skrining secara dini untuk mengetahui komplikasi yang mungkin terjadi, mendengarkan semua nasihat petugas kesehatan, adanya dukungan dari suami dan tinggal dekat dengan orang tua dan keluarga membuat ibu lebih tenang, dan nyaman.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Tekanan darah

Tekanan darah Ny "N" pada usia kehamilan 41 minggu 120/80 mmHg. Menurut penulis, tekanan darah ibu selama kehamilan berada dalam batas normal. Tekanan darah ibu yang normal dikarenakan ibu merasa tenang, karena mendapat perhatian dan dukungan dari suami, orang tua dan keluarga, mendapatkan informasi yang cukup dari petugas kesehatan, istirahat dan nutrisi yang cukup karena kurangnya istirahat, pola makan yang salah, adanya kecemasan sampai menimbulkan stress dapat mempengaruhi tekanan darah meningkat/

hipertensi dalam kehamilan yaitu tekanan darah yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg. Pada masa kehamilan tekanan darah menjadi indikator adanya kelainan pada masa kehamilan seperti pre eklamsi yaitu tekanan darah >140/90 mmHg, protein urin +, odema hingga terjadi eklamsi yaitu tekanan darah 160/110 mmHg, protein urin +, odema di sertai dengan kejang bahkan gangguan kesadaran, Kelainan ini dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin dimasa kehamilan, bersalin, hingga nifas.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009) ibu sangat membutuhkan dukungan dan ungkapan kasih sayang dari orang-orang terdekatnya, terutama suami. Kadang ibu dihadapkan pada suatu situasi yang ia sendiri mengalami ketakutan dan kesendirian, terutama pada trimester akhir. Menurut Romauli (2011) tekanan darah normalnya 110/70 sampai 120/80 mmHg. Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila terjadi kenaikan tekanan darah yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini akan berlanjut pada pre eklamsi atau eklamsi jika tidak segera di tangani dan menurut Rukiyah (2010) mengatakan bahwa hipertensi karena kehamilan adalah tekanan darah yang tinggi 140/90 mmHg yang bisa disebabkan karena keturunan/genetik, obesitas, stress, rokok, pola makan yang salah, dan hamil kembar.

2) Berat badan

Berat badan Ny "N" sebelum hamil 42 kg, pada akhir kehamilan 55 kg, terjadi peningkatan 13 kg.

Menurut penulis, peningkatan berat badan ibu dalam batas normal dan tidak termasuk dalam malnutrisi atau obesitas, karena nutrisi ibu yang terpenuhi meliputi karbohidrat, protein, buah, mineral, vitamin, tidak ada pantangan dalam makanan, dan mendapatkan suplemen dari petugas kesehatan yang mengandung multivitamin, zat besi (FE), asam folat dan kalsium. Nutrisi mempunyai peran utama dalam kesehatan ibu dan anak, nutrisi berpengaruh dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, apabila nutrisi pada ibu maupun janin kurang meningkatkan resiko kematian ibu dan morbiditas.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009) kebutuhan makanan pada ibu hamil mutlak harus dipenuhi. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, inersia uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis puerperalis, dan lain-lain. Sedangkan kelebihan makanan, karena beranggapan pemenuhan makan untuk dua orang akan berakibat kegemukan, pre eklamsi, janin terlalu besar, dan sebagainya.

3) LILA

Berdasarkan fakta ukuran LILA Ny "N" 24 cm dalam batas normal. Menurut penulis, ukuran LILA Ny "N" normal karena asupan nutrisinya cukup dan tidak terek, tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat. Terbukti bahwa ibu selama hamil kebutuhan nutrisinya cukup dan tidak pernah terek. Penyebabnya jika LILA tidak dalam batas normal yaitu karena ibu kurang nutrisi, usia ibu yang terlalu muda atau tua karena kebutuhan gizinya berbeda usia muda perlu tambahan gizi yang banyak karena selain untuk pertumbuhannya sendiri juga pertumbuhan

janin yang ada di dalam kandungan, beban kerja atau aktivitas karena semakin banyak aktivitas yang dilakukan makan semakin banyak pula energi yang dibutuhkan, pengetahuan ibu tentang gizi kurang, malnutrisi dapat mempermudah tubuh terkena infeksi, pendapatan keluarga yang rendah, pada persalinan yang akan menyebabkan kelahiran BBLR, bayi yang lahir BBLR sangat rentan terhadap infeksi dan hipotermi dimana berat bayi kurang dari 2500 gram bisa karena premature (kurang bulan) atau cukup bulan, Cara pencegahan agar ibu tidak melahirkan BBLR yaitu dengan mengkonsumsi berbagai makanan bergizi seimbang dengan pola makan yang sehat.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009), LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi Ibu kurang atau buruk. Sehingga ibu beresiko untuk melahirkan BBLR. Menurut Helena (2013) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi penerimaan informasi, sehingga pengetahuan akan terbatas, pada masyarakat dengan pendidikan rendah akan lebih kuat mempertahankan tradisi-tradisi yang berhubungan dengan makanan sehingga sulit untuk menerima pembaharuan di bidang gizi.

b. Pemeriksaan fisik

Perubahan fisik yang terjadi pada Ny “N” saat hamil trimester III, yaitu muka tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odem, bibir tidak pucat, tidak ada karies gigi, tidak ada stomatitis, puting menonjol, kolostrum belum keluar, pada perut ibu terjadi pembesaran membujur, tidak ada varises genetalia, tidak ada hemoroid.

Menurut penulis, hasil pemeriksaan dikategorikan fisiologis. Pemeriksaan fisik khusus pada masa kehamilan bertujuan untuk mendeteksi gejala adanya kelainan. Sehingga resiko yang mungkin terjadi pada ibu hamil dengan riwayat abortus bisa terdeteksi secara dini.

Hal ini sesuai teori Romauli (2011) perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil trimester III didapatkan muka tidak oedem, sklera tidak putih, konjungtiva tidak pucat, palpebra tidak odem, bibir tidak pucat, tidak ada karies gigi, tidak ada stomatitis, puting menonjol, kolostrum sudah keluar/belum, pada perut ibu terjadi pembesaran membesar, tidak ada varises genitalia, tidak ada hemoroid.

1) Abdomen

a) TFU (Tinggi Fundus Uteri)

Berdasarkan fakta pada Ny "N" ukuran TFU menurut Mc. Donald saat UK 33 minggu pertengahan pst-px, ukuran UK 35-36 minggu pertengahan pst-px. Menurut penulis, ukuran TFU Ny "N" menurut Mc. Donald termasuk fisiologis, karena nutrisi dan istirahat ibu tercukupi dan manfaat pengukuran TFU yaitu untuk mengetahui tafsiran berat badan janin. Hal ini sesuai dengan pendapat Manuaba (2010), saat UK 32 minggu pertengahan pst-px, UK 34 minggu pertengahan pst-px.

b) Pemeriksaan DJJ

Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny "N" didapatkan bahwa denyut jantung janin normal 153 x/menit. Menurut penulis, selama kehamilan DJJ dalam batas normal karena ibu merasa tenang dan

tidak stress, ibu yang mengalami tekanan dan membuat ibu menjadi stress juga dapat mempengaruhi janin sehingga janin mengalami distress di tandai dengan DJJ lebih dari 120-160 x/menit. Hal ini sesuai teori Romauli (2011) mengatakan DJJ normal berkisar antara 120-160 x/menit.

c) Letak janin

Pengkajian yang dilakukan pada Ny “N” didapatkan bahwa presentasi terbawah janin adalah kepala. Menurut penulis, hal ini normal karena selama kehamilan ibu melakukan aktivitas seperti biasa, rutin untuk jalan- jalan pagi, mengepel dengan posisi sujud, melakukan senam hamil.

Sesuai dengan pendapat para ahli, presentasi kepala adalah yang paling umum karena bentuk rahim dengan bokong yang lebih besar berada di fundus yang lebih luas dan kepala yang lebih kecil dibagian bawah rahim yang sempit.

c. Pemeriksaan khusus

1) Pemeriksan darah (HB)

Hasil pemeriksaan Hemoglobin Ny “N” pada tanggal 25 Februari 2017 11,1 gr%. Menurut penulis, hemoglobin tersebut dalam batas normal karena istirahatnya cukup, nutrisi yang cukup, melakukan aktivitas yang tidak terlalu berat, terpenuhinya semua kandungan multivitamin, kalsium, zat besi, asam folat yang ada pada suplemen yang didapatkan dari petugas kesehatan, di mana anemia di golongan menjadi anemia ringan (hb 9-10 g%), anemia sedang (hb 7-8 g%),

anemia berat (hb <7 g%) dan tidak anemia (hb 11 g%) dan ibu hamil dengan anemia bisa menyebabkan terjadinya abortus, persalinan premature sehingga resiko BBLR, mudah terkena infeksi, cacat bawaan, KPD, perdarahan antepartum, perdarahan postpartum, persalinan kala II lama, kekuatan mengejan yang tidak adekuat, retensio plasenta.

Hal ini sesuai teori Manuaba (2010), kadar Hb normal pada ibu hamil 11 gr%, pengaruh anemia pada kehamilan dan janin meliputi dapat terjadinya abortus, persalinan premature resiko BBLR, cacat bawaan, kematian intrauteri, perdarahan antepartum, KPD, mudah terkena infeksi, gangguan his, kala II lama, retensio plasenta, dan perdarahan *post partum*.

2) Golongan darah

Hasil pemeriksaan golongan darah Ny "N" pada tanggal 25 Februari 2017 adalah O, Menurut penulis, pemeriksaan ini sangat bermanfaat bagi ibu untukantisipasi dibutuhkannya transfusi darah pada saat proses persalinan, golongan darah O bisa mendonorkan darah kepada siapapun dan hanya bisa menerima transfusi darah tipe O.

Hal ini sesuai teori Winkjosastro (2007), pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil sebagai perencanaan pencegahan penyakit, apabila suatu saat ibu membutuhkan transfusi darah sudah diketahui golongan darah ibu dan sudah mendapatkan darah salah satu anggota keluarga yang sama dengan darah ibu untuk menggantikan darah yang sudah ditransfusikan.

3) Pemeriksaan urine albumin

Hasil pemeriksaan urine albumin Ny "N" pada tanggal 25 Februari 2017 adalah negatif (-). Menurut penulis, pemeriksaan ini berfungsi untuk mengetahui adanya dan tinggi kadar protein dalam urin yang menjadi salah satu tanda dari diagnosa pre eklamsi sampai dengan eklamsia. pre eklamsi yaitu tekanan darah $>140/90$ mmHg, protein urin +, odema hingga terjadi eklamsi yaitu tekanan darah $160/110$ mmHg, protein urin +, odema di sertai dengan kejang bahkan gangguan kesadaran/koma.

Hal ini sesuai teori Romauli (2011) bahwa pemeriksaan urine albumin normal bila hasilnya negatif (urine tidak keruh).

4) Pemeriksaan urine reduksi

Hasil pemeriksaan urine reduksi Ny "N" pada tanggal 25 Februari 2017 adalah negatif (-). Menurut penulis, pemeriksaan ini digunakan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin sehingga deteksi dini ibu yang menderita diabetes bisa segera diatasi. Selama kehamilan makan-makanan yang manis dalam batas wajar membuat kadar glukosa dalam urin ibu negative.

Hal ini sesuai teori Romauli (2011) bahwa pemeriksaan urine dikatakan normal jika hasilnya negatif.

3. Analisa Data

Analisa data pada Ny "N" adalah $G_2P_0A_1$, hamil 33 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, keadaan jalan lahir cukup, keadaan ibu dan janin baik.

Menurut penulis, kehamilan dikatakan normal apabila tidak terjadinya komplikasi atau penyulit selama kehamilan berlangsung, dengan kondisi ibu maupun janin keadaannya tetap baik, dimana analisa data merupakan kesimpulan antara data subyektif dan data obyektif yang menjadi acuan dalam melakukan tindakan atau terapi sesuai dengan kebutuhan dan keadaan pasien.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2011) kehamilan normal adalah kehamilan yang berlangsung normal dari awal hingga proses persalinan tanpa ada komplikasi dan penyulit kehamilan. Analisa data menurut Mufdillah (2009) merupakan pendokumentasian hasil analisis dari interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan data obyektif.

4. Penatalaksanaan

Asuhan pada Ny “N” yaitu KIE tentang nutrisi, istirahat, tanda bahaya TM III dengan riwayat abortus, personal hygien, senam hamil, persiapan rencana persalinan dengan riwayat abortus dan sebagainya, kolaborasi pemberian suplemen, dan kontrol ulang. Dalam memberikan asuhan kepada Ny “N” mendapatkan respon yang positif dari semua pihak, sering bertanya tentang kehamilannya didukung dari tingkat pendidikannya yang hanya tamat SMU, dukungan dari suami, orang tua dan keluarga yang menyertai serta di tunjang dengan suplemen vitamin yang didapatkan dari petugas kesehatan, ibu rutin meminumnya. Asuhan yang diberikan pada Ny “N” sebagaimana yang diberikan pada kehamilan normal karena tidak ditemukan masalah. Nutrisi dengan porsi sedikit tapi sering dan bergizi dari pada sebelum hamil sangatlah penting untuk memenuhi nutrisi ibu dan janin, begitu pula dengan istirahat yang cukup, KIE tanda bahaya pada ibu hamil dengan riwayat abortus,

sehingga perdarahan/abortus berulang, anemia pada ibu hamil, persalinan dengan plasenta previa, persalinan premature dan resiko BBLR pada bayi dapat tercegah.

Hal ini sesuai teori Romauli (2011), asuhan yang diberikan untuk kehamilan normal diantaranya KIE tentang nutrisi, istirahat, personal hygiene, senam hamil, tanda bahaya TM III, persiapan persalinan, kolaborasi pemberian suplemen, dan kontrol ulang. Menurut Manuaba (2003) mengatakan adanya dukungan keluarga terutama dukungan yang di dapatkan dari suami akan menimbulkan ketenangan batin dan perasaan senang dalam diri ibu.

4.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Pada pembahasan yang kedua, akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan pada *Intranatal Care*. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang *Intranatal Care*. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan *Intranatal Care* maka dapat diperoleh data pada tabel berikut ini:

Tabel 4.2 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel INC Ny “N” di RS MUTIARA HATI Mojokerto

INC KELUHAN	JAM	KALA I FASE LATEN	JAM	KALA I FASE AKTIF	JAM	KALA II	PRA SC INDIKASI KPD DAN KALA II MEMANJ ANG	POST OPERASI
Ibu mengatakan mengeluarkan cairan cair disertai lendir darah dari kemaluannya pada tanggal 20 April 2017 pada jam 01.00 wib dan belum merasakan mulas, ibu mulai merasakan mulas pada jam 01.30 wib	04.00	TTV : TD: 110/70 mmHg N : 84 x/mnt S : 36,3°C P : 20 x/mnt His : 1x.20' Djj : 144x/mnt Palpasi : 4/5 VT (03.00) : ø 3cm Eff : 25% Ketuban : -	13.30	TTV : TD: 120/80 mmHg N : 86x/mnt S : 36,5°C P : 20x/mnt His : 3x.40' Djj : 152x/mnt Palpasi : 3/5 VT: ø3cm Eff : 25% Ketuban :- Penurunan kepala tinggi	15.15	TTV : TD: 120/80 mmHg N : 86x/mnt S : 36,7°C P : 20x/mnt His : 4x.35' Djj : 156x/mnt Palpasi : 3/5 VT: ø10cm Eff : 100% Ketuban :- Penurunan kepala tinggi	16.30 TTV : TD: 120/80 mmHg N :86x/mnt S : 36,8°C P :20x/mnt His : 4x.40' Djj : 158x/mnt Palpasi : 3/5 VT: ø10cm Eff : 100% Ketuban : - Penurunan kepala tinggi	Operasi berjalan dengan lancar dan selesai pukul 18.00 dan berada di ruang pemulihan untuk pemantauan 2 jam post SC dan keluar dari ruang pemulihan pukul 20.15
	07.00	TTV: TD: 120/70 mmHg N : 84 x/mnt S : 36,2 °C P : 20 x/mnt His : 2x.25' Djj : 152x/mnt Palpasi : 4/5 VT : ø 3cm Eff :25% Ketuban : -						

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

KALA I FASE LATEN

a. Data Subyektif

Keluhan utama

Berdasarkan fakta Ny “N” mengeluarkan lendir darah dan cairan cair dari kemaluannya tanggal 20 April 2017 pada jam 01.00 WIB dan

baru merasakan mulas pada jam 01.30 WIB dan pembukaan mencapai 3 cm berlangsung ± 12 jam dari pukul 01.00-13.00 WIB.

Menurut penulis, dengan UK 41 minggu pada Ny "N" untuk penulis sendiri melakukan pengkajian untuk mengetahui inpartu, peneliti melakukan pemeriksaan lebih dalam bahwa rasa sakit yang dirasakan ibu sampai kepunggung belakang, memeriksa cairan ketuban sudah pecah dengan lakmus merah yang berubah menjadi biru, keluar lendir darah terjadi karena adanya pembuluh darah yang pecah akibat pendataran dan pembukaan servik. Hal ini sesuai teori Manuaba (2010) keluhan yang sering dirasakan ibu bersalin yaitu dimulai dengan adanya his yang dipengaruhi oleh kontraksi rahim.

Namun tidak fisiologis dengan lamanya fase laten pada Ny "N" yang berlangsung ± 12 jam disertai dengan his yang tidak adekuat dan ketuban yang sudah pecah. Hal ini tidak sesuai teori Mochtar (2011) bahwa lamanya fase laten adalah 7-8 jam. faktor yang mempengaruhi durasi fase laten antara lain keadaan servik yang buruk (tebal/kaku, tidak mengalami pendataran, atau tidak membuka), his yang tidak adekuat, KPD, kelainan pada jalan lahir (terjadi kesempitan jalan lahir, ukuran janin terlalu besar sedangkan pelvis normal sehingga terjadi, kelainan posisi bagian terendah (letak sungsang, belum masuk PAP, lilitan tali pusat, kelainan pada janin).

Menurut teori yang dikutip dalam buku Norma (2013) karena pada normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala II persalinan, dapat juga ketuban belum pecah sampai saat mengedan

sehingga kadang perlu dipecahkan (Amniotomi) dan menurut Prawirohardjo (2010) komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan, dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan premature, asfiksia atau hipoksia, meningkatkan insiden SC atau gagalnya persalinan normal.

b. Data Obyektif

Berdasarkan fakta diperoleh data pada Ny “N” konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema, puting susu menonjol, kolostrum belum keluar, tidak ada benjolan abnormal, TFU 3 jari dibawah Processus Xypoideus (29 cm) teraba bokong, punggung kiri, TBJ ((29-11)x155=2790 gram), bagian terbawah janin kepala sudah masuk PAP 4/5 bagian, DJJ: 144x/menit, his: 1x dalam 10 menit lamanya 20 detik, VT pukul 03.00 keluar lendir bercampur darah pembukaan 3 cm, *efficement* 25%, ketuban sudah pecah, presentasi kepala, penurunan kepala masih tinggi, tidak ada varises, ekstremitas atas dan bawah tidak oedem.

Menurut penulis, hal ini fisiologi karena dari pemeriksaan yang dilakukan tidak menunjukkan hasil yang abnormal atau infeksi.

Hal ini sesuai teori Manuaba (2010), pemeriksaan fisik pada ibu bersalin meliputi muka tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih, mukosa bibir lembab, payudara bersih, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar/belum, tidak ada bendungan/ massa abnormal, pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin, meliputi: TFU Mc. Donald (cm) sesuai dengan umur kehamilan, pemeriksaan Leopold (Leopold I, II, III, dan IV), DJJ (normalnya 120-160x/menit), TBJ (normalnya 2500-4000

gram), Genetalia bersih, tidak oedem, tidak varises, tidak ada *kondiloma talata* maupun *akuminata*, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pembesaran kelenjar *bartholini* maupun *scene*, Ekstremitas atas dan bawah tidak oedema.

c. Analisa Data

Analisa data pada Ny "N" adalah G₂P₀A₁ UK 41 minggu dengan fase laten. Menurut penulis, fase laten secara umumnya akan terjadi 7-8 jam. Karena pada primigravida pembukaan 1cm/jam dan multigravida 2 cm/jam.

Hal ini tidak sesuai dengan teori Mochtar (2011) bahwa fase laten adalah pembukaan dari 0-3 cm berlangsung 7-8 jam.

d. Penatalaksanaan

Berdasarkan fakta persalinan kala I fase laten Ny "N" berlangsung ±12 jam disertai dengan ketuban yang sudah pecah dari jam 01.00-13.00 WIB, terjadi pecahnya ketuban, his yang tidak adekuat dan tidak ada kemajuan persalinan, selama kala I fase laten ibu berada di BPM dyah Patmika dengan didampingi oleh suami dan orang tua, ibu mau makan dan minum dimana proses persalinan nantinya membutuhkan tenaga yang banyak untuk mengedan dan nutrisi mampu mempercepat proses persalinan, namun karena tidak adanya penambahan pada pembukaan serviks akhirnya Ny "N" dirujuk ke Rumah Sakit.

Menurut penulis, lamanya fase laten pada Ny "N" disebabkan karena ketuban yang sudah pecah dengan his yang tidak adekuat sehingga tidak ada perubahan pada penipisan dan pendataran pada servik yang

menyebabkan pembukaan servik tidak bertambah, dengan ketuban yang sudah pecah lebih dari 6 jam ditakutkan dapat membahayakan keadaan ibu maupun janin.

Hal ini tidak sesuai dengan teori Prawirohardjo (2010) bahwa selama ketuban masih positif, perpanjangan waktu persalinan tidak terlalu bahaya tetapi bila ketuban telah pecah melampaui 6 jam sudah mulai terjadi infeksi menuju intrauterin yang membahayakan ibu dan janinnya.

KALA I FASE AKTIF

a. Data Subyektif

Berdasarkan fakta Ny "N" mengatakan perutnya semakin sakit dan kencengnya semakin sering. Menurut penulis, hal ini fisiologis dimana kondisi ibu membaik dengan mulai adanya kontraksi yang kuat dan teratur serta diikuti dengan bertambahnya pembukaan pada servik ibu dan pemeriksaan dalam batas normal.

Hal ini sesuai teori Prawirohardjo 2010 bahwa persalinan di pengaruhi oleh faktor power, passage dan passenger.

b. Data Oyektif

Pada faktanya diperoleh data Ny "N" tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 86 x/menit, suhu 36,5 °C, pernafasan 20 x/menit, pada abdomen Divergen 3/5 dimana sudah masuk PAP 2/5 bagian, His kuat, frekuensi 3 kali selama 40 detik dalam 10 menit, DJJ 152 x/menit, VT pembukaan 6 cm, *Efficement* 60%, ketuban sudah pecah, presentasi kepala, penurunan bagian terendah janin masih sangat tinggi, ekstremitas tidak odema dan tidak ada nyari tekan.

Hal ini sesuai dengan teori Manuaba (2010), pemeriksaan fisik pada ibu bersalin meliputi muka tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih, mukosa bibir lembab, payudara bersih, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar/belum, tidak ada bendungan/ massa abnormal, pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin, meliputi: TFU Mc. Donald (cm) sesuai dengan umur kehamilan, pemeriksaan Leopold (Leopold I, II, III, dan IV), DJJ (normalnya 120-160x/menit), TBJ (normalnya 2500-4000 gram), Genetalia bersih, tidak oedem, tidak varises, tidak ada *kondiloma talata* maupun *akuminata*, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pembesaran kelenjar *bartholini* maupun *scene*, Ekstremitas atas dan bawah tidak oedem.

c. Analisa Data

Analisa data pada Ny "N" adalah G₂P₀A₁ UK 41-42 minggu inpartu kala I fase aktif dengan KPD. Menurut penulis, KPD adalah air ketuban yang keluar sebelum waktunya melahirkan, dimana ketuban merupakan salah satu tanda permulaan persalinan.

Hal ini sesuai teori Mansjoer (2001) dalam buku Norma (2013) bahwa KPD dalah pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan. Menurut teori yang dikutip dalam buku Norma (2013) bahwa normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala II persalinan, dapat juga ketuban belum pecah sampai saat mengedan sehingga perlu dilakukan Amniotomi.

d. Penatalaksanaan

Berdasarkan Fakta persalinan kala I fase aktif Ny "N" berlangsung ± 1 jam lebih 15 menit (13.30-15.15 WIB) dengan ketuban yang sudah pecah pukul 01.00 WIB dan adanya his yang mulai sering dan teratur disertai dengan bertambahnya pembukaan pada servik.

Menurut penulis, lamanya kala I pada Ny "N" tidak fisiologis karena fase laten berlangsung ± 12 jam dan fase aktif berlangsung ± 1 jam lebih 15 menit melebihi batasan normal dimana keadaan seperti ini dapat membahayakan kondisi ibu maupun janin dan memasuki fase aktif kontraksi yang dirasakan oleh ibu akan semakin sering dan kuat karena adanya kekuatan bayi menekan pintu atas panggul untuk turun dan menuju jalan lahir.

Hal ini tidak sesuai teori Manuaba (2010) bahwa lamanya kala I untuk primigravida 12 jam dan multigravida 8 jam. Menurut pendapat Rustam (2011) bahwa fase aktif berlangsung 6 jam yang dimulai dari pembukaan 4-10 cm.

KALA II

a. Data Subyektif

Ibu merasa perutnya semakin sakit, adanya dorongan kuat ingin meneran dan mengedan seperti BAB. Menurut penulis, hal ini fisiologis karena hisnya ibu semakin sering dan adekuat sehingga menyebabkan rasa mulas pada perut ibu, keinginan meneran dan pembukaan servik ibu yang sudah lengkap merupakan tanda-tanda kala II.

Hal ini sesuai teori Manuaba (2010) gejala utama kala II yaitu His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik, adanya dua kekuatan, yaitu his dan meneran.

b. Data Obyektif

Berdasarkan Fakta diperoleh data Ny "N" ditemukan pemeriksaan fisik khusus pada abdomen Divergen 3/5 dimana sudah masuk PAP 2/5 bagian, His kuat, frekuensi 4 kali selama 35 detik dalam 10 menit, DJJ 156 x/menit, VT pembukaan 10 cm, *Efficement* 100%, ketuban sudah pecah, presentasi kepala, penurunan bagian terendah janin masih sangat tinggi. Menurut penulis, hal ini fisiologis karena tidak ditemukan masalah/penyulit dalam pemeriksaan.

Hal ini sesuai teori Manuaba (2010) adanya pembukaan lengkap, vulva membuka, perineum menonjol, dan tekanan pada anus merupakan tanda-tanda persalinan kala II.

c. Analisa Data

Analisa pada Ny "N" adalah G₂P₀A₁ UK 41 Minggu, janin tunggal hidup, inpartu kala II. Menurut penulis, analisa merupakan kesimpulan antara data subyektif dan obyektif seperti ibu merasa perutnya semakin sakit adanya keinginan untuk meneran, pada abdomen Divergen 3/5 dimana sudah masuk PAP 2/5 bagian, His kuat, frekuensi 4 kali selama 35 detik dalam 10 menit, DJJ 156 x/menit, VT pembukaan 10 cm, *Efficement* 100%, ketuban sudah pecah, presentasi kepala, penurunan bagian terendah janin masih sangat tinggi.

Hal ini sesuai teori Aziz (2011), analisa data pada ibu bersalin yaitu G...P...A... UK... Minggu Inpartu kala II. Menurut Manuaba (2010), bahwa pentingnya dilakukan pemeriksaan pada ibu bersalin untuk mencegah adanya komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu.

d. Penatalaksanaan

Berdasarkan Fakta penurunan bagian terendah janin masih tinggi dengan ketuban yang sudah pecah dan selama berada di rumah sakit penurunan kepala janin masih tetap tinggi meskipun kontraksi uterus ibu yang adekuat disertai dengan adanya kemajuan pembukaan dan penipisan pada servik, pembukaan yang sudah lengkap dan keinginan ibu untuk mendedan, namun ketika ibu mendedan tetap tidak ada kemajuan pada bagian terbawah janin.

Menurut penulis, keadaan pada Ny "N" tidak fisiologis, seharusnya dengan adanya kontraksi yang adekuat, pembukaan yang sudah lengkap dan keinginan ibu untuk mendedan mampu mendorong janin turun dan keluar menuju jalan lahir. Namun setelah ibu mendedan penurunan kepala janin masih tetap tinggi, adanya berbagai kemungkinan yang menyebabkan kepala janin tidak turun yaitu kemungkinan Ny "N" mengalami masalah pada panggul namun selain karena panggul, adanya lilitan tali pusat atau janin yang terlalu besar juga dapat mempengaruhi penurunan kepala, dilihat dari kontraksi ibu yang adekuat, pembukaan dan penipisan terdapat kemajuan yang bagus serta pembukaan yang sudah lengkap namun penurunan kepala masih tetap tinggi sehingga dengan

berbagai pertimbangan harus dilakukan *Sectio Caesarea* sesuai dengan advice dokter untuk menyelamatkan kondisi ibu dan bayinya.

Hal ini tidak sesuai teori Manuaba (2010) lamanya kala II untuk primigravida berlangsung 1 jam sedangkan pada multigravida sekitar 30 menit. Menurut Prawirohardjo (2006) yaitu bila kontraksi uterus adekuat (3 kali dalam 10 menit lamanya lebih dari 40 detik), pembukaan lengkap ibu ingin mendedan tetapi tak ada kemajuan penurunan, pertimbangkan adanya kemungkinan CPD (*cephalo pelvic disproportion*), obstruksi (partus macet), malposisi atau malpresentasi.

PRA OPERASI

a. Data Subyektif

Keluhan yang dirasakan oleh Ny "N" perutnya semakin sakit dan keinginan ingin mendedan disertai dengan his yang adekuat, adanya perubahan penipisan serta pendataran sehingga menyebabkan pembukaan bertambah, dari pembukaan lengkap sudah lengkap sejak pukul 15.15 WIB dan penurunan kepala masih tetap tinggi.

Menurut penulis, persalinan pada kala II Ny "N" tidak fisiologis karena berlangsung ± 2 jam dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi dan adanya rasa sakit yang dirasakan oleh ibu karena adanya tekanan dari his yang semakin adekuat, dimana adanya proses pendataran dan penipisan servik yang menyebabkan pembukaan serviks semakin bertambah.

Hal ini sesuai dengan teori Sinopsis Obstetri (2010) bahwa kala II memanjang adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan lebih dari 30 menit sampai 1 jam pada multigravida.

Menurut Manuaba bahwa permulaan persalinan karena kontraksi uterus yang disebabkan oleh turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, perut lebih melebar karena fundus uterin menurun, muncul nyeri di daerah pinggang karena kontrak siringan otot rahim dan tertekannya pleksus frankenhauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu), terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim, dan terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

b. Data Obyektif

Pada faktanya diperoleh data Ny "N" tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 86 x/menit, suhu 36,8°C, pernafasan 20 x/menit, pada abdomen Divergen 3/5 dimana sudah masuk PAP 2/5 bagian, His kuat, frekuensi 4 kali selama 40 detik dalam 10 menit, DJJ 158 x/menit, VT pembukaan 10 cm, *Efficement* 100%, ketuban sudah pecah, presentasi kepala, penurunan bagian terendah janin masih sangat tinggi, pemasangan kateter telah dilakukan, ekstremitas tidak odema dan tidak ada nyari tekan, tidak punya alergi terhadap obat dan sudah terpasang infus di tangan sebelah kiri. Menurut penulis, hal ini fisiologis karena tidak ditemukannya masalah/penyulit dalam pemeriksaan.

Hal ini sesuai teori Manuaba (2010) dengan melakukan persiapan sebelum masuk ke ruang operasi ibu menyetujui tindakan medis yang akan dilakukan, memeriksa tanda-tanda vital ibu, memastikan ibu tidak mempunyai alergi terhadap obat, memasang kateter untuk pengeluaran urin.

c. Analisa Data

Analisa pada Ny "N" adalah G₂P₀A₁ UK 41-42 Minggu Pra SC dengan indikasi KPD dan kala II memanjang. Menurut penulis, pentingnya dilakukan analisa data untuk mengetahui keadaan ibu maupun janin. Analisa merupakan kesimpulan antara data subyektif dan obyektif.

Hal ini sesuai teori Aziz (2011), analisa data pada ibu bersalin yaitu G...P...A... UK... Minggu Inpartu kala II. Menurut Manuaba (2010), bahwa pentingnya dilakukan pemeriksaan pada ibu bersalin untuk mencegah adanya komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu.

d. Penatalaksanaan

Berdasarkan fakta persiapan persalinan Ny."N" berlangsung selama ± 20 menit (16.30-16.50 WIB), tidak ada penyulit selama Pra Operasi. Menurut penulis, hal ini fisiologis karena selama proses persiapan masuk ruang operasi tidak ditemukannya masalah/penyulit pada ibu, telah menandatangani proses persetujuan untuk dilakukan operasi SC yang disebabkan karena proses persalinan kala II yang memanjang dengan ketuban yang sudah pecah dan penurunan bagian terendah janin yang tidak ada kemajuan, memasang infus dan kateter pada ibu.

Hal ini sesuai teori Manuaba (2010), dengan melakukan persiapan sebelum masuk ke ruang operasi ibu menyetujui tindakan medis yang akan dilakukan, memeriksa tanda-tanda vital ibu, memastikan ibu tidak mempunyai alergi terhadap obat, memasang kateter untuk pengeluaran urin. Menurut Sinopsis Obstetri (2010) kala II memanjang adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan lebih

dari 30 menit sampai 1 jam pada multigravida dan menurut Prawirohardjo (2010) sebab-sebab persalinan lama yaitu : kelainan letak janin, kelainan-kelainan panggul, kelainan his dan mengejan, pimpinan partus yang salah, janin besar atau ada kelainan congenital, primipara merupakan proses persalinan yang pertama kali dialami oleh wanita yang berusia lebih dari 35 tahun, perut gantung atau grandemult, dan ketuban pecah dini.

POST OPERASI

a. Data Subyektif

Keluhan yang dirasakan oleh Ny "N" merasa mulas pada perutnya dan nyeri yang dirasakan pada luka jahitan operasi. Menurut penulis, hal ini wajar terjadi pada ibu setelah proses persalinan karena adanya suatu proses involusi uterus dan rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu karena obat anestesi yang mulai hilang.

Hal ini sesuai dengan teori Sulistyawati (2009) bahwa involusi/pengerutan rahim merupakan suatu keadaan kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil.

b. Data Obyektif

Pada faktanya diperoleh data Ny "N" tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 20 x/menit dan suhunya 36,6 °C, luka operasi tertutup plester, kontraksi uterus ibu baik, perdarahannya ± 75 cc, jumlah urin 350 cc. Menurut penulis, hal tersebut masih dalam keadaan normal karena tidak ditemukannya masalah/penyulit pada ibu.

Hal ini sesuai teori Kuswanti (2014) pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap

tanda bahaya perdarahan *post partum*. Observasi yang harus dilakukan adalah tingkat kesadaran pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, perdarahan dikatakan normal apabila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

c. Analisa Data

Analisa data pada Ny "N" adalah P₁A₁ post SC. Menurut penulis, selama proses operasi berjalan dengan normal tidak adanya penyulit/komplikasi.

Hal ini sesuai teori Aziz (2011), analisa data pada kala IV, yaitu P...A...kala IV.

d. Penatalaksanaan

Berdasarkan fakta persalinan Ny "N" berlangsung selama ± 60 menit (16.50-18.00 WIB) tidak ada penyulit, keluar dari ruang pemulihan pada jam 20.15 WIB selama di ruang pemulihan ibu dilakukan pemantauan tanda-tanda vital setiap 15 menit jam pertama dan 30 menit setiap 30 pada jam selanjutnya.

Menurut penulis, pemantauan setelah persalinan memang perlu dilakukan karena untuk mengetahui kondisi ibu setelah proses persalinan dan mencegah terjadinya komplikasi yang bisa terjadi pada ibu terlebih untuk ibu yang bersalin secara SC membutuhkan waktu untuk pulih terlebih dahulu sampai bisa melakukan mobilisasi dini.

Hal ini fisiologis sesuai teori Prawirohardjo (2004) post operasi dimulai dari tindakan operasi sampai selesai operasi dan masih dalam

ruang pemulihan dengan pemantauan ketat TTV setiap 15 menit selama jam pertama kemudian 30 menit pada jam kedua.

4.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Pada pembahasan yang kedua, akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan pada post natal care. Berikut disajikan data-data yang mendukung.

Tabel 4.3 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel PNC Ny "N" di RS MUTIARA HATI Mojokerto dan di Rumah Ny "N".

Tanggal PNC	21 April 2017	26 April 2017	04 Mei 2017	25 Mei 2017
Post Partum (hari/minggu)	8 jam	6 hari	2 minggu	5 minggu
Anamnesa	Perut mules dan nyeri saat bergerak pada luka jahitan operasi	Tidak ada keluhan.	Tidak ada keluhan.	Tidak ada keluhan.
Eliminasi	BAK urin 500 cc warna kuning jernih Ibu belum BAB	BAK 3-4x/hari, warna kuning jernih BAB 1x/ hari, konsistensi keras	BAK \pm 4 x/hari, warna kuning jernih BAB 2x/hari, konsistensi lembek.	BAK \pm 5x/hari, warna kuning jernih BAB 2x/hari konsistensi lembek.
Tekanan Darah	110/80 mmHg	110/70 mmHg	110/80 mmHg	110/80 mmHg
Laktasi	Kolostrum belum keluar	ASI keluar sedikit-sedikit, tidak ada bendungan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan	ASI lancar, tidak ada bendungan ASI	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada bendungan ASI, dan ASI keluar lancar
Involusi	TFU	TFU teraba 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik	TFU pertengahan simpisis-pusat kontraksi uterus baik.	TFU teraba 2 jari di atas simpisis
	Lochea	Rubra	Sanguinolenta	Serosa
				Alba

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut:

1. Data Subyektif

a. Keluhan

Berdasarkan fakta pada Ny “N” 8 jam *post partum* keadaannya perutnya mules, pada kunjungan 6 hari *post partum* ibu tidak ada keluhan, ASI keluar sedikit-sedikit, pada kunjungan 2 minggu ibu tidak ada keluhan apa-apa dan kunjungan 5 minggu ibu tidak ada keluhan.

Menurut penulis, Ny “N” pada saat 8 jam masih merasa mules dikarenakan uterus mengalami involusi untuk kembali ke bentuk semula, hal ini fisiologis dialami pada ibu *post partum* karena rasa mules tersebut merupakan tanda kontraksi uterus baik. Ibu juga masih merasakan nyeri pada luka jahitan operasi karena efek anestesi yang mulai hilang, Pada 6 hari *post partum*, 2 minggu *post partum* dan 5 minggu *post partum* ibu tidak ada keluhan karena masa nifas ibu berjalan dengan fisiologis.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009) bahwa involusi/pengerutan rahim merupakan suatu keadaan kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil.

b. Eliminasi

Berdasarkan fakta Ny “N” 8 jam *post partum* BAK 500 cc, warna kuning jernih, ibu belum BAB, BAB pada 6 hari *post partum* dengan konsistensi keras, pada minggu ke-2 BAK dan BAB sudah lancar.

Menurut penulis, konstipasi akan terjadi dalam beberapa hari setelah proses melahirkan yang begitu melelahkan dan menyebabkan

konsistensi BAB menjadi keras, bila lebih dari 3 hari belum BAB bisa dibantu dengan pemberian obat.

Hal ini sesuai teori Suherni (2009), klien harus BAK dalam waktu 6 jam *post partum*. BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diit cairan, obat-obatan analgetik dan perineum yang sangat sakit. Bila lebih dari 3 hari belum BAB bisa diberikan obat.

2. Data Obyektif

a. Laktasi

Berdasarkan fakta ASI Ny “N” pada hari ke 6 ASI baru keluar dengan lancar, setelah di lakukan pemijatan pada daerah payudara, tidak ada bendungan ASI, tidak ada nyeri tekan.

Menurut penulis, perawatan payudara merupakan hal penting yang harus diperhatikan untuk proses menyusui tujuannya untuk menjaga kebersihan payudara, mencegah terjadinya masalah pada payudara, mencegah terjadinya penyumbatan, memperbanyak produksi ASI, untuk menonjolkan putting susu dan mengetahui adanya kelainan karena bayi yang mendapatkan cukup ASI akan memenuhi kebutuhan bayi meliputi penambahan berat badan, penambahan panjang badan, perkembangan otak, tidak mudah rewel.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009) bahwa pada payudara, terjadi proses laktasi. Pada keadaan fisiologis, tidak terdapat benjolan, pembesaran kelenjar atau abses. ASI matur dikeluarkan mulai hari ke 14 post partum, keluarnya ASI dengan lancar dapat dipengaruhi oleh

refleks hisap bayi/ *refleks let down*, semakin kuat hisapan bayi, semakin lancar ASI yang keluar.

b. TFU

Berdasarkan fakta pada Ny “N” pada 8 jam post partum TFU teraba 2 jari bawah pusat, 6 hari post partum TFU pertengahan pusat simpisis, kontaksi uterus baik, pada 2 minggu *post partum* TFU teraba 2 jari diatas symphisis, pada 5 minggu *post partum* TFU tidak teraba diatas sympisis.

Menurut penulis, hal ini fisiologis karena mobilisasi ibu baik, pada hari ke 2 ibu sudah mulai berjalan seperti biasa dan melakukan perawatan sehari-hari pada bayinya, kebutuhan nutrisi ibu tercukupi dan tidak tarak, dan kontraksi uterus bagus sehingga tidak ada keterlambatan dalam penurunan TFU sehingga menunjukkan proses masa nifas berlangsung normal.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009) bahwa TFU setelah bayi lahir TFU setinggi pusat, pada akhir kala III teraba 2 jari di bawah pusat, 1minggu post partumpertengahan pusat-simpisis, 2 minggu post partum teraba diatas simpisis, 6 minggu post partum TFU tak teraba, dan kontraksi uterus selalu baik dengan konsistensi keras.

c. Lokhea

Berdasarkan fakta pada Ny “N” pada 8 jam *post partum* lochea rubra, pada 8 hari *post partum* lochea Sanguinolenta, pada 2 minggu *post partum* lochea serosa, dan pada 5 minggu *post partum* lochea Alba. Perubahan warna lochea bersifat fisiologis seiring dengan

berlangsungnya masa nifas karena proses involusi. Menurut penulis, perubahan tersebut menandakan bahwa keluarnya lochea lancar dan tidak berbau, sehingga proses nifas berlangsung normal.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009) bahwa Lochea rubra berwarna merah, berlangsung selama 1-4 hari post partum. Lochea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan dan berlendir terjadi pada hari ke 4-7 hari post partum. Lochea serosa berwarna kuning kecoklatan pada hari ke 7-14 post partum. Lochea alba berwarna cairan putih yang terjadi pada hari setelah 2-6 minggu post partum.

3. Analisa Data

Analisa data pada Ny “N” adalah P₁A₁ post partum dengan nifas normal. Menurut penulis, masa nifas yaitu masa setelah persalinan selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Pemantauan selama masa nifas memang penting dilakukan yaitu bertujuan untuk mengetahui masa nifas pada ibu ada masalah ataupun penyulit, dan untuk mencegah terjadinya infeksi pada masa nifas.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009) nifas fisiologis adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu dengan kondisi yang baik tanpa ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas.

4. Penatalaksanaan

Berdasarkan fakta penatalaksanaan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny “N” sebagaimana untuk ibu nifas normal karena tidak ditemukannya

masalah, seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, personal hygiene, tentang tanda bahaya nifas, cara menyusui, perawatan bayi sehari-hari, ASI eksklusif, KIE perawatan payudara, istirahat, KB, dan kontrol ulang.

Menurut penulis, dengan diberikan implementasi yang sesuai dengan asuhan pada ibu nifas dapat mencegah terjadinya tanda bahaya masa nifas seperti bekas luka jahitan bernanah, berbau busuk dan bengkak, demam, perdarahan, lochea berbau, bendungan ASI.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009) bahwa kebutuhan ibu nifas yaitu melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, nutrisi, ambulasi dini, istirahat, eliminasi.

4.4 Asuhan Kebidanan pada BBL

Pada pembahasan yang ketiga, akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL). Berikut ini akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL).

Tabel 4.4 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel BBL Ny "N" di RS MUTIARA HATI Mojokerto

Asuhan BBL	20 Maret 2016 Jam	Nilai
Penilaian Awal	18.35 WIB	Menangis spontan, warna kulit kemerahan, reflek baik.
Apgar Skor	18.35 WIB	8-9
Lingkar Kepala	18.38 WIB	SOB : 31 cm, FO : 33 cm, MO : 34 cm
Lingkar Dada	18.39 WIB	32 cm.
LILA	18.40 WIB	11 cm.
BB	18.42 WIB	2700 gram.
PB	18.42 WIB	48 cm.
Salep mata	18.48 WIB	Sudah diberikan.
Inj. Vit K	18.50 WIB	Sudah diberikan.
BAK	19.00 WIB	1x warna kuning
BAB	19.30 WIB	Keluar mekonium
Inj. HB ₀	20.00 WIB	Sudah diberikan.

Berdasarkan fakta, diperoleh data bayi Ny "N", sebagai berikut :

1. Data Subyektif

a. Eliminasi

Berdasarkan fakta, pada usia 1 jam bayi Ny "N" sudah BAK berwarna kuning jernih, dan BAB pada usia 2 jam berwarna kehitaman dengan konsistensi lembek.

Menurut penulis, bahwa BAK bayi warna kuning jernih berarti normal dan bayi yang tidak BAK dalam 24 jam pertama setelah lahir maka harus mengkaji kondisi uretra. Sedangkan BAB warna hitam berarti normal karena mekonium yang telah keluar dalam 24 jam pertama setelah lahir menandakan anus telah berfungsi dengan baik.

Hal ini sesuai teori Dewi (2013) bahwa proses pengeluaran urin dan defekasi dalam 24 jam pertama kelahiran.

b. Nutrisi

Berdasarkan fakta, IMD tidak dilakukan pada bayi Ny "N" karena proses persalinan berlangsung secara SC, dan ketika bayi dilahirkan di potong tali pusatnya bayi diserahkan kepada dokter anak untuk perawatan selanjutnya dan di tempatkan di ruang bayi, setelah proses operasi ibu memerlukan waktu untuk pulih kembali sehingga bayi bisa mendapatkan nutrisi keesokan harinya dimana keadaan ibu sudah mulai membaik. Ibu mulai rawat gabung dengan bayinya dan mulai menyusui bayinya tanggal 21 April 2017 pukul 10.00 WIB.

Menurut penulis, hal ini akan dilakukan pada ibu yang proses persalinannya dilakukan secara SC karena setelah bayi dilahirkan bayi

akan segera diberikan kepada dokter anak untuk perawatan selanjutnya dan setelah proses operasi selesai ibu tidak langsung akan dipindahkan ke ruang inap melainkan ibu masih berada di kamar pemulihan dengan pemantauan ketat oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya mengenai kondisi ibu setelah menjalani operasi SC sampai keadaan ibu membaik kemudian ibu baru dipindahkan ke ruang inap, setelah ibu mampu melakukan mobilisasi dengan menggerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit-sedikit, kemudian ibu dapat duduk pada 9 jam Post SC serta keadaan ibu yang semakin baik dan dengan mobilisasi yang telah dilakukan oleh ibu, bayi akan di rawat gabung dan ibu bisa memberikan ASI nya dengan posisi tidur/duduk.

Hal ini sesuai teori Prawirohardjo (2006) dalam tindakan operasi setelah bayi lahir, bayi akan diserahkan kepada dokter anak untuk perawatan selanjutnya. setelah operasi pasien dibaringkan didalam kamar pulih dengan pemantauan ketat, setelah mampu melakukan mobilisasi dengan mengerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit-sedikit, kemudian dapat duduk pada 8-12 jam pasca bedah dan dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pasca bedah setelah itu pasien dapat di rawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI dalam posisi tidur atau duduk.

2. Data Obyektif

a. Tanda-tanda vital

Berdasarkan fakta nadi 130 x/menit, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, pernafasan 48 x/menit. Tanda-tanda vital bayi Ny "N" dalam batas normal. Menurut

penulis, bayi baru lahir dengan nadi, suhu, dan pernafasan yang normal menunjukkan bahwa secara fisik dan nutrisi bayi baik.

Hal ini sesuai teori Muslihatun (2010) bahwa suhu aksiler $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$, menurut Dewi (2013) pernafasan 40-60 x/menit tanpa adanya retraksi dada dan suara merintih, serta frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Berdasarkan fakta pada Bayi Ny “N” warna kulit kemerahan, menangis kuat, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada kelainan pada anggota tubuh, tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat, anus ada, tidak ada kelainan pada ekstermitas.

Menurut penulis, hal ini fisiologis karena dari hasil pemeriksaan memang pada umumnya warna bayi merah muda tidak menunjukkan bayi ikterus dan dari pemeriksaan lainnya dalam keadaan normal, bila ditemukan kelainan pada bayi baru lahir akan dilakukan penanganan khusus.

Hal ini sesuai teori Dewi (2013) bahwa warna kulit bayi harus berwarna kemerahan, menangis kuat, tidak ada kelainan pada anggota tubuh, dan tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat.

c. Antropometri

1) Berat badan

Berat badan lahir bayi Ny “N” 2700 gram. Hal ini fisiologis.

Menurut penulis, ibu hamil dengan riwayat abortus mempunyai

resiko bayi BBLR, dengan BB yang tidak kurang dari 2.500 gram menunjukkan bahwa bayi tidak BBLR.

Hal ini sesuai teori Dewi (2013) bahwa BB antara 2.500-4.000 gram. Menurut Tjekyan (2010) bahwa resiko BBLR bisa terjadi pada ibu hamil dengan riwayat abortus.

2) Panjang badan

Panjang badan bayi Ny "N" 48 cm. Hal ini fisiologis, hal ini sesuai teori Dewi (2013) bahwa PB 48-52 cm.

3) Lingkar kepala

Ukuran lingkar kepala bayi Ny "N" 33 cm, sesuai dengan teori Dewi (2013) bahwa LK 33-35 cm. Hal ini sesuai dengan teori Manuaba (2010) fisiologi bahwa submento-bregmatica 32 cm, fronto-oksipito 34 cm, dan mento- oksipito 35 cm.

4) Lingkar dada

Lingkar dada bayi Ny "N" 32 cm. Hal ini fisiologis, hal ini sesuai teori Dewi (2013) bahwa LD normal 30-38 cm.

5) LILA

Lingkar lengan bayi Ny "N" 11 cm. Hal ini fisiologis sesuai dengan teori Dewi (2013) bahwa pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan bayi normalnya 11-12 cm.

3. Analisa Data

Analisa data pada Bayi Ny "N" adalah bayi lahir normal usia 1 jam. Menurut penulis, BBL normal adalah bayi yang lahir cukup bulan dengan berat badan 2500-4000 gram.

Hal ini sesuai teori Dewi (2013) bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500- 4000 gram.

4. Penatalaksanaan

Pada asuhan Bayi baru Lahir, penulis melakukan penatalaksanaan pada Bayi Ny “N” sebagaimana untuk Bayi Baru Lahir normal karena tidak ditemukan masalah. Asuhan yang diberikan yaitu menjaga kehangatan bayi, mencegah kehilangan panas, KIE perawatan tali pusat, KIE ASI eksklusif, memberikan salep mata, vitamin K, dan imunisasi HB₀.

Hal ini sesuai teori Putra (2012) penatalaksanaan pada BBL fisiologis, meliputi mencegah kehilangan panas, KIE perawatan tali pusat, KIE ASI eksklusif, memberikan salep mata, vitamin K, dan imunisasi HB₀.

4.5 Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Pada pembahasan yang keempat, akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan asuhan kebidanan pada Neonatus. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang asuhan kebidanan pada neonatus. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan tentang asuhan kebidanan pada Neonatus, maka dapat diperoleh data sebagai berikut: Berdasarkan fakta, diperoleh data bayi Ny “N”, sebagai berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Neonatus

Tgl Kunjungan	23 April 2017	26 April 2017	04 Mei 2017
Asuhan Neo	3 hari	6 hari	14 hari
ASI	Ya	Ya	Ya
BAK	$\pm 4x$ /hari, warna kuning, jernih	$\pm 5x$ /hari, warna kuning, jernih	$\pm 7-8x$ /hari warna kuning, jernih
BAB	$\pm 1-2x$ /hari, Warna kuning, lembek	$\pm 1-2x$ /hari, warna kuning, lembek	$\pm 2-3$ kali/ hari, warna kuning, lembek
BB	2800 gram	3000 gram	3200 gram
Ikterus	Tidak	Tidak	Tidak
Tali Pusat	Basah Tidak kemerahan, tidak bau, tidak bengkak	Basah Tidak kemerahan, tidak bau, tidak bengkak	Sudah Lepas

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

1. Data Subyektif

a. Eliminasi

Berdasarkan fakta bayi Ny “N” pada usia 3 hari sudah BAK $\pm 4x$ /hari, warna kuning jernih, dan BAB $\pm 1-2x$ /hari warna kuning lembek, pada usia 6 hari BAK $\pm 5x$ /hari warna kuning jernih, dan BAB $\pm 1-2x$ /hari warna kuning lembek, pada usia 14 hari $\pm 7-8x$ /hari warna kuning jernih, dan BAB $\pm 2-3x$ /hari warna kuning.

Menurut penulis, hal ini fisiologis bayi mengeluarkan mekonium keluar sebelum atau maksimal 1x selama 24 jam setelah persalinan, normal tidak ada kelainan.

Hal ini sesuai teori Dewi (2013), proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir.

b. Nutrisi

Berdasarkan fakta bayi Ny “N” menyusu dengan pemberian ASI sesering mungkin. Menurut penulis, menyusui dengan pemberian ASI dapat melatih kontak kulit antara bayi dengan ibu dan melatih

menghisap, selain itu juga berguna untuk memperbaiki produksi ASI agar lancar.

Hal ini sesuai teori Sulistyawati (2009). Menyusui bayi secara eksklusif dapat memperlambat ikatan ibu dan bayinya. Bounding attachment/ ikatan batin adalah suatu proses dimana sebagai hasil dari suatu interaksi terus menerus antara bayi dan orang tua yang bersifat saling mencintai, memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan.

2. Data Obyektif

a. Tanda-tanda vital

Berdasarkan fakta kunjungan neonatus selama 3x, tanda-tanda vital bayi Ny "N" dalam batas normal. Pemeriksaan TTV dengan hasil normal menunjukkan nutrisi dan proses adaptasi bayi terhadap lingkungannya baik.

Hal ini sesuai teori Muslihatun (2010) bahwa suhu aksiler bayi normal $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$, menurut Dewi (2013) pernafasan normal neonatus berkisar antara 40-60 x/menit tanpa adanya retraksi dada dan suara merintih, serta frekuensi denyut jantung normal 120-160 x/menit.

b. Antropometri

1) Berat Badan

Berat badan lahir bayi Ny "N" 2700 gram, saat umur 3 hari dengan BB 2800 gram, umur 6 hari dengan BB 3000 gram, umur 14 hari dengan BB 3200 gram. Menurut penulis, hal ini normal,

karena nutrisi bayi tercukupi sehingga BB bayi mengalami kenaikan yang bagus.

Hal ini sesuai teori Dewi (2013) berat neonatus cukup bulan antara 2500 sampai 4000 gram.

2) Panjang Badan

Berdasarkan fakta panjang badan bayi Ny "N" 48 cm. Menurut penulis, hal ini fisiologis karena panjang bayi tidak melebihi ukuran normal, dan tidak kurang dari ukuran normal atau tidak menunjukkan bayi kerdil.

Hal ini sesuai teori Dewi (2013), panjang badan neonatus cukup bulan 48-52 cm.

c. Pemeriksaan fisik

Pada By Ny "N" warna kulit selama kunjungan rumah merah muda, tidak ada kelainan pada anggota tubuh, tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat, anus ada, tidak ada kelainan pada ekstremitas. Menurut penulis, hal ini fisiologis karena dari hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan normal, tidak adanya tanda bahaya pada bayi.

Hal ini sesuai teori Dewi (2013) bahwa warna kulit bayi harus berwarna kemerahan, menangis kuat, tidak ada kelainan pada anggota tubuh, dan tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat.

3. Analisa Data

Analisa data By Ny "N" Neonatus cukup bulan dengan neonatus fisiologis. Menurut penulis, Neonatus Fisiologis adalah neonatus yang lahir aterm dan selama bayi maupun neonatus tidak terjadi komplikasi.

Hal ini sesuai teori Asri (2012) neonatus normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir normal 2500 sampai 4000 gram.

4. Penatalaksanaan

Pada asuhan neonatus, penulis melakukan penatalaksanaan pada Bayi Ny "N" sebagaimana untuk neonatus normal karena tidak ditemukan masalah selama kunjungan. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE, seperti KIE cara menyusui dengan benar, pemberian ASI eksklusif sesering mungkin, tanda bahaya neonatus, perawatan bayi sehari-hari, imunisasi, kontrol ulang. KIE diberikan secara bertahap dan sesuai dengan kebutuhan agar ibu lebih mudah dalam memahami penjelasan yang diberikan. KIE yang efektif sangat membantu dalam proses tumbuh kembang bayi dalam memenuhi semua kebutuhannya.

Hal ini sesuai teori Muslihatun (2010) bahwa penatalaksanaan pada neonatus fisiologis ialah sesuai kebutuhannya, meliputi KIE perawatan bayi sehari-hari, ASI eksklusif, tanda bahaya neonatus, imunisasi, kontrol ulang, dan sebagainya.

Pada faktanya By Ny "N" telah mendapatkan imunisasi pada saat usia 2 jam tanggal 21-04-2017 untuk imunisasi HB₀, tanggal 21-04-2017 untuk imunisasi Polio 1, tanggal 19-05-2017 untuk imunisasi BCG, usia 1 bulan 21 hari tanggal 10-06-2017 untuk imunisasi Polio 2. Menurut Mansjoes (2000) imunisasi BCG dan polio diberikan pada usia 0 bulan, sesuai dengan jadwal imunisasi dari pemerintah yang mewajibkan semua bayi mendapat imunisasi 5 dasar lengkap sampai usia 9 bulan.

4.6 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)

Pada pembahasan yang keenam akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan pada Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana, maka dapat diperoleh data pada tabel berikut ini:

Tabel 4.6 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel Keluarga Berencana

Asuhan KB	25 Mei 2017	12 Mei 2016
Subyektif	Ibu mengatakan ingin menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan	Ibu mengatakan ingin suntik 3 bulan
Tekanan Darah	110/80 mmHg.	110/70 mmHg.
BB	-	42 kg.
Haid	Belum haid.	Belum haid

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut:

1. Data Subjektif

Berdasarkan fakta ibu ingin menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan. Menurut penulis, Ny “N” diperbolehkan menggunakan KB suntik 3 bulan karena tidak ditemukan kontra indikasi untuk menggunakannya seperti hamil, perdarahan pervaginam yang tidak jelas penyebabnya, dan menderita atau riwayat kanker payudara. Alat kontrasepsi suntik 3 bulan juga tidak mengganggu produksi ASI, sehingga Ny “N” dinyatakan aman menggunakan KB suntik 3 bulan.

Hal ini sesuai teori Affandi (2012) bahwa salah satu alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan oleh dengan riwayat abortus adalah suntik 3 bulan.

2. Data Obyektif

Berdasarkan fakta Ny “N” dilakukan pengkajian keadaan umum, TTV, dan pemeriksaan fisik. Menurut penulis, pemeriksaan fisik memang harus dan penting untuk dilakukan karena untuk mengetahui keadaan ibu dalam keadaan normal untuk melakukan suntik 3 bulan.

Hal ini sesuai teori BKKBN (2006) data obyektif yang diobservasi adalah K/U, TTV, dan pemeriksaan fisik.

3. Analisa Data

Analisa data pada Ny “N” terkait dengan KB adalah P₁A₁ 41 hari post SC dengan akseptor baru alat kontrasepsi suntik 3 bulan.

Menurut penulis, ibu adalah calon akseptor baru yang pertama menggunakan kontrasepsi setelah hamil sampai keguguran atau setelah bersalin terlebih ibu bersalin secara SC. Alat kontrasepsi suntik 3 bulan yang dilakukan penyuntikan secara IM pada tanggal 31 Mei 2017.

Hal ini sesuai teori Affandi (2011) Akseptor Kb baru adalah pasangan usia subur (PUS) yang pertama kali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan yang berakhir keguguran atau kelahiran. P ... akseptor baru/lama KB....

4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan untuk akseptor KB, penulis melakukan penatalaksanaan pada Ny “N” sebagaimana untuk akseptor baru alat kontrasepsi suntik 3 bulan, karena tidak ditemukannya suatu masalah, ibu diberikan KIE tentang efek samping suntik 3 bulan dan jadwal untuk kontrol ulang.

Menurut penulis, bahwa keikutsertaan ibu dalam program KB, ibu sudah menyadari pentingnya pengendalian pencegahan kehamilan.

Hal ini sesuai teori Affandi (2011) bahwa penatalaksanaan pada akseptor suntik 3 bulan, meliputi KIE efek samping dan kontrol ulang.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Asuhan kebidanan komprehensif pada Ny “N” di BPM Dyah Patmika, M., Amd.Keb desa Katemas, Kudu, Jombang telah dilakukan selama kurang lebih empat bulan yang dimulai dari masa Kehamilan dari usia kehamilan 33 minggu , Persalinan, Nifas, BBL, Neonatus dan KB.

1. Asuhan kebidanan komprehensif kehamilan pada Ny. “N” kehamilan normal dengan riwayat abortus berjalan dengan baik ANC sesuai dengan standart tidak ada penyulit/komplikasi.
2. Asuhan kebidanan komprehensif persalinan pada Ny. “N” persalinan SC dengan indikasi KPD dan kala II memanjang.
3. Asuhan kebidanan komprehensif masa nifas pada Ny. “N” dengan Post SC tidak ada penyulit/komplikasi.
4. Asuhan kebidanan komprehensif bayi baru lahir pada bayi Ny. “N” dengan bayi baru lahir normal.
5. Asuhan kebidanan komprehensif pada bayi Ny. “N” neonatus dengan neonatus normal.
6. Asuhan kebidanan komprehensif keluarga berencana pada Ny. ”N” akseptor baru KB suntik 3 bulan.

5.2 Saran

1. Bagi Bidan

Diharapkan bagi bidan dapat meningkatkan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dalam melakukan pelayanan yang lebih berkualitas lagi, dengan lebih memberikan informasi tentang bahayanya ibu hamil dengan riwayat abortus dan mencegah/mengantisipasi agar tidak adanya kejadian ketuban pecah dini pada ibu hamil selanjutnya dengan memberikan penyuluhan, pendekatan ibu hamil, dan lebih ditekankan pada pemeriksaan kehamilan harus dilakukan dengan teratur, terlebih sebagian besar wanita hamil usianya kurang dari 20-35 tahun.

2. Bagi STIKes ICME Jombang

Diharapkan institusi kesehatan dapat menerapkan pendidikan Asuhan Kebidanan secara *continuity of care* dengan tepat dalam proses belajar mengajar dengan memberikan fasilitas yang memadai kepada mahasiswa, memperbaiki proses belajar mengajar menjadi lebih efektif dan efisien serta lebih memberikan pembekalan tentang pengaruh yang bisa terjadi pada ibu hamil dengan riwayat abortus baik pada kehamilan, persalinan, nifas, bbl, atau neonatusnya dan memperbanyak referensi tentang penanganannya.

3. Bagi Pihak Rumah Sakit

Diharapkan kebijakan pihak rumah sakit untuk mempertimbangkan tentang pentingnya pendampingan keluarga dalam proses persalinan secara SC dan tidak mempersulit mahasiswa dalam memperoleh data pasien untuk kelengkapan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, B. 2011. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Cunningham, F.G, 2005. *Obstetri William*. Jakarta: EGC
- Dewi, V.N.L. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Jelita, R., dan Henny, J. 2015. Gambaran Pekerjaan Ibu Hamil Trimester 1 Dengan Kejadian Abortus Di RSIA Sidoarjo Tahun 2015. *Jurnal Midwiferia*, Vol.1 No.2, : 45-49
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: Depkes RI
- Kemenkes RI. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Jakarta: Bebestari Dan WHO
- Kuntari, T., Siswanto, A.W., dan Ova, E. 2010. Determinan Abortus di Indonesia tahun 2010. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 4, No. 5, : 223-229
- Kusmiyati, Y., Heni, P., dan Sujiyantini. 2010. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mahastuti, D.P. 2016. *Register Kohort Ibu*. Tidak di terbitkan
- Manuaba, I.B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Mansjoer, A. 2000. *Kapita Selekta kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius
- Meti, D. 2012. Karakteristik Ibu Hamil Pada Kejadian Abortus tahun 2012. *Jurnal keperawatan* , Vol.VIII, No.2, : 101-106
- Mustikawati, A., Hidayat, W., dan Miranti, K.D. 2014. Hubungan Antara Karakteristik Ibu Dengan Kejadian Abortus Spontan Di Bagian Kebidanan Rumah Sakit Al-Islam Bandung Periode 1 Januari 2010-31 Desember 2014. *Pendidikan Dokter*, Gelombang 2 : 646-653
- Mutmainnah, A.U., dan Purwaningtiyas, B.U. 2016. Faktor-Faktor Risiko Kejadian Abortus Di RS SMC Samarinda Tahun 2016. *Jurnal Kebidanan Mutiara Mahakam*, Vol.IV No.2, : 31-40

- Mochtar, R. 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jilid 1. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Muslihatun, W.N. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya
- Norma, N., dan Dwi, M. 2013. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: NuhaMedika
- Oxorn, H., dan Forte, W.R. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica
- Prawirohardjo, S. 2006. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Putra, S. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita Untuk Keperawatan Dan Kebidanan*. Yogyakarta: D-Medika
- Rochjati, 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press
- Romauli, S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Rukiyah, A.Y., dan Lia, Y. 2010. *Asuhan Kebidanan IV (patologi kebidanan)*. Jakarta: Trans Info Media
- Sastrawinata, S. 2014. *Obstetri patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC
- Suherni, Hesty, W., dan Anita, R. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sulistiyawati, A. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Sulistiyawati, A. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Walyani, E.S., dan Endang, P. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Winkjosastro, G. H. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Yogyakarta: Yayasan Bina Pustaka

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN

JL. KH. Wahid Hasyim No. 131 Jombang. Kode Pos : 61411
 Telp/Fax. (0321) 866197 Email : dinkesjombang@yahoo.com
 Website : www.jombangkab.go.id

Jombang, 10 Maret 2017

Nomor : 070/2067/415.17/2017
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : **Izin Penelitian**

K e p a d a
 Yth BPM Dyah Patmika M, Amd.Keb
 Desa Katemas, Kec. Kudu
 di
J o m b a n g

Menindak lanjuti Surat Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Jombang Nomor : 027/KTI-D3KEB/K31/073127/III/2017 tanggal 28 Februari 2017 perihal izin penelitian. Maka mohon berkenan BPM Saudara sebagai tempat penelitian mahasiswa Prodi D III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Adapun nama mahasiswanya adalah :

Nama : Pepy Lovita Sari
 Nomor Induk : 141110032
 Judul : Asuhan kebidanan komprehensif dengan riwayat abortus di Desa Katemas Kecamatan Kudu Tapen Kabupaten Jombang
 Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan
 - Segala sesuatu yang terkait dengan kegiatan / pembimbingan di lapangan agar dimusyawarahkan bersama mahasiswa yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Pit. KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JOMBANG



drg. INNA SILESTYOWATI, M. Kes.
 Pembina
 NIP. 196906232002122001

Tembusan Yth.:

1. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
2. Mahasiswa yang bersangkutan

Lampiran 2 Surat Tindak Lanjut Dinas Kesehatan



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN

JL. KH. Wahid Hasyim No. 131 Jombang. Kode Pos : 61411
 Telp/Fax. (0321) 866197 Email : dinkesjombang@yahoo.com
 Website : www.jombangkab.go.id

NOTA DINAS

D a r i : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang
 Kepada : Yth. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes.Kab. Jombang
 Tanggal : 10 Maret 2017
 Nomor : 070/023/415.17/2017
 Sifat : -
 Lampiran : -
 Hal : Pengambilan Data

Menindaklanjuti Surat dari Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Nomor : 027/KTI-D3 KEB/K31/073127/III/2017 tanggal : 28 Februari 2017 perihal Pengambilan Data. Pada prinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa D III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang melakukan kegiatan pengambilan data di Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang.

Dengan ini kami harap seksi dapat memberikan data yang dimaksud kepada :

Nama : **Pepy Lovita Sari**
 N I M : 141110004
 Judul Data : Asuhan Kebidanan Komprehensif dengan riwayat abortus
 Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Pit. KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JOMBANG



drg. **INNA SILESTYOWATI, M. Kes.**
 NIP. 19690623 200212 2 001

Lampiran 3 Surat Kesanggupan Bidan

SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dyah Patmika M. Anel. Keb
 Alamat Praktik : Ds. Katemas, kec. Kudus, kab. Jombang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Nur Ari Susyanti
 Alamat : Ds. Katemas, kec. Kudus, kab. Jombang
 Hamil : 2
 Tafsiran Persalinan : 11-09-2017

Dengan ini menyatakan bahwa yang bersangkutan adalah benar pasien di BPM saya dan saya menyatakan sanggup datang jika sewaktu-waktu dibutuhkan untuk memberikan keterangan dan penjelasan dalam kegiatan Laporan Tugas

Akhir (LTA) dari mahasiswa :

Nama : Pepy Lanta Sari
 Semester : VI A
 Prodi : D3 Kebidanan
 Institusi : STIKes ICME JOMBANG

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sungguh sungguhnya dan kemauan saya sendiri tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jombang, 20 Februari 2017



Lampiran 4 Surat Pernyataan Pasien

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nur Ari Susiyanti
Alamat : Ds. Katemas, kec. Kudu, kab. Jombang
Puskesmas/BPM : Dyah Patmulca M. Amd. keb

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi pasien dari Masa Hamil s/d KB dengan menggunakan manajemen kebidanan secara komprehensif untuk memenuhi Laporan Tugas Akhir. Oleh :

Nama : PERT LULITA SARI
Nim : 1A1110032
Kelas/semester : VI / A
Prodi : D3 Kebidanan
Institusi : STIKes ICME JOMBANG

Jombang, 20 Februari 2017

Mengetahui,

Pasien



(NUR ARI S)

Mahasiswa



(Pert Lulita Sari)

Lampiran 5 KSPR (Kartu Skor Puji Rochyati)

**SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Ny. Nur Anis Umur Ibu : 19 Th.
 Hamil ke II Haid terakhir tgl : 4-7-16 Perkiraan persalinan tgl : 11 bl 4
 Pendidikan ibu : SMU Suami : SMP
 Pekerjaan ibu : IRT Suami : Kary. Susasta

KEL. F.R	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal ibu Hamil	2			2	2
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 Th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I ≥ 35 Th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (<2 Th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 Th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 Th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4			4	4
	9	Pernah Melahirkan dengan					
	a. Tarikan tang/vakum	4					
	b. Uri dirogon	4					
	c. Diberi infus/Transfusi	4					
	10. Pernah Operasi Sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah b. Malaria					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tangkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	hamil Kembar air (hidramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
17	Letak sungsang	8					
18	Letak lintang	8					
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8				
JUMLAH SKOR						6	6

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN
~ RUJUKAN TERENCANA**

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TINDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. lain-lain

Lampiran 6 Identitas Keluarga

Nomor Reg : H/55/2016 .. Nomor Urut :

Menerima Buku KIA

Tanggal : 12-3-2016

Nama tempat pelayanan : RPM Dyah P

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny. Nur Ai Suci

Tempat/Tgl Lahir : 19 R. Agama : Islam

Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
SMU

Golongan Darah : O

Pekerjaan : IRT

Nama Suami : Tu. Agung Mulyono

Tempat/Tgl Lahir : 21 R. Agama : Islam

Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Kanj. swasta

Alamat rumah : Katemar

Kecamatan : Kayu

Kabupaten/Kota : Jombang

No. telepon : 081 7077 80860

Nama Anak : ANNASTA ARZANA AUMINDA

Tempat/Tgl Lahir : JOMBANG / 20-A-2017

* Lingkari yang sesuai

iv BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK

Lampiran 7 Catatan Kesehatan Ibu Hamil

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

DIISI OLEH PFTUGAS KESEHATAN

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), Tanggal: 17-7-2016
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), Tanggal: 10-10-2017
 Lingkar Lengan Atas: 89 cm Tinggi Badan: 160 cm
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini:
 Riwayat Penyakit Yang Didenda Ibu: HT - 1, Diabetes - 1, Gigitan - 1
 MAP:
 ROT:
 Riwayat Alergi: Obat D, Makanan D

Tgl	Keluhan sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umr Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kepsul/Li	Denyut Jantung Janin /menit
K1 10/16	ten.	110/80	44kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%
13/16	ten.	110/80	45kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%
16/16	Muntah 1x.	110/80	44kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%
13/16	ten.	110/80	44kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%
16/16	ten.	110/80	44kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%
19/16	Sirisanan.	110/80	44kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%
20/16	taa.	110/80	44kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%
23/16	taa.	110/80	44kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%
26/16	Kadangk keceng	110/80	44kg	17-18w	17-18cm	RUJUK	153%

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Hamil ke: 1 Jumlah persalinan: Jumlah keguguran:
 Jumlah anak hidup: Jumlah lahir mati:
 Jumlah anak lahir kurang bulan: anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan-terakhir: 3 bulan
 Penolong persalinan terakhir:
 Cara persalinan terakhir: [] Spontan/Normal [] Tindakan:

** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Status TT	T1	T2	T3	T4	T5
Tgl-Bin-Thn Pemberian TT					17

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (Terapi TT/Fe Rujukan, Umpun Balik)	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan (Tempat Pelayanan, Nama Pemeriksa (para))	Kapan Harus Kembali
0+	PRIST	RUJUK	RUJUK	BIDAN DYAH PATMIKA M. No. SIPB: 41523/2016	10/19
0+					17
0+					17
0+					17
0+					17
0+					17
0+					17
0+					17
0+					17
0+					17

Lanjutan Catatan Kesehatan Ibu Hamil

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Tgl	Keluhan sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umr Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kepsul/Li	Denyut Jantung Janin /menit
17/17	Kadangk keceng	110/80	52	33/33	29cm	RUJUK	148%
10/17	taa	110/80	51	40 mg	29cm	RUJUK	150%
17/17	Kadangk keceng	110/80	55	41 mg	29cm	RUJUK	148%

"Bidan, dokter dan petugas kesehatan lainnya jangan lupa mengingatkan ibu untuk mengurus akte kelahiran setelah bayi lahir."

25/17 TD: 110/80 BB: 53kg
 V T/H/100 g LUK 32 g
 EAF: cukup
 Placenta: s.c. Anterior 270x80, Sp0000

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (Terapi TT/Fe Rujukan, Umpun Balik)	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan (Tempat Pelayanan, Nama Pemeriksa (para))	Kapan Harus Kembali
0+		RUJUK	RUJUK	BIDAN DYAH PATMIKA M. No. SIPB: 41523/2016	10/19
0+					19
0+					19
-/+					19
-/+					19
-/+					19
-/+					19

ANC TERPADU PUSKESMAS TAPAN

Tgl:

Hasil Pemeriksaan

- Dokter : C/P : Abdomen : Hypertiroid :
- Dokter Gigi : G-gy/ultra : Caries : Lain :
- Poli Gigi : E-w : Status Gigi : H Anemia :
- P2M : TEC : Kusta :
- Laboratorium :
 - UL : Albumin : Neg. Reduktif : Lain :
 - DL : Gula : 0. HB : H/d. Lain :
 - VCT / WRV/L : Kusta :
 - Faecus :
 - Screat :

KIA
 Diagnosis :

Lampiran 8 Catatan Kesehatan Ibu Bersalin

CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

IBU BERSALIN

Tanggal Persalinan: 20 April 2017 Pukul: 17.36
 Umur Kehamilan : 41 minggu
 Penolong Persalinan: Dokter/Bidan/Lain-lain.....*
 Cara Persalinan: Normal/Tindakan.....SC.....*
 Keadaan Ibu: Sehat/Sakit(Pendarahan/Demam/Kejang/Lokhia berbau/
 Lain-lain.....)/Meninggal*
 Keterangan tambahan:.....

*Lingkari yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke : II
 Berat Lahir : 2700 gram
 Panjang Badan : 48 cm
 Lingkar Kepala : 33 cm
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*

Keadaan bayi saat lahir**:

Segera menangis [] Anggota gerak kebiruan
 Menangis beberapa saat [] Seluruh tubuh biru
 Tidak menangis [] Meninggal
 Seluruh tubuh kemerahan

Asuhan Bayi Baru Lahir **:

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
 Suntikan Vitamin K1
 Salep mata antibiotika profilaksis
 Imunisasi HBO

Keterangan tambahan:

* Lingkari yang sesuai

** Beri tanda [] pada kolom yang sesuai

Lampiran 9 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

A. MASUK KAMAR BERSALIN ANAMNESE

Tgl : 20-4-2017 Jam : 01.15 WIB
 His mulai tgl : 20-4-2017 Jam : 01.30 WIB
 Darah : +
 Lendir : +
 Ketuban (pecah) : belum Jam : 01.00 WIB
 Keluhan lain :

B. KEADAAN UMUM

Tensi : 110/70 mmHg
 Suhu/Nadi : 36.3°C / 84 x/menit
 Oedema :

C. PEMERIKSAAN OBSTETRIK

1. Palpasi : TFU : 20cm, Puki
 2. Djj : 148 x/menit
 3. His 10" : 1 x, lama 20 detik
 4. VT. Tgl : 20-04-2017 Jam : 03.00 WIB
 5. Hasil : Ø 3cm, eff : 25%
 6. Periksa :

OBSERVASI KALA I (Fase Laten Ø < 4 cm)

Tanggal	Jam	His dlm 10"		Djj	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Keterangan
		Berapa kali	Lamanya						
20/4	03.00							Ø 3cm, eff: 25%, ketuban ⊖	
	04.00	1	20	144	110/70	36.3	84		
	04.30	1	20	148			84		
	05.00	1	20	150			84		
	05.30	1	20	153			86		
	06.00	2	20	148			84		
	06.30	2	20	150			84		
	07.00	2	25	152	120/70	36.2	84	Ø 3cm, eff: 25% ketuban ⊖	
	07.30	2	25	156			86		
	08.00	2	25	152			84		
	08.30	2	20	150			84		
	09.00	2	20	148		36.5	84		
	09.30	2	25	150			84		
	10.00	2	25	150			84		
	10.30	2	30	148			84		
	11.00	2	30	152	120/70	36.5	84	Ø 3cm, eff: 25% ketuban ⊖	dirujuk ke rumah sakit Mukharo Atah

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 30-4-2017
2. Nama bidan : Diah Kaktika M.
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : Rujuk, kala I / II / III / IV
6. Alasan merujuk : EPD
7. Tempat rujukan : R. Muktiro Rah
8. Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

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

KALA III

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

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

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

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

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

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 3700 gram
35. Panjang : 48 cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan Versus ~~Secara Sc~~
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 11 Surat Pengantar dari Kampus



No : 041/SP-BD/073127/IV/2017
 Lamp : -
 Perihal : Penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA)

Jombang, 27 April 2017

Kepada :
 Yth. **RS Mutiara Hati Mojokerto**
 Di
 Tempat

Dengan hormat,

Berkaitan dengan pelaksanaan penyusunan laporan tugas akhir yang dilaksanakan dengan memberikan Asuhan kebidanan secara komprehensif kepada ibu Ny "N" dengan kehamilan normal (riwayat abortus). Setelah dilakukan asuhan, ibu dirujuk oleh Bidan ke RS Mutiara Hati Mojokerto. Maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/ibu untuk memberikan ijin kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : Pepy Lovita Sari
 No. Pokok Mahasiswa/ NIM : 141110032
 Tingkat / Semester : VI
 Judul Penelitian : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "N" dengan kehamilan normal (riwayat abortus)

Untuk mendapatkan data di Rs Mutiara Hati Mojokerto guna melengkapi penyusunan Laporan Tugas Akhir sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Hormat kami,
 Kaprodi D3 Kebidanan



Lusiana Melnawati, SST., M.Kes
 NIK. 02. 08. 126

Lampiran 12 Data Pasien

Data Pasien

①. tanggal: 20-4-2017

12.00 : masuk USD Rumah Sakit Muktara Hati

12.10 : masuk ruang bedah, observasi TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 84/menit, S: 36.5°C, RR: 20/menit, JAW: 29cm, DJJ: 152/menit, VT: kadar darah ⊕, pembalakan 3cm, keteg, ketuban ⊖, perurutan kepala masih tinggi.

13.30 : observasi TTV: TD: 120/80 mmHg, nadi: 86/menit, RR: 20/menit, S: 36.5°C, VT: pembalakan 6cm, REF: 60%, kadar darah ⊕, keteg, perurutan kepala masih tinggi

15.15 : VT: 10cm, REF: 100%, keteg, ketuban ⊖, perurutan kepala masih tinggi dan TTV: TD: 120/80 mmHg, nadi: 86/menit, RR: 20/menit, S: 36.7°C.

16.30 : observasi dokter Rulochar Sp.Ob, VT: 10cm, REF: 100%, keteg, perurutan kepala telah tinggi, dengan persediaan plate ketuban tidak dilakukan rc + persiapan masuk ruang operasi dengan memonitoring liter, melakukan tes uji skintest, transising keteg, dan mempersiapkan bayi operasi

16.50 : masuk ruang operasi

17.36 : bayi lahir, jenis persimpun.

17.50 : Bayi keluar dari ruang operasi dan masuk ke ruang bayi

18.00 : Operasi selesai + penutupan dinding PE

18.35 : Resusitasi BBL, jenis kelamin persimpun, BB/PB: 2700 gr/40cm, lingkar kepala: 308, 31cm, TD: 33cm, NO: 31cm, Uta: 11cm, LD: 32

18.50 : Resusitasi VT. K

19.00 : Btk & warna kuning

19.30 : BAB keluar mekanis

20.00 : Imunisasi Hb0

20.15 : Pasien keluar dari ruang operasi menuju ke ruang rawat inap.

②. tanggal 21-4-2017

09.00 : Imunisasi Peto 1

10.00 : bayi rawat gantung

13.00 : Pelaporan keteg

19.00 : Pelaporan liter.

19.30 : Pasien pulang dari rumah sakit, mendapatkan obat dari R. (Kulam 3x1, Prokolan 1x1, Stanzo, 3x1)

③. kontrol rumah sakit tanggal 28-4-2017 dan 5-5-2017

Mojokerto, 28 April 2017

(Lia Marlaha And, Keb.)

Lampiran 13 Catatan Keterangan Lahir

KETERANGAN LAHIR

KETERANGAN LAHIR

No:.....

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa
 Pada hari ini KAMIS tanggal 20-4-2017 Pukul 17.36 WIB
 telah lahir seorang bayi

Jenis Kelamin : Laki-laki (Perempuan)
 Jenis Kelahiran (tunggal) kembar 2/kembar 3/lainnya*
 Kelahiran ke : 1
 Berat lahir : 2700 gram
 Panjang badan : 48 cm

di rumah (Rumah bidan) Polindes/Rumah Bersalin/Puskesmas/Rumah Sakit*
 Alamat : Dyah Patmika M. KATEMAS - Kudu - Jombang
 Diberi nama :
ANNASYA ARZANA ATWINDYA

Dari Orang Tua :

Nama Ibu : MURARI SUSYANTI Umur 21 tahun
 Pekerjaan : IBU RUMAH TANGGA
 KTP No. : 3517174811960002
 Nama Ayah : AGUNG TRIONO Umur 23 tahun
 Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA
 KTP No. : 3517172409940001
 Alamat : DE. KATEMAS
 Kecamatan : KUDU
 Kab./Kota : JOMBANG

JOMBANG tgl. 20-4-2017
 Mengetahui Saksi I :
 Saksi II :
 Penolong Persalinan

BIDAN
DYAH PATMIKA M.
 No. SIPB 3540/10007/01523/2016

* Lingkari yang sesuai
 ** Tanda tangan, nama lengkap, no induk pegawai, mana instansi

Lembar untuk Ibu / Keluarga digunakan untuk memperoleh Akte Kelahiran

35

Lampiran 14 Catatan Kesehatan Ibu Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Tgl. Pukul	Keluaran sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Nadi /menit	Nafas /menit	Suhu (C)	Kontraksi Rahim	Perdarahan	Warna, Jumlah, & Bau Lochia
26/17 4	ASI KELUAR sedikit	110/70	80	29	36,6	Baik	± 25 cc	Sangat nolenta
4/17 5	t.a.a.	110/80	86	20	36,6	Baik	-	Setosa
25/17 5	t.a.a.	110/80	82	20	36,3	Baik	-	Afba

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan ibu** :
 Sehat
 Sakit
 Meninggal

Keadaan bayi** :
 Sehat
 Sakit
 Meninggal

Komplikasi nifas** :
 Pendarahan
 Infeksi
 Hipertensi
 lain-lain

**Beri tanda [/] pada kolom yang sesuai

PELAYANAN KB IBU NIFAS

Tanggal/bulan/tahun	31/5/17			
Tempat	BPM			
Cara KB/Kontrasepsi	Suntik & Bulan			

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Buang Air Besar	Buang Air Kecil	Produk ASI	Tindakan Pemberian Vit. A, Fe, Iodop, Ribuhan Lempar Baik	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan (Nama, Alamat, No. Telp, Pelayanan, dsb)
-/0	-/0	Lancar	Fondazen	-	Perawatan postpartum oleh BIDAN PATRIKA M (0812-3525) 2016
-/0	-/0	Lancar	Fondazen	-	Perawatan postpartum oleh BIDAN PATRIKA M (0812-3525) 2016
-/0	-/0	Lancar	-	-	Tanda bahaya PERDARAHAN Nifas ada. BIDAN PATRIKA M (0812-3525) 2016
-/+	-/+				
-/+	-/+				
-/+	-/+				

SEGERA BAWA KE RUMAH SAKIT TERDEKAT APABILA IBU NIFAS :

• Pusing Nyeri Kepala atau Nyeri Ulu Hati →
Kejang/Penurunan Kesadaran →
Keracunan Kehamilan

• Iemas
• Mata Kunang-kunang → gelap

PERDARAHAN

• Keluar darah beku bergumpal-gumpal atau darah cair bekas jalan lahir kurang dari 500 cc

• Demam tinggi
Suhu badan > 38,5°C

Lampiran 15 Catatan Kesehatan Neonatus

**(DIISI OLEH PETUGAS KESEHATAN)
PEMERIKSAAN NEONATUS**

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (hari ke-1)	Kunjungan II (hari ke-3)	Kunjungan III (Minggu ke-2)
	Tgl: 23/4/17	Tgl: 27/4/17	Tgl: 4/4/17
Berat Badan (Kg)	2800	3000	3200
Tinggi Badan/Panjang Badan (cm)	48	48	48
Suhu (C)	36,5	36,6	36,5
Tanyakan ibu, Bayi sakit apa?	-	-	-
Memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat atau infeksi bakteri			
o Frekuensi napas (kali/menit)	50/m	48/m	46/m
o Frekuensi denyut jantung (kali/menit)	140/m	140/m	140/m
Memeriksa adanya Diare	-	-	-
Memeriksa Ikterus	-	-	-
Memeriksa Kemungkinan Berat Badan rendah dan/atau Masalah Pemberian ASI	-	-	-
Memeriksa status pemberian Vitamin K1	✓	✓	✓
Memeriksa status imunisasi			
Memeriksa Keluhan lain :			
Memeriksa masalah/keluhan Ibu			
Tindakan (Terapi/Rujukan/Umpun Balik)			
Nama Pemeriksa	Dyah Purnama	Dyah Purnama	Dyah Purnama

Pemeriksaan Kunjungan Neonatal menggunakan formulir
Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

Lampiran 16 Catatan Imunisasi

PENCATATAN PEMBERIAN IMUNISASI DASAR LENGKAP

Tanggal Lahir: 20.9.17 Nama Anak: Dhanya Arzana Nama Orang Tua Anak: Nur Ari Susant / Agung Triyono

Umur (Bulan)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	**12+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB 0 (0-7 hari)	4/9-17												
BCG	18/9-17												
*Polio 1	21/4-17												
*DPT/ HB 1													
*Polio 2			10/6-17										
*DPT/ HB 2													
*Polio 3													
*DPT/ HB 3													
*Polio 4													
Campak													

* Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT/ HB minimal 4 minggu (1 bulan). * Jarak antara pemberian vaksin POLIO minimal 4 minggu (1 bulan)
 ** Anak di atas 1 tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap.
 Sakit ringan seperti batuk pilek, diare dan sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi

Tambahan

Vaksin	Tanggal Pemberian

Vaksin Lain

Vaksin	Tanggal Pemberian

Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
 Waktu yang masih dipertimbangkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
 Waktu yang tidak dipertimbangkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
 Waktu pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 th yang belum lengkap

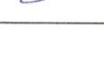
CATATAN KESEHATAN ANAK

Lampiran 18 Lembar Bimbingan Proposal LTA

PEMBIMBING 1 : Bu. Siti Rokhani, SST., M.Kes.

TANGGAL	MASUKAN	TTD
10/2/2017	Konsul Tema. Acc	
17/2/2017	Bab I. Sistematika penulisan Data fokus kasus	
28/2/2017	Bab I Revisi Buat Askeb Kaji I, Bab II	
8/3/2017	Bab I ok. Bab II + Artikel Bab III Revisi	
9/3/2017	Bab II & III acc	
10/3/2017	Proposal Acc Siap SP	

PEMBIMBING 2 : Bu. Yeti Mareta U., SST., S.Psi., M.Kes.

TANGGAL	MASUKAN	TTD
13/2/2017	Acc judul	
27/2/2017	Revisi Bab 1	
2/3/2017	Acc Bab 1 Revisi Bab 2	
7/3/2017	Revisi Bab 3 + daftar pustaka	
9/3/2017	Acc maju ujian proposal	

Lampiran 19 Lembar Bimbingan LTA

PEMBIMBING 1 : Bu. Siti Rokhani, SST., M.Kes.

TANGGAL	MASUKAN	TTD
27/4/2017	SOAP kala I –partograf Sesuaikan asuhan SC	
5/4/2017	Revisi nifas & neo Buat KB 2	
5/7/2017	Bab III CP Revisi Buat Bab IV, sesuaikan uji hasil bimbingan	
13/7/2017	Bab III ok Bab IV sistematika penulisan Buat Bab V	
14/7/2017	Bab IV Acc Bab V Revisi Buat kelengkapan	
17/7/2017	LTA Acc Siap SH	

PEMBIMBING 2 : Bu. Yeti Mareta U., SST., S.Psi., M.Kes.

TANGGAL	MASUKAN	TTD
28/4/2017	Revisi Bab 3	
13/6/2017	Revisi Bab 3 Lanjut Bab 4	
17/6/2017	Revisi Bab 4	
11/7/2017	Revisi Bab 4	
12/7/2017	Revisi Bab 4 & 5	
13/7/2017	Revisi Bab 4 & 5	
14/7/2017	Revisi Bab 4	
18/7/2017	Acc sidang hasil	

Lampiran 20 Pernyataan Bebas Plagiasi

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : PEPY LOVITA SARI

NIM : 141110032

Jenjang : Diploma

Program Studi : Kebidanan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 02 Agustus 2017

Saya yang menyatakan,



PEPY LOVITA SARI
NIM : 141110032