

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “R” DENGAN
RIWAYAT ABORTUS DI BPM YUNI WIDARYANTI, AMd.Keb
DESA SUMBER MULYO KECAMATAN JOGOROTO
KABUPATEN JOMBANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR



**ELIYAH KHOLIFATUR ROHMAH
131110061**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2016**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “R” DENGAN
RIWAYAT ABORTUS DI BPM YUNI WIDARYANTI, Amd.Keb
DESA SUMBERMULYO KECAMATAN JOGOROTO
KABUPATEN JOMBANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

Oleh :
**ELIYAH KHOLIFATUR ROHMAH
131110061**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “R” DENGAN
RIWAYAT ABORTUS DI BPM YUNI WIDARYANTI, Amd.Keb
DESA SUMBERMULYO KECAMATAN JOGOROTO
KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkandandisusunoleh :
Nama :Eliyah Kholifatur Rohmah
NIM : 131110061

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

Menyetujui,

Pembimbing I



Nining Mustika Ningrum, SST., M.Kes
NIK. 02.08.127

Pembimbing II



Any Isro'aini, SST.
NIK. 02.07.098

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “R” DENGAN RIWAYAT ABORTUS DI BPM YUNI WIDARYANTI, Amd.Keb DESA SUMBERMULYO KECAMATAN JOGOROTO KABUPATEN JOMBANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :
Nama : Eliyah Kholifatur Rohmah
NIM : 131110061

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 18 Mei 2016
dan dinyatakan telah memenuhi syarat dapat diterima

Mengesahkan,

TIM PENGUJI

	NAMA	TANDA TANGAN
Penguji Utama	<u>Siti Rokhani, SST., M.Kes</u> NIK.02.07.083	
Penguji I	<u>Nining Mustika Ningrum, SST., M.Kes</u> NIK. 02.08.127	
Penguji II	<u>Any Isro'aini, SST.</u> NIK.02.07.098	

Mengetahui,



(H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep.Ns., MH)
NIK.01.06.054

Kaprosdi D3 Kebidanan



(Lusiana Meinawati, SST., M.Kes)
NIK. 02.08.126

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : ELIYAH KHOLIFATUR ROHMAH

NIM : 131110061

Tempat, Tanggal Lahir : Pati, 09 Mei 1991

Institusi : Prodi Diploma III Kebidanan

Menyatakan bahwa saya tidak akan melakukan tindakan plagiat baik secara mengutip proposal orang lain maupun meminta bantuan jasa orang lain dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan ataupun tekanan dari pihak manapun, sebagai bentuk persyaratan penyusunan Laporan Tugas Akhir. Dan apabila pernyataan ini tidak benar, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademik.

Jombang, Mei 2016

Yang menyatakan

Eliyah Kh Rohmah

13 111 061

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Pati, Jawa Tengah pada tanggal 09 Mei 1991 dari Bapak Suraturohman dan Ibu Siti Maisah. Penulis merupakan putri Ketiga dari Tiga bersaudara.

Tahun 2003 penulis lulus dari MI Bustanul ‘ula, Tarbiyyah Hifdhul Ghulam Wal Banat, tahun 2006 penulis lulus dari MI Bustanuts tsani, Tarbiyyah Hifdhul Ghulam Wal Banat, tahun 2009 penulis lulus dari MI Bustanuts tsalits, Tarbiyyah Hifdhul Ghulam Wal Banat dan tahun 2012 penulis lulus dari Maqoshidul Qur’an di Pesantren Majma’al Bahrain Shiddiqiyah, Losari-Ploso-Jombang. Pada tahun 2013 masuk STIKES Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis memilih program Studi D III Kebidanan dari Tiga pilihan program studi yang ada di “STIKES ICME” Jombang,

Demikian Riwayat Hidup ini saya buat dengan sebenarnya.

Jombang, Mei 2016

Eliyah Kh Rohmah
13 111 061

KATA PENGANTAR

Atas Berkah Rohmat Allah Yang Maha Kuasa, Syukur alhamdulillah, saya ucapkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunianya, sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “R” dengan Riwayat Abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Desa SumberMulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang, dapat selesai pada waktunya.

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

1. H. Bambang Tutuko, S.Kep, Ns., SH., MHselaku ketua STIKes Insan Cendekia Medika Jombang, yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir.
2. Lusiana Meinawati, S.ST.,S.Psi.,M.Kes,selaku ketua Program Studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang, yang telah memberikan kesempatan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir.
3. Nining MustikaNingrum, S.ST, M.Kes, selaku pembimbing 1 yang telah bersedia membimbing saya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat saya selesaikan.
4. Any Isro'aini, S.ST. selaku pembimbing II yang juga telah membimbing saya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat saya selesaikan.
5. Yuni Widaryanti, Amd.Kebyang telah memberikan izin untuk saya melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir.
6. Ny “R” atas kesediaannya menjadi responden.
7. Bapak, Ibu, serta semua keluarga atas bantuan, dukungan, do'a, cinta, kasih dan sayangnya sehingga penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dapat saya selesaikan tepat pada waktunya

8. Sahabat-sahabat saya, teman-teman saya, rekan sejawat, kakak kelas saya, serta pihak yang terkait yang telah banyak membantu dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir 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.

Jombang, Mei 2016

Penulis

RINGKASAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “R” DENGAN RIWAYAT ABORTUS DI BPM YUNI WIDARYANTI, AMd.Keb DESA SUMBER MULYO KECAMATAN JOGOROTO KABUPATEN JOMBANG

Oleh :
ELIYAH KHOLIFATUR ROHMAH
13.111.0061

Kehamilan dengan Riwayat Abortus merupakan kehamilan yang memerlukan perhatian khusus karena Riwayat Abortus dapat meningkatkan bahaya dan komplikasi pada ibu dan janin, Seperti pada persalinan prematuritas dan berat badan bayi lahir rendah kematian ibu dan janin. Untuk itu perlu direncanakan suatu asuhan kebidanan secara komprehensif oleh bidan dalam menerapkan peran mandiri serta peran kolaborasi.

Penatalaksanaan dalam mengatasi Riwayat Abortus dengan melakukan pelayanan ANC terpadu, konseling gizi, istirahat cukup dan *skrining antenatal* untuk deteksi dini secara pro-aktif, dengan mengenali masalah yang perlu diwaspadai serta menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan, persalinan, nifas dan pada *neonatus*. Selain itu juga meningkatkan akses rujukan dengan pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan faktor risiko melalui rujukan terencana bagi ibu dan janin dengan risiko tinggi.

Hasil asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny “R” selama kehamilan trimester III dengan Riwayat Abortus tidak ditemukan adanya komplikasi saat kehamilan, pada persalinan dengan persalinan spontan tanpa ada penyulit, pada masa nifas dengan nifas normal tanpa ada penyulit, pada BBL dengan BBLN, pada *neonatus* dengan *neonatus* fisiologis dan pada KB ibu menjadi akseptor baru KB Suntik 3 bulan.

Kesimpulan dari asuhan kebidanan secara komprehensif ini didapat dengan melakukan asuhan kebidanan secara mandiri dan kolaborasi serta penanganan secara dini, tidak ditemukan adanya penyulit mulai kehamilan, persalinan, BBL, nifas, *neonatus* dan KB. Diharapkan para bidan di Puskesmas dan di Desa dapat memotivasi ibu hamil dalam pemeriksaan kesehatannya terutama pada ibu hamil dengan Riwayat Abortus dan mampu memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif pada setiap ibu dan bayi

Kata Kunci : Asuhan kebidanan, Komprehensif, Riwayat Abortus

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
RINGKASAN	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penyusunan Laporan Tugas Akhir	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Ruang Lingkup	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan	7
2.1.1 Teori Tentang Kehamilan Trimester III.....	7
2.1.2 Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan Trimester III	7
2.1.3 Perubahan Dan Adaptasi Psikologi Pada Kehamilan Trimester III.	12
2.1.4 Perubahan Pertumbuhan Janin pada Trimester III.....	12
2.1.5 Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III	13
2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III	20
2.2 Teori tentang Konsep Riwayat Abortus	22
2.2.1 Pengertian.....	22
2.2.2 Dampak Riwayat Abortus	22
2.2.3 Penyebab Abortus	24
2.2.4 Penanganan Riwayat Abortus	29
2.2.5 Konsep SOAP Riwayat Abortus	29
2.3 Konsep Teori Persalinan.....	32
2.3.1 Pengertian.....	32
2.3.2 Proses Terjadinya Persalinan	33
2.3.3 TAnda dalam Persalinan	33
2.3.4 Proses Terjadinya Persalinan	34
2.3.5 Tahapan dalam Persalinan.....	34
2.3.6 Proses Persalinan dengan 58 Langkah APN	36
2.3.7 Konsep SOAP Persalinan.....	48

2.4	Teori Nifas	58
2.4.1	Pengertian.....	58
2.4.2	Pembagian Masa Nifas.....	59
2.4.3	Adaptasi Psikologis Masa Nifas	59
2.4.4	Perubahan Fisiologis	60
2.4.5	Konsep SOAP Nifas.....	63
2.5	Konsep Bayi Baru Lahir	65
2.5.1	Pengertian.....	65
2.5.2	Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir	65
2.5.3	Penilaian Segera Setelah Lahir.....	66
2.5.4	Penanganan Bayi Baru Lahir	68
2.5.5	Pemberian ASI Dini	70
2.5.6	Pemantauan Bayi Baru Lahir	72
2.5.7	Konsep SOAP Bayi Baru Lahir	73
2.6	Konsep Neonatus	75
2.6.1	Pengertian.....	75
2.6.2	Jadwal Kunjungan Bidan Kerumah Bayi.....	75
2.6.3	Pelayanan Kesehatan Neonatal	76
2.6.4	Konsep SOAP Neonatus	76
2.7	Konsep Keluarga Berencana.....	80
2.7.1	Pengertian.....	80
2.7.2	Keluarga Berencana	80
2.7.3	Sasaran Program Keluarga Berencana	81
2.7.4	Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana	81
2.7.5	Macam-macam Alat Kontrasepsi	81
2.7.6	Konsep SOAP pada Keluarga Berencana	87

BAB III ASUHAN KEBIDANAN

3.1	Asuhan Kebidanan Ibu Hamil TM III Kunjungan Pertama.....	89
3.2	Asuhan Kebidanan Ibu Hamil TM III Kunjungan Kedua	96
3.3	Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin	98
3.4	Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir.....	104
3.5	Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Kunjungan 1	106
3.6	Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Kunjungan 2	108
3.7	Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Kunjungan 3	109
3.8	Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Kunjungan 4.....	110
3.9	Asuhan Kebidanan Neonatus 1	112
3.10	Asuhan Kebidanan Neonatus 2.....	113
3.11	Asuhan Kebidanan Neonatus 3.....	114
3.12	Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Kunjungan 1	115
3.13	Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Kunjungan 2	116

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil TM III.....	118
4.2 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin.....	128
4.3 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas	134
4.4 Asuhan Kebidanan Neoantus	140
4.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....	146

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	149
5.2 Saran.....	149

DAFTAR PUSTAKA	151
-----------------------------	------------

LAMPIRAN.....	153
----------------------	------------

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perubahan-perubahan <i>Uterus</i> selama Kehamilan	8
Tabel 2.2	Skor Poedji Rochjati	22
Tabel 2.3	Perubahan-perubahan <i>Uterus</i> selama <i>post partum</i>	60
Tabel 2.4	Kunjungan masa nifas	62
Tabel 2.5	Penilaian Apgar Skor	68
Tabel 3.1	Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu	90
Tabel 4.1	Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel ANC.....	119
Tabel 4.2	Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel Persalinan.....	128
Tabel 4.3	Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel PNC.....	135
Tabel 4.4	Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Neonatus.....	143
Tabel 4.5	Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Keluarga Berencana.....	147

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan Penelitian	153
Lampiran 2. Surat Balasan dari Dinkes	154
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Bidan	155
Lampiran 4. Lembar <i>Informed Consent</i>	156
Lampiran 5 Surat Pernyataan Kesanggupan Pasien	157
Lampiran 6. Lembar Identitas Pasien	158
Lampiran 7. Lembar KIA	159
Lampiran 8. Lembar Skor Poedji Rochjati	160
Lampiran 9. Lembar Pemeriksaan Hasil USG.....	161
Lampiran 10. Lembar Catatan Kesehatan ibu bersalin	162
Lampiran 11. Lembar Observasi.....	163
Lampiran 12. Lembar Partograf.....	164
Lampiran 13. Lembar Catatan Kesehatan Ibu Nifas	165
Lampiran 14. Lembar Catatan Kesehatan Ibu KB	166
Lampiran 15. Lembar Catatan Keterangan Lahir	167
Lampiran 16. Lembar Catatan Kesehatan BBL	168
Lampiran 17. Lembar Catatan Imunisasi	169
Lampiran 18. Lembar Konsul Proposal LTA	170
Lampiran 18. Lemar Konsul LTA.....	172

DAFTAR SINGKATAN

A	: Aterm
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
CO ₂	: Karbondioksida
DJJ	: Detak Jantung Janin
DTT	: Dekontaminasi Tingkat Tinggi
G	: Gravida
Hb	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPP	: <i>Hemoragic post partum</i>
IM	: Intramuskuler
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
ISK	: Infeksi Saluran Kemih

IUFD	: <i>Intra Uteri fetal Death</i>
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
LILA	: Lingkar Lengan Atas
N	: Nadi
O ₂	: Oksigen
P	: Para
PAP	: Pintu Atas Panggul
PUS	: Pasangan Usia Subur
RR	: Respirasi Rate
S	: Suhu
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: <i>Secsio Cesaria</i>
SOAP	: Subyektif Obyektif Analisa Penatalaksanaan
TBC	: Tuberculosis
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan

USG : Ultrasonografi
VT : Vagina Toucher
WHO : *World Health Organisation*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berbagai masalah yang menyertai ibu hamil saat ini semakin sering dijumpai, hal ini terjadi seiring banyaknya kasus yang ditemukan di dunia kebidanan terkait dengan tanda bahaya yang menyertai ibu hamil. Salah satu kasus patologi yang menyertai ibu hamil dan mempengaruhi persalinan dan janin yaitu kehamilan dengan riwayat *abortus*. Menurut Pudji Rochyati (2003) Kehamilan dengan riwayat *abortus* merupakan kehamilan yang dapat meningkatkan bahaya dan komplikasi pada ibu dan janin, Seperti pada persalinan prematuritas dan berat badan bayi lahir rendah.

Menurut *World Health Organization* (WHO) persentase kemungkinan terjadinya *abortus* cukup tinggi, sekitar 15-40% angka kejadian di ketahui pada ibu yang sudah dinyatakan positif hamil, dan 60-70% angka *abortus* terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 12 minggu (Lestariningsih, 2008). Di Indonesia di perkirakan ada 5 juta kehamilan per tahun, dengan demikian setiap tahun terdapat 500.000-750.000 dengan riwayat *abortus* (Profil Kesehatan Indonesia 2013). Di Provinsi Jawa Timur angka kematian ibu (AKI) sekitar 291 kematian hingga Agustus 2014, 26 % diantaranya di kematian dikarenakan perdarahan yang ada kaitannya dengan *abortus* (Profil Kesehatan Jatim, 2011). Sedangkan untuk AKI di Kabupaten Jombang pada tahun 2012 adalah 18 orang. Prioritas penyebab langsung kematian ibu diantaranya adalah *abortus* sebanyak (5%), sedangkan perdarahan menempati presentasi tertinggi (Portal Pemerintah Kabupaten Jombang, 2012). Data

diBPM Ny.YuniWidaryanti,Amd.KebKabupatenJombangpada tahun 2015 ditemukandari 287 Ibuhamilada 9 Ibuhamil yang mempunyairiwayat abortus.

Berdasarkan study kasus yang dilakukan pada tanggal 09 Januari 2016 di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb di Desa Sumber mulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang bahwa ada salah satu ibu hamil pada Ny “R” G₂P₀₀₀₁₀ yang pernah mengalami riwayat abortus pada kehamilan pertama di usia kehamilan 12 minggu, di karenakan faktor kelelahan yang mengakibatkan perdarahan, oleh karena itu dianjurkan pada ibu untuk segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan. Kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Selanjutnya dianjurkan ibu untuk USG, keterangan dari Bidan Yuni Widaryati, Amd.Keb bahwa hasil USG menyatakan tidak ada sisa yang tertinggal. Dengan demikian kehamilan Ny “R” termasuk dalam kehamilan resiko tinggi.

Penyebab dari terjadinya *abortus* antara lain yaitu faktor genetik, faktor psikologis, faktor bapak/ibu, faktor janin dan faktor anatomi genital (Sarwono, 2011). Selain itu penyebab terjadinya *abortus* dapat juga disebabkan oleh paritas, usia ibu, penyakit infeksi, penyakit kronis, kelainan endokrin, malnutrisi, anemia, umur kehamilan, pemakaian obat, dan faktor lingkungan antara lain: alkohol, tembakau, kafein dan radiasi (Ai Yeyeh Rukiyah, 2010). Akibat dari riwayat *abortus* antara lain dapat terjadi perdarahan yang hebat terhadap kehamilan, dan infeksi sampai terjadinya sepsis. Dampak terhadap persalinan dapat meningkatkan resiko lahir prematur, Pada masa nifas riwayat *abortus* dapat menyebabkan infeksi,

sedangkan pada bayi sendiri dapat menyebabkan Berat Badan Lahir Rendah (Cunningham, 2013). Sedangkan menurut (Poedji Rochjati, 2003) dampak dari riwayat *abortus* dapat berakibat bayi lahir mati dalam kandungan. Sedangkan untuk penggunaan alat kontrasepsi yang cocok untuk ibu dengan riwayat abortus adalah MAL, kontrasepsi Pil, suntik, kondom dan implant (BKKBN, 2011).

Penanganan yang dilakukan oleh bidan pada ibu hamil dengan riwayat abortus, pada masa kehamilan sampai persalinan yaitu sebagai berikut ibu hamil wajib mendapatkan pelayanan ANC terpadu, mendapatkan P4 K (program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi), Menghadapi kehamilan risiko harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif sampai dengan waktunya harus diambil sikap tegas dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan janinnya. Maka penanganan yang perlu diambil adalah ibu hamil untuk sementara waktu dianjurkan tidak melakukan aktifitas yang berlebihan atau melakukan hubungan seksual, tirah baring, makan-makanan bergizi dan seimbang. Solusinya jika terus berlangsung adanya pendarahan maka nilai kondisi janin (USG) dan lakukan konfirmasi kemungkinan adanya penyebab lain. Untuk tenaga kesehatan khususnya bidan memberikan komunikasi, informasi, edukasi (KIE) tentang bahaya kehamilan dengan riwayat abortus. Permasalahan tersebut membutuhkan perhatian yang lebih spesifik lagi dalam pemberian informasi kepada para ibu sehingga ibu hamil dapat melalui masa kehamilan dengan baik dan bayi yang dilahirkan sehat dengan begitu AKI dan AKB dapat berkurang.

Berdasarkan hal diatas maka peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian dengan judul “Asuhan Kebidanan komprehensif pada Ny “R” dengan riwayat abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.KebDesa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang”.

1.2 RumusanMasalah

Dari uraian diatas, maka rumusan masalahnya adalah “Bagaimana asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny “R” usia 26 tahun dengan kasus riwayat abortusmulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus sampai KB yang sesuai dengan standart Asuhan Pelayanan Kebidanan di BPM Yuni Widaryanti, Amd.KebDesa SumbermulyoKecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

1.3 TujuanPenyusunanLaporanTugasAkhir

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada Ny “R”dengan riwayat abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan ibu hamil trimester III pada Ny “R” dengan riwayat abortus di BPM YuniWidaryanti, Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang
2. Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny “R” dengan riwayat abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang

3. Melakukan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny “R” dengan riwayat abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang
4. Melakukan asuhan kebidanan Bayi Baru Lahir pada Bayi Ny “R” dengan riwayat abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang
5. Melakukan asuhan kebidanan Neonatus pada Bayi Ny “R” dengan riwayat abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang
6. Melakukan asuhan kebidanan Keluarga Berencana pada Ny “R” dengan riwayat abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan masukan dan wacana serta referensi perpustakaan untuk menambah ilmu pengetahuan mahasiswa prodi D III Kebidanan Stikes Insan Cendekia Medika Jombang.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan untuk menambah kajian pustaka.

2. Bagi Bidan

Dapat menerapkan manajemen kebidanan kepada pasien yang membutuhkan pelayanan kebidanan khususnya asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan riwayat abortus.

3. Bagi penulis

Penulis dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman secara langsung sekaligus bisa menerapkan ilmu yang diperoleh selama ini serta bisa membedakan adanya kesenjangan antara lahan praktek dan teori.

1.5 RuangLingkup

1.5.1 Sasaran

Sasaran dalam asuhan *komprehensif* ini adalah Ny “R” dengan riwayat abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang Wilayah kerja Puskesmas Mayangan Kabupaten Jombang. Mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB yang dilakukan sesuai standart asuhan kebidanan.

1.5.2 Tempat

BPM Yuni widaryanti, Amd.Keb yang terletak di Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

1.5.3 Waktu

Asuhan kebidanan ini dilaksanakan pada bulan Januari sampai dengan Mei tahun 2016.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan TM III

2.1.1 Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan TM III adalah triwulan terakhir dari masa kehamilan yakni minggu ke-28 sampai dengan minggu ke 38-42 karakteristik utama perkembangan intrauterin pada trimester ketiga adalah penyempurnaan struktur organ khusus atau detail dan penyempurnaan fungsi berbagai system organ (Sukarni, 2013)

Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan, yaitu :

1. Triwulan I antara 0 – 12 minggu
2. Triwulan II antara 12 – 28 minggu
3. Triwulan III antara 28 – 40 minggu. (Mochtar, 2012)

Trimester III sering disebut sebagai periode penantian. Trimester tiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi (Kusmiati, dkk, 2010).

2.1.2 Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan Trimester III

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Pada Trimester III *itmus* lebih nyata menjadi bagian *korpuseri* dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas *uterus*, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang

nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen yang lebih tipis. Batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding *uterus*, diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada dinding SBR.

- 1) 28 minggu; *fundus uteri* terletak kira-kira tiga jari diatas pusat atau $1/3$ jarak antara pusat ke *prosesus xifoideus*(25 cm).
- 2) 32 minggu; *fundus uteri* terletak kira-kira antara $1/2$ jarak pusat *prosesus xifoideus*(27 cm).
- 3) 36 minggu; *fundus* kira-kira 1 jari dibawah *prosesus xifoideus*(30 cm)
- 4) 40 minggu; *fundus uteri* terletak kira-kira 3 jari dibawah *prosesus xifoideus*(33 cm).

Tabel 2.1 Ukuran TFU Menurut Satuan *Mc. Donald* Berdasarkan Usia Kehamilan Tiap Minggu

UK	TFU
22-28 minggu	24-25 cm di atas <i>simfisis</i>
28 minggu	26,7 cm di atas <i>simfisis</i>
30 minggu	29,5-30 cm di atas <i>simfisis</i>
32 minggu	29,5-30 cm di atas <i>simfisis</i>
34 minggu	31 cm di atas <i>simfisis</i>
36 minggu	32 cm di atas <i>simfisis</i>
38 minggu	33 cm di atas <i>simfisis</i>
40 minggu	37,7 cm di atas <i>simfisis</i>

(Sumber: Mochtar, 2012)

Setelah minggu ke-28 kontraksi *brakton hicks* semakin jelas, terutama pada wanita yang langsing. Umumnya akan menghilang

bila wanita tersebut melakukan latihan fisik atau berjalan. Pada minggu – minggu terakhir kehamilan kontraksi semakin kuat sehingga sulit dibedakan dari kontraksi untuk memulai persalinan.

b. Vagina dan Vulva

Karena pengaruh estrogen, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan porsio serviks disebut tanda chadwick.

c. Dinding Perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya selaput elastis dibawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

2. Sistem *traktus uranius*

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pinggul atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali.

3. Sistem pernafasan

Pada kehamilan 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas.

4. Kenaikan berat badan

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahan BB pada kehamilan trimester tiga 0,5 kg/ minggu. Jadi penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11 -12 kg.

Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:

- 1) Janin, uri, air ketuban, uterus
- 2) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air.

5. Tulang dan gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen – ligamen melunak (softening). Juga terjadi sedikit pelebaran pada ruang persendian. Apabila konsumsi kalsium ibu tidak cukup maka bisa menyebabkan gingivitis kehamilan.

6. Sistem *musculoskeletal*

Sendi *pelvic* pada saat kehamilan sedikit dapat bergerak.

Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok.

7. Persiapan Laktasi

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi ASI (Prolaktin) dan pengeluaran ASI (Oksitosin). Selama kehamilan hormone prolactin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh *hormone progesterone* yang masih tinggi. Kadar *estrogen* dan *progesteron* akan menurun pada hari

kedua atau ketiga pasca persalinan, sehingga terjadi sekresi ASI.

Pada proses laktasi terdapat dua *reflek* yang berperan, yaitu *reflek prolactin* dan *reflek* aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu dikarenakan isapan bayi.

8. Sistem Sirkulasi Darah

a. Volume darah

Volume darah dan volume plasma darah naik pesat kira – kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti penambahan curam jantung (cardiac output) yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$. Akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan.

b. Protein darah

Gambaran protein dalam serum berubah jumlah protein albumin, dan gamaglobulin meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. Beta – globulin dan fibrinogen terus meningkat.

c. Hitung jenis dan hemoglobin

Hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relative volume plasma darah jumlah eretrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport O^2 yang sangat diperlukan selama kehamilan. Kosentrasi Hb terlihat menurun, dan leokosit meningkat sampai 10.000/cc, begitu pula dengan produksi trombosit.

d. Jantung

Pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan.(Mochtar, 2012)

2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologi pada Kehamilan Trimester III

Perubahan psikologi yang terjadi pada trimester III adalah :

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan khawatir akan keselamatannya.
4. Khawatir bayinya akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
5. Merasa sedih ketika akan terpisah dari bayinya.
6. Merasa kehilangan perhatian.
7. Perasaan mudah terluka (sensitif).
8. Libido menurun.(Sulistyawati, 2014)

2.1.4 Perubahan Pertumbuhan Janin pada kehamilan TM III

Pertumbuhan dan perkembangan janin pada trimester III yaitu: penyempurnaan struktur organ khusus atau detail dan penyempurnaan fungsi berbagai sistem organ.

Janin usia 28 minggu

- a. Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu.
- b. Surfaktan terbentuk di dalam paru – paru.

- c. Mata mulai membuka dan menutup
- d. Ukuran janin $2/3$ saat lahir.

Janin usia 32 minggu

- a. Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir.
- b. Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor.
- c. Bayi sudah tumbuh 38 – 43 cm.

Janin usia 36 minggu

- 1. Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar bayak.
- 2. Antibodi ibu ditransfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai system kekebalan bayi bekerja sendiri. (Sulistiyawati, 2014)

2.1.5 Kebutuhan pada ibu hamil Trimester III

1. Kebutuhan nutrisi

a. Kalori

Kebutuhan kalori ibu selama kehamilan adalah 70.000-80.000 kilo kalori (Kkal), dengan penambahan berat badan ibu mencapai 12,5 kg. Pertambahan kalori ini pun diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir kehamilan. Untuk itu tambahan kalori yang diperlukan ibu setiap hari adalah sekiraat 285-300 Kkal. Tambahan kalori ini diperlukan untuk pertumbuhan jaringan janin dan plasenta serta menambah volume darah serta cairan amnion (ketuban). Selain itu kalori

juga berguna sebagai cadangan ibu untuk keperluan melahirkan dan menyusui nanti.

b. Memberikan zat besi

Dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang, dan asam folat 500 mg minimal masing-masing 90 tablet.

c. Protein

Selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, ikan dan keju karena mengandung asam amino yang lengkap. Susu dan produk susu disamping sebagai sumber protein juga kaya akan kalsium.

d. Asam folat (B9)

Asam folat merupakan satu – satunya vitamin yang kebutuhannya dua kali lipat selama hamil. Asam folat sangat berperan dalam metabolisme normal makanan menjadi energi, pematangan sel darah merah, sintesis DNA, pertumbuhan sel, dan pembentukan heme. Jika kekurangan asam folat maka ibu dapat menderita anemia megaloblastik dengan gejala diare, depresi, lelah berat, dan selalu mengantuk. Jika kondisi ini terus berlanjut dan tidak segera ditangani maka pada ibu hamil akan menjadi BBLR, ablosia plasenta, dan kelainan bentuk tulang belakang janin. Pada wanita hamil diperlukan asam folat

sebanyak 400-800 mg setara dengan 2 gelas susu atau sama dengan 0,4 sampai 0,8 mg (Sulistyawati, 2014)

e. Kalsium

Kalsium yang dibutuhkan ibu hamil mencapai 1200/1500 mg/hari. Kalsium mengandung mineral yang penting untuk pertumbuhan janin dan membantu kekuatan kaki serta punggung. (Sukarni, 2013)

2. Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini:

- a. Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara.
- d. Mamakai sepatu dengan hak yang rendah.
- e. Pakaian dalam yang selalu bersih.

3. Perawatan payudara

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara:

- a. Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara.
- b. Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat.
- c. Jika ditemukan cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai. (Sulistyawati, 2014)

4. Eliminasi (BAB/BAK)

Akibat pengaruh progesteron, tonus otot traktus digestivus menurun akibatnya motilitas saluran pencernaan berkurang dan menyebabkan obstipasi. Untuk mencegah hal tersebut sebaiknya ibu hamil cukup minum air putih yakni lebih dari 8 gelas perhari serta diet makan makanan yang mengandung serat serta tidak dianjurkan untuk memberikan obat-obat perangsang dengan laxon.

5. Mobilisasi dan Body Mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, memasak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat.

6. Istirahat/Tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya, karena tidur dan istirahat yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan pertumbuhan dan perkembangan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan pada siang hari selama 1 jam.

7. Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Persiapan wanita untuk melahirkan dikaji, apakah pasangan tersebut sudah menyusun rencana melahirkan atau belum. Penyuluhan tentang pra-melahirkan membantu orang tua melakukan transisi dari peran orang tua yang menanti kelahiran

bayi menjadi orang tua yang bertanggung jawab atas bayi mereka yang baru lahir.

8. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang persalinan.

Koitus tidak dibenarkan bila :

- e. Terdapat perdarahan pervaginam
- f. Terdapat riwayat abortus berulang
- g. Abortus/partus immaturus imminens
- h. Ketuban pecah
- i. Serviks telah membuka. (Sulistyawati, 2014).

9. Kebutuhan Psikologi

a. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil terutama menjelang persalinan, terutama dukungan dari orang terdekat. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Walyani, 2015).

b. Dukungan dari tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan dapat memberikan peranannya melalui dukungan aktif yaitu melalui kelas antenatal dan dukungan pasif dengan memberikan kesempatan kepada ibu hamil yang mengalami masalah untuk berkonsultasi (Walyani, 2015).

c. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Peran keluarga khususnya suami sangat diperlukan bagi seorang wanita hamil. Keterlibatan dan dukungan yang diberikan suami kepada kehamilan akan mempererat hubungan antara ayah anak dan suami istri. Dukungan yang diberikan akan membuatnya lebih tenang dan nyaman dalam kehamilannya terutama menjelang persalinan (Walyani, 2015).

10. Senam pada Ibu Hamil

a. Definisi

Senam hamil adalah latihan-latihan olahraga bagi ibu hamil yang bertujuan untuk penguatan otot - otot kaki, mencegah varises, dan memperpanjang nafas, menguatkan otot kaki.

b. Manfaat Senam Hamil

Berikut ini adalah beberapa manfaat senam hamil.

- 1) Memperkuat Kelenturan otot
- 2) Melatih Teknik Pernapasan
- 3) Melatih Relaksasi
- 4) Mengurangi Keluhan
- 5) Melancarkan Persalinan

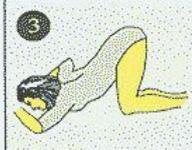
c. Tujuan Senam Hamil yang lain yaitu :

- 1) Meningkatkan kebutuhan oksigen dalam otot
- 2) Melancarkan peredaran darah
- 3) Mengurangi keletihan
- 4) Meredakan sakit punggung dan sembelit

5) Menenangkan pikiran dan tubuh

d. Waktu pelaksanaan senam hamil

Senam hamil dianjurkan dilakukan ketika janin dalam kandungan telah berusia lebih dari 6 bulan, karena saat itu kandungan sudah mulai kuat dan optimal untuk persiapan persalinan.

	<p>1 Duduk bersila dan tegak, kedua lengan mengarah ke depan dan relax. Dilakukan sebanyak mungkin sebagai posisi sehari - hari.</p>		<p>4 Berbaring miring ke kiri, lebih baik ke arah punggung bayi, lutut kanan diletakkan di depan lutut kiri, lebih baik diganjal bantal. Lutut kanan ditekuk di depan lutut kiri.</p>
	<p>2a Sikap merangkak, jarak antara kedua tangan sama dengan jarak antara kedua bahu, keempat anggota tubuh tegak lurus pada lantai dan badan sejajar dengan lantai. Lakukanlah kegiatan - kegiatan sebagai berikut :</p>	<p>(lebih baik diganjal bantal). Lengan kanan ditekuk di depan dan lengan kiri diletakkan dibelakang badan.</p>	
	<p>2b Tundukkan kepala, lihat perut bagian bawah dan pinggang diangkat sambil mengempiskan perut dan mengerutkan lubang dubur. Kemudian turunkan pinggang dengan mengangkat kepala sambil melemaskan otot-otot dinding perut dan otot dasar panggul. Lakukan gerakan ini sebanyak 8 kali.</p>		<p>5 Berbaring miring, kedua lutut dan kedua lengan ditekuk, dibawah kepala diberi bantal dan di bawah perutpun sebaiknya diberi bantal, agar perut tidak menggantung. Tutupkan mata, tenang dan atur pernafasan dengan teratur dan berirama.</p>
	<p>2c</p>		<p>6 Berbaring terlentang, kedua lutut dipegang oleh kedua tangan dan relax. Lakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :</p>
	<p>3 Sikap merangkak, letakkan kepala di antara kedua tangan lalu menoleh kesamping kiri/kanan, kemudian turunkan badan sehingga dada menyentuh kasur dengan menggeser siku sejauh mungkin kesamping. Bertahanlah pada posisi tersebut selama 1 menit, kemudian ditingkatkan menjadi 5-10 menit (sesuai kekuatan ibu hamil).</p>	<p>Berbaring terlentang, kedua lutut dipegang oleh kedua tangan dan relax. Lakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :</p>	<p>Buka mulut secukupnya tarik nafas dalam semaksimal mungkin, kemudian mulut ditutup lalu mengejan seperti buang air besar. Gerakannya kebawah badan dan ke depan. Setelah tidak dapat menahan karena lelah, kembali ke posisi awal, ulangi latihan ini sebanyak 3 - 4 kali, dengan interval 2 menit.</p>

Gambar 1.1 Senam Ibu Hamil

2.1.6 Tanda bahaya kehamilan Trimester III

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan lewat jalan lahir dapat berupa warna merah segar atau kehitaman, banyak dan berulang, disertai atau tidak disertai nyeri perut. Perdarahan ini bisa berarti plasenta previa (plasenta yang menutupi jalan lahir) atau *solusio* plasenta yakni terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta dari tempat perlekatannya pada dinding rahim sebelum bayi lahir.

2. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang ini disertai dengan penglihatan yang berkurang atau kabur, keduanya ini merupakan gejala dari *preeklamsi*.

3. Bengkak pada muka atau *ekstremitas*

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan *ekstremitas*, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan gejala *preeklamsi*.

4. Gerakan janin berkurang atau tidak terasa

Normalnya bayi bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Jika gerakan janin berkurang atau tidak ada sama sekali ini merupakan indikasi IUFD (*Intra Uteri fetal Death*)

5. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti *apendisitis*, kehamilan *ektopik*, penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, ISK atau infeksi lain.(Manuaba, 2012)

Tabel 2.2 Kategori Skor Poedji Rochjati

I	II	III	IV	
			Skor	Skor
	No	Masalah / Faktor resiko		
		Skor awal ibu Hamil	2	2
A	1	Terlalu muda hamil < 16 tahun	4	0
	2	a.Terlalu lambat hamil I,kawin \geq 4 tahun	4	0
		b.Terlalu tua hamil I, \geq 35 tahun	4	0
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 tahun)	4	0
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 tahun)	4	0
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4	0
	6	Terlalu tua umur \geq 35 tahun	4	0
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4	0
	8	Pernah gagal kehamilan	4	0
	9	Pernah melahirkan dengan :		
		a.Tarikan tang/vakum	4	0
		b.Uri dirogoh	4	0
		c.Diberi infuse/transfuse	4	0
	10	Pernah operasi sesar	8	0
B	11	Penyakit pada Ibu hamil		
		a.Anemia	4	0
		b.Malaria	4	0
		c.TBC	4	
		d.Payah jantung	4	0
		e.Kencing manis (diabetes)	4	0
		f.Penyakit menular seksual	4	0
	12	Bengkak pada muka/tungkai dengan TD tinggi	4	0
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	0
	14	Hamil kembar air (hydramnion)	4	0
	15	Bayi mati dalam kandungan	4	0
	16	Kehamilan lebih bulan	4	0
	17	Letak sungsang	4	0
	18	Letak lintang	4	0
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8	0
	20	Preeklamsi berat / kejang-kejang	8	0
		Jumlah skor (A+B)		

Kehamilan				Kehamilan Dg resiko		Rujukan		
Jumlah Skor	Kelompok Resiko	Perawatan	Rujukan	Tempat	Penolong	RDB	RDR	RTN
2	KRR	Bidan	Tidak Dirujuk	Rumah Polindes	Bidan			
6-10 ≥12	KRT KRST	Bidan Dokter Dokter	Bidan PKM RS	Polindes PKM/RS RS	Bidan Dokter Dokter			

(Sumber: Depkes RI, 2013)

2.2 Konsep Riwayat Abortus

2.2.1. Pengertian

Kehamilan dengan riwayat abortus merupakan kehamilan yang dapat meningkatkan bahaya dan komplikasi pada ibu dan janin, seperti perdarahan yang disebabkan oleh abortus pada kehamilan, pada persalinan dapat menyebabkan prematuritas dan pada bayi dapat menyebabkan berat badan bayi lahir rendah. (Sarwono, 2009)

Wanita dengan riwayat abortus mempunyai resiko yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan prematur, abortus berulang, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). (Cunningham, 2006)

2.2.2. Dampak Riwayat Abortus

1. Dampak Riwayat Abortus Pada Kehamilan Berikutnya

- a. Timbul luka-luka dan infeksi-infeksi pada dinding alat kelamin dan merusak organ-organ didekatnya seperti kandung kencing atau usus.
- b. Robek mulut rahim sebelah dalam (satu otot lingkar). Hal ini dapat terjadi karena mulut rahim sebelah dalam bukan saja

sempit dan perasa sifatnya, tetapi juga kalau tersentuh, maka ia menguncup kuat-kuat.

- c. Terjadi perdarahan. Biasanya perdarahan itu berhenti sebentar, tetapi beberapa hari kemudian atau beberapa minggu timbul kembali.
- d. Bisa terjadi persalinan premature pada bayi.
- e. Bisa terjadi abortus berulang.
- f. Kemandulan pada ibu.

2. Dampak Riwayat Abortus Pada Persalinan

a. Perdarahan

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang melebihi 500cc dalam jam pertama setelah lahir. Perdarahan sesudah 24 jam setelah anak lahir disebut perdarahan post partum yang lambat dan biasanya disebabkan oleh jaringan plasenta yang tertinggal.

b. Persalinan premature

Persalinan premature adalah persalinan yang berlangsung pada umur kehamilan 20-37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.

3. Dampak Riwayat Abortus Pada Nifas

Komplikasi pada ibu nifas dengan riwayat *abortus* dapat berupa perdarahan, infeksi, syok akibat perdarahan dan infeksi sepsis. Hal ini di karenakan Pada kasus riwayat *Abortus* infeksi mungkin terjadi bila ibu tidak menyadari kehamilannya

sebelumnya, sehingga menyangka perdarahan yang di alami hanya perdarahan biasa. Keadaan ini yang menyebabkan hasil konsepsi yang tidak di keluarkan sebagaimana akan mengakibatkan peradangan yang menjalar ke kandungan, sehingga mengakibatkan *infeksi* pada jaringan sekitar.

4. Dampak Riwayat Abortus Pada Bayi Baru Lahir

Dampak pada bayi baru lahir dengan ibu riwayat *abortus* dapat berakibat Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) dan Bayi Lahir Mati. Hal ini dapat di bedakan menjadi tiga faktor yaitu, faktor ibu, faktor bayi dan faktor lingkungan. Karna pada ibu dengan Riwayat *Abortus* 2 atau 3 kali dapat berakibat mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan janin sehingga mengakibatkan BBLR atau Bayi Lahir Mati (Cunningham, 2013).

5. Penanganan Pada Ibu Riwayat Abortus:

- a. Memberikan konseling tentang pentingnya ANC terpadu.
- b. Memberikan konseling tentang tanda bahaya dengan kehamilan riwayat abortus.
- c. Memberikan konseling nutrisi yang baik untuk ibu hamil dengan riwayat abortus.
- d. Memberikan konseling tentang pentingnya istirahat yang cukup

2.2.3. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan abortus menurut (Ai

YeyehRukiyah, 2010) antara lain :

1. Faktor Janin

Faktor janin penyebab keguguran adalah kelainan genetik, dan ini terjadi pada 50%-60% kasus keguguran, faktor kelainan yang paling sering dijumpai pada abortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, yakni :

- a. Kelainan telur, telur kosong (*blighted ovum*), kerusakan embrio, atau kelainan kromosom, (monosomi, trisomi, atau poliploidi).
- b. Embrio dengan kelainan lokal.
- c. Abnormalitas pembentukan placenta (*hipoplasi trofoblas*).
- d. Faktor Ibu :
 - 1) Kelainan endokrin (hormonal) misalnya kekurangan tiroid, kencing manis.
 - 2) Factor kekebalan (imunologi) misalnya pada penyakit lupus, *Anti phospholipid syndrome*.
 - 3) Infeksi, diduga akibat beberapa infeksi , diduga akibat beberapa virus seperti cacar air, campak jerman, toksoplasma, herpes, kiamida.
 - 4) Kelemahan otot leher rahim.
 - 5) Kelainan bentuk rahim.
- e. Faktor Bapak, Kelainan kromosom dan infeksi sperma diduga dapat menyebabkan abortus.
- f. Faktor Genetik

sekitar 5% abortus terjadi karena faktor genetik. Paling sering ditemukannya kromosom trisomi dengan trisomi 16. Penyebab yang paling sering menimbulkan abortus spontan adalah abnormalitas kromosom pada janin. Lebih dari 60% abortus spontan yang terjadi pada trimester pertama menunjukkan beberapa tipe abnormalitas genetik. Abnormalitas genetik yang paling sering terjadi adalah aneuploidi (abnormalitas komplikasi kromosom) contohnya trisomi autosom yang menyebabkan lebih dari 50% abortus spontan.

g. Faktor anatomi kongenital

Dan didapat pernah dilaporkan timbul 10-15% wanita dengan abortus spontan yang rekuren ; Lesi anatomi kongenital yaitu kelainan duktus Mullerian (uterus bersepta). Duktus Mullerian biasanya ditemukan ditrimester kedua, kelainan arteri uterine yang membahayakan aliran darah endometrium, kelainan yang didapat misalnya adhesi intrauteri (*synecha*), leiomioma, dan endometriosis, Abnormalis anatomi maternal yang dihubungkan dengan kejadian abortus spontan yang berulang termasuk inkompetensi serviks, kongenital dan defek uterus yang didapatkan (*acquired*).

h. Pemeriksaan yang dapat dianjurkan kepada pasien adalah

pemeriksaan USG dan HSG.

Dari pemeriksaan USG sekaligus juga dapat mengetahui adanya suatu mioma terutama jenis submukosa. Mioma submukosa

merupakan salah satu faktor mekanik yang dapat mengganggu implantasi hasil konsepsi. Jika terbukti adanya mioma pada pasien ini maka perlu di eksplorasi lebih jauh mengenai keluhan dan harus dipastikan apakah mioma ini berhubungan langsung dengan adanya ROB pada pasien ini. Hal ini penting karena mioma yang mengganggu mutlak dilakukan operasi.

i. Faktor endokrin

- 1) Faktor endokrin berpotensi menyebabkan aborsi pada sekitar 10-20% kasus.
- 2) Insufisiensi fase luteal (fungsi corpus luteum yang abnormal dengan tidak cukupnya produksi progesterone).
- 3) Hipotiridisme, hipoprolaktinemia, diabetes dan sindrom polikistik ovarium merupakan faktor kontribusi pada keguguran.

j. Kenaikan insiden abortus

Bisa disebabkan oleh hipertiroidismus, diabetes mellitus dan defisiensi progesterone.

k. Faktor Infeksi

Infeksi termasuk infeksi yang diakibatkan oleh (TORC, Toksoplasma, Rubella, Cytomegalovirus) dan malaria. Infeksi intrauterine sering dihubungkan dengan abortus spontan berulang.

l. Faktor Imunologi

Terdapat antibodi kardiolipit yang mengakibatkan pembekuan

darah diblakang ari-ari sehingga mengakibatkan kematian janin karena kurangnya aliran darah karena ari-ari tersebut.

m. Penyakit-penyakit kronis yang melemah

Pada awalnya kehamilan, penyakit-penyakit yang melemahkan keadaan ibu, misalnya penyakit tuberculosis atau karsinomatosis jarang menyebabkan abortus, sebaliknya pasien penyakit tersebut sering meninggal dunia tanpa melahirkan.

n. Faktor Nutrisi

Malnutrisi yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar menjadi presdiposisi abortus. Meskipun demikian, belum ditemukan bukti yang menyatakan bahwa defisiensi salah satu atau semua nutrient dalam makanan merupakan suatu penyebab abortus yang penting.

o. Obat-obat rekreasional dan toksin lingkungan

Peranan dalam menggunakan obat-obatan rekreasional tertentu yang dianggap teratogenik harus dicari dan anamnesa seperti tembakau dan alkohol, yang berperan karena jika ada kemungkinan hal ini merupakan salah satu yang berperan.

p. Faktor psikologis

Dibuktikan bahwa ada hubungan antara abortus yang berulang dengan keadaan mental akan tetapi belum dapat dijelaskan sebabnya. Yang peka terhadap terjadinya abortus adalah wanita yang belum matang secara emosional dan sangat penting dalam menyelamatkan kehamilan. Usaha-usaha dokter untuk mendapat

kepercayaan pasien, dan menerangkan segala sesuatu kepadanya, sangat membantu.

2.2.4 Penanganan Pada Ibu Riwayat Abortus:

- a. Memberikan konseling tentang pentingnya ANC terpadu.
- b. Memberikan konseling tentang tanda bahaya dengan kehamilan riwayat abortus.
- c. Memberikan konseling nutrisi yang baik untuk ibu hamil dengan riwayat abortus.
- d. Memberikan konseling tentang pentingnya istirahat yang cukup.

2.2.5 Konsep SOAP Ibu Hamil Dengan Riwayat Abortus

Pengkajian focus pada kunjungan ANC (*Antenatal care*) ulang (Suryati, 2011)

S: Data subjektif

Data subjektif berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah : (Suryati, 2011)

- a. Menanyakan perasaan ibu pada kunjungan ini
- b. Menanyakan masalah yang dihadapi
- c. Menanyakan gerakan janin dalam 24 jam terakhir
- d. Menanyakan tanda-tanda bahaya yang mungkin dialami ibu saat ini (Saminem, 2010)

O: Data Objektif

Setelah data subjektif, untuk melengkapi data kita dalam menegakkan diagnose, maka perlu dilakukan pengkajian data

objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan.

1. Pemeriksaan keadaan umum :

- a. Keadaan umum
- b. Kesadaran
- c. Postur tubuh
- d. Tinggi badan
- e. Berat badan
- f. Lila (lingkar lengan) pada bagian kiri

2. Pemeriksaan tanda-tanda vital :

- a. Tekanan Darah
- b. Nadi
- c. Pernafasan
- d. Suhu Tubuh

3. Pemeriksaan fisik

Tujuan untuk melihat keadaan klien, gejala kehamilan dan adanya kelainan

- a. Mata : menilai keadaan conjungtiva pucat atau tidak
- b. Muka : menilai raut wajah pucat atau tidak
- c. Bibir : menilai warna bibir pucat atau tidak
- d. Leher : adanya pembesaran kelenjar tiroid atau tidak
- e. Mengukur tinggi fundus uteri dengan meteran
- f. Melakukan palpasi abdomen untuk mengetahui letak posisi dan penurunan kepala janin

g. Mengukur frekuensi denyut jantung pada kehamilan >28 minggu (Saminem, 2010)

4. Pemeriksaan Laborat

- a. Darah : untuk mengetahui golongan darah
- b. Urine : untuk mengetahui urine reduksi dan kadar albumin urine

5. Analisa Data

Diagnosa ditegakkan berdasarkan pengkajian data yang diperoleh : G...P...UK...mgg, dengan riwayat Abortus (Saminem, 2010)

6. Penatalaksanaan :

- a. Penyuluhan tentang persiapan kelahiran atau tindakan kegawat daruratan
- b. Menjelaskan kepada ibu tentang ketidak nyamanan normal yang mungkin dialami
- c. Menanyakan kepada ibu tentang kondisi nutrisi, tambahan zat besi dan suntikan anti tetanus
- d. Ajarkan ibu mengenai : (sesuai usia kehamilan)
 - 1) Pemberian asi
 - 2) KB
 - 3) Latihan olah raga ringan
 - 4) Istirahat
 - 5) Nutrisi
 - 6) Perkembangan janin

- e. Diskusikan mengenai rencana persiapan kelahiran atau kegawat daruratan
- f. Ajari ibu tanda-tanda bahaya, pastikan ibu memahami apa yang akan dilakukan jika menemukan tanda bahaya
- g. Jadwalkan kunjungan berikutnya
- h. Mencatat kunjungan dengan SOAP (Saminem, 2010)

2.3 Konsep Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Hidayat, 2010)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan di akhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistiyawati, 2013)

Menurut Manuaba, 2008, persalinan dibagi 3 macam:

1. Persalinan spontan. Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan dan tenaga dari sendiri.

2. Persalinan Buatan. Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
3. Persalinan anjuran. Bila persalinan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan merangsang.

2.3.2 Proses Terjadinya Persalinan

Terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his.

Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot rahim menyebabkan:

1. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama primigravida minggu ke-36.
2. Perut lebih melebar karena fundus uteri turun
3. Muncul saat nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus Frankenhauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu)
4. Terjadi pelunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim
5. Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

2.3.3 Tanda-tanda persalinan:

Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh ibu hamil dengan tanda – tanda sebagai berikut.

1. Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
2. Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal.
3. Kesulitan saat berjalan

4. Sering berkemih

2.3.4 Teori proses terjadinya persalinan:

Terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his.

Tanda persalinan:

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang makin pendek.
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir campur darah).
3. Dapat disertai ketuban pecah.
4. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (pelunakan serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks).(Sulistyawati, 2009).

2.3.5 Tahapan Dalam Persalinan

1. Kala I

Adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai lengkap. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

2. Kala II

Gejala utama:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, durasi 50-100 detik.

- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan.
- d. Kedua kekuatan, his dan mengajani lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar
- f. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong.
- g. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabuch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta, tanda-tandanya: uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan.

4. Kala IV

Dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum sering terjadi 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital

(tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, kontraksi uterus, terjadinya perdarahan). Perdarahan normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati, 2013).

2.3.6 Proses persalinan dengan 58 langkah APN

Tatalaksana pada kala II, III, dan IV tergabung dalam 58 langkah

APN yaitu:

1. Mengenali tanda dan gejala kala dua
2. Memeriksa tanda berikut:
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
 - c. Perineum menonjol dan menipis.
 - d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
3. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.

- a. Klem, gunting, benang tali pusat, penghisap lendir steril/DTT siap dalam wadahnya
- b. Semua pakaian, handuk, selimut dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat
- c. Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi, dan termometer dalam kondisi baik dan bersih
- d. Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai di dalam partus set/wadah DTT

- e. Untuk resusitasi: tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.
 - f. Persiapan bila terjadi kegawat daruratan pada ibu: cairan kristaloid, set infuse
 - g. Kenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kacamata.
 - h. Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan dengan handuk atau tisu bersih.
 - i. Pakai sarung tangan steril/DTT untuk pemeriksaan dalam.
 - j. Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit.
4. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik
- a. Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
 - b. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi bila

selaput ketuban belum pecah, dengan syarat: kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba.

- c. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.
- d. Periksa denyut jantung janin (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 kali/menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

5. Menyiapkan Ibu dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran

- a. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
- b. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman. Anjurkan ibu untuk cukup minum.
- c. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- d. Perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- e. Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- f. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan

untuk meneran dalam 60 menit.

6. Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi

- a. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- b. Letakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu.
- c. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- d. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

7. Membantu Lahirnya Kepala

- a. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran sambil bernapas cepat dan dangkal.
- b. lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi.
- c. Jika lilitan tali pusat di leher bayi masih longgar, selipkan tali pusat lewat kepala bayi. Jika lilitan tali pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting di antaranya. Jangan lupa untuk tetap lindungi leher bayi.
- d. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

8. Membantu Lahirnya Bahu

- a. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.
- b. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis seperti pada gambar berikut.
- c. Gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- d. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- e. Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

9. Penanganan Bayi Baru Lahir

- a. Lakukan penilaian selintas dan jawablah tiga pertanyaan berikut untuk menilai apakah ada asfiksia bayi:
 - 1) Apakah kehamilan cukup bulan?
 - 2) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
 - 3) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

- b. Bila tidak ada tanda asfiksia, lanjutkan manajemen bayi baru lahir normal. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu
- c. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya
- d. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering
- e. Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas dada atau perut ibu
- f. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).

10. Manajemen Aktif Kala II

- a. Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik.
- b. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unitIM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- c. Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi (kecuali pada asfiksia neonatus, lakukan sesegera mungkin). Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.
- d. Potong dan ikat tali pusat.
- e. Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut (sambil

lindungi perut bayi). Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci. Lepaskan klem dan masukkan dalam larutan klorin 0,5%.

- f. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- g. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- h. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi.
- i. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- j. Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- k. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati, seperti gambar berikut, untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Jika uterus tidak segera

berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk menstimulasi putting susu.

- l. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kranial.
- m. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- n. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - 1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unitIM
 - 2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - 4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - 5) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir
 - 6) Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
- o. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan.
- p. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

- q. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- r. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/masase.
- s. Menilai Perdarahan
 - 1) Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh.
 - 2) Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif.

11. Melakukan Asuhan Pasca Persalinan (Kala IV)

- a. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- b. Mulai IMD dengan memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu minimal 1 jam).
 - 1) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui
 - 2) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 60-90 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke 45-60, dan

berlangsung selama 10-20 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

- 3) Tunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya dan biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
- 4) Bila bayi harus dipindah dari kamar bersalin sebelum 1 jam atau sebelum bayi menyusu, usahakan ibu dan bayi dipindah bersama dengan mempertahankan kontak kulit ibu dan bayi.
- 5) Jika bayi belum menemukan puting ibu - IMD dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya.
- 6) Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu. Lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K1, salep mata) dan kemudian kembalikan bayi kepada ibu untuk menyusu.
- 7) Kenakan pakaian pada bayi atau tetap diselimuti untuk menjaga kehangatannya.
- 8) Tetap tutupi kepala bayi dengan topi selama beberapa hari pertama. Bila suatu saat kaki bayi terasa dingin saat disentuh, buka pakaiannya kemudian telungkupkan

kembali di dada ibu dan selimuti keduanya sampai bayi hangat kembali.

- 9) Tempatkan ibu dan bayi di ruangan yang sama. Bayi harus selalu dalam jangkauan ibu 24 jam dalam sehari sehingga bayi bisa menyusui sesering keinginannya.

12. Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai:

- a. Timbang dan ukur bayi.
- b. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin atau antibiotika lain).
- c. Suntikkan vitamin K1 1 mg (0,5 mL untuk sediaan 2 mg/mL) IM di paha *kiri* anterolateral bayi.
- d. Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5 – 37,5°C).
- e. Berikan gelang pengenal pada bayi yang berisi informasi nama ayah, ibu, waktu lahir, jenis kelamin, dan tanda lahir jika ada.
- f. Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan (bibir sumbing/langitan sumbing, atresia ani, defek dinding perut) dan tanda-tanda bahaya pada bayi.

13. Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di *paha kanan* anterolateral bayi.

- a. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
- b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

14. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pecegahan perdarahan pervaginam:
 - a. Setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascasalin.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascasalin.
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascasalin.
 - d. Lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.
15. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, mewaspadaai tanda bahaya pada ibu, serta kapan harus memanggil bantuan medis.
16. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
17. Periksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascasalin.
 - a. Periksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pascasalin.
 - b. Lakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
18. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal ($36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$). Tunda proses memandikan bayi yang baru saja lahir hingga minimal 24 jam setelah suhu stabil.
19. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

20. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
21. Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
22. Pastikan ibu merasa nyaman.
 - a. Bantu ibu memberikan ASI.
 - b. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
 - c. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
23. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
24. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk yang kering dan bersih.
25. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV. (Kemenkes RI, 2013)

2.3.7 Konsep SOAP pada Persalinan

I. Kala I

S : Ibu merasa perutnya kenceng-kenceng sejak jam...

O : K/U ibu baik, kesadaran composmentis

TTV : TD : 110/70 – 120/80 mmHg

Nadi : 60-80x/ menit.

Suhu : 36,5 – 37,5°C

RR : 16-24 x/menit

VT: Pembukaan 1-10 cm kala I

Eff 40%

Blood show (+)

Presentasi : kepala

Denominator : UUK

Hodge : IV

Ketuban : Pecah / utuh, warna (jernih / keruh)

A : Ny "R" G₂ P₀ A₁ UK 37-40 minggu, inpartu kala I

P : Melakukan Manajemen aktif kala I

1. Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu.
2. Jika ibu tampak gelisah/ kesakitan:
 - a) Biarkan ibu berganti posisi sesuai keinginan, tapi jika ditempat tidur sarankan ibu untuk miring kiri.
 - b) Biarkan ibu untuk berjalan atau beraktifitas ringan sesuai kesanggupannya.
 - c) Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu.
 - d) Ajari teknik bernafas.
3. Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan oranglain tanpa seizin ibu.
4. Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluanya setelah buang air kecil/besar.

5. Jaga kondisi sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, suhu ruangan minimal 25° C dan semua pintu serta jendela harus ditutup.
6. Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi
7. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.
8. Pantau parameter secara rutin dengan menggunakan patrograf.
(Kemenkes RI, 2013)

II. Kala II

S : Ibu merasa adanya Doran, Teknus, Perjol, Vulka.

O : K/U : baik kesadran : komposmetis

DJJ : 120-160x/menit

His : 5x 10 menit x/ menit

VT : pembukaan 10 cm

A : P10011 memasuki Kala II

P : Melakukan Pertolongan Persalinan

APN 1- 27 langkah. (Kemenkes RI, 2013)

1. Memeriksa tanda beriku
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa ada tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan/vaginanya.
 - c. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
2. Patikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
3. Kenakan baju penutup atau memakai celemek plastic, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kaca mata.

4. Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan dengan handuk atau tisu bersih.
5. Pakai sarung tangan steril/DTT untuk pemeriksaan dalam.
6. Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit.
7. Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaanserviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi bila selaput ketuban belum pecah, dengan syarat: kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 kali/menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
11. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
12. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
20. Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi.
21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi
25. Lakukan penilaian selintas dan jawablah tiga pertanyaan berikut untuk menilai apakah ada asfiksia bayi :
 - a) Apakah kehamilan cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
 - c) Apakah tonus otot bayi baik/ bergerak aktif?bila tidak ada tanda asfiksia, lanjutkan manajemen bayi baru lahir normal.
26. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu
27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).

III. Kala III

S : Ibu merasa lega bayinya telah lahir, ibu mengatakan merasa mulas.

O : Bayi lahir jam..., BB 2500-4000gram, PB 45-52 cm, AS: 7-9

Bayi lahir langsung menangis, gerak aktif, tangis kuat.

TTV: T D : 110/70 – 120/80 mmHg

S : 36,5 – 37,5°C

Nadi : 60-80x/ menit.

RR : 16-24 x/menit

A : Ny... P1AI Inpartu Kala III

P : APN 28- 41 Langkah (Kemenkes RI, 2013)

28. Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 Unit IM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin!).
30. Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi (kecuali pada asfiksia neonatus, lakukan sesegera mungkin). Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Potong dan ikat tali pusat.
32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati, untuk mencegah terjadinya inversio uteri.

37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kranial, seperti gambar berikut.
38. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
40. Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh.
41. Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif.

IV. Kala IV

S : Ibu mengatakan badannya masih lemas, tapi ibu merasa lega dan bahagia dengan kelahiran bayi dan juga plasentanya.

O : Kontiledon dan selaput ketuban lengkap, panjang tali pusat 50 cm.

K/U : Cukup

TTV: TD : 110/70 – 120/80 mmHg

S : 36,5 – 37,5°C

RR : 16-24 x/menit

Nadi : 60-80 x/Menit.

Kontraksi Uterus : Baik

TFU : 2 jari di bawah pusat

Perdarahan : Tidak lebih dari 500 cc.

Lochea : rubra (merah)

ASI : keluar atau tidak

BAK/BAB : BAK 1 Kali, BAB Belum

Kandung Kemih : 150-200 cc

A : Ny "...” P..A.. jam post partum dengan keadaan

P : APN 42-58 Langkah (Kemenkes, 2013)

42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43. Mulai IMD dengan memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu minimal 1 jam).
44. Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai:
 - a. Timbang dan ukur bayi.
 - b. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrakisiklin 1% atau antibiotika lain).
 - c. Suntikkan vitamin K1 1 mg (0,5 mL untuk sediaan 2 mg/mL) IM di paha kiri anterolateral bayi.
 - d. Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5 – 37,5°C).
 - e. Berikan gelang pengenalan pada bayi yang berisi informasi nama ayah, ibu, waktu lahir, jenis kelamin, dan tanda lahir jika ada.

- f. Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan (bibir sumbing/langitan sumbing, atresia ani, defek dinding perut) dan tanda-tanda bahaya pada bayi.
45. Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral bayi.
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pecegahan perdarahan pervaginam:
47. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, mewaspadaai tanda bahaya pada ibu, serta kapan harusmemanggil bantuan medis. 48.Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
49. Periksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascasalin.
50. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5⁰C
51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelahdidekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

53. Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Pastikan ibu merasa nyaman.
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk yang kering dan bersih.
58. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.4 Konsep Dasar Masa Nifas

2.4.1 Pengertian masa nifas

Masa Nifas (*Puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungannya kembali seperti keadaan semula (Sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009)

Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. Selama masa ini, saluran reproduktif anatominya kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Rukiyah, 2011)

2.4.2 Pembagian Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode menurut (Sulistyawati, 2009):

1. *Puerperium* dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat genitalis yang lamanya 6 – 8 minggu.
3. *Remote puerperium*, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi

2.4.3 Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

1. Periode masa nifas merupakan waktu untuk terjadi stres, terutama ibu primipara.
2. Fungsi yang mempengaruhi untuk sukses dan lancarnya masa transisi menjadi orang tua.
3. Respon dan support dari keluarga dan teman dekat.
4. Riwayat pengalaman hamil dan melahirkan yang lalu.
5. Harapan/keinginan dan aspirasi ibu saat hamil dan melahirkan.
6. Periode ini diekspresikan oleh Reva Rubin yang terjadi 3 tahap menurut (Sulistyawati, 2009) yaitu :

a. *Taking In period*

Terjadi pada hari 1 - 2 setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat tergantung, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih

mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, kebutuhan tidur meningkat, nafsu makan meningkat.

b. *Taking Hold Period*

Berlangsung 2 - 4 hari post partum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

c. *Letting Go Period*

Dialami setelah tiba dirumah secara penuh merupakan pengaturan bersama keluarga, ibu menerima tanggung jawab sebagai ibu dan ibu menyadari atau merasa kebutuhan bayi yang sangat tergantung dari kesehatan sebagai ibu.

2.4.4 Perubahan Fisiologis

1. Pengerutan rahim (*involsi*)

Involsi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil.

Tabel 2.3 Perubahan-Perubahan Normal Pada Uterus Selama *Post Partum*

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cervik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan symphysis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

(Sumber :Sulistiyawati, 2009)

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Proses keluarnya darah nifas atau *lochea* terdiri atas 4 tahapan:

a. *Lochea rubra*

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi dan meconium.

b. *Lochea sanguinolenta*

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *post partum*.

c. *Lochea serosa*

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14

d. *Lochea alba*

Lochea ini mengandung *leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks* dan selaput jaringan yang mati berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

2. Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan bisa masuk rongga rahim; setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari (Muslihatun, 2010).

3. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat

besar selama proses melahirkan bayi. Dalam 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).

4. Perineum

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

Tabel 2.4 Kunjungan pada masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan. RUJUK bila ada perdarahan berlanjut! c. Pemberian Asi awal d. Melakukan hubungan antara ibu dan BBL. e. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hypotermi.
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal; uterus berkintraksi, fundus dibawah umbilikulus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau b. Menilai tidak adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit e. 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	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ibu atau bayi alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini
---	-----------------------------------	--

(Sumber: Sulistyawati, 2009)

2.4.5 Konsep SOAP pada Ibu nifas

S : Pernyataan atau keluhan pasien

Pada Ibu post partem biasanya keluhan yang muncul yaitu “ibu mengeluh pusing, lemas, nyeri pada pada vagina”.

O : Data yang diobservasi

1. Pemeriksaan fisik umum :

- a. Keadaan umum : baik, lemah
- b. Kesadaran : composmentis, somnolen, koma
- c. TTV : TD : 110/70-130/90mmHg
N : 60-90x/menit
S : 36,5°C-37,5°C
RR : 16-24x/menit

2. Pemeriksaan fisik khusus

- a. Abdomen : Kontraksi uterus bagus atau tidak, hari ke-1 fundus uteri + 3 jari bawah pusat. Selama 2 hari berikutnya besarnya tidak seberapa berkurang tetapi sudah 2 hari ini terus mengecil dengan cepat, sehingga pada hari ke-10 tidak teraba dari luar. Setelah 6 minggu tercapai lagi ukuran yang normal.
- b. Genetalia : keluar lochea rubra, terjadi perdarahan apa tidak.

A (Analisa) : Diagnosa kebidanan “P1A1 hari ke ... post partum ”.

P (Penatalaksanaan): Apa yang dilakukan terhadap masalah Planning pada

Ibu post partem adalah sebagai berikut :

1. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya. Meliputi hasil TTV dan keadaan umum. Ibu mengerti tentang kondisinya.
2. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap. Dimulai dengan miring kanan kiri, kemudian belajar setengah duduk, dilanjutkan dengan duduk dan pada 2 atau 3 hari ibu belajar berjalan. Ibu mengerti dan mau melakukan nasehat petugas.
3. Memenganjurkan ibu istirahat cukup untuk mengurangi nyeri. Ibu mengerti penjelasan petugas.
4. Menjelaskan pada ibu tentang nyeri pada vagina. Nyeri pada luka vagina karena terdapat luka jahitan dan juga disebabkan karena efek dari obat bius yang sudah habis. Ibu mengerti dengan penjelasan petugas.
5. Memberitahu ibu agar menjaga daerah vagina tetap bersih supaya tidak terkontaminasi. Ibu mengerti dengan penjelasan petugas kesehatan dan bersedia untuk melakukannya.
6. Memberikan konseling pada ibu tentang personal hygiene. Seperti ibu di seka 2x/hari, ganti diapers/pembalut minimal 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari. Ibu mengerti dan dapat mengulangi penjelsan dari petugas.

7. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya nifas, seperti panas tinggi, perdarahan dalam jumlah banyak, sakit kepala hebat, bengkak pada seluruh tubuh dan lain-lain.

2.5 Konsep Dasar/Teori Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

menurut Saifuddin, (2002) Bayi Baru Lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Marmi, 2015)

Menurut M. Sholeh Kosim, (2007) bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat.

2.5.2 Perubahan fisiologis bayi baru lahir

a. Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, misalnya bayi mengalami *hipotermi*, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada *neonatus* maka kemungkinan besar bayi akan menderita *hipoglikemia*, misalnya pada bayi BBLR.

b. Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu didalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25 cc maka bayi akan kehilangan panas melalui *konveksi, radiasi* dan *evaporasi* sebanyak 200 kal/kg bb/menit.

Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/10 dari yang seharusnya. Keadaan ini menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2 cc dalam waktu 15 menit, akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan oksigenpun meningkat.

c. Perubahan pernafasan

Selama dalam uterus janin mendapat O₂ dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

d. Perubahan sirkulasi

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O₂ meningkat dan tekanan CO₂ menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan darah dari *arteri pulmonalis* mengalir ke paru-paru dan *duktus arteriosus* menutup.

2.5.3 Penilaian Segera Setelah Lahir

1. Lakukan penilaian awal segera setelah lahir.

- a. Apakah bayi cukup bulan ?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- c. Apakah bayi menagis atau bernapas ?
- d. Apakah tonus otot bayi baik ?

2. Mencegah kehilangan panas :

- a. Keringkan bayi secara seksama

- b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat
- c. Tutup bagian kepala bayi
- d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- e. Jangan segera memandikan bayi baru lahir
- f. Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat
- g. Pencegahan Umum kehilangan panas

Cara mencegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya sebagai berikut:

- 1) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan *verniks*.

Keringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan *verniks*. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.

- 2) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Selimuti ibu dan bayi serta pakaikan topi di kepala bayi. Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

- 3) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

Lakukan penimbangan setelah 1 jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusui. Sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan

kering. Memandikan bayi sedikitnya 6 jam setelah lahir.(Muslihatun, 2010).

2.5.4 Penanganan Bayi Baru Lahir

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

1. Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat.
2. Usahakan adanya kontak antara kulit bayi dan kulit ibunya sesegera mungkin.
3. Segera setelah melahirkan badan bayi lakukan penilaian secepat :
 - a. Sambil secara cepat menilai pernapasannya (menangis kuat, bayi bergerak aktif, warna kulit kemerahan) letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
 - b. Dengan kain bersih dan kering atau kasa lap darah/lendir dari wajah bayi untuk mencegah jalan udaranya terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi (sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir).
 - c. Dan nilai APGAR SKORnya, jika bayi bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

Tabel 2.5 Penilaian Apgar Skor

Tanda	NILAI		
	0	1	2
Denyut jantung(<i>pulse</i>)	Tidak ada	Lambat<100	>100
Usaha nafas(<i>respiration</i>)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis dengan keras
Tonus otot (<i>activity</i>)	Lemah	Fleksi pada ekstremitas	Gerakan aktif

Kepekaan reflek (<i>gremace</i>) Warna (<i>apperence</i>)	Tidak ada Biru pucat	Merintih Tubuh merah muda, Ekstremitas biru	Menangis kuat seluruhnya merah muda
--	-------------------------	---	-------------------------------------

(Sumber: Oxorn, 2010)

Klasifikasi :

- a. Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
- b. Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
- c. Asfiksia berat (apgar skor 0-3).

4. Jagalah Kehangatan Bayi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat dengan cara :

- a. Pastikan bayi tersebut tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
- b. Ganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut dan memastikan bahwa kepala terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
- c. Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit yaitu :
 - 1) Apabila telapak bayi terasa dingin, periksa suhu aksila bayi.
 - 2) Apabila suhu bayi kurang dari 36,5°C, segera hangatkan bayi.
 - 3) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
 - 4) Jangan segera menimbang bayi atau memandikan bayi baru lahir (memandikan bayi setelah 6 jam).

2.5.5 Pemberian ASI Dini

Memberikan ASI dini (dalam 1 jam pertama setelah bayi baru lahir) akan memberikan keuntungan yaitu:

- a) Merangsang produksi ASI.
- b) Rangsangan isapan bayi pada puting susu ibu akan diteruskan oleh serabut syaraf ke hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin (hormon ini yang memacu payudara untuk menghasilkan ASI).
- c) Memperkuat reflek menghisap.
 - 1) Reflek rooting (reflek mencari puting susu).
 - 2) Reflek suckling (reflek menghisap).
 - 3) Reflek swallowing (reflek menelan).
- d) Mempercepat hubungan batin ibu dan bayi (membina ikatan emosional dan kehangatan ibu-bayi).
- e) Memberikan kekebalan pasif yang segera kepada bayi melalui kolostrum.
- f) Merangsang kontraksi uterus dan mencegah terjadi perdarahan pada ibu.

5. Perawatan Mata

Memberikan eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual). Obat mata diberikan pada 1 jam pertama setelah persalinan.

6. Pemberian Vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin kepada bayi baru lahir lakukan hal-hal berikut :

- a. Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1mg/hari.
- b. Bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM dipaha kiri.

7. Pemberian Imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B ini untuk mencegah infeksi Hepatitis B di berikan pada usia 0 (segera setelah lahir menggunakan inject) di suntik, IM dipaha kanan dan selanjutnya di berikan ulangan sesuai imunisasi dasar lengkap.

8. Pemantauan lanjutan

Tujuan pemantauan bayi baru lahir yaitu untuk mengetahui aktifitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian dan tindak lanjut dari petugas kesehatan.

- a. Dua jam pertama sesudah lahir.

Hal-hal yang di nilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah kelahiran yaitu:

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah.
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai.
- 3) Bayi tampak kemerahan atau biru.

4) Masa transisi adalah waktu ketika bayi melakukan stabilitasi dan penyesuaian terhadap kehidupan diluar uterus.

Ada 3 priode transisi, yaitu:

- a) Tahap pertama /periode reaktif adalah dimulai segera setelah lahir dan berakhir setelah 30 menit.
- b) Tahap kedua/ periode interval adalah berlangsung mulai menit 30 sampai 2 jam setelah lahir (biasanya pada priode ini banyak tidur).
- c) Tahap ketiga /periode reaktif kedua adalah yang berlanjut dari dua jam sampai enam jam.
- d) Imunisasi yang wajib diberikan

2.5.6 Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak. Ada identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong peralihan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

1. Dua jam pertama sesudah lahir:
 - a. Kemampuan menghisap kuat atau lemah.
 - b. Bayi tampak aktif atau lunglai.
 - c. Bayi kemerahan atau biru.
2. Sebelum penolong bersalin meninggalkan ibu dan bayinya, penolong bersalin melakukan pemeriksaan dan menilai terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti :
 - a. Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan.

b. *Hipotermia*

c. Infeksi.

d. Cacat bawaan dan trauma lahir. (Sarwono, 2009)

2.5.7 Konsep SOAP pada Bayi Baru Lahir

S (Subjective) : Pernyataan atau keluhan pasien

a. Riwayat kehamilan :

P...A... usia kehamilan ... (keterangan dari ibu)

O (Objective) : Data yang diobservasi

b. Pemeriksaan fisik umum :

a) Bayi lahir tanggal.... jam... ditolong oleh...

b) Keadaan umum : baik, lemah

c) Tangis bayi : kuat atau lemah, spontan atau tidak

d) Apgar score : 8-9-10

e) BB/PB : 2500-4000 gr/48-54 cm

f) TTV : S : 36,5°C-37,5°C

N : 120-150x/menit

RR : 40-60x/menit

c. Pemeriksaan fisik khusus :

Lingkar dada : 33-36 cm

Lingkar kepala :

MO : 35 cm

SOB : 32 cm

FO : 34 cm

Reflek: Berkedip, babinski, merangkak, menari/melangkah, ekstrusi, *galant's*, *neck righting*, *plmar graps*, *rooting*, *startle*, *tonic neck*, menghisap (Muslihatun, 2010)

Pemeriksaan head to to sesuai masalah atau keluhan yang menunjang. Adakah cacat kongenital atau tidak.

A (Analisa) : Diagnosa kebidanan

By Ny R umur... dengan...

P (Planning) : Apa yang dilakukan terhadap masalah

- a. Mengobservasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi tiap 4 jam.
- b. Menjaga suhu tubuh bayi untuk mencegah hipotermi dengan memakai baju dan bedong serta didekatkan dengan bayinya.
- c. Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI setiap 2 jam sekali atau setiap kali bayi membutuhkan.
- d. Memberi tahu ibu untuk melakukan perawatan tali pusat menggunakan kasa steril tiap pagi, sore dan bila diperlukan. Ibu mengerti dengan penjelasan petugas.
- e. Menganjurkan pada ibu tetap memberikan ASI sesering mungkin. Ibu memberikan ASI eksklusif tanpa makanan pendamping.
- f. Mengajarkan ibu cara melakukan perawatan bayi sehari-hari. Meliputi cara memandikan, frekuensi, cara menjaga kehangatan bayi, mengganti popok, baju dan lain-lain. Ibu mengatakan sudah melakukan anjuran tersebut

g. Menganjurkan ibu kontrol ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan sewaktu-waktu. Ibu mengatakan iya dan menganggukkan kepala.

2.6 Konsep Dasar Neonatus / Teori Neonatus

2.6.1 Pengertian

Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah melahirkan. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010).

2.6.2 Jadwal Kunjungan Bidan Kerumah bayi

Kunjungan neonatal dilakukan untuk memantau kesehatan bayi sehingga bila terjadi masalah dapat segera diidentifikasi seperti bayi mengalami kesulitan untuk menyusui, tidak BAB dalam 48 jam, likterus yang timbul pada hari pertama, kemudian tali pusat merah atau bengkak/ keluar cairan dari tali pusat, bayi demam lebih 37,5⁰C sehingga keadaan ini harus segera dilakukan rujukan.

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui bila terdapat kelainan pada bayi atau bayi mengalami masalah kesehatan. Resiko terbesar kematian. Bayu Baru Lahir terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan dua bulan pertama kehidupannya, Sehingga bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat di anjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama. Bidan dalam memberikan

pelayanan kesehatan neonatal sekaligus memastikan bahwa bayi dalam keadaan sehat pada saat bayi pulang atau bidan meninggalkan bayi jika persalinan di rumah.

2.6.3 Pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan komprehensif, Manajemen Terpadu Bayi Muda, yang meliputi :

- a. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah.
- b. Perawatan tali pusat.
- c. Imunisasi Hepatitis B 0 bila belum diberikan pada saat lahir
- d. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan Buku KIA
- e. Penanganan dan rujukan kasus (Walyani, 2015)

2.6.4 Konsep SOAP Neonatus

Pada pembahasan yang keempat, akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan asuhan kebidanan pada *neonatus*.

1. Data Subjektif :

Data subjektif yang dikumpulkan adalah sebagai berikut :

- a. Faktor lingkungan
- b. Faktor *genetic*
- c. Faktor social
- d. . *Perinata*(Saminem, 2010)

2. Data Objektif

Data objektif yang dikumpulkan adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan umum

- 1) Berat badan
- 2) Panjang badan
- 3) Lingkar dada
- 4) Lingkar kepala dan ukuran yang lain
- 5) Pemeriksaan tonus otot, tingkat aktivitas
- 6) Observasi warna kulit dan kuku
- 7) Observasi tangisan bayi

b. Pemeriksaan tanda tanda vital

- 1) Pernapasan
- 2) Nadi
- 3) Suhu

c. Pemeriksaan kepala

- 1) Keadaan ubun-ubun
- 2) Sutura
- 3) Adanya penonjolan/cekungan

d. Telinga

- 1) Adanya tanda-tanda infeksi

e. Mata

- 1) Tanda-tanda infeksi
- 2) Konjungtiva
- 3) Sklera
- 4) Kelainan pada mata

f. Hidung dan mulut

- 1) Kelainan bawaan : keadaan bibir (sumbing), keadaan palatum
- 2) Reflex menghisap (*rooting refleks*)

g. Leher

- 1) Pembengkakan
- 2) Gumpalan

h. Dada

- 1) Bentuk
- 2) Putting
- 3) Bunyi nafas
- 4) Bunyi jantung
- 5) Bahu, lengan, dan tangan
- 6) Gerakan normal
- 7) Jumlah jari

i. Sistem saraf

- 1) Refleks *Moro*
- 2) Refleks menggenggam
- 3) Refleks *tonic neck*
- 4) Refleks *babinski*

j. Abdomen

- 1) Bentuk
- 2) Tonjolan lilitan pusat pada saat bayi menangis
- 3) Perdarahan tali pusat
- 4) Lembek / tegang pada saat tidak menangis

k. Kelamin

1) Laki-laki

- a) Testis sudah berada dalam skrotum/ belum
- b) Ada lubang
- c) Apakah muara saluran kencing terletak diujung

2) Perempuan

- a) Vagina ada lubang
- b) Uretra ada lubang
- c) Keadaan labia mayora dan minora

l. Tangan dan kaki

- 1) Simetris
- 2) Gerakan normal
- 3) Jumlah jari

m. Anus : ada lubang / tidak

n. Kulit :

- 1) *Verniks*
- 2) Warna kulit
- 3) Tanda lahir

o. Analisa Data

Kondisi *neonatus* : normal/tidak normal

Neonates tidak normal :

- 1) Riwayat BBLR
- 2) Riwayat Asfiksia
- 3) Infeksi *Neonatus*

4) Kelainan bawaan.(Saminem, 2010)

p. Penatalaksanaan :

- 1) Memenuhi kebutuhan nutrisi
- 2) Mempertahankan kehangatan tubuh
- 3) Mencegah kecelakaan
- 4) Mencegah Infeksi
- 5) Melakukan perawatan *neonates*. (Saminem, 2010).

2.7 Konsep Dasar Tentang KB

2.7.1 Pengertian KB

Keluarga Berencana (KB) menurut WHO (*World Health Organisation*) diartikan sebagai tindakan yang membantu pasangan suami-istri untuk mendapatkan obyektif obyektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Manuaba, 2014).

2.7.2 Tujuan Keluarga Berencana (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, sumberdaya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. (Handayani, 2010).

2.7.3 Sasaran Program Keluarga Berencana (KB)

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera. (Handayani, 2010)

2.7.4 Ruang lingkup program KB

Ruang lingkup program KB meliputi :

- a. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
- b. Konseling
- c. Pelayanan kontrasepsi
- d. Pelayanan infertilitas
- e. Pendidikan sex (sex education)
- f. Konsultan pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
- g. Konsultasi genetik
- h. Test keganasan
- i. Adopsi. (Handayani, 2010)

2.7.5 Macam-Macam Alat Kontrasepsi

1. Konsep Dasar Implant
 - a. Pengertian Implant

Implant adalah salah satu jenis kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas (Handayani, 2010).

b. Jenis-jenis Implant

- 1) Non biodegradable implant
- 2) (6 kapsul), bersisi hormon lenovogrestel, daya levonogrestel, daya kerja 5 tahun.
- 3) Norplant -2 (2 batang), berisi hormon lenovogrestel, daya kerja 3 tahun.
- 4) Satu batang, berisi hormon ST-1435, daya kerja 2 tahun. Rencana siap pakai: tahun 2000.
- 5) Satu batang, berisi hormon 4-keto desogesteri daya kerja 2,5-4 tahun.

c. Cara kerja Implant

- 1) Menghambat ovulasi
 - 2) Perubahan lendir serviks menjadi kental dan sedikit.
 - 3) Menghambat perkembangan siklus dari endometrium.
- (Handayani, 2010).

2. Konsep Dasar AKDR

a. Pengertian AKDR

AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang,

dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif (Handayani, 2010).

b. Jenis AKDR

1) AKDR CuT-380 A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (CU). Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana.

2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering)

c. Cara Kerja AKDR

1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (BKKBN, 2011)

3. Konsep Dasar Kontrasepsi Pil

a. Pengertian

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis estrogen dan progesteron.

b. Jenis

- 1) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin
- 2) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung dua dosis hormone aktif estrogen/progestin
- 3) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin

c. Cara kerja

- 1) Menekan ovulasi.
- 2) Mencegah implantasi.
- 3) Mengentalkan lendir serviks.
- 4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu. (Handayani, 2010).

4. Konsep Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a. Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa memberikan tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.

b. Yang dapat menggunakan MAL : Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

c. Cara kerja : Penundaan/ Penekanan ovulasi. (BKKBN, 2011)

5. Konsep Dasar kontrasepsi suntik

a. Pengertian

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintesis estrogen dan progesteron.

b. Keuntungan

- 1) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- 2) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- 3) klien tidak perlu menyimpan obat.
- 4) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- 5) Efek samping sangat kecil.
- 6) jangka panjang.

6. Metode Barrier

a. Diafragma

Kontrasepsi wanita yang mirip kondom, berbentuk bulat cembung yang menutupi mulut rahim, terbuat dari lateks(karet) dan agak tebal.

Cara kerja : Kontrasepsi ini menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida (BKKBN, 2011)

b. Spermisida

Spermisida adalah zat kimia yang dapat melumpuhkan sampai mematikan spermatozoa yang digunakan menjelang hubungan seks. Setelah pemasangan sekitar 5 sampai 10 menit, hubungan

seks dapat dilaksanakan agar spermisida dapat berfugsi (Manuaba, 2014).

Cara kerja : menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (Manuaba, 2014)

c. Alat Kontrasepsi Kondom

kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya *lateks* (karet), *plaastik* (*vinil*), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu.

Cara kerja :

- 1) kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi wanita.
- 2) mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari *lateks* dan *vinil*) (BKKBN, 2011).

7. Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi

Tubektomi merupakan tindakan medis berupa penutupan tuba uterine dengan maksud tertentu untuk tidak mendapatkan keturunan dalam jangka panjang sampai seumur hidup.

b. Vasektomi

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria maupun pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga (BKKBN, 2011)

2.7.6 Konsep SOAP pada KB

S (Subjective) :

- a. Apa yang dirasakan ibu saat ini
- b. Alat aseptor yang di inginkan oleh ibu

O (Objective) : Data yang diobservasi

a. Pemeriksaan fisik umum :

- 1) Keadaan umum : baik, lemah
- 2) TTV : TD : 110/70-130/90mmHg
N : 60-90x/menit
S : 36,5°C-37,5°C
RR : 16-24x/menit

b. Pemeriksaan fisik khusus :

Abdomen : Terdapat luka bekas operasi atau tidak, terdapat pembesaran uterus atau tidak.

c. Pemeriksaan penunjang

Pp test (+/-), cek darah lengkap

A (Analisa) : Diagnosa kebidanan

P1A1 akseptor lama KB pil

P (Penatalaksanaan) : Apa yang dilakukan terhadap masalah

- 1) Memberikan konseling tentang alat
- 2) Kontrasepsi yang digunakan
- 3) Menganjurkan ibu untuk kontrol setelah pemakaian
- 4) Memberikan konseling tentang kelebihan dan kekurangan alat kontrasepsi yang digunakan.

BAB III ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil TM III Kunjungan Pertama

Tanggal : 16 Januari 2016 Jam : 18.00 WIB
 Oleh : Eliyah Kh. Tempat : BPM Yuni
 Diagnosa : G₂P₀₀₀₁₀ UK 34-35 minggu dengan Riwayat Abortus

I. Data Subyektif

1) Identitas

Nama Istri : Ny "R"	Nama Suami : Tn "A"
Umur : 26 tahun	Umur : 34 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMU	Pendidikan : SMP
Suku / Bangsa : Jawa/Indonesia	Suku / Bangsa : Jawa/Indonesia
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Wiraswasta
Penghasilan : -	Penghasilan : 3.000.000/bln
Alamat : Ds. Sumbermulyo	Alamat : Ds. Sumbermulyo
Kec. Jogoroto	Kec. Jogoroto
Kab. Jombang	Kab. Jombang

2) Status perkawinan

Perkawinan ke : 1
 Umur kawin : 25 tahun
 Lama kawin : 1 tahun

3) Alasan kunjungan

Ibu mengatakan datang ke BPM untuk memeriksakan kehamilannya dan ingin mengetahui perkembangan dan keadaan janinnya.

4) Riwayat kebidanan

a) Haid

Menarche : 12 tahun

Siklus : teratur 28 hari

Banyaknya : 2-3 kotek pada hari ke 1-3 dan 1-2 pada hari ke 4-7

Warnanya : merah tua

Baunya : anyir

Lamanya : \pm 7 hari

Keluhan : tidak ada

Flour albus : tidak ada

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Table 3.1 Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Perkawinan ke	Kehamilan			Persalinan			Anak			Nifas	
	Ke	Uk	Jnis	Pnlng	Tpt	Pnyult	Bbl	JK	H/M	Usia	Pylt asi
1	1	12mgg	A	B	O	R	T	U	S		
	2	H	A	M	I	L	I	N	I		

c) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 20 - 5 - 2015

ANC TM I : -

TM II : 3x Di Bidan

Keluhan : Mual, pusing

Therapi : Erlamol 2x1 tablet

Omedom 2x1 tablet

BComplek 2x1 tablet

TM III : 3x di Bidan

Keluhan : Tidak ada keluhan

Terapi : Novabion 1x1 tablet

Novakalk 1x1 Tablet

Keluhan hamil muda : mual, muntah, pusing.

Keluhan hamil sekarang : tidak ada keluhan

Imunisasi TT : T 5

Gerakan janin: Ibu merasakan gerakan janin sejak usia kehamilan 4 bulan

Penyuluhan yang pernah didapat : Nutrisi ibu hamil, istirahat

Obat – obatan yang pernah digunakan : FE, KALK, BComplek, Multivitamin

5) Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menahun seperti darah tinggi, sesak dan asma, penyakit menular seperti penyakit kuning, HIV dan AIDS, penyakit menurun seperti kencing manis, darah tinggi.

6) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan di dalam keluarganya tidak menderita penyakit menahun seperti darah tinggi, sesak dan asma, penyakit menular seperti penyakit kuning, HIV dan AIDS, penyakit menurun seperti

kencing manis, darah tinggi, ibu juga mengatakan di dalam keluarganya tidak ada keturunan hamil anak kembar.

7) Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB apapun sebelumnya.

8) Pola kebiasaan sehari – hari

a) Pola nutrisi

Sebelum hamil : Makan 3 x / hari (nasi, lauk, sayuran)

Minum 7 – 8 x / hari (air putih, teh)

Selama hamil : Makan 3 x / hari (nasi, lauk, sayuran dan buah)

Minum 7- 8 x / hari (air putih, susu)

b) Pola eliminasi

Sebelum hamil : BAK 4-5 x /hari (warna kuning, bau khas, jernih)

BAB 1-2 x/ hari (lembek, kuning kecoklatan)

Selama hamil : BAK 4-5 x /hari (warna kuning, bau khas, jernih)

BAB 1-2 x/ hari (lembek, kuning kecoklatan)

c) Pola aktifitas sehari-hari

Sebelum hamil : ibu melakukan pekerjaan rumahnya seperti mencuci, memasak, menyapu, dll

Selama hamil : ibu melakukan pekerjaan rumahnya dibantu dengan keluarga.

d) Pola personal *hygiene*

Sebelum hamil : Mandi 2 x / hari, keramas 3 x / mgg, gosok gigi 2 x / hari, ganti baju 2 x / hari, ganti celana dalam 2 x / hari

Selama hamil : Mandi 2 x / hari, keramas 3 - 4 x / mgg, gosok gigi

2 x / hari, ganti baju 2 x / hari, ganti celana dalam 2 x / hari

e) Pola istirahat

Sebelum hamil : Siang \pm 1 – 2 jam

Malam \pm 7 jam

Selama hamil : Siang \pm 1 – 2 jam

Malam \pm 7 – 8 jam

f) Pola hubungan seksual

Sebelum hamil : \pm 2-3x / minggu

Selama hamil : \pm 1-2x / minggu

9) Data psikososial

Ibu mengatakan merasa senang dengan kehamilannya saat ini dan berharap kehamilannya berjalan lancar sampai proses persalinan.

Hubungan ibu dengan suami, keluarga dan lingkungan baik-baik saja.

10) Data sosial budaya

Ibu mengatakan tidak pernah minum jamu selama hamil dan tidak pernah ada pantangan makanan di dalam keluarga maupun lingkungan tempat tinggalnya.

II. Data Obyektif

1. Pemeriksaan fisik umum

K/U : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

TTV : Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x / mnt

Suhu : 36⁰ C
 Pernafasan : 20 x / mnt

TB : 148cm

LILA : 27 cm

TP : 27 Februari 2016

BB Sebelum Hamil: 45 kg

BB Selama Hamil: 60 kg

2. Pemeriksaan fisik khusus (*inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi*)

Kepala : Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada ketombe.

Muka : Tidak pucat dan tidak odem

Mata : Simetris, *conjunctiva* merah muda, skelera putih, *palpebra* tidak odem.

Mulut : Bibir simetris, bibir lembab, gigi tidak ada *caries*, lidah bersih

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*, tidak ada bendungan *vena jugularis*.

Ketiak : Tidak ada pembesaran kelenjar *lymfe*.

Dada : Simetris, puting susu menonjol, tidak ada benjolan abnormal pada payudara, tidak ada bunyi *ronchi*, tidak ada bunyi *wheezing*

Abdomen : TFU pertengahan antara pusat dengan *Processus xyloideus*, (29 cm) Puki, Letkep, Kepala belum

masuk PAP, DJJ $(12+11+13) \times 4 = 144$ x /
 menit. TBJ $(29-12) \times 155 = 2.635$ gram.

Genetalia : tidak dilakukan

Anus : tidak dilakukan

Ekstremitas : Atas : simetris, pergerakan normal, tangan tidak odem.

Bawah : *Reflek patela* positif, pergerakan normal, kaki
 tidak odem

3. Pemeriksaan penunjang

Pada tanggal 05 Januari 2016 dilakukan USG

1) USG : Kepala, tunggal, hidup, laki-laki, ketuban cukup

2) TP USG : 26-2-2016

3) Lab darah : (-)

III. Analisa Data

Dx: G₂P₀₀₀₁₀ UK 34-35 minggu dengan riwayat abortus

IV. Penatalaksanaan

Tanggal : 16 Januari 2016

Jam : 18.00 WIB

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, ibu mengerti tentang kondisinya saat ini.
2. Mengajukan pada ibu untuk memeriksakan kehamilannya secara teratur, ibu mengerti dan bersedia melaksanakannya.
3. Mengajukan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan seimbang yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dan janin, ibu mengerti dan bersedia melaksanakannya.

4. Menganjurkan pada ibu untuk istirahat yang cukup supaya kebutuhan istirahat ibu terpenuhi, ibu mengerti dan bersedia istirahat sesuai dengan anjuran bidan.
5. Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan, ibu mengerti dan mengetahui tanda-tanda persalinan.
6. Memberikan konseling pada ibu tentang resiko tinggi kehamilan dengan riwayat Abortus, ibu mengerti dan mengetahui tentang resiko tinggi kehamilan dengan riwayat abortus.
7. Memberikan ibu tablet penambah darah yaitu Novabion diminum 1 tablet dan Novacalk diminum 1 tablet, ibu mengerti dan mengetahui aturan minum obat sesuai anjuran bidan.
8. Menganjurkan ibu untuk cek laboratorium yaitu golongan darah, HB, reduksi dan albumin ke puskesmas atau ANC Terpadu, ibu mengerti dan bersedia melakukan ANC Terpadu di Pukesmas.
9. Menganjurkan pada ibu untuk kontrol ulang 2 minggu lagi pada tanggal 02 Februari 2016 atau apabila ada keluhan untuk memantau keadaan ibu dan janinnya, ibu mengerti dan mengetahui kapan harus kontrol ulang lagi.

3.2 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil TM III Kunjungan Kedua (Catatan Perkembangan)

Tanggal : 02 Februari 2016

Pukul : 17.00 WIB

Tempat : BPM Yuni widaryanti, Amd.Keb

Diagnosa : G₂P₀₀₀₁₀ UK 37-38 minggu dengan riwayat abortus.

S : Ibu datang ke BPM untuk memberikan hasil pemeriksaan laboratorium di Pukesmas Mayangan tadi pagi yang sesuai dengan anjuran bidan.

- O :**
- a. K/U : Baik
 - b. TTV: TD : 120/80 mmHg
Suhu : 36.7⁰C

Nadi: 80 x / mnt

Pernafasan : 20 x / mnt

- c. BB sebelum hamil : 45 kg
- d. BB sekarang : 62 kg
- e. Lila : 27 cm
- f. Pemeriksaan fisik khusus

Mata : *Konjungtiva* merah muda, *sklera* putih, *palpebra* tidak odem

Muka : tidak pucat, tidak *odem*

Mamae : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, *colostrum* belum keluar

Abdomen: Tidak ada luka bekas operasi, terdapat *linea gravidarum*, terdapat *strie gravidarum*.

TFU pertengahan antara pusat dengan Processus xypoideus, (32 cm) Puki, Letkep, Kepala belum masuk PAP, DJJ (11+12+12) x 4 = 140 x / menit. TBJ (32-12) x 155 = 3.100 gram

Ekstremitas: Atas :simetris, pergerakan normal, tangan tidak odem

Bawah :*Reflek patela* positif, pergerakan normal,kaki tidak odem

g. Pemeriksaan penunjang di Pukesmas tanggal 12 Januari 2016

- 1) Hb : 12 gr%
- 2) Golongan Darah : O
- 3) Protein Urine : - (negatif)
- 4) Albumin : - (negatif)

A :G₂P₀₀₀₁₀ UK 37-38 minggu dengan riwayat abortus.

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan dan kondisinya saat ini.

2. Mengajukan pada ibu untuk istirahat yang cukup, ibu mengerti dan bersedia istirahat sesuai dengan anjuran bidan.

3. Mengajukan ibu untuk mengurangi gula dan kalori, perbanyak serat dan Senam hamil, ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.

4. Mengajukan ibu untuk tetap meminum obat yang diberikan oleh bidan, ibu mengerti dan mengetahui aturan minum obat.

5. Mengajukan ibu untuk kontrol ulang ke bidan 1 minggu lagi atau apabila ada keluhan, ibu mengerti dan mengetahui kapan harus kontrol ulang lagi sesuai dengan anjuran bidan.

3.3 Kunjungan I : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

Kala I

Tanggal : 23 Februari 2016 Jam : 04.00 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti, Amd. Keb

Diagnosa : G₂P₀A₁ UK 38-39 Minggu dengan Inpartu kala 1 fase Aktif

S : Ibu perutnya kenceng-kenceng sejak tanggal 23 Februari 2016 pukul 00.00 WIB disertai keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.

O : 1) Pemeriksaan Fisik Umum

K/U ibu baik.

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 82 x / mnt, S : 36⁰ C, RR :
20x / mnt.

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

Abdomen : TFU pertengahan antara pusat dengan
Processus xypoideus, (33 cm) Puki, Letkep,
Kepala sudah masuk PAP, DJJ
Penurunan kepala 3/5 bagian.

TBJ : $(33-11) \times 155 = 3.410$ gram.

DJJ : $(11 + 12 + 11) \times 4 = 136$ x/menit

HIS : 3 x 45 detik dalam 10 menit

Genitalia : Keluar lendir bercampur darah, tidak ada
pembesaran kelenjarbartolini, tidak ada
kondiloma akuminata.

Anus : Tidak ada hemoroid

VT : Ø 4 cm, eff 25 %, Hodge I, Denominator UUK,
presentase kepala, ketuban (+), Molase 0

A : G₂P₀A₁ UK 38–39 minggu inpartu kala 1 fase Aktif

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
2. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi senyaman mungkin, ibu miring kiri atau miring kanan, Ibu mengerti

3. dan mau melakukan.
4. Mendampingi ibu untuk memenuhi cairan dan nutrisi, ibu mau makan dan minum.
5. Mengajarkan ibu teknik relaksasi, ibu melakukan teknik relaksasi saat ada kontraksi dengan cara yang benar.
6. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih, ibu sudah BAK di pispot.
7. Dukungan dari keluarga untuk pasien, pasien ditemani ibu dan suami pasien didalam ruang bersalin.
8. Observasi CHPB dan TTV, hasil observasi terlampir dilembar partograf.

KALA II

Tanggal 23 Februari 2016, Jam : 08.00 WIB

S : Perut ibu dan pinggangnya semakin sakit, ibu merasa seperti ingin BAB, ibu ingin meneran.

O : K/U ibu baik.

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 78 x / mnt, S : 37,0⁰ C, RR : 24x/ mnt.

His : 5 x 45 detik selama 10 menit

DJJ : 148 x / mnt

Genetalia : Dorangan meneran, Tekanan pada anus, perinium menonjol, Vulva membuka.

VT : Ø 10 cm, eff 100 %, Presentasi : kepala, Dominator : UUK,
Hodge IV, Moulase 0, ketuban (+)

A : G₂P₀A₁UK 38–39 minggu inpartu kala II

P : Melakukan pertolongan persalinan dan lahirkan bayi (APN 1-
27)

1. Melakukan amniotomi, keluar cairan ketuban dengan warna jernih serta cairan ketuban banyak.
2. Melakukan pemeriksaan DJJ, hasilnya $(12+11+12) \times 4 = 148$ x/menit.
3. Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa pembukaansudah lengkap, ibu paham.
4. Menyiapkan alat, mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan pada spuit 3cc, masukkan pada partus set secara steril.
5. Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi meneran saat ada His, ibu bersedia mengambil posisi litotomi.
6. Menyiapkan alat untuk menolong persalinan, kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu, buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapannya.
7. Membantu ibu untuk meneran saat ada His, ibu menerandengan cara yang benar pada saat His.
8. Pada jam 08.28 Wib Bayi lahir dengan spontan dengan jenis kelamin laki-laki, menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot baik.

9. Membersihkan tubuh bayi dengan kain bersih, bayi sudah bersih dan kering.

Kala III

Tanggal 23 Februari 2016, Jam 08.28 WIB

- S : Ibu bahagia dan lega dengan kelahiran bayinya.
- O : Keadaan Umum: baik, TFU setinggi pusat, kontraksi baik, Palpasi tidak terdapat janin kedua, ada semburan darah tiba – tiba , Tali Pusat memanjang.
- A : P₁₀₀₁₁ memasuki kala III
- P : Melakukan manajemen aktif kala III (APN 28-40)
1. Mengecek apakah ada bayi kedua, tidak teraba bayi kembar atau bayi kedua.
 2. Melakukan penyuntikan oksitosin pada paha kanan 1/3 bagian luar, lokasi penyuntikan tidak bengkak.
 3. Memotong tali pusat, tali pusat sudah diikat dan tidak terjadi perdarahan.
 4. Memfasilitasi IMD bayi, bayi tampak tenang di dada ibu.
 5. Melakukan PTT, pada jam 08.35 plasenta dan selaput ketuban lahir dengan lengkap.
 6. Melakukan massase pada perut, kontraksi baik, konsistensi keras.
 7. Mengecek kelengkapan plasenta, Kotiledon lengkap, plasenta lengkap, letak tali pusat Marginal, panjang tali pusat 28 cm, perdarahan ± 250 cc.

8. Mengecek laserasi perineum, tidak ada robekan pada perinium, tidak dilakukan Heating.

Kala IV

Tanggal 23 Februari 2016, Jam 08.39 WIB

S : Ibu merasa lega telah melahirkan ari-arinya dan perut ibu masih terasa mules.

O : **KU : Baik**

TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, S : 36,5⁰ C, RR : 20 x/mnt, Uk : baik.

TFU : 2 jari bawah pusat, Perdarahan : ± 150 , Lochea : Rubra,

ASI : Keluar colostrum, BAK (-), BAB (-) , Kotiledon lengkap,

B: 510 gram, Diameter : 15 cm, Tebal : 5cm, Panjang tali pusat : 40 cm, Selaput ketuban utuh, tidak ada kelainan.

A : P₁₀₀₁₁ memasuki kala IV

P : (APN 45 - 58)

1. Mengajari pasien massasse uterus, fundus teraba keras dankontraksi baik.
2. Membersihkan badan pasien dengan kain waslap yang sudah dibasahi dengan air bersih dan bantu pasien memakaipakaian, ibu sudah bersih dan memakai pakaian bersih.
3. Dekontaminasi tempat bersalin, tempat bersalin sudah bersih.
4. Membersihkan semua peralatan, rendam alat persalinanbekas pakai kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit,alat sudah bersih dan steril.

5. Melakukan observasi 2 jam Post Partum, hasil observasiterlampir pada lembar belakang partograf.
6. Menganjurkan ibu untuk Mobilisasi miring kanan, miring.kiri dan duduk, ibu melakukan apa yang dianjurkan petugas
7. Memfasilitasi pasien untuk makan dan minum, ibu hanyaminum air putih setengah gelas.

3.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Usia 1 jam

Tanggal : 23 Februari 2016 Jam : 10.00 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb

Diagnosa : By. Ny. "R" Usia 1 jam Bayi Baru Lahir Fisiologis

S : Bayi menangis, gerak aktif, kulit kemerahan.

O : K/U : baik

TTV : S : 36,5°C, RR: 48 x/menit, N: 134 x/menit

PB/BB : 50 cm / 3.300 gram

Lingkar dada : 33 cm.

Lingkar lengan : 10

Ukuran Belakang Kepala :

SOB (Suboksipito bregmatika) : 31 cm

SOF (Suboksipito frontalis) : 34 cm

FO (Fronto oksipito) : 34 cm

MO (Mento oksipito) : 36 cm

Pemeriksaan fisik khusus:

Kepala : Kulit kepala bersih, tidak ada cephal hematoma,
tidak ada hidrosefalus, rambut lebat.

- Muka : Simetris
- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, reflek pupil normal
- Hidung : Simetris, tidak ada polip.
- Mulut : Simetris, tidak ada labio skizis, dan labio palate skisis, reflek rooting (mencari puting) +,reflek suckling (menghisap) +, reflek swallowing (menelan)+
- Telinga : Simetris, berlubang.
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan bendungan vena jugularis.
- Dada : Simetris, puting menonjol, suara nafas normal, tidak ada ronchi dan weezhing.
- Abdomen : tidak ada benjolan abnormal, tali pusat basah dan tidak berbau.
- Genetalia : Skrotum normal, lubang testis normal, BAK + warna kuning jernih.
- Anus : Berlubang, BAB –
- Ekstremitas
- Atas : Simetris, jumlah jari lengkap, reflek menggenggam +
- Bawah : Simetris, jumlah jari lengkap, reflek babinski normal

A : By. Ny. “R” Usia 1 jam Bayi Baru Lahir Fisiologi

P :

1. Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
2. Meminta izin kepada ibu dan keluarga bahwa bayi akan di lakukan penyuntikan vit K, pemberian salep mata, ibu bersedia.
3. Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
4. Memberikan salep mata Chlorampenicol 1gr % di berikan pada kedua matabayi, terlihat ada salep di mata bayi.
5. Memberikan injeksi vit K1 1mg (0,5 ml) diberikan secara IM $\frac{1}{3}$ pada pahabagian luar, tidak terjadi alergi disekitar penyuntikan.
6. Memfasilitasi bayi untuk IMD, bayi dirawat satu kamar dengan ibunya.

3.5 Kunjungan I : Asuhan Kebidanan Ibu Nifas

Tanggal : 23 Februari 2016 Jam : 15.00 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb

Diagnosa : P₁₀₀₁₁ 6 jam Post Partum dengan Nifas Normal

S : Ibu merasa senang atas kelahiran anak pertamanya, ibu sudah makan dan minum, serta sudah BAK.

O : K/U : baik, Kesadaran : Composmentis

Pemeriksaan TTV :

T : 110 / 70 mmHg

N : 74 x / mnt

S : 36°C

R : 18 x / mnt

Mata : palpebra tidak odem, konjuntiva merah muda,
skelera putih.

Dada : bersih, puting menonjol, Asi keluar warna
kekuningan ^{+/-}/₊

Abdomen : TFU : 2 jari dibawah pusat, UK : baik

Genetalia : Lochea rubra, perdarahan \pm 25 cc

A : P₁₀₀₁₁ 6 jam post partum dengan nifas normal

P :

1. Mengajarkan ibu untuk melakukan mobilisasi sedini mungkin, ibu mulai belajar miring kanan dan kiri sertaduduk, ibu bersedia.
2. Memberikan konseling tentang gizi seimbang, ibu mengertidan paham.
3. Mengajarkan cara merawat payudara, ibu dapat melakukannya sendiri.
4. Mengajarkan cara menyusui yang benar, ibu dapatmenyusui bayinya dengan benar.
5. Mengajarkan cara merawat talipusat, ganti kasa tali pusatsetiap 2x sehari atau setiap kali basah, ibu mengerti.
6. Mengajarkan ibu senam nifas hari pertama, ibu paham danibu bersedia melakukan senam nifas dirumah

7. Memberikan terapi Amoxillin 2x1, Asam mefenamat 2x1, Vit A 2x1, Fe 1x1, ibu mengerti dan mau meminum anjuran bidan .

3.6 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Kunjungan II

Tanggal 29 Februari 2016, Jam : 07.00 WIB

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, keadaan ibu baik baik saja, ASI ibu keluar lancar.

O : K/U : baik, Kesadaran : Composmentis

Pemeriksaan TTV :

T : 110 / 70 mmHg

N : 80 x / mnt

S : 36°C

R : 20 x / mnt

BB : 55 Kg

Mata : palpebra tidak odem, konjuntiva merah muda, sklera putih.

Dada : bersih, puting menonjol, ASI keluar lancar.

Abdomen : TFU : 3 jari atas symphysis, UK : baik

Genetalia : lochea sanguinolenta.

A : P₁₀₀₁₁ post partum hari ke 7 dengan nifas normal

P :

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga, ibu paham dan mengerti.

2. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal dan mendeteksi adanya perdarahan abnormal, memastikan nifas ibu tidak sub involusi dan perdarahan, ibu mengerti.
3. Memastikan ibu cukup makanan dan cairan serta mendukung ibu untuk terus mengkonsumsi makanan cukup gizi seimbang, ibu bersedia mengkonsumsi makanan gizi seimbang.
4. Mengingatkan kembali ibu untuk istirahat tidur yang cukup, ibu tidur siang selama 1 jam dan tidur malam selama 7 jam.
5. Memastikan ibu untuk tetap menyusui bayinya sesering mungkin, ibu mengerti dan mau melakukan.
6. Memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, menjaga bayi tetap hangat dan merawat sehari – hari, ibu mengerti dan mau melakukan.

3.7 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Kunjungan III

Tanggal 7 Maret 2016, Jam : 07.00 WIB

S : Ibu mengatakan keadaannya baik-baik saja, ibu mengeluarkan cairan berwarna coklat kekuningan dari jalan lahir.

O : K/U : baik, Kesadaran : Composmentis

Pemeriksaan TTV :

T : 120/ 80 mmHg

N : 74 x / mnt

S : 36°C

R : 18 x / mnt

BB : 55 kg

Pemeriksaan fisik khusus :

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

Dada : bersih, putting menonjol, ASI keluar lancar.

Abdomen : TFU : tidak teraba dan UK : baik

Genetalia : tidak ada luka jahitan, Keluar cairan berwarna kuning, serosa.

A : P₁₀₀₁₁ hari ke 14 post partum dengan nifas normal

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
2. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga nutrisi ibu dengan baik supaya gizi ibu terpenuhi, ibu melaksanakan.
3. Memastikan ibu untuk tetap menyusui bayinya sesering mungkin, ibu melakukan.
4. Mengevaluasi gerakan senam nifas, ibu mampu melakukan
5. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan ulang 6 minggu post partum, ibu bersedia

3.8 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Kunjungan IV

Tanggal 30 Maret 2016 Jam : 07.00 WIB

S : Ibu mengatakan keadaannya baik-baik saja dan ibu ingin konseling untuk pemilihan KB.

O : K/U : baik, Kesadaran : Composmentis

Pemeriksaan TTV :

T : 110/ 70 mmHg

N : 80 x / mnt

S : 36 °C

R : 18 x / mnt

BB : 58 kg

Pemeriksaan fisik khusus :

Mata : palpebra tidak odem, konjuntiva merah muda, skelera putih.

A: P₁₀₀₁₁₆ minggu post partum dengan nifas normal

P:

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, ibu memahami.
2. Mengajukan Ibu untuk kontrol Ulang jika ada keluhan, ibu bersedia kontrol ulang dan datang ke BPM atau PKM jika ada keluhan
3. Mengajukan ibu untuk mempertahankan ASI Eksklusif selama 6 bulan dan memberikan ASI setiap 2 jam sekali
4. Mengevaluasi pada ibu untuk melakukan KB apabila nifas ibu selesai, diantaranya terdapat jenis KB suntik 3 bulan, pil KB laktasi, implant, steril, dan kondom, ibu memahami dan mengerti.
5. Mengingatkan pada ibu cara kerja jenis KB dan efek samping dari masing-masing KB, ibu sudah memahami dan mengerti dengan jelas.

3.9 Asuhan Kebidanan *Neonatus* Kunjungan I

Tanggal : 26 Februari 2016 Jam : 06.30 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb

Diagnosa : Neonatus Ny "R" usia 3 hari Fisiologis

S : Ibu mengatakan bayinya sering minum ASI 2 jam sekali atau pada saat bayi sedang ingin minum ASI. BAK sering warna kuning jernih, BAB \pm 3 kali hari / warna kuning.

O : K/U : baik, BB : 3.000 gram, tidak ikterus, tali pusat kering dan tidak berbau.

A : Neonatus cukup bulan usia 3hari .

P :

1. Memeriksa tanda – tanda vital pada bayi (suhu, nadi, pernafasan), keadaan bayi dalam batas normal, ibu mengerti dan merasa lega.
2. Melihat keadaan tali pusat pada bayi, tali pusat bayi belum kering, dan tidak bau.
3. Mengevaluasi bahwa bayi minum ASI eksklusif, bayi minum dengan adekuat.
4. Mengajari cara memandikan bayi dan perawatan tali pusat, Ibu bisa merawat bayinya sendiri.
5. Mengajari ibu untuk mencegah kulit bayi agar tidak kuning, dengan cara mengeluarkan bayi pada waktu sinar matahari di pagi hari sudah muncul \pm 15 menit, ibu mengerti

6. Memberikan KIE tentang personal hygiene dan menjaga kehangatan bayi, membersihkan bagian genitalia dengan menggunakan kapas atau tisu basah setelah BAK maupun BAB, ibu mengerti.
7. Memberikan KIE tentang tanda-tanda bahaya pada bayi sakit, ibu paham dan mengerti.
8. Menganjurkan ibu untuk datang ke posyandu untuk mendapat imunisasi lengkap pada bayi, ibu bersedia.

3.10 Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan II

Tanggal 29 Februari 2016, Jam 07.00 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb

Diagnosa : Neonatus Ny "R" usia 7 hari Fisiologis

S : Ibu mengatakan tali pusat bayi sudah lepas tadi pagi jam 05.00 WIB

O : K/U : baik, BB : 3.200 gram, tidak ikterus, tali pusat lepas, umbilicus belum kering, BAK \pm 7 – 8 x/hari, warna kuning jernih, BAB \pm 3 kali / hari warna kuning.

A : Neonatus cukup bulan usia 7hari

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan bayi sehat, ibu mengerti dan merasa senang.
2. Mengevaluasi pada ibu apakah bayinya disusui sesering mungkin, Ibu menyusui bayinya sesering mungkin, ibu mengerti.

3. Mengingatkan kembali pada ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, Ibu mengerti dan masih mengingatnya.
4. Menginformasikan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang lagi, untuk melihat kondisi dan perkembangan bayi. Ibu mengerti dan bersedia.

3.11 Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan III

Tanggal 7 Maret 2016, Jam 07.00 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb

Diagnosa : Neonatus Ny "R" usia 14 hari Fisiologis

- S : Ibu mengatakan bayinya sehat, minum ASI dengan kuat
- O : K/U : baik, BB : 3.400 gram, tidak ikterus, BAK sering warna kuning jernih, BAB \pm 3 kali / hari warna kuning.
- A : Neonatus cukup bulan usia 14hari
- P :
1. Memberitahu ibu jika bayinya sehat, ibu paham dengan kondisi bayinya
 2. Memastikan pada ibu apakah bayinya hanya minum ASI tanpa diberikan MP ASI atau susu formula, ibu mengatakan bayinya hanya minum ASI tanpa diberikan MP ASI atau susu formula
 3. Mendampingi ibu untuk melakukan imunisasi pada bayinya, yaitu untuk mendapatkan imunisasi BCG dan Polio , tanggal 23 Maret 2016 . ibu mau kontrol ulang.

3.12 Asuhan Kebidanan KB Kunjungan I

Tanggal : 07 Maret 2016 Jam : 07.00 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb

Diagnosa : Ny "R" P10011 dengan calon akseptor Kb suntik 3 bulan

S : ibu merencanakan menggunakan KB suntik 3 bulan.

O : K/U : baik, kesadaran Composmentis

Pemeriksaan TTV :

T : 110/80 mmHg

N : 72 x/menit

S : 36°C

R : 18 x / menit

BB : 50 kg

A : P10011 Calon Akseptor KB suntik 3 bulan

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, ibu memahami dan mengerti.
2. Menjelaskan kembali keuntungan dan kerugian dari kontrasepsi suntik 3 bulan, ibu mengerti.
3. Menjelaskan efek samping dari suntik KB 3 bulan, ibu memahami.
4. Menginformasikan pada ibu cara kerja dari KB suntik 3 bulan. Ibu mengerti

5. Menanyakan ulang dan meyakinkan ibu untuk menggunakan kontrasepsi suntik, ibu sudah yakin untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.
6. Menganjurkan pada ibu untuk datang ke tenaga kesehatan jika akan memakai alat kontrasepsi sesuai keinginan, Ibu memahami

3.13 Asuhan Kebidanan KB Kunjungan II

Tanggal : 30 Maret 2016 Jam : 07.00 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb

Diagnosa :Ny "R" P10011 dengan Akseptor Baru KB suntik 3 bulan

S : ibu mengatakan datang kebidan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.

O : K/U : baik, kesadaran Composmentis

Pemeriksaan TTV :

T : 110/80 mmHg

N : 72 x/menit

S : 36°C

R : 18 x / menit

BB : 50 kg

A : P10011 Akseptor Baru KB suntik 3 bulan

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, ibu memahami dan mengerti.
2. Menjelaskan kembali keuntungan dan kerugian dari kontrasepsi suntik 3 bulan, ibu mengerti.

3. Menanyakan ulang dan meyakinkan ibu untuk menggunakan kontrasepsi suntik, ibu sudah siap dan yakin untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.
4. Melakukan suntikan Depoprogestin secara IM, Depoprogestin telah di injeksikan di patat ibu sepertiga Sias, ibu menyetujui.
5. Menganjurkan klien untuk datang atau kunjungan ulang sesuai dengan jadwal yang telah diberikan yaitu tanggal 22 Juni 2016, ibu mengerti.
6. Menganjurkan ibu datang sewaktu – waktu jika ada keluhan, ibu siap melakukan kunjungan.

BAB IV

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 secara komprehensif mulai dari asuhan kebidanan pada ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana pada Ny “R” dengan Riwayat Abortus, di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb, Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

4.1 Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III

Pembahasan yang pertama adalah tentang pemeriksaan pada *Antenatal Care*. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang *Antenatal Care*. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan *Antenatal Care* maka, dapat diperoleh data pada tabel berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel ANC Ny. "R" di BPM Yuni Widaryanti Sumbermulyo Jombang

Tanggal ANC	Yang Dilaksanakan										Ket
	26 Agust 2015	27 Sept 2015	26 Okt 2015	30 Okt 2015	25 Nov 2015	29 Nov 2015	28 Des 2015	16 Jan 2016	02 Febr 2016	23 Febr 2016	
UK	14 mgg	18 mgg	22-23 mgg	23-24 mgg	26-27 mgg	28 mgg	32 mgg	34-35 mgg	37 mgg	38-39 mgg	Umur ibu 26 tahun Gerak janin dirasakan pertama UK 16 mgg
Anamnesa	Mual pusing	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Kenceng-kenceng	
Tekanan Darah	110/70 mmHg	100/70 mmHg	110/70 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	100/70 mmHg	100/70 mmHg	110/70 mmHg	120/80 mmHg	120/80 mmHg	Sebelum hamil 44 kg
BB	45 kg	48 kg	52 kg	56 kg	58 kg	58 kg	58 kg	60 kg	62 kg	62 kg	
T F U WHO Mc. Donald	3jari atas symp	½ pusat symp	21 cm	21 cm	25 cm	Setinggi pusat 24 cm	Pertengahan pst-px 29 cm	Setinggi px 32 cm	Setinggi px 32 cm	3jari bawah px 32 cm	
Suplemen/terapi	Erlamol, Omedon, B6	Hufabion, Novacalk	Hufabion, Novacalk	Kalk, Vit C	Melanjutkan obat dan vitamin	Fe, kalk	Novabion, Novacalk	Novabion, Novacalk	B1		
Penyuluhan	Nutrisi, Istirahat	Nutrisi, istirahat total, makan – makanan bergizi.	Nutrisi, personal hygiene	Nutrisi, senam hamil	Personal hygiene, senam hamil	Personal hygiene, istirahat	Persiapan persalinan	Tanda bahaya kehamilan, latihan, istirahat, hubungan seksual, dan perawatan payudara	Istirahat, tanda bahaya kehamilan	tanda bahaya kehamilan, tanda-tanda persalinan	

Sumber : Buku KIA 2016

Dari fakta diatas dapat diperoleh analisa sebagai berikut:

1. Data Subyektif

a. Umur

Umur Ny."R" 26 tahun, menurut penulis usia ibu sudah termasuk produktif. Umur bisa mempengaruhi kematangan organ reproduksi, terlalu muda umur ibu bisa mengakibatkan kehamilan beresiko karena belum siapnya uterus sebagai tempat tumbuh dan berkembangnya janin, sedangkan umur yang terlalu tua juga akan mengakibatkan kehamilan beresiko karena sudah menurunnya fungsi alat reproduksi, sesuai pendapat Manuaba (2010), usia reproduksi yang baik yaitu usia 20-35 tahun. Berdasarkan hal tersebut, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Jarak kontrol ANC :

Ny "R" kontrol ANC pada TM I Ibu tidak kontrol, TM II 4 kali, TM III 5 kali. Kontrol ANC Ny."R" Menurut penulis Berdasarkan faktanya pada awal kehamilannya ibu tidak melakukan kontrol ANC dan ibu baru melakukan kontrol ANC pada usia kehamilan 14 minggu, tetapi kunjungan selanjutnya ibu rutin melakukan kunjungan ANC dan hal ini kurang dari standar yang telah ditentukan, karena pasien baru menyadari telat menstruasi 2 bulan, baru dilakukan PP Test sendiri selain itu pasien jugakurang memiliki kesadaran pada awal kehamilannya untuk periksa kehamilan secara rutin. Pemeriksaan kehamilan sangat penting yang bertujuan untuk deteksi dini adanya komplikasi pada ibu hamil. Berdasarkan hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Sesuai dengan pendapat Sarwono (2006), standar minimal kontrol ANC, meliputi : TM I minimal 1 kali, TM II minimal 1 kali, TM III minimal 2 kali.

c. Terapi

Terapi yang didapat Ny. "R" pada tiap trimester, adalah:

TM II : Erlamol, Odemon, B6 (multivitamin).

TM III : Fe, Kalk, Vit C.

Menurut penulis berdasarkan hal tersebut, suplemen yang diberikan pada Ny."R" sesuai antara fakta dan teori, karena pemberian tablet Fe berfungsi untuk membantu memenuhi kebutuhan sel darah merah karena ibu hamil sering mengalami defisiensi sel darah merah. Pemberian kalsium bertujuan untuk membantu pemenuhan kebutuhan kalsium dalam proses pembentukan tulang dan gigi pada janin. Multivitamin yang sering diberikan pada ibu hamil adalah Vit C karena Vit C mampu membantu penyerapan Fe dan mengurangi efek samping dari konsumsi tablet tambah darah.

Sesuai dengan pendapat Sukarni (2013) Kalsium mengandung mineral yang penting untuk pertumbuhan janin dan membantu kekuatan kaki serta punggung.

d. Penyuluhan/ anjuran

Penyuluhan yang telah didapat Ny."R" antara lain:

14-18 mgg : Nutrisi, Personal Hygiene

22-23 mgg : Nutrisi, istirahat

23-24 mgg : Nutrisi, senam hamil, istirahat, personal hygiene

- 26-27 mgg : Istirahat
- 27-28 mgg : Istirahat
- 31-32 mgg : Istirahat, Nutrisi
- 34-35 mgg : Istirahat, Nutrisi
- 37-38 mgg : Tanda bahaya kehamilan, Tanda-Tanda Persalinan,
Perawatan payudara
- 38-39 mgg : Tanda bahaya kehamilan, Tanda-Tanda Persalinan,
Perawatan payudara

Menurut penulis selama kehamilan ibu di berikan Penyuluhan yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhan selama hamil.

Hal ini sesuai dengan pendapat Sarwono (2010), penyuluhan yang didapat oleh ibu hamil antara lain : Gizi tinggi protein dan kalori, perawatan payudara, *personal hygiene*, senam hamil, persiapan persalinan dan keadaan darurat, istirahat cukup dan mengurangi kerja fisik yang berat, perlunya pemeriksaan kehamilan secara berkala, pola hubungan seksual, tanda bahaya kehamilan

Berdasarkan hal diatas, penyuluhan yang didapat Ny. "R" sesuai dengan teori tentang penyuluhan yang didapatkan pada ibu hamil, yaitu penyuluhan ibu hamil sangat penting agar ibu tau bagaimana cara menjaga kehamilannya khususnya pada ibu dengan resiko tinggi.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan fisik umum

a. Tekanan darah

Tekanan darah Ny."R" pada usia kehamilan 39 minggu yaitu

110/70 mmHg. Menurut penulis kondisi ibu baik karena di tunjang dengan pola makan yang sehat, psikologi dan emosional yang stabil dan dukungan dari keluarga yang dapat mendukung selain itu juga ibu rutin melakukan ANC Terpadu sehingga keracunan kehamilan/preeklamsia dan amenia pada klien tidak terjadi. Berdasarkan hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

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. Pada ibu hamil trimester III, tekanan darah seharusnya masih dalam batas normal. Kenaikan tekanan darah dapat di peroleh ibu secara genetik, dapat juga karena tingkat aktifitas atau keadan psikologis. Hal ini menurut Sarwono (2009) digunakan untuk mengukur tekanan darah agar tidak lebih dari 140/90mmHg.

b. Berat badan

Berat badan Ny.”R” sebelum hamil 45 kg, pada akhir kehamilan 62 kg, terjadi peningkatan 17 kg. Menurut penulis sehubungan dengan hal tersebut, dijumpai ada kesenjangan antara fakta dan teori. Secara fisiologis kenaikan berat badan ibu hamil adalah 6,5-16,5 kg dan pada Ny “R” mengalami kenaikan 17 kg. Setelah dilakukan asuhan kebidanan kurang lebih 1-2 bulan diharapkan berat badan ibu dapat menurun dengan asuhan untuk mengurangi makanan yang mengandung banyak gula, mengurangi kebiasaan makan atau nyemil pada malam hari, memperbanyak makanan

yang mengandung serat, karena untuk mengatur berat badan agar tetap berada dalam kondisi normal dengan menjaga asupan gizi cukup dan seimbang.

Pendapat Ari (2009) Berat badan normal pada trimester III akan bertambah 0,5 kg/minggu. Penambahan berat badan dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 6,5-16,5 kg. Sehubungan dengan hal tersebut, dijumpai adanya penyimpangan antara fakta dan teori.

c. LILA (Lingkar Lengan Atas)

Pada saat pemeriksaan kehamilan ukuran LILA Ny."R" 27 cm dan lebih dari batas fisiologis.

Menurut penulis pengukuran LILA sangat penting karena dari pengukura tersebut kita bisa melihat status gizi ibu hamil baik atau buruk. LILA Ny. "R" 24 cm yang termasuk status gizinya cukup baik. Berdasarkan hal tersebut, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Pendapat Ari (2009), LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi Ibu kurang atau buruk. Sehingga ibu beresiko untuk melahirkan BBLR.

2. Pemeriksaan fisik Khusus

a. Perubahan fisik

Perubahan fisik yang terjadi pada Ny."R" saat hamil trimester III, yaitu muka tidak oedem, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, kolostrum sudah keluar, pada perut ibu terjadi pembesaran membujur, Menurut penulis, perubahan tersebut merupakan perubahan fisiologis yang

di alami oleh setiap ibu hamil karena setiap ibu hamil memiliki perubahan yang berbeda-beda. Pemeriksaan fisik untuk ibu hamil harus dilakukan karena dengan pemeriksaan fisik yang dilakukan sedini mungkin kita bisa menyimpulkan ada atau tidaknya tanda bahaya dan resiko yang mungkin terjadi. Berdasarkan teori dan kenyataannya tidak ditemukan kesenjangan.

Menurut teori Asri dan Clevo (2012) perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil trimester III didapatkan tidak ada oedem pada muka, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, puting susu menonjol dan kolostrum sudah keluar, terjadi pembesaran membujur pada abdomen.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori, perubahan yang dialami ibu adalah fisiologis.

b. TFU (Tinggi Fundus Uteri)

Pada Ny."R" ukuran TFU menurut WHO saat UK 34-35 mgg 4 jari dibawah processus xipoideus, 35-36 mgg pertengahan pusat-processus xipoideus, 36-37 mgg 3 jari bawah processus xipoideus. Menurut penulis ukuran TFU Ny."R" menurut WHO termasuk fisiologis, perubahan atau ukuran TFU setiap ibu memang berbeda sesuai dengan bentuk perut dan ketebalan dinding perut namun dengan rumus yang sudah ada dapat dengan mudah mengukur TFU ibu hamil. sesuai dengan pendapat Rustam (2012), ukuran TFU pada UK 34 mgg 31 cm, UK 36 mgg 32 cm. Ukuran TFU pada akhir bulan ke 8 pertengahan pusat-px, pada akhir bulan ke 9 3 jari bawah px.

Berdasarkan hal diatas, tidak terjadi penyimpangan antara fakta dan teori.

3. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Darah (Hb)

Hasil pemeriksaan Hb Ny. "R" adalah 11,2 gr%.

Menurut penulis hemoglobin sangat berpengaruh langsung terhadap ibu dan janin karena hemoglobin yang terdapat pada darah merupakan alat transportasi O₂. Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut pendapat Sarwono (2009) kadar Hb normal pada ibu hamil adalah 11-14gr%.

a. Pemeriksaan urine albumin

Hasil pemeriksaan urine albumin Ny. "R" adalah negatif, hal ini fisiologis sesuai dengan pendapat Winkjosastro (2010), pemeriksaan urine albumin normal bila hasilnya negatif (urine tidak keruh). Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Pemeriksaan urine reduksi

Hasil pemeriksaan urine reduksi Ny. "R" adalah negatif. Hal ini fisiologis sesuai dengan pendapat Winkjosastro (2010), pemeriksaan urine dikatakan normal jika hasilnya negatif (Warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh). Sehubungan dengan hal tersebut diatas, tidak dijumpai kesenjangan antara fakta dan teori.

C. Analisa Data

Analisa data pada Ny."R" adalah G₁P₀₀₀₁₀, hamil 34-35 minggu dengan Riwayat Abortus.

Menurut penulis analisa data merupakan kesimpulan antara data subyektif dan data obyektif yang menjadi acuan dalam melakukan tindakan atau terapi sesuai dengan keadaan pasien. Dalam penulisan analisa data menurut penulis sesuai dengan pendapat Saminem (2010) yaitu nama klien, GPAPIAH, usia kehamilan, UK dengan kehamilan normal / patologi.

Analisa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat (Mufdlillah, 2009).

D. Penatalaksanaan

Asuhan pada masa hamil penulis melakukan penatalaksanaan pada Ny. "R" sebagaimana asuhan yang diberikan untuk kehamilan normal karena tidak ditemukannya masalah, asuhan yang diberikan yaitu seperti KIE tentang tanda bahaya ibu hamil, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan (P4K), keluhan pada ibu hamil seperti kenceng-kenceng, dan sebagainya, kolaborasi pemberian suplemen, dan kontrol ulang

Menurut penulis pemberian KIE pada ibu hamil merupakan kebutuhan karena dengan adanya KIE rutin setiap kali kunjungan ANC dan menganjurkan ibu untuk ANC terpadu dapat mendeteksi sedini mungkin komplikasi atau resiko yang terjadi dan bertujuan untuk melakukan pemantauan asuhan kehamilan secara komprehensif. Berdasarkan hal diatas, tidak dijumpai kesenjangan antara fakta dan teori

Menurut pendapat Sarwono (2009), asuhan yang diberikan untuk kehamilan normal karena diantaranya KIE tentang keluhan pada ibu hamil seperti kenceng-kenceng, dan sebagainya, tanda bahaya ibu hamil, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan (P4K), kolaborasi pemberian suplemen, dan kontrol ulang.

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. “R” di BPM Yuni Widaryanti Amd. Keb. Sumbermulyo – Jogoroto Jombang

INC KELUHAN	JAM	KALA I KETERANGAN	KALA II	KALA III	KALA IV
Ibu mengata kan kenceng- kenceng sejak tanggal 23 Februari	04.00 04.00	TD: 120/80 mmHg N : 82x/mnt S : 36,0 °C RR : 20x/ mnt DJJ 136x/mnt Palpasi WHO : 4/5 VT : ø 4 cm, Eff 25 %, ketuban positif, presentasi kepala, Hodge I, moulase 0. N : 82x/mnt	Lama kala II ±35 menit. Bayi lahir spontan belakang kepala, jenis kelamin perempuan , langsung	Lama kala III ±15 menit. Plasenta lahir lengkap spontan, kotiledon utuh	Lama kala IV ±2 jam 35 menit. Perdaraha n : ± 150 cc Observasi 2 jam pp : TD :

2016 pukul 21.30 WIB datang ke bidan tanggal 23 Februari 2016 pukul 04.00 WIB.	S : 36 °C TD : 100/70 mmHg RR : 20x/mnt His : 4 x 30" lamanya 10 menit DJJ 130 x/mnt	menangis, tonus otot baik, warna kulit merah muda, tidak ada kelainan kongenital, anus ada.	110/70 mmHg N : 80 x/mnt S : 36,5 ⁰ C RR : 20 x/mnt TFU : 3 jari bawah pusat UC : Baik Konsisten si : keras, kandung kemih kosong.
	08.25 TTV : TD : 120/70 mmHg N : 78 x / mnt, S : 36,8 ⁰ C RR : 24 x / mnt. His : 5 x 45 detik selama 10 menit DJJ : 148 x / mnt Palpasi WHO : 1/5 VT : Ø 10 cm, eff 100 %, Presentasi kepala, Dominator UUK, Hodge IV, Moulase 0.		
	09.10 Lama kala 1 ± 9,5 jam		

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

1. Data Subyektif

a) Keluhan utama

Menurut penulis keluhan yang dirasakan Ny."R" kencing-kencing dan keluar lendir sejak tanggal 23 Februari 2016 jam 00.00 WIB, setelah diperiksa ternyata lendir bercampur darah dan air ketuban.

Hal ini fisiologis pada ibu bersalin sesuai dengan pendapat Manuaba, (2010) keluhan yang sering dirasakan ibu bersalin yaitu dimulai dengan adanya his yang dipengaruhi oleh hormon esterogen dan progesterone. Selanjutnya keluar lendir darah terjadi karena adanya pembuluh darah yang pecah akibat pendataran dan pembukaan servik.

Berdasarkan hal tersebut diatas, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori, karena pada saat ibu akan bersalin ibu mengalami hal tersebut, seperti his, keluar lendir dan darah.

2. Data Obyektif

Hasil pemeriksaan pada Ny. "R" muka tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih, mukosa bibir lembab, payudara bersih, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar, tidak ada bendungan/ massa abnormal, pemeriksaan abdomen, meliputi:

TFU pertengahan antara pusat dengan Processus xyloideus, (33 cm) Puki, Letkep, Kepala sudah masuk PAP, DJJ

Penurunan kepala 3/5 bagian.

TBJ : $(33-11) \times 155 = 3.410$ gram.

Auskultasi DJJ : 140 x/ menit

His : 3 x 30" dalam 10 menit

Menurut penulis, ibu dengan inpartu mengalami hal yang fisiologis. Penentuan TFU menurut Mc. Donald sangat penting karena bisa diambil kesimpulan apakah ada tanda bahaya yang menyertai seperti IUGR dan kemungkinan BBLR atau Asfiksia. Pada bagian genetalia dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui keadaan jalan lahir yang kemungkinan bisa lahir normal atau tidak. Berdasarkan hal tersebut diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut Manuaba (2014), 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, 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).

3. Analisa Data

Analisa data pada Ny."R" adalah G₁P₀₀₀₁₀, hamil 34-35 minggu dengan partus normal.

Menurut penulis persalinan normal adalah proses persalinan pada ibu yang hamil cukup bulan, dengan presentasi belakang kepala, yang berlangsung dalam waktu 24 jam dan tidak menimbulkan komplikasi baik ibu maupun janin. Yang diawali dengan terjadinya kontraksi/mules yang datang teratur setiap 10-15 menit, dengan 4 tahapan yaitu kala 1, kala 2, kala 3 dan kala 4. Berdasarkan hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut Teori persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sarwono,2009).

4. Penatalaksanaan

a. Kala I

Berdasarkan fakta, persalinan kala I fase aktif Ny."R" berlangsung selama \pm 4 jam pada jam (04.00 – 08.30 WIB).

Menurut penulis pada kala 1 dibagi menjadi 2 yaitu kala satu fase aktif dan kala 1 fase laten. Pada awal-awalnya fase laten pasien akan mengeluhkan sakit punggung dan sering BAK. Biasanya pasien mengeluhkan rasa sakit yang hebat ketika memasuki fase aktif dan sakitnya semakin bertambah hingga menjelang persalinan. Selain itu

biasanya pasien juga mengeluarkan darah bercampur lendir yang semakin banyak hingga proses persalinan berlangsung.

Menurut Asri dan Clevo (2012) persalinan kala I berlangsung \pm 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8jam) dari pembukaan 0 sampai pembukaan kurang dari 4cm, dan fase aktif (6-7jam) dari pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm. Dalam fase aktif ini masih dibagi menjadi 3 fase, yaitu fase akselerasi, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4cm, fase dilatasi maksimal, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung cepat, dari pembukaan 4cm menjadi 9cm, dan fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi 10cm. Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Keadaan tersebut dapat dijumpai baik pada primigravida maupun multigravida, akan tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Berdasarkan, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/ jam dan pembukaan pada multigravida 2cm/ jam. Dengan demikian waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida, ostium uteri internum sudah membuka sedikit, sehingga ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang bersamaan.

Pada partograf Ny. "R" tidak melewati garis waspada, ibu diberikan makan dan minum, hal ini sesuai dengan pendapat Sarwono (2010), pada ibu bersalin kekuatan dipengaruhi asupan nutrisi sebelum persalinan. Hal ini sesuai antara fakta dan teori, berdasarkan hal ini sesuai antara fakta dan teori, karena dari hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal, dan perubahan yang dialami ibu fisiologis.

b.Kala II

Berdasarkan fakta, persalinan kala II Ny."R" berlangsung selama ± 40 menit (08.30-09.40 WIB), tidak ada penyulit selama proses persalinan.

Menurut penulis pada kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir yang berlangsung 40 menit, tergantung dari power, passage dan passanger. Berdasarkan hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut Rustam (2012), Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

c. Kala III

Berdasarkan fakta, persalinan kala III Ny."R" berlangsung selama ± 10 menit (09.40 - 09.50 WIB), tidak ada penyulit, perineum intak.

Menurut penulis kala III dimulai dari bayi lahir sampai lahirnya plasenta, dengan batas waktu 30 menit bila dalam 15 menit pertama plasenta tidak lahir akan di suntik oksitosin kedua dan akan dilakukan

plasenta manual bila dalam 30 menit plasenta tidak segera lahir. Berdasarkan hal diatas, tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

Sesuai dengan JNPK-KR, 2012),kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

d. Kala IV

Berdasar kanfakta, persalinan kala IV Ny."R" berlangsung selama ± 2 jam 35 menit (09.50 – 11.25 WIB), perdarahan ± 150 cc, dilakukan IMD. dan dilakukan observasi ketat selama 2 jam *post partum* yaitu observasi TTV, kontraksi uterus, TFU, perdarahan pada ibu dan pada bayi dilakukan observasi TTV, AGAR SCORE, penyuntikan vitamin K, pemberian salep mata, imunisasi Hb O dan juga dilakukan pemeriksaan fisik BBL.

Menurut penulis kala IV dimulai dari lahirnya plasenta dan dilakukan observasi hingga 2 jam PP dan memastikan kondisi ibu dan bayi baik-baik saja. Berdasarkan hal diatas, tidak ditemui kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut pendapat Asri dab Clevo (2012) kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah : tingkat kesadaran klien, pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernapasan, kontraksi uterus, TFU, terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

4.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Pada pembahasan yang ketiga akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan pada *post natal care*. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang asuhan kebidanan pada *post natal care*. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan tentang *post natal care*, maka dapat diperoleh data pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel PNC Ny.”R” di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Sumbermulyo Jombang

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

Tanggal PNC		23 Feb 2016	29 Feb 2016	07 Maret 2016	30 Maret 2016
Post Partum (hari)		6jam PP	7hari PP	14hari PP	6 minggu
Anamnesa		Mules	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
Eliminasi		BAK ± 2 x/ hari, warna kuning jernih Ibu belum BAB	BAK ± 4 x/ hari, warna kuning jernih BAB 1x/ hari, konsistensi lembek	BAK ± 4 x/ hari, warna kuning jernih BAB 1x/ hari, konsistensi lembek	BAK ± 4 x/ hari, warna kuning jernih BAB 1x/ hari, konsistensi lembek
Tekanan Darah		110/70 mmHg	110/70 mmHg	120/80 mmHg	110/70 mmHg
Laktasi		ASI sudah keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal	ASI keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal	ASI keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal	ASI keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal
Involusi	TFU	TFU 2jari bawah pusat	TFU 3jari atas sympisis	TFU tidak teraba normal	TFU tidak teraba normal
	Lochea	Lochea rubra	Lochea sanguinolenta	Lochea serosa	Lochea alba

Sumber: Data Primer, 2016

1. Data Subyektif

a. Keluhan

Berdasarkan fakta, pada 1 hari post partum Ny. “R” mengeluh mules. Hal ini fisiologis dialami pada ibu post partum.

Menurut penulis rasa mules tersebut merupakan tanda kontraksi uterus baik, karena rasa mules pada 1-2 hari post partum merupakan pengaruh proses involusi uteri dan termasuk fisiologis.

Menurut Sulistyawati (2011) involusi/pengerutan rahim merupakan suatu keadaan kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil, dengan involusi ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati). Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan adanya penyimpangan antara fakta dan teori.

b. Eliminasi

Berdasarkan fakta, Ny. “R” sudah BAK sejak hari pertama post partum, BAB pada 4 hari post partum dengan konsistensi keras, BAK dan BAB sudah lancar.

Menurut penulis, normalnya ibu sudah bisa BAK setelah \pm 4 jam setelah melahirkan, jika tidak bisa BAK dalam waktu 4 jam maka lakukan pemasangan kateter

Hal ini fisiologis sesuai dengan pendapat Sulistyawati (2009), klien harus BAK dalam waktu 6 jam post partum, bila 8 jam post partum belum BAK, dirangsang dengan air mengalir, kompres hangat dan lain-lain. Bila tidak bisa dilakukan kateterisasi. BAB: supaya buang air besar kembali

normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Normalnya ibu sudah BAB sampai 4 hari post partum.

Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan adanya penyimpangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

a. Laktasi

Berdasarkan fakta, ASI Ny. "R" sudah keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal.

Menurut penulis, sesering mungkin bayi menyusu semakin baik untuk merangsang produksi ASI sebaliknya jika bayi tidak menyusu sementara produksi ASI meningkat kemungkinan akan terjadi bendungan ASI jika tidak diatasi secepatnya.

Menurut pendapat Sulistyawati (2011), selama kehamilan hormon estrogen dan progesterone menginduksi perkembangan alveoli dan duktus laktiferus didalam payudara, serta merangsang produksi kolostrum, cairan pertama yang diperoleh bayi dari ibunya sesudah dilahirkan adalah kolostrum yang mengandung campuran yang kaya akan protein, mineral, dan antibody. Kolostrum merupakan cairan berwarna kuning yang keluar pertama kali pada payudara dan pada hari selanjutnya pengeluaran ASI yang keluar. 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 (Sulistyawati, 2009).

Proses laktasi pada Ny. "R" berdasarkan teori dan fakta diatas tidak ditemukan adanya penyimpangan. Proses laktasi yang baik dapat membantu mempercepat proses involusi uterus dan mempererat hubungan psikologis ibu dan bayi.

3. Involusi

a. TFU

Berdasarkan fakta pada Ny. "R", pada 1 hari post partum TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, pada 6 hari post partum TFU pertengahan pusat, kontraksi uterus baik, pada 14 hari post partum TFU tidak teraba, pada 42 hari post partum TFU tidak teraba.

Menurut penulis, kontraksi uterus Ny."R" sangat baik sehingga involusi uterus berjalan normal pada 4 minggu TFU sudah tidak teraba. Pada hari ke 3 sampai hari ke 5 dan seterusnya fisiologis dan tidak ditemukan adanya kontraksi yang lembek (*atonia uteri*) maka dari itu selalu dilakukan observasi involuso uteri sesuai dengan standar asuhan kunjungan masa nifas.

Pendapat Sulistyawati (2011), TFU setelah plasenta lahir-1minggu *post partum* 2 jari bawah pusat, 1-2 minggu *post partum* pertengahan pusat-symphisis, 2-6 minggu tak teraba, dan kontraksi uterus selalu baik dengan konsistensi keras. Hal tersebut tidak terjadi penyimpangan antara fakta dan teori.

b. Lochea

Berdasarkan fakta pada Ny. "R", pada 1-4 hari post partum lochea rubra, pada hari 7 – 14 post partum lochea serosa, pada 16 hari sampai 6 minggu post partum lochea alba.

Menurut penulis, proses involusi berdasarkan lochea pada Ny."R" berjalan fisiologis karena pengeluaran lochea sesuai dengan teori yang ada.

Sesuai dengan pendapat Sulistyawati (2011), *Lochea rubra*: Berwarna merah, berlangsung selama 1-3 hari *post partum*, *Lochea sanguinolenta* : Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir, terjadi pada hari ke 4-7 hari *post partum*, *Lochea serosa* : Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 *post partum*, *Lochea alba* : Cairan putih yang terjadi pada hari setelah 2 minggu *post partum*.

berdasarkan teori dan fakta diatas tidak ditemukan adanya penyimpangan. Semua perubahan yang dialami ibu adalah fisiologis dan keadaan ibu baik.

B. Analisa Data

Analisa data pada Ny."R" adalah P₁₀₀₁₁ post partum hari ke 3 fisiologis.

Menurut penulis, nifas normal adalah nifas yang berlangsung 6 minggu tanpa ada keluhan dan penyulit pada masa nifas sehingga nifas berjalan secara fisiologis.

Menurut teori nifas fisiologis adalah nifas yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu dengan

kondisi yang baik tanpa ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas (Sulistiyowatati, 2011).

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemui kesenjangan antara fakta dan teori.

C. Penatalaksanaan

Faktanya penulis melakukan penatalaksanaan asuhan persalinan normal dan observasi 2 jam *post partum* pada Ny."R" sebagaimana untuk observasi 2 jam *post partum* dan tidak ditemukannya masalah, dengan melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, dsb, dan kontrol ulang.

Menurut penulis, dengan diberikan implementasi yang sesuai dengan asuhan pada ibu nifas dapat mencegah terjadinya tanda bahaya masa nifas seperti demam, perdarahan, lochea berbau, bendungan ASI, dsb, selain itu juga memberikan dampak yang positif bagi ibu dan bayi seperti mengajari ibu bagaimana cara menyusui yang benar, melakukan perawatan bayi sehari-hari, memberikan konseling tentang KB agar ibu merasa mantap dan nyaman sebelum menggunakan alat kontrasepsi. Berdasarkan hal tersebut, tidak didapatkan kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut pendapat Susilowati (2009) seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, dsb, dan kontrol ulang.

4.4 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. "R", sebagai berikut : Pada usia 2 jam bayi belum BAB dan sudah BAK 1 kali, warna jernih. Bayi sudah menyusui, pada saat dilakukan IMD.

Pemeriksaan Antropometri

Panjang badan : 50 cm

Berat badan : 3300 gram

Lingkar dada : 33 cm

Ukuran Belakang Kepala :

SOB (Suboksipito bregmatika) : 31 cm

SOF (Suboksipito frontalis) : 34 cm

FO (Fronto oksipito) : 34 cm

MO (Mento oksipito) : 36 cm

Hasil Pemeriksaan Fisik : Tidak ada kelainan

Tabel 4.4 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Neonatus Bayi Ny."R" di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Sumbermulyo Jogoroto Jombang

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

Tgl Kunjungan Neo ASI	23 Feb 2016	26 Feb 2016	29 Feb 2016	7 Maret 2016
	Ya	Ya	Ya	Ya

BAK	±7-8 kali hari ini, warna kuning jernih	±7-8 kali/hari, warna kuning jernih	±7-8 kali/hari, warna kuning jernih	±7-8 kali/hari, warna kuning jernih
BAB	±2 kali hari ini, warna hitam	±3 kali/ hari, warna kuning	±3 kali/ hari, warna kuning	±3 kali/ hari, warna kuning
BB	3300 gram	3000 gram	3200 gram	3400 gram
Ikterus	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Tali pusat	Basah Tidak kemerahan, tidak bau, tidak bengkak	Kering Tidak kemerahan, tidak bau, tidak bengkak	Sudah lepas	Sudah lepas

Sumber: Data Primer, 2016

1. Data Subyektif

a. Eliminasi

Berdasarkan fakta, pada usia 2 jam bayi Ny. “R” sudah BAK, warna kuning jernih, dan BAB pada usia 1 hari, warna hitam.

Menurut penulis jika bayi BAB warna hitam berarti normal karena mekonium yang telah keluar dalam 24 jam pertama setelah lahir menandakan anus telah berfungsi. Dan jika BAK bayi warna kuning jernih berarti normal karena jika bayi tidak BAK dalam 24 jam pertama setelah lahir maka bidan harus mengkaji kondisi uretra. Berdasarkan data tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut pendapat Sulistyawati (2011) proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir adalah 20-300 cc/24 jam atau 1-2 cc/Kg BB/jam.

b. Nutrisi

Berdasarkan fakta, bayi Ny. “R” sudah menyusui pada saat dilakukan IMD.

Menurut penulis, saat bayi lahir langsung lakukan IMD yang bertujuan untuk mendekatkan kontak ibu dengan bayi agar bayi bisa mencari puting susu, pelaksanaan IMD 1 jam dan asupan nutrisi bayi terpenuhi. Pemberian ASI eksklusif sedini mungkin sangat penting bagi tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efisien, mencegah infeksi, dan bisa menjadi alat kontrasepsi alamiah (*amenore laktasi*). Berdasarkan data diatas, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut Muslihatun (2010) setelah lahir bayi segera disusukan pada ibunya. Pada bayi usia 1 hari, membutuhkan 5-7 ml atau satu sendok makan ASI sekali minum, dan diberikan dengan jarak sekitar 2 jam. Kebutuhan ASI memang baru sedikit, karena ukuran lambung bayi pada usia ini hanya sebesar biji kemiri. Bayi usia 3 hari, membutuhkan 22-27 ml ASI sekali minum yang diberikan 8-12 kali sehari atau hampir satu gelas takar air untuk satu hari. Pada usia ini lambung berkembang menjadi sebesar buah ceri atau anggur berukuran sedang. Bayi usia 1 minggu, membutuhkan ASI 45-60 ml dalam satu kali minum, dan dapat menghabiskan 400-600 ml ASI atau satu setengah gelas hingga dua setengah gelas takar air dalam satu hari. Bayi Usia 1 bulan, membutuhkan ASI 80-150 ml dalam sekali minum, dan diberikan 8 hingga 12 kali dalam satu hari, dengan jeda 1,5 jam-2 jam pada siang dan pada malam hari jeda 3 jam.

Berdasarkan data diatas, tidak dijumpai penyimpangan antara fakta dan teori. Bayi dilakukan IMD setelah lahir, bayi menyusu kuat, dan tenang.

B. Data Obyektif

1. Tanda-tanda vital

Berdasarkan fakta, tanda-tanda vital bayi Ny. "R" dalam batas normal. Menurut penulis pemeriksaan tanda vital bayi sangat mutlak dilakukan karena dari pemeriksaan tersebut kita bisa mengetahui apakah keadaan bayi sehat atau timbul tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi, asfiksia, dsb. Berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut Depkes RI 2014 suhu bayi normal adalah antara 36,5°C-37,5°C, laju napas normal neonatus berkisar antara 40-60 kali permenit dan nadi apikal dapat berfluktuasi dari 110 sampai 180 x/ menit. Bayi dikatakan fisiologis jika tidak ada komplikasi yang menyertai.

2. Antropometri

1) Berat Badan

Berat badan lahir bayi Ny."R" 3200 gram, saat umur 3 hari dengan BB 3000 gram, umur 6 hari dengan BB 3200 gram, umur 14 hari dengan BB 3400 gram.

Menurut penulis, pada saat masa hamil TFU Ny "R" fisiologis karena ukurannya 32 cm dan tafsiran berat janinnya 3255 gr, tetapi pada saat lahir berat bayi Ny"R" 3200 gr dalam keadaan normal dan cukup bulan. Bayi Ny "R" dalam keadaan sehat. Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut Lisnawati (2013) berat neonatus cukup bulan antara 2500 sampai 4000 gram. Penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan lahir menunjukkan kekurangan cairan.

2) Panjang Badan

Panjang badan bayi Ny."R" 50 cm.

Menurut penulis panjang badan bayi normal menunjukkan bahwa bayi tersebut tidak prematur dan tidak termasuk BBLR karena panjang badan bayi tidak kurang dari 45 cm. Bayi Ny."M" dalam keadaan sehat dan pertumbuhannya akan menjadi normal. Berdasarkan hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan opini.

Menurut Lisnawati (2013), panjang badan *neonatus* cukup bulan 45 sampai 54 cm.

3. Pemeriksaan fisik

Pada Bayi Ny."R", 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, pemeriksaan fisik pada neonatus sangat penting karena dengan melakukan pemeriksaan kita bisa menyimpulkan resiko atau komplikasi yang menyertai, selain itu bisa mencegah terjadinya tanda bahaya bayi. Berdasarkan hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan opini.

Menurut Lisnawati (2013) warna kulit bayi harus berwarna merah muda yang bersih, tidak ada kelainan pada anggota tubuh, dan tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat.

C. Analisa Data

Analisa data pada Ny."R" Neonatus cukup bulan dengan Neonatus fisiologis.

Menurut penulis Neonatus Fisiologis adalah neonatus yang lahir aterm dan selama bayi maupun neonatus tidak terjadi komplikasi.

Menurut Asri dan Clevo (2012) neonatus normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori. penulisan analisa bayi sesuai dengan teori.

D. Penatalaksanaan

Pada asuhan neonatus, penulis melakukan penatalaksanaan pada Bayi Ny."R" sebagaimana untuk neonatus normal karena tidak ditemukan masalah selama kunjungan. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE, seperti KIE tanda bahaya neonatus, imunisasi, ASI eksklusif, perawatan bayi sehari-hari dsb. KIE diberikan secara bertahap agar ibu lebih mudah dalam memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi, kontrol ulang.

Menurut penulis pemberian KIE untuk bayi baru lahir sangat perlu karena bertujuan untuk mencegah terjadinya resiko pada bayi seperti tali pusat berbau, sianosis, hipotermi, dan ikterus.

Menurut Lisnawati (2013) penatalaksanaan pada neonatus fisiologis, meliputi KIE tanda bahaya neonatus, imunisasi, ASI eksklusif, perawatan bayi sehari-hari dsb. KIE diberikan secara bertahap agar ibu

lebih mudah dalam memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi, dan kontrol ulang. Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

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

Tabel 4.5 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Keluarga Berencana di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Sumbermulyo – Jogoroto Jombang

Tanggal kunjungan KB	07 Maret 2016	30 Maret 2016
Keluhan	Ibu merencanakan menggunakan KB Suntik 3 bulan..	Ibu menggunakan KB Suntik 3 bulan

Sumber: Data Primer, 2016

A. Data Subjektif

Berdasarkan fakta pada Tanggal 30 Maret 2016 ibu telah menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan.

B. Data Objektif

KU : baik, Kesadaran composmentis, TD : 110/80 mmHg, BB : 55 kg, N : 80 x/menit, RR : 18 x/menit, HPHT. Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemui kesenjangan antara fakta dan teori, keadaan ibu baik.

C. Analisa Data

Analisa data pada Ny."R" terkait dengan KB adalah P10011 akseptor baru KB suntik 3 bulan, hal ini sesuai dengan pendapat Saifuddin (2010) P_ _ _ _ akseptor baru/ lama KB ____

Berdasarkan hal tersebut, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori. Penulisan analisa sesuai dengan teori, karena masih merencanakan penggunaan kontrasepsi.

D. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan untuk akseptor KB, penulis melakukan penatalaksanaan pada Ny."R" sebagaimana untuk akseptor suntik 3 bulan, karena tidak ditemukannya masalah ibu diberi KIE tentang efek samping, gejala normal kontrasepsi suntik 3 bulan, dan kontrol ulang.

Hal ini sesuai dengan pendapat JNPK-KR (2012), penatalaksanaan pada akseptor Suntik 3 bulan, meliputi KIE efek samping, dan kontrol ulang.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori. dimana keadaan ibu baik, kontrasepsi sesuai keinginan ibu.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Asuhan kebidanan pada Ny. “R” telah dilakukan selama kurang lebih dua bulan yang di mulai dari masa hamil dengan usia kehamilan 38-39 minggu.

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. “ R “ G₁P₀A₁ dengan Riwayat Abortus dan tidak melakukan pemeriksaan penunjang.
2. Asuhan Kebidanan Bersalin pada Ny. “ R “ G₁P₀A₁partus spontan berjalan normal dan tidak ada komplikasi atau penyulit.
3. Asuhan Kebidanan Nifas pada Ny. “ R “ P₁A₁Nifas berjalan normal dan tidak ada komplikasi atau penyulit.
4. Asuhan Kebidanan BBL pada bayi Ny “ R “ berjalan normal dan tidak ada komplikasi atau penyulit.
5. Asuhan Kebidanan Neonatus pada bayi Ny “ R “ berjalan normal dan tidak ada komplikasi atau penyulit.
6. Asuhan Kebidanan KB pada Ny. “ R “ P₁A₁ibu Akseptor baru KB suntik 3 bulan.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan pembimbing dapat mempertahankan kualitas bimbingannya. Dengan cara memberikan arahan dan pengertian yang mudah dimengerti dalam melaksanakan tugas yang diberikan dan tidak terjadi perbedaan pengertian yang akan diterima oleh mahasiswa sehingga mahasiswa dapat menyelesaikan laporan tugas akhir dengan baik dan tepat waktu.

2. Bagi Bidan

Diharapkan para bidan di Puskesmas dan di Desa dapat memotivasi ibu hamil dalam pemeriksaan kesehatannya terutama pada ibu hamil dengan Riwayat Abortus dan mampu memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif pada setiap ibu dan bayi.

3. Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya Laporan Tugas Akhir bisa sebagai bahan acuan peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian ibu hamil dengan Riwayat Abortus.

DAFTAR PUSTAKA

- Asri dan Clervo, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Muha Medika
- BKKBN, 2011. *Buku Acuan Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: YBPSP
- Cunningham, 2013. *Obstetri William*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI, 2013. *Profil Kesehatan Indonesia*. www.depkes.ri.ac.id diakses tanggal 5 Januari 2016
- Dinkes Jatim, 2011. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2011*. <http://dinkes.jatimprov.go.id> diakses tanggal 6 Januari 2016
- Dinkes Jombang. 2012. *Portal Pemerintah Kabupaten Jombang*. www.jombangkab.go.id diakses tanggal 6 Januari 2016
- Handayani, sri. 2010. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta. Pustaka Rihama.
- Hidayat Asri, 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*, Jakarta Nuha Medika
- JNPK-KR, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPKR
- Kusmiati Yuni, dkk, 2010. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya
- Kementrian Kesehatan, 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Esensial*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Kosim MS, dkk. 2010. *Buku Panduan Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir untuk Dokter, Bidan, dan Perawat*. Jakarta: IDAI
- Lisnawati, 2013. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Medika
- Lestari Ningsih, 2008. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Medika
- Mochtar Rustam, 2012. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Manuaba, 2008. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: EGC
- Manuaba, 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- Marmi dan Rahardjo Kukuh, 2015. *Asuhan Neonatus Bayi, balita dan anak prasekolah*. Yogyakarta: PUSTAKA PELAJAR
- Muslihatun, 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya

- Mufdlillah, dkk, 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Oxon, Harry dan R.F. William.2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika(YEM).
- Rochjati, 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press
- Rukiyah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan 4 Patologi Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Medika
- Rustam,2010. *Sinopsis Obstetri Jilid I*. Jakarta: EGC
- Saminem. 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan Konsep & Praktik*. Jakarta: EGC
- Sarwono, 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBPSP
- Sarwono, 2011. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: YBPSP
- Suryati, 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistyawati Ari, 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: ANDI
- Sukarni, dan Z.H Margareth. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Suryati, 2011. *Asuhan Kebidanan Pada MasaKehamilan*. Jakarta: salemba Medika
- Sulistyawati Ari, 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistyawati Ari, 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Walyani Siwi Elisabeth. 2015. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*.
- Wiknjosastro, H. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Lampiran 1 Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan Penelitian

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 129/KTI-D3KEB/K31/073127/1/2016
 Lamp. : -
 Perihal : Pre Survey Data, Studi Pendahuluan dan Penelitian

Jombang, 14 Januari 2016

Kepada :

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jombang
 di
 Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan KTI yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Pre Survey Data, Studi Pendahuluan dan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : ELIJAH KHOLIFATUR ROHMAH
 No. Pokok Mahasiswa / NIM : 13 111 0061
 Semester : V
 Prodi : D3 Kebidanan
 Judul Penelitian : *Ajukan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "R" dengan Riwayat Abortus di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb di Semanding, Sumbermulyo, Jorogoto Jombang*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan KTI sebagaimana tersebut diatas.
 Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,



H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
 NIK: 01.06.054

Tembusan:

- Kepala Puskesmas Mayangan
- Bidan Yuni Widaryanti, Amd.Keb Dsn. Semanding Ds. Sumbermulyo Kec. Jorogoto

Lampiran 2 Surat Balasan dari Dinkes



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, 19 Januari 2016

Nomor : 070/431/415.25/2016
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Puskesmas Mayangan
 Kecamatan Jogoroto
 di
J o m b a n g

Menindaklanjuti Surat dari Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Nomor : 115/KTI-D3KEB/K31/073127/1/2016 tanggal 14 Januari 2016 perihal izin penelitian. Maka mohon berkenan Puskesmas Saudara sebagai tempat penelitian mahasiswa Prodi D III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Adapun nama mahasiswanya adalah :

Nama : **Eliyah Kholifatur Rohmah**
 Nomor Induk : 131110081
 Judul : Asuhan Komprehensif Pada Ny "R" Dengan Riwayat Abortus Di Bpr. Yunu Widaryanti, Amd.Keb Desa Sumbemulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang
 Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan
 - Segala sesuatu yang terkait dengan kegiatan / pembimbingan di lapangan agar dimusyawarahkan bersama mahasiswa yang bersangkutan.

Denikian atas perhatian dan kejasama yang baik diucapkan terima kasih.

A.n. KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JOMBANG



Tembusan Yth.:

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

Lampiran 3 Surat Persetujuan dari Bidan

BIDAN PRAKTEK MANDIRI
DESA SUMBERMULYO KECAMATAN JOGOROTO
KABUPATEN JOMBANG

Tanggal : 20 Januari 2016

Perihal : Permintaan Studi Pendahuluan Dan Penelitian

Sehubungan dengan surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan“ INSAN CENDEKIA MEDIKA “ Tanggal 20 Januari 2016, yang bertanda tangan di bawah ini Yuni Widaryanti, Amd.Keb menerangkan bahwa :

Nama : Eliyah Kholifatur Rohmah
Nim : 131110061
Semester : V
Prodi : D3 Kebidanan

Bahwa Mahasiswa tersebut akan melakukan Studi Pendahuluan dan Penelitian dengan judul “*Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny ”R” Hamil dengan Riwayat Abortus*” Mohon kegiatan tersebut dilaksanakan sebaik-baiknya dan melapor jika kegiatan dilaksanakan dan sudah selesai.

Demikian atas perhatiannya dan terimakasih.

Bidan,


Yuni Widaryanti Amd.Keb
B I D A N
SIPB. No. : 446 / 1276 / 415.25 / 2012

Lampiran 4 Lembar *Informed Consent***Lembar Persetujuan**

Pengambilan pasien LTA mahasiswa STIKES ICME Jombang atas nama :

Nama : Eliyah Kholifatul Rohmah
 Nim : 131110061
 Semester : V
 BPM / PUSKESMAS : BPM. Yuni Widaryanti
 Alamat : Semanding - Sumbermulyo - Jogeroto - Jombang

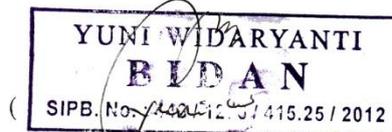
Dengan identitas pasien :

Nama istri	: Ny Rohmatul Wazila	Nama suami	: Tn. M. Adif
Umur	: Islam 26 th	Umur	: 34 th
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Bapang,	Alamat	: Bapang

Telah disetujui pada :

Hari : Sabtu
 Tanggal : 09 - Januari - 2016

Bidan



Pasien

(Rohmatul Wazila)

Lampiran 5 Surat Pernyataan Kesanggupan pasien

SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rohmatul Nazila
Tempat tanggal lahir : Jombang 25 Mei 1989
Hami ke / Uk : 2 / 32-33 minggu
Tafsiran Persalinan : 27 Februari 2016
Alamat : Dsn. Bapang Ds.sumber mulyo Kec. Jogoroto
Kab.Jombang

Dengan ini saya memberikan izin untuk menggunakan saya sebagai pasien guna melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai sebagai pemenuhan Laporan Tugas Akhir (LTA) dan mahasiswa

Nama : Eliyah Kholifatur Rohmah
Nim : 13.111.00.61
Semester / kelas : V / B
Prodi : D3 Kebidanan
Instansi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang

Periode bulan januari – april 2016 dan tidak akan memberikan pasien tersebut terhadap mahasiswa lainnya.

Demikian surat pernyataan kesanggupan ini saya buat dengan kesanggupan dan aas kemauan saya sendiri tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Jombang, 20 januari 2016
Pembuat pernyataan



(Rohmatul Nazila)

Lampiran 6. Identitas pasien

Nomor Reg : 92/15 Nomor Urut :
 Menerima Buku KIA
 Tanggal : 26 - 8 - 2015
 Nama tempat pelayanan : BDM Juni w.

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Rchimatul Hozilah
 Tempat/Tgl Lahir : 26 th Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/SML/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : "O"
 Pekerjaan : IRT

Nama Suami : M. Adip
 Tempat/Tgl Lahir : 34 th Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Pekerjaan : Swasta

Alamat rumah : Bapang
 Kecamatan : Jogoroto
 Kabupaten/Kota : Jombang
 No. telepon :

Nama Anak :
 Tempat/Tgl Lahir :

* Lingkari yang sesuai

Lampiran 7. KIA

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

DIISI OLEH PETUGAS KESEHATAN

Hari Perkiraan Hari Terakhir (HPHT), Tanggal : 20.5.2016
 Hari Taksiran Persalinan (TIP), Tanggal : 27.5.2016
 Lingkar Lengan Atas : 27 cm Tinggi Badan : 140 cm
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini :

Riwayat Penyakit Yang Diderita Ibu :
 MAP :
 ROT :
 Riwayat Alergi :

Hamil ke : 1 Jumlah persalinan : 0 Jumlah keguguran : 1
 Jumlah anak hidup : 0 Jumlah lahir mati : 0
 Jumlah anak lahir kurang bulan : 0 anak
 Jarak kelahiran ini dengan persalinan terakhir : 3 tahun
 Cara persalinan terakhir : 1. Spontan/Normal ; 2. Timdak
 Cara persalinan terakhir : 1. Spontan/Normal ; 2. Timdak

* Lantai 1 / pada kolom yang sesuai

Tgl	Kelebihan sekandung	Tekanan Darah (mmHg)	Refat Badan (kg)	Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi fundus (cm)	Lebar Jantan (cm)	Denyut Jantung (menit)
20/5/16	malal - butang	110/50	45 kg	14 minggu	26 cm / simpatis		
27/5/16	taa	100/60	48 kg	18 minggu	30 cm		
28/5/16	taa	110/70	52 kg	20-23 minggu	31 cm	Batu (13)	
30/5/16	taa	120/70	56 kg	24 minggu	31 cm	Batu (16)	
31/5/16	taa	120/80	58 kg	26/27 minggu	32 cm	FDPV	
33/5/16	taa	100/70	55 kg	27-28 minggu	30 cm	U	152/1
38/5/16	taa	100/70	55 kg	31-32 minggu	30 cm	+	147/14

Statis TT	T1	T2	T3	T4	T5
Tgl-Bin-Ttn Pemberian TT					
Skala Bengkang	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+
Hasil Pemeriksaan Laboratorium	BP 120/80 mmHg	120/80	120/80	120/80	120/80
Tindakan (Tanda, TTT, Rujukan, Ujian Baik)	BP 120/80 mmHg	120/80	120/80	120/80	120/80
Hasil yang Diampalkan	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Keterangan (Tempat Pelayanan, Nama Pemelika, Berekam)	BPA - Cont w.	BPA - Cont w.	BPA - Cont w.	BPA - Cont w.	BPA - Cont w.
Kepala Hirs Kembali	Belau kontrol	Belau kontrol	Belau kontrol	Belau kontrol	Belau kontrol

18 BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK

Lampiran 8. Skor poedji

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

Nama : Umur Ibu:Ttl.
 Hamil keHaid terakhir tgl : Perkiraan persalinan tgl:bl
 Pendidikan ibu : Suami :
 Pekerjaan ibu : Suami :

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 bl)	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		1	1	
	9	Pernah Melahirkan dengan					
	a. Tarif an tang/vakum	4					
	b. Uri Jiregeh	4					
	c. Diberi infus/Transfus	4					
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah b. Malaria					
		c. TBC Paru d. Penyakit jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Beuygak pada muka tangkaidan 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 suangsi	8				
	18	Letak lintang	6				
III	19	Pendahuluan dalam kehamilan ini	8				
	20	Prinsipnya Berat Kandungannya	8				
JUMLAH SKOR							66

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

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDE	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES P/WRS	BIDAN DOKTER			
> 12	KPST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

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

Lampiran 10. Lembar Catatan Kesehatan ibu bersalin

CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

IBU BERSALIN

Tanggal Persalinan: 23-2-2016 Pukul: 08.28 WIB
 Umur Kehamilan : 39.10 minggu
 Penolong Persalinan: Dokter (Bidan) lain-lain.....*
 Cara Persalinan: (Normal) tindakan.....*
 Keadaan Ibu: (Sehat) /Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/Lokhia berbau/
 Lain-lain.....)/Meninggal*
 Keterangan tambahan:.....

**Lingkari yang sesuai*

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1
 Berat Lahir : 3.300 gram
 Panjang Badan : 50 cm
 Lingkar Kepala : 34 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*

28 BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK

Lampiran 11. Lembar Observasi

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 23-02-2016

2. Nama bidan: Yuni Widayanti, Amd. Keb.

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:

7. Tempat rujukan:

8. Pendamping pada saat merujuk:
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

9. Partogram melewati garis waspada: Y/T

10. Masalah lain, sebutkan:

11. Penatalaksanaan masalah Tsd:

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.
 Tidak

16. Distosia bahu:
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 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:

23. Penegangan tali pusat terkendali?
 Ya,
 Tidak, alasan:

24. Masase fundus uteri?
 Ya
 Tidak, alasan:

25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya/Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 a.
 b.

26. Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya/Tidak
 Ya, tindakan:
 a.
 b.
 c.

27. Laserasi:
 Ya, dimana:

28. Jika laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4
 Tidak
 Tindakan:
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan:

29. Atoni uteri:
 Ya, tindakan:
 a.
 b.
 Tidak

30. Jumlah perdarahan: 250 ml

31. Masalah lain, sebutkan:

32. Penatalaksanaan masalah tersebut:

33. Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan: 3.500 gram

35. Panjang: 50 cm

36. Jenis kelamin: P

37. Penilaian bayi baru lahir baik / ada penyulit:

38. Bayi lahir:
 Normal, tindakan:
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang laktasi
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pUCAU/brui/emas/tindakan:
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang laktasi menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain-lain sebutkan:

39. Cacat bawaan, sebutkan:
 Hipotermi, tindakan:
 a.
 b.
 c.

40. Pemberian ASI:
 Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan:

41. Masalah lain, sebutkan:
 Hasilnya:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	09.15	100/60	70	37°C	2 JT ↓ pst	Keras	-	25 cc
	09.30	110/70	78		2 JT ↓ pst	Keras	-	-
	09.45	110/70	80		2 JT ↓ pst	Keras	-	-
	10.00	110/70	80		2 JT ↓ pst	Keras	-	-
2	10.30	110/70	78		2 JT ↓ pst	Keras	-	-
	11.00	110/70	80		2 JT ↓ pst	Keras	-	-

Masalah kala IV:

Penatalaksanaan masalah tersebut:

Hasilnya:

Lampiran 15. Lembar Catatan Keterangan Lahir

KETERANGAN LAHIR

No:

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa
 Pada hari ini Selasa tanggal 23-2-2016 Pukul 08.28 WIB
 telah lahir seorang bayi

Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan*

Jenis Kelahiran tunggal kembar 2/kembar 3/lainnya*

Kelahiran ke 1

Berat lahir 3.300 gram

Panjang badan 50 cm

di rumah/Rumah bidan/Polindes/Rumah Bersalin/Puskesmas/Rumah Sakit*
Yuni Widaryanti, Amd. Keb

Alamat : Semanding - Sumbermulyo

Diberi nama : _____

Dari Orang Tua :

Nama Ibu : Rohmatul Nazilah Umur 26 tahun
 Pekerjaan : IRT
 KTP No. : _____

Nama Ayah : M. Adif Umur 34 tahun
 Pekerjaan : Suasta
 KTP No. : _____

Alamat : Bapang - Sumbermulyo
 Kecamatan : Jogoroto
 Kab./Kota : Jombang

Jombang tgl. 23-2-2016

Mengetahui Saksi I _____
 Saksi II _____

Penolong Persalinan
YUNI WIDARYANTI
BIDAN
 SIPB. No: 446/1276/415.25/2012

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

KETERANGAN LAHIR

No:

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa
 Pada hari ini Selasa tanggal 23-2-2016 Pukul 08.28 WIB
 telah lahir seorang bayi

Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan*

Jenis Kelahiran tunggal kembar 2/kembar 3/lainnya*

Kelahiran ke 1

Berat lahir 3.300 gram

Panjang badan 50 cm

di rumah/Rumah bidan/Polindes/Rumah Bersalin/Puskesmas/Rumah Sakit*
Yuni Widaryanti, Amd. Keb

Alamat : Semanding - Sumbermulyo

Diberi nama : _____

Dari Orang Tua :

Nama Ibu : Rohmatul Nazilah Umur 26 tahun
 Pekerjaan : IRT
 KTP No. : _____

Nama Ayah : M. Adif Umur 34 tahun
 Pekerjaan : Suasta
 KTP No. : _____

Alamat : Bapang - Sumbermulyo
 Kecamatan : Jogoroto
 Kab./Kota : Jombang

Jombang tgl. 23-2-2016

Mengetahui Saksi I _____
 Saksi II _____

Penolong Persalinan
YUNI WIDARYANTI
BIDAN
 SIPB. No: 446/1276/415.25/2012

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

BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK

35

Lampiran 16. Lembar Catatan Kesehatan BBL

CATATAN KESEHATAN ANAK

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

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (hari ke-1)	Kunjungan II (hari ke-3)	Kunjungan III (Minggu ke-2)
	Tgl: 26/2/16	Tgl:	Tgl: 7/2/16
Berat Badan (Kg)	3.000 gr	3200 gram	3.400 gr
Tinggi Badan/Panjang Badan (cm)	50 cm	50 cm	50 cm
Suhu (°C)	36,6 °C	36,7 °C	36,7 °C
Tanyakan ibu, Bayi sakit apa?	-	-	-
Memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat atau infeksi bakteri			
o Frekuensi napas (kali/menit)	40 x	42 x	40
o Frekuensi denyut jantung (kali/menit)	140 x	140 x	138 x
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	Juni W.	Juni W.	Juni W.

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

61

Lampiran 17. Lembar Catatan Imunisasi

56 / 16 berpeng.

PENCATATAN PEMBERIAN IMUNISASI DASAR LENGKAP

Tanggal Lahir: 23, 2, 16 Nama Anak: Ahmad Afif Al Abrari Nama Orang Tua Anak: Rohmatul Nazifah.

Umur (Bulan)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	** 12+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB 0 (0-7 hari)	23/2/16												
BCG		23-3-16											
*Polio 1		23-3-16											
*DPT/HB 1			27/3/16										
*Polio 2			27/3/16										
*DPT/HB 2				1/6									
*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

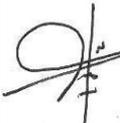
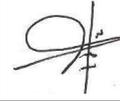
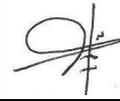
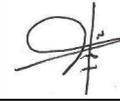
Vaksin	Tanggal Pemberian

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

CATATAN KESEHATAN ANAK

Lampiran 18. Lembar Konsul

BIMBINGAN PROPOSAL LTA**Nama : Eliyah Kh. R****NIM : 13.111.0061****Prodi : D3 Kebidanan****No/ Kls : 02/ B****Pembimbing 1 : Nining Mustika Ningrum, SST., M.Kes**

No	Hari/tanggal	Masukan	TTD
1.	13/01/2016	1. Acc Judul 2. Revisi BAB I 3. Masalah, Kronologi, Justifikasi, dan Solusi	
2.	15/01/2016	1. Revisi BAB I 2. Masalah belum muncul, data, solusi	
3.	16/01/2016	1. Revisi Bab I 2. Introduction, Kronologis, Penulisan	
4.	18/01/2016	1. Revisi BAB I 2. Kronologis, Data, Penulisan	
5.	20/01/2016	1. Acc BAB I 2. Lanjut BAB II	
6.	23/01/2016	1. Revisi BAB II 2. Penulisan, sesuai dengan buku panduan	
7.	25/10/2016	1. Revisi BAB II 2. Teliti lagi penulisan	
8.	27/01/2016	1. Revisi BAB II Penulisan 2. Lanjut BAB III	
9.	29/01/2016	1. ACC BAB II 2. Revisi BAB III	
10.	01/02/2016	1. Acc BAB III 2. Lengkapi Proposal	

BIMBINGAN PROPOSAL LTA

Nama : Eliyah Kh. R

NIM : 13.111.0061

Prodi : D3 Kebidanan

No/ Kls : 02/ B

Pembimbing II : Any Isro'aini, SST

No	Hari/tanggal	Masukan	TTD
1.	11/01/2016	1. Acc Pasien 2. Siapkan BAB I 3. Maju proposal usahakan awal Februari Ny''R'' G ₂ P ₀ A ₁ TP: 27/02/2016 UK:32Mgg	
2.	13/01/2016	1. BAB I a. Masalah belum tampak b. Tunjukan skala data tentang abortus di Jatim, Jombang, BPM, Kronologi blum lengkap, solusi belum	
3.	16/01/2016	1. BAB I a. Justifikasi pasien b. Kronologi tambahkan 2. Lanjut BAB II	
4.	19/01/2016	1. Revisi Penulisan	
5	25/01/2016	1. Acc BAB 1 Revisi penulisan BAB II	
6.	28/01/2016	1. Acc BAB II 2. Lanjut BAB III Kurang 1	
7	03/02/2016	1. Acc BAB III 2. Siapkan ujian proposal	

BIMBINGAN LTA

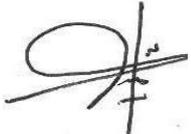
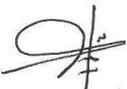
Nama : Eliyah Kh. R

NIM : 13.111.0061

Prodi : D3 Kebidanan

No/ Kls : 02/ B

Pembimbing I : Nining Mustika Ningrum, SST., M.Kes

No	Hari/tanggal	Masukan	TTD
1.	14/03/2016	Revisi Asuhan Persalinan, BBL, Nifas	
2.	05/04/2016	Revisi kunjungan KB, ACC Persalinan, Nifas, BBL dan Neo, lanjut BAB 4 dan 5	
3.	07/04/2016	ACC Bab 3 Revisi Bab 4. Tambahkan opini	
4.	10/05/2016	Revisi BAB 4. Revisi BAB 5. Lengkapi LTA	
5.	14/05/2016	ACC BAB 4. Revisi BAB 5. Revisi kelengkapan	
6.	16/05/2016	ACC LTA. Siapkan Ujian Hasil	

BIMBINGAN LTA**Nama : Eliyah Kh. R****NIM : 13.111.0061****Prodi : D3 Kebidanan****No/ Kls : 02/ B****Pembimbing II : Any Isro'aini, SST**

No	Hari/tanggal	Masukan	TTD
1.	24/03/2016	Revisi Kunjungan Bersalin Nifas	
2.	12/04/2016	BAB 3 ACC. Revisi BAB 4	
3.	16/05/2016	ACC BAB 5 Siapkan Ujian Hasil	