

## LAMPIRAN 1

### SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini.

Nama : Riski Anggrainityas

NIM : 202292033

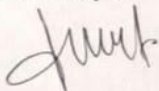
Jurusan : Profesi Kebidanan

Bermaksud akan mengadakan Asuhan Kebidanan Continuity Of Care “Ny M Usia 27 Tahun G2P1001 Ab000 UK 37 Minggu Kehamilan Fisiologis Di Ponkesdes Sungikulon Wilayah Kerja Puskesmas Pohjentrek”

Asuhan Kebidanan ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Semua informasi dari hasil Asuhan Kebidanan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan tugas akhir. Jika saudara/i bersedia, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan.

Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



Riski Anggrainityas

**LAMPIRAN 2****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

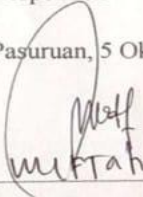
Saya yang bertandatangan dibawah ini bersedia menjadi responden setelah diberikan penjelasan dalam oleh pemberi asuhan kebidanan yaitu:

Nama : Riski Anggrainingtyas  
NIM : 202292033  
Judul : Asuhan Kebidanan continuity of care Ny M usia 27 tahun  
G2P1001 Ab000 UK 37 minggu kehamilan fisiologis

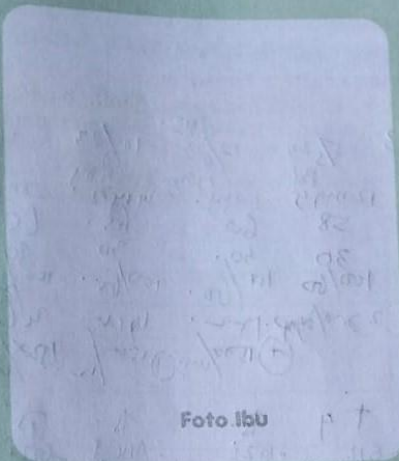
Demikianlah surat persetujuan ini saya tandatangani tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Saya menyadari bahwa Asuhan Kebidanan ini tidak akan merugikan saya sebagai responden, oleh sebab itu saya bersedia menjadi responden

Responden

Pasuruan, 5 Oktober 2023

  
Miftahul J.

## IDENTITAS



	IBU	SUAMI/KELUARGA
NAMA	Ny. Miftahul Janah To. Saifulloh	
NIK	3514155406940003	
PEMBIAYAAN	BPJS	
NO. JKN: FASKES TK 1: FASKES RUJUKAN:	0001043007434 Rembang.	
GOL. DARAH		
TEMPAT TANGGAL LAHIR	Pasuruan 18-6-1996 (27thn)      38 Thn	
PENDIDIKAN	SD      SD	
PEKERJAAN	IRT      Pabrik	
ALAMAT RUMAH	Ds. Sungai Fulon Dsn. Gembyang	
TELEPON	085008301318	
PUSKESMAS DOMISILI:	Pohjentrek	
NO. REGISTER KOHORT IBU:	25/2023	

4 S I P

**PERNYATAAN IBU/ KULUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA**

Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

Ibu Hamil HPHT: 27-1-2023 BB: 58 TB: 152 IMT: 25.1	Trimester I		Trimester II		Trimester III	
	Periksa Tgl: 5/5/23 tempat: Pol 12 mgg	Periksa <sup>MT</sup> Tgl: 12/6/23 tempat: 19 mgg Pol 20 mgg	Periksa Tgl: 16/7/23 tempat: 24 mgg Pol 25 mgg	Periksa Tgl: 14/8/23 tempat: 28 mgg Pol 29 mgg	Periksa Tgl: 11/9/23 tempat: 32 mgg Pol 33 mgg	Periksa Tgl: 9/10/23 tempat: 36 mgg Pol 37 mgg
Timbang	58	60	65	65	69	70
Ukur Lingkar Lengan Atas	30	30	30	30	30	30
Tekanan Darah	100/60	100/60	100/60	100/60	120/80	120/80
Periksa Tinggi Rahim	22 cm	22 cm	22 cm	22 cm	28 cm	31 cm
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin	22 x 90 mm	22 x 157 mm	22 x 157 mm	22 x 157 mm	145 mm	142 mm
Status dan Imunisasi Tetanus	T4	T4	T4	T4	T5	T5
Konseling	-6/2 ANCT	-6/2 ANCT	-6/2 ANCT	-6/2 ANCT	-6/2 ANCT	-6/2 ANCT
Skrining Dokter						
Tablet Tambah Darah	Fe30	Fe30	Fe30	Fe30	Fe30	Fe30
Test Lab Hemoglobin (Hb)						
Test Golongan Darah						
Test Lab Protein Urine						
Test Lab Gula Darah						
PPIA						
Tata Laksana Kasus	52 P. A. 52 P. A.	52 P. A. 52 P. A.	52 P. A. 52 P. A.	52 P. A. 52 P. A.	52 P. A. 52 P. A.	52 P. A. 52 P. A.
Ibu Bersalin 4-11-23 Taksiran Persalinan:	Fasyankes:		Rujukan:			
Inisiasi Menyusu Dini						
Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin	KF 1 (6-48 jam) Tgl: tempat:	KF 2 (3-7 hari) Tgl: tempat:	KF 3 (8-28 hari) Tgl: tempat:	KF 4 (28-42 hari) Tgl: tempat:		
Periksa Payudara (ASI)						
Periksa Perdarahan						
Periksa Jalan Lahir						
Vitamin A						
KB Pasca Persalinan						
Konseling						
Tata Laksana Kasus						
Bayi baru lahir/ neonatus 0-28 hari	KN1 (6-48 jam)	KN2 (3-7 hari)	KN3 (8-28 hari)			

## PELAYANAN DOKTER

Nama Dokter : .....

Faskes : .....

### EVALUASI KESEHATAN IBU HAMIL

#### Kondisi Kesehatan Ibu

Tanggal periksa:

TB	152	cm	IMT			
BB	58	kg	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas
Lila	30	cm		✓		

#### Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang

Hipertensi	Asma
Jantung	TB
Tyroid	Hepatitis B
Alergi	Jiwa
Autoimun	Sifilis
Diabetes	
Lainnya:	<i>As</i>

Lingkari pilihan yang sesuai

#### Riwayat Kehamilan dan Persalinan (termasuk Keguguran, Kembar, dan Lahir Mati)

No	Tahun	berat lahir (gram)	persalinan	penolong persalinan	komplikasi
1.	9 Thn	3000	Normal	<i>As-dah</i>	
2.	Hamil ini				

#### Riwayat Penyakit Keluarga

Hipertensi	Diabetes	Sesak Nafas
Jantung	TB	Alergi
Jiwa	Kelainan Darah	Hepatitis B

Lingkari pilihan yang sesuai

#### Pemeriksaan Khusus

Inspeksi/ Inspekulo	Vulva	normal	tidak normal
	Uretra	normal	tidak normal
	Vagina	normal	tidak normal
	Fluksus +/-		Fluor +/-
	Porsio	normal	tidak normal

#### Status Imunisasi T

TT ke-	selang waktu	perlindungan	✓
1		awal	
2	1 bulan	3 tahun	
3	6 bulan	5 tahun	
4	12 bulan	10 tahun	✓
5	12 bulan	>25 tahun	

Kesimpulan: Status imunisasi

#### Riwayat Perilaku Berisiko 1 Bulan sebelum hamil

merokok	pola makan berisiko	aktivitas fisik kurang
alkohol	Obat-obatan	kosmetik

Lingkari pilihan yang sesuai *As*

Lain-lain, jelaskan .....

Lain-lain, jelaskan *As* .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## PELAYANAN DOKTER

### Pemeriksaan Dokter Trimester 1 (Usia kehamilan < 12 minggu)

(Konsep : Anamnesa dan pemeriksaan dokter umum mengenai risiko Kehamilan saat ini normal/ kehamilan berkomplikasi)

#### Pemeriksaan Fisik

Kecadaan umum: .....

Konjunktiva	normal	tidak
Sklera	normal	tidak normal
Kulit	normal	tidak normal
Leher	normal	tidak normal
Gigi mulut <i>Caries</i>	normal	tidak normal
THT	normal	tidak normal
Dada	Jantung	normal
	Paru	normal
Perut	normal	tidak normal
Tungkai	normal	tidak normal

Hasil USG

#### USG Trimester I

HPHT : ....., Kehamilan ..... minggu

GS (Gestational Sac)	cm
CRL (Crown-rump Length)	cm
DJJ (Denyut Jantung Janin)	dpm
Sesuai usia kehamilan	minggu
Letak janin	intrauterin/ ekstrauterin
Taksiran Persalinan	

Pemeriksaan laboratorium ( tanggal 11. / 7. / 20 23 )

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	14,8 gr/dL	
Golongan darah & Rhesus	O+	
Gula darah sewaktu	97 mg/dL	
PPIA		
• H	R/NR	
• S	R/NR	
• Hepatitis B	R/NR	
• Lain-lain	Albumin (-)	

Kesimpulan : G2 P1 A0 uk 24 mngg kehamilan fisiologis

Rekomendasi : ANC Rutin

(ANC dapat dilakukan di FKTP atau rujuk ke FKRTL)

## PERSETUJUAN TINDAKAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Muhammad Jannah  
 Umur / Kelamin : 27 Tahun / PK  
 Alamat : Sungkelon  
 Bukti Diri / KTP : 3514155406940003

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan PERSETUJUAN untuk dilakukan tindakan medis berupa PERTOLOMAN PERSALAMAN

Terhadap diri saya sendiri / isteri/ suami/ anak/ ayah/ ibu saya dengan :

Nama : Muhammad Jannah  
 Umur / Kelamin : 27 Tahun / PK  
 Alamat : Sungkelon  
 Bukti Diri / KTP : 3514155406940003  
 Dirawat di : PUSKESMAS POKJENTREK

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup dijelaskan oleh Bidan dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

pokjentrek 26-10-2023

Bidan / Dokter

Riski A.

Saksi

Saifulloh

Yang membuat pernyataan

Muhammad J.





## RIWAYAT KELAHIRAN

□ Riwayat persalinan:

- G.P.A.O.
- Tanggal lahir: 26 Oktober 2023 Jam: 14.55 WIB
- Cara persalinan:
  - a. Spontan , Sungsang
  - b. Dengan tindakan: Ekstraksi vakum , Ekstraksi forseps , SC
- Penolong persalinan: Dokter spesialis , Dokter , Bidan

### CAP KAKI BAYI



## PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas												
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	16/10												
BCG No Batch:													
Polio tetes 1 No Batch:													
DPT-HB-Hib 1 No Batch:													
Polio tetes 2 No Batch:													
DPT-HB-Hib 2 No Batch:													
Polio tetes 3 No Batch:													
DPT-HB-Hib 3 No Batch:													
Polio tetes 4 No Batch:													
Polio suntik (IPV) No Batch:													
Campak – Rubella (MR) No Batch:													
DPT-Hib-HB lanjutan No Batch:													
Campak – Rubella (MR) lanjutan No Batch:													

**Keterangan:**

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

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)  
PELAYANAN KONTRASEPSI

Nomor Kode Tindakan

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Faskes KB/RS/Praktik Dokter/Praktik Bidan Mandiri : PUSKESMAS POHJENTREK

Nomor Kode Faskes KB :

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu (Sesuai dengan K/IV/KB) :

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : MIFTAHUL J

Umur : 22 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki (Perempuan \*)

Alamat lengkap : Jalan POHJENTREK RT ..... RW ..... Kel/Desa SUMBUKULOM  
Kecamatan POHJENTREK Kabupaten/Kota PASURUAN  
Provinsi JAWA TIMUR Kode Pos 64133

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa:

SUNTIKAN  IUD  IMPLAN  MOW  MOP \*\*)

PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SAIFULLOH

Umur : 38 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki (Perempuan \*)

Alamat lengkap : Jalan POHJENTREK RT ..... RW ..... Kelurahan/Desa SUMBUKULOM  
Kecamatan POHJENTREK Kabupaten/Kota PASURUAN  
Provinsi JAWA TIMUR Kode Pos 64133

Setaku SUAMI/ISTERI \*) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut.

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

POHJENTREK - 5-12-2023

Yang memberi pelayanan konseling  
Dokter/Bidan/Praktisi \*)

Riski A

Klien

Miftahul J

Suami/Isteri Klien \*)

Saifulloh

Keterangan : \*) corel yang tidak perlu  
\*\*) beri tanda

Lembar untuk Kabupaten/Kota

Nomor Kode Tindakan

Nomor Kode Faskes

Nomor Klien

Kode Keluarga Indonesia (KKI)

Umur

Diisi Oleh Petugas

Tindakan	Jenis Metode	No.
Overative	Wanita (Tuba)	C
	Pria (Vasa)	C
Pemasangan	Implan 1 batang	C
	Implan 2 batang	C
	Implan 6 batang	C
	IUD Cu	C
	IUD Lain-lain	C

Tindakan	Jenis Metode	No.
Renekalisasi	Wanita (Tuba)	C
	Pria (Vasa)	C
Pencabutan	Implan 1 batang	1
	Implan 2 batang	1
	Implan 6 batang	1
	IUD Cu	1
	IUD Lain-lain	1

Tindakan	Jenis Metode	No.
Pencabutan dan Pemasangan	Implan 1 batang	1
	Implan 2 batang	1
	Implan 6 batang	1
	IUD Cu	1
	IUD Lain-lain	1

- Isilah kode ke dalam kotak pada pojok kanan atas sesuai tindakan yang akan diberikan
- Lembar ini setelah dirobek agar dikirim setiap bu bersama dengan F/II/KB ke Instansi yang menge program KB pada tingkat Kab/Kota

Nomor : .....  
 Nama Akseptor : MIFTAHUL KHANAH  
 Tanggal Lahir : 10-6-1996 (27 th)  
 Nama Suami : Saifulloh  
 Alamat : S. Luten.  
 Metode KB : Depoprogesterin  
 Awal suntik : 5-12-2023

Dokter/Bidan

  
 (.....)

### Jadwal Suntik KB

No.	Tanggal	Berat Badan	Sistol/Diastol	Kembali Suntik
1	5-12-23	60	120/80	23-2-2024
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

TNF KAK-16-00











**UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN**

**LEMBAR BIMBINGAN**

NAMA : Riski Anggrainingsy  
NIM : 202292033  
PEMBIMBING : Etik Khusniyati, SST., M.Keb  
JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "M" Umur 27 Tahun  
Di Ponkesdes Sungikulon Wilayah Kerja Puskesmas  
Pohjentrek Kabupaten Pasuruan



No	Tanggal	Uraian	Paraf
1	4 Oktober 2023	Persamaan persepsi CoC, penyusunan naskah, pengambilan parsipant, dll	
2	9 Oktober 2023	Bab 1 - Manfaat utk lahan praktik ssi dg hasil asuhan	
3	16 Oktober 2023	Bab 2 - Acc bab 1 - Jadwal asuhan nifas terbaru - Konsep teori yg mendukung asuhan	
4	23 Oktober 2023	Bab 3 - Acc bab 2 - Asuhan hamil 1 x - Lokasi penelitian di Desa S wilayah kerja ponkesdes... - Waktu asuhan mulai penyusunan sampai selesai disusun - Analisis dengan membandingkan fakta dgn teori - Kerangka suhan disesuaikan dgn yg sdh dilakukan	

5		<p>Bab 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acc bab 3</li> <li>- Penulisan diagnose disesuaikan dgn kaidah nomenklatur</li> <li>- SOAP: ditulis S=Subjektif; O=Objektif; A=Analisa; P=Penatalaksanan</li> </ul>	
6	17 November 2023	<p>Bab 5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembahasan sesuai dgn FTO (Fakta, teori, Opini)</li> <li>- Setelah fakta dijelaskan teorinya / ditambahkan teori yg mendukung</li> <li>- Teori bisa dari buku/artikel penelitian</li> <li>- Indikasi KB suntik shg blh digunakan oleh ibu menyusui/nifas</li> </ul>	
7	7 Desember 2023	<p>Bab 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acc bab 5</li> <li>- Kesimpulan berdasarkan dari hasil asuhan yg telah dilakukan</li> <li>- Ringkasan dibuat 1 paragraf</li> <li>- Saran utk penulis selanjutnya: apay g kurang dr asuhan ini bisa dijadikan masukan utk peneliti selanjutnya</li> </ul>	
8	18 Desember 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acc sidang CoC</li> </ul>	- 

## TANDA-TANDA BAHAYA KEHAMILAN

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Pusdiknakes,2003).



Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan bahaya.

**Waspada! tanda "BAHAYA KEHAMILAN"**

## Beragam-macam Tanda Bahaya Kehamilan

- ✓ **Sakit kepala yang hebat**  
Sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat.
- ✓ **Masalah penglihatan**  
Perubahan visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak.
- ✓ **Bengkak pada muka dan tangan**  
Masalah serius jika pada muncul pada wajah dan tangan, tidak hilang setelah istirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain.
- ✓ **Nyeri abdomen yang hebat**  
Masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat,menetap dan tidak hilang setelah istirahat.




## Gerak janin berkurang

Gerakan janin sudah dirasakan oleh ibu pada kehamilan 10 minggu. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

- ✓ **Perdarahan pervaginam**  
Perdarahan dari vagina dalam kehamilan adalah jarang yang normal. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting disekitar waktu pertama terlambat haid. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi, dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda dari serviks yang rapuh (erosi). Perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu disertai nyeri.




**Kejang**  
Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia



**JIKA TANDA TERSEBUT TERJADI  
SEGERA HUBUNG DOKTER**

**KENALI TANDA-TANDANYA**




!!!

**WASPADAI GEJALANYA  
WASPADAI GEJALANYA**

BAMIL YANG SEHAT AKAN MENUJU IBU  
YANG SEHAT DAN BAYI YANG SEHAT

**TANDA-TANDA BAHAYA  
KEHAMILAN**



Nama Kelompok :

Riski Anggrainityas  
NIM. 202292033

**UNIVERSITAS BINA SEHAT  
PPNI MOJOKERTO  
TAHUN 2023**



## PERSALINAN

Persalinan adalah suatu proses dimana janin dan plasenta keluar dari uterus, ditandai dengan peningkatan kontraksi rahim yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks serta keluarnya lendir darah dari vagina.

### MACAM-MACAM PERSALINAN

1. Persalinan normal : bayi lahir melalui vagina.



2. Persalinan abnormal (sesar, vacuum, forcep)

### FAKTOR YG MEMPENGARUHI PERSALINAN

1. Tenaga
2. Jalan Lahir



3. Janin



### TANDA-TANDA IBU YANG AKAN MELAHIRKAN

- ] Rasa sakit atau mules, yang datang secara teratur yaitu sekitar setiap 10 menit atau lebih sering
- ] Rasa mules ini terjadi di perut bagian bawah
- ] Keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir.

### TANDA-TANDA BAHAYA PADA SAAT BERSALIN

- ] Air ketuban keluar sebelum tanda-tanda persalinan muncul
- ] Bayi tidak lahir 12 jam sesudah adanya tanda-tanda persalinan
- ] Perdarahan melalui jalan lahir yang diperkirakan lebih dari 2 gelas
- ] Demam tinggi

Sebelum tanda-tanda itu muncul dan mengganggu disaat persalinan maka suami atau pihak keluarga harus mempersiapkan segala sesuatu disaat menghadapi persalinan, diantaranya adalah:

- Donor darah, jika sewaktu-waktu diperlukan ibu
- Menanyakan pada bidan atau dokter kapan perkiraan tanggal persalinan
- Menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu ibu dan bayi perlu segera di bawa ke Rumah Sakit
- Menyiapkan biaya untuk menghadapi persalinan



MACAM-MACAM POSISI  
BERSALIN

### 1. Posisi miring



### 2. Posisi jongkok



### 3. Posisi setengah duduk



## PERSALINAN

Kebutuhan Ibu Selama Persalinan !!

1. Kebutuhan Fisiologis
  - a. Oksigen
  - b. Makan dan minum
  - c. Istirahat selama tidak ada his
  - d. Kebersihan badan terutama genitalia
  - e. Buang air kecil dan buang air besar
  - f. Pertolongan persalinan yang terstandar
  - g. Penjahitan perineum bila perlu
2. Kebutuhan rasa aman
  - a. Memilih tempat dan penolong persalinan
  - b. Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
  - c. Posisi tidur yang dikehendaki ibu
  - d. Pendampingan oleh keluarga
  - e. Pemantauan selama persalinan
  - f. Intervensi yang diperlukan
3. Kebutuhan dicintai dan mencintai
  - a. Pendampingan oleh suami / keluarga
  - b. Kontak fisik (memberi sentuhan ringan)
  - c. Masase untuk mengurangi rasa sakit
  - d. Berbicara dengan suara yang lemah, lembut, serta sopan
4. Kebutuhan harga diri
  - a. Merawat bayi sendiri dan menetaknya
  - b. Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privacy ibu
  - c. Pelayanan yang bersifat simpati dan empati
  - d. Informasi bila akan melakukan tindakan
  - e. Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan
5. Kebutuhan aktualisasi diri
  - a. Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan
  - b. Memilih pendamping selama persalinan
  - c. Bonding and attachment
  - d. Ucapan selamat atas kelahiran anaknya



# PERAWATAN MASA NIFAS

RISKI ANGGRAININGTYAS

202292033

PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNi MOJOKERTO

TAHUN AJARAN 2022/2023

## Apa itu Perawatan Masa

perawatan terhadap wanita hamil yang telah selesai bersalin sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya kira-kira 6-8 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.

## APA SIH TUJUAN DILAKUKAN PERAWATAN MASA NIFAS???

- 1) Memelihara kebersihan diri setelah melahirkan
- 2) Meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi
- 3) Mencegah penyakit

## Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan

- 1) Mobilisasi dan istirahat  
Ibu harus tidur terlentang selama 8 jam post partum untuk mencegah perdarahan post partum ia boleh miring ke kiri dan ke kanan. Pada hari kedua telah dapat duduk, hari keempat atau kelima boleh pulang.
- 2) Diet/ makanan  
Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, yang mengandung cukup protein, banyak cairan, serta banyak buah-buahan dan sayuran.
- 3) Eliminasi  
**Buang air kecil**  
Buang air kecil harus secepatnya dilakukan sendiri. Normalnya  $\pm 1.500\text{cc}$  dalam 24 jam atau 5-6x buang air kecil dalam 200cc. Bila kandung kemih penuh dengan wanita sulit untuk BAK sebaiknya dilakukan pemasangan kateterisasi.  
**Buang air besar**  
Buang air besar harus sudah dilakukan 3-4 hari post partum.

#### 4) Personal hygiene

*Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada bagian alat kelamin. Membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daerah sekitar kelamin lalu daerah anus.*

#### 5) Laktasi

*Menyarankan ibu untuk mencoba menyusui bayinya untuk merangsang timbulnya laktasi, kecuali ada kontraindikasi untuk menyusui bayinya.*

### Hal yang harus di waspadai

- Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba 500cc. Lebih (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi 3-4 pembalut dalam waktu setengah jam).
- Pengeluaran cairan vagina dengan bau busuk yang keras

- Rasa nyeri diperut bagian bawah atau punggung.
- Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik, atau masalah pengelihatan
- Pembengkakan pada wajah dan tangan
- Muntah, rasa sakit saat berkemih atau merasa tidak enak badan
- Payudara merah, panas, atau sakit
- Kehilangan selera makan untuk waktu yang lama
- Rasa sakit, warna merah, nyeri tekan dan pembengkakan pada kaki
- Merasa sedih atau merasa tidak mampu mengurus diri sendiri dan bayinya
- Merasa sangat letih atau nafas terengah-engah
- Demam bila suhu lebih dari 38°C atau lebih mungkin telah ada infeksi



**Bila terjadi tanda-tanda yang tidak wajar segera periksa ke pelayanan kesehatan**

## Pengertian Imunisasi Pada Bayi dan Anak



**Imunisasi** berasal dari kata *imun* kebal atau *resisten*. Jadi imunisasi adalah suatu tindakan untuk memberikan kekebalan dengan cara memasukan vaksin kedalam tubuh manusia. Sedangkan kebal adalah suatu

keadaan dimana tubuh mempunyai daya kemampuan mengadakan pencegahan penyakit dalam rangka menghadapi serangan kuman tertentu.

Kebal atau resisten terhadap suatu penyakit belum tentu kebal terhadap penyakit lain.

(Depkes RI, 1994)

## Tujuan Pemberian Imunisasi

- Tujuan Imunisasi adalah untuk mencegah terjadinya infeksi penyakit yang dapat menyerang anak. Hal ini dapat dicegah dengan pemberian imunisasi sedini mungkin kepada bayi dan anak-anak.
- Menurut depkes RI 2001 tujuan pemberian imunisasi adalah untuk mencegah penyakit dan kematian bayi dan anak-anak yang disebabkan oleh wabah yang sering muncul.

Serta tujuan lain dari imunisasi adalah untuk :

- Mencegah terjadinya penyakit pada seseorang dan menghilangkan penyakit.
- Melindungi dan mencegah penyakit menular dan berbahaya pada bayi dan anak.
- Menurunkan mordibitas, moritilitas, dan catat serta bila mungkin didapat heradikasi penyakit dari suatu daerah atau negeri.
- Mengurangi angka penderita suatu penyakit yang membahayakan dan dapat pula menyebabkan kematian.
- Mencegah penyakit pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat bahkan dari dunia.

## Macam-macam Imunisasi Pada Bayi Dan Anak

### 1. Imunisasi Aktif

Imunisasi aktif adalah kekebalan tubuh yang di dapat seseorang karena tubuh yang secara aktif membentuk anti body.

- Imunisasi aktif alamiah
- Imunisasi aktif buatan



### 2. Imunisasi Pasif

Imunisasi pasif adalah kekebalan tubuh yang bisa diperoleh seseorang yang zat kekebalan tubuhnya di dapatkan dari luar .

- Imunisasi pasif alamiah
- Imunisasi pasif buatan
- Imunisasi pasif di dapat



## Jenis-Jenis Imunisasi Pada Bayi dan Anak

### Hepatitis B-0

Pemberian vaksin hepatitis B dilakukan pada bayi dibawah 24 jam setelah kelahiran. Vaksin ini diberikan untuk pencegahan penyakit hepatitis B dengan dosis pemberian 0,5 ml secara IM



### BCG (Bacille Calmette Guerin)

Pemberian dilakukan 1x pada umur 1-2 bulan setelah kelahiran

#### • Imunisasi BCG

imunisasi diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit TBC yaitu penyakit Paru menular. Vaksin BCG merupakan kuman TBC yang telah dilemahkan,

pemberian dilakukan sekali karena berisi kuman hidup sehingga antibody yang diberikan tinggi. Usia pemberian imunisasi sedini mungkin biasanya dibawah umur 2 bulan.

Cara pemberian imunisasi melalui Intra demal biasanya pada lengan kanan atas. Dosis yang diberikan adalah 0,5 ml.

#### • Efek samping tidak ada

kontraindikasi adalah anak yang terjangkit TBC atau pada anak dengan penyakit berat menahun



### OPV (oral Polio Vaksin) dan

### IPV (Injeksi Polio Vaksin)

- Pemberian oral polio vaksin dilakukan 4x dalam 1 tahun sejak bulan pertama setelah kelahiran, dengan jangka waktu 1 bulan. Pemberian dilakukan secara oral (melalui mulut) sebanyak 2 tetes. Dan injeksi polio vaksin diberikan pada bulan pada usia 4 bulan, bersamaan dengan OPV 4 dan Pentabio 3. Dilakukan secara IM dengan dosis 0,5 ml

### Imunisasi Polio

imunisasi diberikan untuk mencegah polio melitis yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak. Usia pemberian imunisasi bisa lebih dari jadwal yang sudah ditentukan. Jadwal imunisasi pada usia 0-11 bulan atau saat lahir. Cara pemberian melalui oral

**Efek samping :** tidak ada

**Kontra indikasi:** pada anak dengan diare berat atau sakit parah dan pada gangguan kekebalan seperti HIV/ AIDS, kanker, sedang menjalani radiasi umum dan pengobatan steroid



## KELUARGA BERENCANA (KB)



OLEH :

**RISKI ANGGRAINGTYAS**  
202292033

PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN  
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI  
MOJOKERTO  
2023

## APA ITU KB ?

Keluarga Berencana (KB) adalah suatu usaha untuk mengatur jumlah dan jarak antara kelahiran anak.

### MANFAAT KB :

1. Menghindari kehamilan resiko tinggi.
2. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi.
3. Membentuk keluarga bahagia.



## METODE KONTRASEPSI

- |                                   |                  |
|-----------------------------------|------------------|
| a. MAL<br>(Metode Amenore Latasi) | e. Implant       |
| b. Kondom                         | f. IUD/spiral    |
| c. Pil KB                         | g. Kontak steril |
| d. KB suntik                      |                  |

### 1. MAL



- Efektif hanya sampai 6 bulan
- Belum haid
- Menyusui bayi secara eksklusif

### 2. Kondom



#### Keuntungan :

- Tidak mengganggu ASI
- Murah dan mudah didapat
- Mencegah penyakit menular seksual.

#### Kelemahan :

- Agak mengganggu hubungan seksual
- Bisa terjadi alergi
- Tidak repot

### 3. Pil KB



- pil Kombinasi :
- Tidak untuk ibu menyusui
- Mini Pil :
- a. Tidak mengganggu ASI
- b. Cocok untuk ibu menyusui
- c. Dapat terjadi gangguan haid

### 4. Suntik KB

#### a. Suntik 1 Bulan :

- mengandung 2 hormon
- mengganggu produksi ASI
- harus suntik tiap 1 bulan



### 5. IMPLANG

- a. Mengandung hormon
- b. Tidak mengganggu ASI
- c. Gangguan pola haid
- d. Perubahan BB



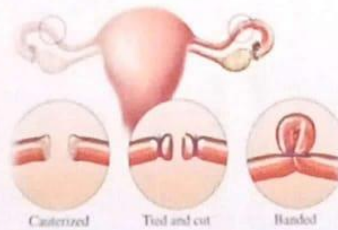
### 6. IUD/Spiral



- a. Jangka panjang (8-10thn)
- b. Tidak mengganggu ASI
- c. Tidak mengganggu Hub. Seksual
- d. Haid bisa lebih banyak

### 7. Kontrasepsi Mantap

#### a. Tubektomi



### b. Vasektomi









