

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN *HECTING PERINEUM* DI RSUD ABEPURA

*Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura*



DISUSUN OLEH :

VIVIN DWI ANJARSARI
NIM. PO.71.24.4.08.69

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN 2011**



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEBIDANAN
Jln. Padang bulan II Jayapura, Telp/Fax (0967) 588983

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Vivin Dwi Anjarsari

NIM : PO.71.24.4.08.69

Dosen pembimbing II : Suryati Romauli, S. ST

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	TTD Dosen Pembimbing
Kamis 21-04-2011.	Bab III Bab IV Bab V.	- Bab III ACC - Bab IV ACC - Bab V ACC	 Suryati R. Nip. 19770921 2005 012006

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas
Dengan *hecting perineum*
Di RSUD Abepura

Telah disetujui untuk dihadapkan kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, Agustus 2011

Pembimbing I

Pembimbing II

Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes
NIP. 19550924 197812 2 002

Suryati Romauli, S.ST
NIP. 19770921 200501 2 006

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan

Heni Voni Rerey, SKM., MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk memenuhi salah satu syarat guna
Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya kebidanan pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 18 Agustus 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA



Heni Voni Rerey, SKM., MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

SEKRETARIS

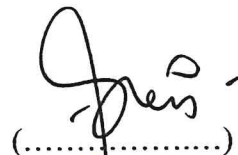
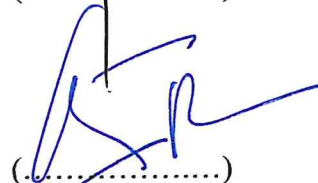


Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

Tim Penguji :

1. Susana Ramandey, S.Sos., M.Kes
NIP. 19550924 197812 2 002

2. Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001


(.....)
(.....)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

Menjadi orang yang kuat bukan karena kita mampu melakukan apa yang orang lain tidak bisa lakukan, tetapi karena kita mampu bertahan disaat yang lain menyerah, tetap tersenyum di saat yang lain bersungut, tetap maju disaat yang lain mundur, dan tetap bersyukur di saat yang lain mengeluh. Sebab harapanmu, rencanamu, keinginanmu, ketakutanmu, kekuatiranmu, letakkanlah semuanya dalam setiap "Doamu"

(Bidan Vivin, 2011)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Allah SWT atas karunia dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Ayahku (Jasmani) dan mamaku (Suliyah) tersayang yang selalu mendukungku dalam doa dan bantuan moril dan materiil yang diberikan
3. Kakakku yang kuhormati, atas segala dukungannya.
4. Buat pacarku tersayang Syamroni yang menemaniku dalam suka dan duka.
5. Buat Ristianto dan Herman yang telah memberikan bantuan moril.
6. Rekan – Rekan seperjuangan Angkatan 2008, atas persahabatannya dalam menempuh perkuliahan.
7. Almamaterku Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, Karena berkah dan anugrah-Nya Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Kasus yang Penulis angkat dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan *hecting perineum* Di RSUD Abepura”.

Untuk menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat dukungan moril dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes selaku Mantan/Konsultan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
3. Heni Voni Rerey, SKM., MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik kesehatan Jayapura.
4. Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes selaku pembimbing I dan Suryati Romauli, S.ST selaku pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
6. Kepala Puskesmas Waena beserta Staf yang telah membantu penulis dalam pemberian data.

7. Direktur RSUD Abepura dan Kepala Ruangan Nifas beserta Staf atas bantuan yang diberikan dalam melaksanakan asuhan.
8. Semua Pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Dengan segala kerendahan hati, Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dari segi penyusunan masih jauh dari kesempurnaan dan tidak sepenuhnya menuntaskan masalah yang dihadapi dan dipertanyakan. Untuk itu kiritik dan saran sangatlah Penulis harapkan demi perbaikan ke depan.

Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Doa serta harapan dari Penulis kiranya Tuhan Yang Maha Esa, selalu memberkati dan menyertai kita dalam menjalankan tugas serta meniti karir hidup ini ke depan.

Jayapura, 25 Juli 2011

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan masalah.....	2
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	4

BAB II LANDASAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Nifas.....	5
2.2 Konsep Dasar <i>Hecting Perineum</i>	22
2.3 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan	29

BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI DAN TINJAUAN KASUS

3.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	37
3.2. Tinjauan Kasus	42

BAB IV PEMBAHASAN.....	76
-------------------------------	-----------

BAB V PENUTUP

1.1. Kesimpulan.....	81
1.2. Saran.....	82

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1.LATAR BELAKANG

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifudin. 2008). Masa nifas merupakan masa yang rawan bagi ibu, sekitar 60% kematian ibu terjadi setelah melahirkan dan hampir 50% dari kematian pada masa nifas terjadi pada 24 jam pertama setelah persalinan, di antaranya disebabkan oleh adanya komplikasi masa nifas.

Salah satu penyebab kematian ibu pasca bersalin (nifas) adalah komplikasi puerperium salah satunya adalah infeksi pada luka perineum yang terjadi karena sebab-sebab tertentu tanpa dilakukan tindakan perobekan disengaja. Luka ini terjadi pada saat kelahiran dan biasanya tidak teratur yang kemudian dilakukan *hecting* (*hecting perineum*) (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan ini dapat dihindari atau dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlampaui kuat dan lama, karena akan menyebabkan asfiksia dan perdarahan dalam tengkorak janin, dan melemahkan otot – otot dan fascia pada dasar panggul karena diregangkan terlalu lama (Saifudin, 2008).

Data yang diperoleh Penulis di RSUD Abepura pada bulan Januari sampai Desember tahun 2010 terdapat 2478 nifas, dengan rincian nifas normal dengan *hecting perineum* sebanyak 618 (24,93 %), sedangkan pada bulan Januari sampai Mei 2011 sebanyak 638 ibu nifas yang *hecting perineum* dan yang menderita infeksi *perineum* sebanyak 5 orang (0,78%) dan yang datang melakukan kunjungan ulang dengan infeksi *perineum* sebanyak 2 orang (0,31%) (Data Rekam Medis RSUD Abepura, 2011).

Berdasarkan hal tersebut diatas maka penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan dengan judul “Manajemen Kebidanan pada Ibu Nifas Dengan *Hecting perineum* di RSUD Abepura”.

1.2.RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalahnya adalah sebagai berikut:

- 1.2.1. Bagaimana melakukan pengkajian data pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura ?
- 1.2.2. Bagaimana melakukan interpretasi data dasar pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura ?
- 1.2.3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura ?
- 1.2.4. Bagaimana menentukan tindakan segera pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura ?
- 1.2.5. Bagaimana rencana asuhan secara menyeluruh pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura ?

- 1.2.6. Bagaimana melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura ?
- 1.2.7. Bagaimana mengevaluasi pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura ?
- 1.2.8. Bagaimana melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura ?

1.3.TUJUAN PENULISAN

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan manajemen asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Dapat melakukan pengkajian data pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.
2. Dapat melakukan interpretasi data dasar pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.
3. Dapat menentukan diagnosa potensial pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.
4. Dapat menentukan tindakan segera pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.
5. Dapat merencanakan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.
6. Dapat melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.

7. Dapat mengevaluasi pelaksanaan asuhan pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.
8. Dapat mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.

1.4.MANFAAT PENULISAN

1.4.1. Bagi Penulis

Untuk meningkatkan ketrampilan dalam melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif khususnya pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.

1.4.2. Bagi RSUD Abepura

Sebagai bahan masukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan khususnya pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.

1.4.3. Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai bahan referensi kepustakaan bagi mahasiswa, khususnya pada ibu nifas dengan *hecting perineum* di RSUD Abepura.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. KONSEP DASAR NIFAS

2.1.1. Pengertian

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifudin, 2008).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai hingga alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini, yaitu 6-8 minggu (Bahiyatun, 2009)

Masa nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu. Jadi masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari. (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

2.1.2. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan jalan-jalan.

2. Puerperium Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia 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. (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

2.1.3. Tujuan Asuhan Nifas

Tujuan masa nifas normal dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya.
- b. Melaksanakan screening yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

2.1.4. Program dan Kebijakan Teknis

Paling sedikit ada 4 kali kunjungan masa nifas yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah – masalah yang terjadi dalam masa nifas.

Kunjungan masa nifas terdiri dari :

1. Kunjungan I : (6 – 8 jam setelah persalinan)
 - a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - b. Pemantauan keadaan umum ibu.
 - c. Pengeluaran *lochea* rubra atau kruenta, terdiri atas darah segar bercampur sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desidua, sisa – sisa *verniks kaseosa*, *lanugo*, dan *mekonium*.
 - d. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*Bonding attachment*).
 - e. ASI eksklusif.
2. Kunjungan II : (6 hari post partum)
 - a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus uteri $\frac{1}{2}$ jarak antara symphysis ke pusat, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, *hecting perineum* normal (tidak ada tanda-tanda infeksi)
 - b. Pengeluaran *lochea sanguinolenta* terdiri dari darah bercampur lendir.
 - c. Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal.

- d. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
 - e. Ibu dapat melakukan mobilisasi ringan seperti duduk, berdiri dan berjalan.
 - f. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
3. Kunjungan III : (2 minggu post partum)
- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri sukar diraba di atas *symphysis*, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
 - b. Pengeluaran *lochea* alba yaitu *lochea* yang hanya merupakan cairan putih.
 - c. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal.
 - d. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
 - e. Memastikan ibu dapat makanan yang bergizi.
 - f. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
4. Kunjungan IV : (6 minggu setelah persalinan)
- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
 - b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

2.1.5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. *Involusi*

Involusi atau pengerutan *uterus* merupakan suatu proses dimana *uterus* kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekita 60 gram. Proses ini dimulai segera *plasenta* lahir akibat *kontraksi* otot-otot polos *uterus*. Pada akhir kala III persalinan, *uterus* berada digaris tengah kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian *fundus* bersandar pada promontorium saklaris. Pada saat ini *uterus* kira-kira sama besar *uterus* sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram. Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan massif *uterus* selama masa hamil. Pertumbuhan *uterus* pada masa prenatal tergantung pada hyperplasia, peningkantan jumlah sel-sel otot dan hipertropi, yaitu pembesaran sel-sel yang sudah ada. Pada masa *postpartum* penurunan kadar hormon-hormon ini menyebabkan terjadi *Autolisis* (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

b. Bagian bekas implantasi *plasenta*

Bekas implantasi *plasenta* segera setelah *plasenta* lahir seluas 12 x 5 cm, permukaan kasar, dimana pembuluh terjadi pembentukan thrombosis disamping pembuluh darah tertutup karena *kontraksi* otot rahim. Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu kedua sebesar 6 – 8 cm dan pada akhir

masa nifas sebesar 2 cm. Lapisan *endometrium* dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lokia. Luka bekas implantasi *plasenta* akan sembuh karena pertumbuhan *endometrium* yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis *endometrium* dan sembuh sempurna pada 6 – 8 minggu *postpartum* (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

2. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama *postpartum*

Tabel. 2.1 Perubahan *Uterus* Pada Masa Nifas

Involusi Utersi	Tinggi <i>Fundus uteri</i>	Berat <i>Uterus</i>	Diameter <i>Uterus</i>	Palpasi <i>Cervik</i>
<i>Plasenta</i> 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: Ambarwati dan Wulandari 2008

a. Tinggi *fundus uteri*

Involusi *uteri* dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa *fundus uteri* dengan cara :

- 1) Segera setelah persalinan, tinggi *fundus uteri* 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- 2) Pada hari ke dua setelah persalinan tinggi *fundus uteri* 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi *fundus uteri* 2 cm di bawah pusat. Pada hari 5-7 tinggi *fundus uteri* setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi *fundus uteri* tidak teraba.

Bila *uterus* tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan *subinvolusi*. *Subinvolusi* dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa *plasenta*/perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*).

b. *Lochea*

Lochea adalah *eksresi* cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lochea* mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada *vagina* normal. *Lochea* mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstrusai, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochea* yang berbau tidak sadap menandakan adanya infeksi. *Lochea* yang mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau *Lochea* terdiri atas 4 tahapan:

1) *Lochea Rubra*/Merah (*Kruenta*)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 4 masa *postpartum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa *plasenta*, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi) dan mekonium.

2) *Lochea Sanguinolenta*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 *postpartum*.

3) *Lochea Serosa*

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, *leukosit* dan robekan/laserasi *plasenta*. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 *postpartum*.

4) *Lochea Alba*/Putih

Mengandung *leukosit*, sel desidua, sel epitel, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati. *Lochia alba* bias berlangsung selama 2 sampai 6 minggu *postpartum*.

Lochea rubra yang menetap pada awal periode *postpartum* menunjukkan adanya perdarahan *postpartum* sekunder yang memungkinkan tertinggalnya sisa/selaput *plasenta*. *Lochea serosa* atau *alba* yang berlanjut bisa menandakan adanya endometritis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea purulenta*. Pengeluaran *Lochea* yang tidak lancar disebut dengan *Lochea statis*.

c. *Cervik*

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna *serviks* sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, *serviks* tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cicin. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bias masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 *postpartum* serviks menutup (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu *postpartum*. Penurunan hormone estrogen pada masa *postpartum* berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan menghilang kembali pada sekitar minggu ke 4 (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

e. Payudara (*mammae*)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai 2 mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut.

- 1) Produksi susu
- 2) Sekresi susu atau let down.

Selama 9 bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormone yang dilahirkan

plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin (hormone laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bias dirasakan. Pembuluh darah payudara mulai bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi mengisap puting, reflex saraf merangsang lobus posterior pituitary untuk menyekresi hormone oksitosin. Oksitosin merangsang *reflex let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleks ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Saleha, 2009).

3. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (*dehidrasi*), kurang makan, *haemorroid*, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan

pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

4. Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan. Kadang-kadang oedema dari trigonum menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga sering terjadi retensio urine, kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual (normal $\pm$ 15 cc). Sisa urine dan trauma kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi reter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuria akibat proses katalitik involusi. Acetonurie terutama setelah partus yang sulit dan lama disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena kelaparan. Protein urine akibat dari autolysis sel-sel otot. (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

5. Perubahan tanda – tanda Vital

a. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. sesudah partus dapat naik $\pm$ 0,5 °C dari keadaan normal, namun tidak akan

melebihi 8°C. sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 °C mungkin terjadi infeksi pada klien.

b. Nadi dan Pernapasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c. Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi *postpartum* akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan.

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *seksio* sesar kehilangan dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam haemokonsentrasi akan naik dan pada *seksio* sesar haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan

dekompensasi kordis pada penderita vitium cordial. Untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ketiga sampai lima hari *postpartum* (Saleha, 2009).

2.1.6. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

1. Taking in period

Terjadinya pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, focus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2. Taking hold period

Berlangsung 3-4 hari *postpartum*, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam 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.

3. Letting go period

Dialami setelah tiba ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu “ dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya (Saleha, 2009).

2.1.7. Perawatan Masa Nifas

Perawatan puerperium dilakukan dalam bentuk pengawasan sebagai berikut :

1. Rawat gabung

Perawatan ibu dan bayi dalam satu tempat tidur, sehingga ibu lebih banyak memperhatikan bayinya seperti melakukan pencegahan hipotermi, melakukan asuhan kasih sayang, memberikan ASI sehingga kelancaran pengeluaran ASI terjamin, memperhatikan bayi BAB dan BAK.

2. Pemeriksaan umum

Keadaan umum, kesadaran penderita, serta keluhan yang terjadi setelah persalinan.

3. Pemeriksaan khusus

- a. Fisik, Tekanan darah, nadi, suhu badan, respirasi.
- b. Tinggi fundus uteri dan kontraksi uterus.
- c. Payudara, puting susu, pembendungan ASI dan pengeluaran ASI.
- d. *Lochea*
- e. Luka *Hecting*, apakah baik atau terbuka, apakah ada tanda-tanda infeksi (Sujiyatini dkk, 2010).

4. Mobilisasi (Ambulasi dini)

Ibu harus istirahat tidur selama 8 jam pasca persalinan, kemudian miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah trombosis dan trombo emboli. Pada hari ke dua boleh duduk, hari ke tiga jalan-jalan dan hari ke-4 atau ke-5 sudah diperbolehkan pulang.

5. Istirahat

Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

6. Diet

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan. Minum kapsul vitamin A ($200.000 \pm U.3$) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI.

7. Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan air kran didekat klien atau mengompres air hangat di atas simpisis. Bila tidak berhasil dilakukan kateterisasi (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

8. Defekasi

Ibu *postpartum* diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua *postpartum*. Jika hari ketiga belum juga buang air besar (BAB), maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal.

9. Perawatan Payudara

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.

- b. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui.
- c. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- d. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- e. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

10. *Laktasi*

Bila bayi mulai disusui, usapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis. Produksi ASI akan lebih banyak sebagai efek positif adalah involusi *uteri* akan lebih sempurna, disamping ASI sebagai makanan utama bagi bayi.

11. Cuti hamil dan bersalin

Khusus wanita pekerja, cuti diberi selama 3 bulan, 1 bulan sebelum bersalin ditambah 2 bulan setelah bersalin.

12. Kebersihan diri (*personal hygiene*)

Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, membersihkan daerah kelamin dengan air dan sabun. Dari vulva terlebih dahulu dari atas kebawah kemudian anus. Melakukan perawatan *hecting perineum* setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan kelamin (Saifudin, 2008).

13. Perawatan *perineum*

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil *perineum* dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang

lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan *hectingnya* akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air besar dan buang air besar. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jaringan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau *lochea* sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

14. Imunisasi

Bawalah bayi 1 minggu setelah kontrol ulang untuk mendapatkan imunisasi pertama yaitu imunisasi BCG di RS, Puskesmas, Posyandu atau dokter praktek.

15. KB

Menganjurkan pada ibu agar mengikuti KB sedini mungkin setelah 40 hari atau saat nifas selesai (Bahiyatun, 2009).

16. Nasehat untuk ibu post partum

- a. Menjaga perineumnya selalu bersih dan kering.
- b. Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineumnya.
- c. Cuci perineumnya dengan sabun dan air bersih yang mengalir tiga sampai empat kali sehari.

- d. Kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya.
Ibu harus kembali lebih awal jika ia mengalami demam atau mengeluarkan cairan berbau busuk dari daerah lukanya atau jika daerah tersebut menjadi lebih nyeri.
- e. Sebaiknya bayi disusui.
- f. Psikhothterapi post natal sangat baik bila diberikan.
- g. Kerjakan Gimnastik (senam nifas) sehabis bersalin.
- h. Sebaiknya ikut KB dan bawalah bayi ke RS, Puskesmas, Posyandu atau dokter praktek (Manuaba, 2010).

2.2. KONSEP DASAR *HECTING PERINEUM*

2.2.1. Definisi

Hecting adalah proses *hecting* luka (Kenneth, 2009). Perineum adalah daerah bawah batang badan antara dubur dan alat-alat kelamin luar (Wiknjosastro, 2007).

Hecting perineum adalah proses *hecting* luka sekitar alat genetalia, guna menghentikan perdarahan aktif (Kenneth, 2009).

2.2.2. Etiologi

Hecting perineum dilakukan akibat adanya robekan perineum yang umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arcus pubis lebih kecil daripada biasa sehingga kepala janin terpaksa lahir lebih ke belakang daripada biasa, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar daripada *sirkumferensia suboksipito bregmatika*, atau anak

dilahirkan dengan pembedahan vaginal. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Wiknjosastro, 2007).

2.2.3. Penatalaksanaan *Hecting perineum*

1. Persiapan Alat

- a. Siapkan peralatan untuk melakukan *hecting*. 1) Wadah DTT berisi sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang jahit kromik atau catguk No. 2/0 atau 3/0, kasa steril, pinset. 2) Pavidon-iodine. 3) Buka spuit sekali pakai 10 ml dari kemasan steril, jatuhkan dalam wadah DTT. 4) Patahkan jarum ampul lidokain (lidokain tanpa epinefrin). Perkiraan jumlah lidokain yang akan digunakan (sesuaikan dengan luas/dalamnya robekan perineum).
- b. Atur posisi bokong ibu pada posisi litotomi di tepi tempat tidur.
- c. Pasang kain bersih di bawah bokong ibu.
- d. Atur lampu sorot atau senter ke arah vulva/perineum ibu.
- e. Pastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- f. Pakai satu sarung tangan DTT pada tangan kanan.
- g. Ambil spuit sekali pakai 10 ml dengan tangan yang bersarung tangan. Isi tabung suntik dengan lidokain 1% tanpa epinefrin dan letakkan kembali ke dalam wadah DTT.
- h. Lengkapi pemakaian sarung tangan pada kedua tangan.

- i. Gunakan kasa bersih, basuh vulva dan perineum dengan larutan povidon iodine dengan gerakan satu arah dari vulva ke perineum.
Tunggu selama : 2 menit sebelum menyuntikkan lidokain 1%.

2. Anestesi Lokal

- a. Beritahu ibu akan disuntik yang akan terasa nyeri dan menyengat.
- b. Tusukkan jarum suntik pada ujung luka/robekan perineum, masukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka.
- c. Lakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Bila ada darah, tusuk jarum sedikit dan kembali masukkan, ulangi melakukan aspirasi. Anestesi yang masuk ke dalam pembuluh darah dapat menyebabkan detak jantung yang tidak teratur.
- d. Suntikan anestesi sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perineum.
- e. Tanpa menarik jarum suntik ke luar dari luka, arahkan jarum suntik, bila robekan alur suntikan anestesi akan berbentuk seperti kipas, tepi perineum, dalam luka, mukosa vagina.
- f. Lakukan langkah No. 2 – 5 di atas kedua tepi robekan.
- g. Tunggu 1 – 2 menit sebelum melakukan *hecting* untuk mendapatkan hasil optimal dari anestesi lokal.

3. *Hecting perineum* Tingkat II

Sebelum dilakukan *hecting* pada perineum derajat II, jika dijumpai pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir yang bergerigi tersebut diratakan dahulu. Pinggir robekan sebelah kiri dan kanan masing-masing diklem terlebih dahulu, kemudian digunting,

setelah pinggir robekan rata baru dilakukan *hecting* luka perineum. Mula-mula otot dijahit dengan catgut, kemudian selaput vagina dijahit dengan catgut secara terputus-putus atau jelujur, *hecting* selaput lendir vagina dimulai dari puncak robekan. Terakhir kulit perineum dijahit dengan benang secara terputus-putus (Wiknjosastro, 2007).

4. *Hecting* Robekan Perineum Tingkat III

- a. Lakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan.
- b. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka perineum, pasang kasa ke dalam vagina.
- c. Pasang jarum jahit pada pemegang jarum kemudian kunci pemegang jarum.
- d. Pasang benang jahit (kromik No. 2/0) pada mata jarum.
- e. Tentukan dengan jelas batas luka robekan perineum.
- f. Ujung otot sfingter ani yang terpisah oleh karena robekan, diklem dengan menggunakan peon lurus.
- g. Kemudian tautkan ujung otot sfingter ani dengan melakukan 2 – 3 *hecting* angka 8 catgut kromik No. 2/0 sehingga bertemu kembali.
- h. Selanjutnya dilakukan *hecting* lapis demi lapis seperti melakukan *hecting* pada robekan perineum tingkat II (Wiknjosastro, 2007).

5. *Hecting* Robekan Perineum Tingkat IV

- a. Lakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan.
- b. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka perineum, pasang kasa ke dalam vagina.

- c. Pasang jarum jahit pada pemegang jarum kemudian kunci pemegang jarum.
- d. Pasang benang jahit (kromik No. 2/0) pada mata jarum.
- e. Tentukan dengan jelas batas luka robekan perineum.
- f. Mula-mula dinding depan rectum yang robek dijahit dengan *hecting* jelujur menggunakan catgut kromik No. 2/0.
- g. Jahit asia periretal dengan menggunakan benang yang sama, sehingga bertemu kembali.
- h. Jahit fasia septum rektovaginal dengan menggunakan benang yang sama sehingga bertemu kembali.
- i. Ujung otot sfingter ani yang terpisah oleh karena robekan, diklem dengan menggunakan peon lurus.
- j. Kemudian tautkan ujung otot sfingter ani dengan melakukan 2 – 3 *hecting* angka 8 catgut kromik No. 2/0 sehingga bertemu kembali.
- k. Selanjutnya dilakukan *hecting* lapis demi lapis seperti melakukan *hecting* pada robekan perineum tingkat II.

2.2.4. Perawatan Luka *hecting perineum*

1. Pengertian

Perawatan *perineum* adalah pemenuhan kebutuhan untuk menyetatkan daerah antara paha yang dibatasi vulva dan anus pada ibu yang dalam masa antara kelahiran plasenta sampai dengan kembalinya organ genital seperti placenta seperti pada waktu sebelum hamil yang bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi pada organ – organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya

mikroorganisme melalui vulva yang terbuka atau akibat dari perkembangbiakan bakteri pada peralatan penampung lochea (pembalut) serta kontaminasi dari rektum (Sujiyatini, 2010).

2. Waktu perawatan

Waktu perawatan *perineum* menurut Sujiyatini (2010), sebagai berikut :

a. Saat mandi

Pada saat mandi, ibu post partum pasti melepas pembalut, setelah terbuka maka ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut, untuk itu maka perlu dilakukan penggantian pembalut, demikian pula pada *perineum* ibu, untuk itu diperlukan pembersihan *perineum*.

b. Setelah buang air kecil

Pada saat buang air kecil, pada saat buang air kecil kemungkinan besar terjadi kontaminasi air seni padarektum akibatnya dapat memicu pertumbuhan bakteri pada *perineum* untuk itu diperlukan pembersihan *perineum*.

c. Setelah buang air besar

Pada saat buang air besar, diperlukan pembersihan sisa-sisa kotoran disekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke *perineum* yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses pembersihan anus dan *perineum* secara keseluruhan.

3. Persiapan dan Penatalaksanaan

a. Persiapan

1) Ibu Post Partum

Perawatan *perineum* sebaiknya dilakukan di kamar mandi dengan posisi ibu jongkok jika ibu telah mampu atau berdiri dengan posisi kaki terbuka.

2) Alat dan bahan

Alat yang digunakan adalah botol, baskom dan gayung atau shower air hangat dan handuk bersih. Sedangkan bahan yang digunakan adalah air hangat, pembalut nifas baru dan antiseptik (Sujiyatini, 2010).

b. Penatalaksanaan

Prosedur penatalaksanaan dalam perawatan *perineum* adalah sebagai berikut :

- 1) Mencuci tangan sebelum membersihkan daerah *perineum*
- 2) Mengisi botol plastik yang dimiliki dengan air hangat
- 3) Buang pembalut yang telah penuh dengan gerakan ke bawah mengarah ke rectum dan letakkan pembalut tersebut ke dalam kantung plastik.
- 4) Berkemih dan BAB ke toilet
- 5) Semprotkan ke seluruh *perineum* dengan air
- 6) Keringkan *perineum* dengan menggunakan tissue dari depan ke belakang.

7) Pasang pembalut dari depan ke belakang.

8) Cuci kembali tangan

c. Evaluasi

Parameter yang digunakan dalam evaluasi hasil perawatan adalah:

1) *Perineum* tidak lembab

2) Posisi pembalut tepat

3) Ibu merasa nyaman (Sujiyatini, 2010).

2.3. KONSEP DASAR MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

2.3.1. Definisi

Menurut Varney, 1997 dalam Saminen (2010), mengatakan bahwa manajemen kebidanan adalah suatu metode atau pendekatan pemecahan masalah yang digunakan oleh bidan dalam pemberian pelayanan asuhan kebidanan dengan menggunakan teknik observasi, wawancara, dan pemeriksaan.

2.3.2. Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko – resiko yang terjadi selama proses persalinan (Saminem, 2010).

2.3.3. Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen asuhan kebidanan terdiri dari tujuh tahap yang berurutan secara periodik disaring ulang, mulai dengan pengumpulan

data dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh tahap tersebut (Saminem, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Data yang dikumpulkan berupa :

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- c. Meninjau catatan terbaru catatan sebelumnya
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Dirumuskan diagnosa yang spesifik, masalah psikososial berkaitan dengan hal – hal yang sedang dialami wanita tersebut. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup kebidanan dan memenuhi “standar klatur (tata nama)” diagnosa kebidanan.

3. Langkah III : Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting untuk mengantisipasi masalah potensial agar tidak

terjadi kalau dimungkinkan dan bersiap – siap menghadapi bila diagnosa potensial ini benar- benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

4. Langkah IV : Menentukan Kebutuhan Tindakan Segera

Pada langkah ini dilakukan penetapan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun oleh dokter atau untuk melakukan konsultasi, kolaborasi berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Menggambarkan sifat manajemen secara terus menerus, tidak hanya pemberian pelayanan dasar pada kunjungan antenatal secara periodik tetapi juga pada saat bidan berada bersama klien misalnya pada saat persalinan.

5. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi atau data yang kurang lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau tiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dan juga kerangka pedoman. Antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi berikutnya. Apakah dia membutuhkan penyuluhan, konseling atau

rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan aspek sosio – cultural, ekonomi, atau psikologi.

6. Langkah VI : Pelaksanaan Rencana Asuhan

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan, pelaksanaan asuhan ini sebagian dilaksanakan oleh Bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan yang lain. Walaupun bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bila perlu berkolaborasi dengan Dokter, manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya, serta masa asuhan. kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

7. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefisien asuhan yang diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosa maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila memang benar-benar efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif.

Dalam hal ini mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif. Melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang menjelaskan proses berfikir yang mempengaruhi

tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen kebidanan (7) langkah ini dapat diaplikasikan/diterapkan dalam setiap situasi untuk mendokumentasikan/pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk “ SOAP “ (Saminem, 2010).

2.3.4. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas 1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001 dalam Muslihatun dkk (2009) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tiro kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/Assessment dan P adalah *Planning*. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009).

1. S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui *anamnesis*. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

2. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. A (*Assessment*)

A (*Analysis/Assessment*), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Karena keadaan

pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

4. P : *Planning*

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *planning*/perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Dengan kata lain, P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. Pendokumentasian P dalam SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus

dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Dalam *Planning* ini juga harus mencantumkan *evaluation/* evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.

BAB 3

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN DAN TINJAUAN KASUS

3.1. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

3.1.1. Analisa Tipe dan Karakteristik

RSUD Abepura tipe C dengan peraturan daerah No. 8 tahun 1998 oleh menteri dalam negeri dengan SK. No. 78 tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya di UU dengan gambaran daerah provinsi Dati I Irija No. 162 tanggal 16 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu RS, maka di usul dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu RS milik pemerintah, RSUD Abepura bergerak dibidang non komersial, RSUD Abepura memiliki 160 kapasitas tempat tidur dengan beberapa ruang, rawat inap yakni bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan dan pertinatologi meliputi : ruang ICU, VIP dan ruangan kelas.

Tercapai kriteria sebagai RS tipe C dapat dilihat dah beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

3.1.2. Struktur Organisasi dan Ketenagaan

1. Struktur organisasi
2. Direktur
3. Seksi keperawatan
4. Seksi pelayanan
5. Sub bagian
6. Sub seksi
7. Urusan
8. Instansi kebidanan
9. Komite medis dan staf medis fungsional

3.1.3. Ketenagaan

1. Medis

Terdiri dari Dokter umum sebanyak 31 orang, Dokter spesialis sebanyak 12 orang dan Dokter gigi sebanyak 3 orang

2. Paramedis

Jumlah paramedis sebanyak 16 orang terbagi atas perawat sebanyak 93 orang, bidan 18 orang, gizi 18 orang, Kesehatan lingkungan, 9 orang, Analisis 8 orang radiologi, 4 orang, farmasi 5 orang, fisioterapi 4 orang, dan anastesi 1 orang.

3. Non Medis

Sebanyak 2 orang terbagi atas SMA 1 orang dan rekam medis 1 orang.

3.1.4. Wewenang dan tanggung jawab

1. Tugas pokok

Rumah sakit umum daerah Abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan dan pencegahan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

2. Fungsi

- a. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
- b. Menyelenggarakan pelayanan medis
- c. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- e. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- f. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- g. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

3.1.5. Gambaran Umum Ruang Bersalin

Ruang bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada ibu bersalin, nifas baik patologi maupun fisiologi serta ginekologi.

1. Wewenang dan tanggung jawab kepala ruangan bersalin

- a. Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh
- b. Mengkoordinir semua kegiatan yang ada di ruangan bersalin
- c. Mengembangkan kemampuan pegawai ruang bersalin

- d. Membuat program kerja tahunan
 - e. Kepala ruangan bersalin bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.
2. Instansi di bagi ke dalam dua bagian yaitu polik kebidanan dan rang bersalin. Ruang bersalin terdiri dari kamar bersalin (VK) dan Ruang nifas (ruang pre operasi dan post operasi, masing - masing ada penanggung jawab ruangan).
 3. Ruangan bersalin memiliki 5 kamar rawat inap yang terdiri dari Kamar kelas I dua buah dengan dua tempat tidur, kamar kelas II satu buah dengan dua tempat tidur, kamar kelas III dua buah dengan 14 tempat tidur, Kamar VIP satu buah dengan satu tempat tidur dan kamar isolasi satu buah dengan satu tempat tidur.
 4. Jumlah tenaga dokter
 - a. Tenaga dokter

Tenaga dokter sebanyak 4 orang terdiri dari dokter spesialis kebidanan (2 orang) dan dokter umum (2 orang)
 - b. Tenaga bidan

Tenaga bidan keseluruhan 18 orang terdiri dari D - III kebidanan (13 orang) dan bidan C (5 orang).
 5. Tugas dan Tanggung Jawab

Tugas dan tanggung jawab dari masing-masing ruangan (Vk dan Nifas)

a. Ruangan VK (kamar bersalin)

- 1) Menerima pasien baru yang akan bersalin (inpartu) baik fisiologi maupun patologi
- 2) Melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan melakukan anamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, pemeriksaan obstetric, konsultasi dengan dokter obgin dan tenaga kesehatan lainnya.

b. Ruangan Nifas/rawat gabung

- 1) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu post partum, baik yang fisiologi maupun patologi
- 2) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan gangguan kehamilan, dan ibu hamil yang menderita suatu penyakit.

6. Fasilitas pelayanan diruangan bersalin Abepura, terdiri dari :

Alat - alat medis dan non medis, seperti oksigen, alat - alat infus dan cairan, protap, alat USG, dopler, nedel air dan obat – obatan.

3.2. TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN *HECTING PERINEUM* DI RSUD ABEPURA

Tanggal Pengkajian : 09 Juni 2011 Jam : 08.00 Wit

Tempat Pengkajian : RSUD Abepura

Oleh : Vivin Dwi Anjarsari

LANGKAH I PENGKAJIAN DATA DASAR

DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Ibu		Suami	
Nama	: Ny. N	Nama	: Tn. A
Umur	: 23 Tahun	Umur	: 27 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S2
Pekerjaan	: -	Pekerjaan	: PNS Kantor Gubernur Prov Papua
Suku / Bangsa	: Makasar /Indonesia	Suku / Bangsa	: Makasar/Indonesia
Nikah	: 1	Nikah	: 1
Lama nikah	: 1 Tahun	Lama nikah	: 1 Tahun
Alamat rumah	: Perumnas I Waena Gang Dahlia No. 3	Alamat rumah	: Perumnas I Waena Gang Dahlia No. 3

2. Data Biologis/Fisiologis

- a. Keluhan utama : Ibu mengeluhkan perut terasa mules di atas simphisis dan badan masih terasa capek
- b. Riwayat keluhan utama : Keluhan dirasakan sejak 2 jam yang lalu

c. Riwayat Reproduksi

- Menarche : 13 tahun
- Siklus haid : 28 hari
- Durasi haid : 3 hari
- Banyaknya : (2 x ganti softex) dalam sehari
- Sifat darah : Encer
- Bau / warna : Amis / merah
- Gangguan waktu haid : Tidak ada

d. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu :

Hamil ke	PERSALINAN							NIFAS		
	Tgl Lahir	Umur kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		Jenis kelmin	BB lahir	Lak tasi	Komp likasi
					Ibu	Bayi				
1	Hamil ini	-	-	-	-	-	-	-	-	-

e. Riwayat Persalinan sekarang

- a. Jenis persalinan : Spontan
- b. Tanggal bersalin : 08 Juni 2011 jam 19.30 Wit

- c. Jenis Kelamin : Perempuan, BB 2800 gr, PB: 49
cm, segera menangis A/S : 9/10
- d. Plasenta lahir spontan
- e. Jumlah pendarahan : ± 150 cc
- f. Ada robekan jalan lahir : Ya, dihecting
- g. Gangguan setelah persalinan : Terasa nyeri pada perineum
- f. Riwayat kesehatan lalu
- Penyakit diderita selama hamil : Tidak ada
- Riwayat operasi : Tidak ada
- Riwayat transfusi : Tidak ada
- Riwayat alergi : Tidak ada
- Riwayat trauma : Tidak ada
- g. Riwayat penyakit keluarga
- Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak mempunyai penyakit keturunan.
- h. Keadaan psikologis
- Klien : Merasa cemas dengan keluhan yang dirasakannya, tapi tidak mengetahui penyakit yang dideritanya.
- Suami : Merasa cemas dengan keluhan istrinya dan berharap masalah istrinya bisa diatasi.

i. Latar belakang sosial budaya

Klien dan suami berasal dari suku Makassar dan sudah lama menetap di Jayapura.

j. Dukungan keluarga

Keluarga mendukung dan menerima kehadiran anaknya.

k. Keadaan sosial ekonomi

Pendapatan suami cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari dan bisa menyisihkan sedikit gajinya untuk dana kesehatan dan tabungan.

3. Pola kegiatan sehari - hari

Nutrisi

Makanan yang terakhir dimakan :

Jumlah : 1 porsi

Jenis menu : Nasi, sayur, lauk, pauk dan susu

Suplemen Vit A 1 kapsul : Ya

Suplemen SF : Ya

Minuman atau cairan yang diminum : Susu dan air putih hangat

Eliminasi

BAK : 4 – 5 kali sehari, warna kuning muda, bau amoniak, tidak ada gangguan

BAB : Belum BAB

Ambulasi

Sudah menggerakkan tubuh setelah : Sudah

persalinan

Bangun/turun dari tempat tidur : Sudah

Aktifitas lain : Belum dilakukan

Personal Hygiene

Mandi : Tadi pagi

Pakaian : Bersih, baru ganti

Ganti pembalut : Dua kali sehari (bila terasa penuh)

Perineum : Terasa nyeri

Istirahat

Ada gangguan tidur/istirahat : Ada, (bayi menangis)

4. Riwayat KB : Belum pernah

5. Latihan/senam nifas

Senam otot dasar panggul : Tidak dilakukan

6. Data Psikosial

a. Perasaan ibu

Lelah/cape : Ya

Rasa nyaman : Tidak nyaman

Perasaan menerima bayi : Senang

Perasaan menolak bayi : Tidak ada

Alasan menolak : Tidak ada

Sedih atau duka : Tidak ada

Kesepian (tanpa bayi) : Tidak ada

Pengetahuan ibu

Fisiologi nifas : Cukup

Menyusui : Cukup

Perawatan bayi : Cukup

b. Perasaan Ayah

Penerimaan bayi : Senang (sangat mengharapkan)

Penolakan bayi : Tidak ada

c. Perasaan keluarga

Respon : Terhadap bayi positif

Alasannya : Sangat mengharapkan kehadiran bayi ini

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Compos Mentis

c. Keadaan emosional : Tenang

d. Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mm Hg

Suhu badan : 38°C

Nadi : 80 x/m

Pernafasan : 20 x/m

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala :

Mata	: Tidak pucat
Konjungtiva	: Tidak pucat
Sklera	: Tidak ikterik
Simetris	: Ya
Sekret hidung	: Tidak ada

b. Leher :

Kelenjar gondok membesar	: Tidak
--------------------------	---------

c. Dada

Tampak sesak	: Tidak
Buah dada menggantung	: Tidak
Buah dada membengkak	: Tidak
Konsistensi	: Keras
Puting susu	: Menonjol, tidak lecet
Colostrum	: Ada
ASI	: Ada
Jumlah Asi	: Cukup

d. Abdomen

Uterus teraba	: Ya
TFU	: 2 jari bawah pusat
Kontraksi uterus	: Keras

- e. Kandung kemih : Kosong
- f. Tungkai
 - Oedem : Tidak
 - Varices : Tidak
 - Nyeri : Tidak
 - Kelainan : Tidak
- g. Genitalia
 - Kebersihan vulva perineum : Bersih
 - Pengeluaran lochea : Lochea rubra
 - Warna : Merah segar
 - Bau lochea : Amis
 - Jumlah lochea banyak : Ya
 - Perdarahan tidak banyak : Ya
 - Robekan jalan lahir : Ada, ruptur perineum Derajat II,
hecting 8 benang cadgut
 - Keadaan luka : Basah

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorioum

Pemeriksaan darah

HB : 11 gr%

DDR : (-)

Pemeriksaan urine : Leukosit 11.000

- b. Pemeriksaan feces : Tidak dilakukan
- 4. Pemeriksaan USG : tidak dilakukan

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

1. Diagnosa : Ibu umur 23 tahun, P I, A 0, Nifas hari I dengan *hecting perineum* derajat II

DS : Ibu mengatakan nyeri pada perineum 1 jam yang lalu

DO :

1. Luka perineum masih basah
2. *Hecting perineum* derajat II dengan 8 *cadgut*
2. Masalah : Luka pada perineum (*hecting* 8 *cadgut*) dan terasa nyeri
3. Kebutuhan : Perawatan luka *hecting perineum*

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

Potensial terjadi infeksi perineum

Dasar

DS : Ibu mengatakan perineum terasa nyeri

DO : Ruptur perineum Derajat II, *hecting* 8 *hecting*

LANGKAH IV : PENANGANAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Observasi keadaan umum ibu, tanda - tanda vital, TFU, pengeluaran dan perdarahan

Rasional : Mengetahui keadaan umum ibu dan berjalannya involusi uterus

2. Kolaborasi dengan dokter

Rasional : Untuk pemberian terapi

3. Lakukan personal hygiene dan ajarkan ibu cara merawat perineum

Rasional : Mempercepat penyembuhan luka perineum

4. Jelaskan pada ibu tanda – tanda infeksi perineum

Rasional : Agar ibu mengetahui tanda-tanda terjadinya infeksi

5. Lakukan perawatan payudara (massage)

Rasional : Merangsang pengeluaran ASI dan mencegah terjadinya pembendungan ASI

6. Anjurkan ibu sering berkemih

Rasional : Agar dapat diketahui adanya gangguan eliminasi

7. Penuhi kebutuhan nutrisi

Rasional : Menambah tenaga ibu dan dapat memperlancar produksi ASI

8. Anjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis dan teratur

Rasional : Mempercepat penyembuhan uterus dan sakit pada perineum

9. Anjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya

Rasional : Merangsang pengeluaran ASI dan kontraksi uterus baik

10. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat

Rasional : Memberikan rasa nyaman

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 09 Juni 2011

Jam : 08.30 Wit

1. Melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu, observasi TTV (TD : 110/80mmHg, N : 80 x/m, R : 18 x/m SB : 38°C), TFU 2 jari bawah pusat dan kontraksi uterus baik, 1 kali ganti pembalut
2. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy
 - Amoxycilin : 1 gr/8 jam
 - SF : 1 x 1 /hari
 - Vit. C : 3 x 1
3. Melakukan puerperium dan mengajarkan ibu cara merawat perineum setelah selesai BAK dan BAB dibersihkan pakai sabun bilas dengan air dingin dan dilap kering
4. Menjelaskan pada ibu tanda – tanda infeksi perineum seperti suhu badan tinggi, terasa nyeri pada daerah kemaluan khususnya pada luka hecing
5. Melakukan massage payudara dengan menggunakan air hangat dan menggunakan bra yang pas untuk menopang payudara
6. Mengontrol BAB (ibu belum BAB) dan jam 07.30 Wit ibu sudah BAK (ibu sudah BAK) kandung kemih kosong
7. Memberikan ibu makan (menu seimbang) : nasi, sayur, lauk pauk, buah dan susu bila ada
8. Jam 08.30 Wit ibu diberikan dan diminum sesuai dosis dan teratur.
9. Menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya
10. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 11 Juni 2011

Jam : 09.00 Wit

S : Ibu mengatakan masih terasa nyeri pada daerah kemaluan (*hecting perineum*)

O :

1. Keadaan umum ibu baik
2. kesadaran composmentis
3. Tanda - tanda vital dalam batas normal
4. TFU 2 jari bawah pusat, pengeluaran lochea rubra dan 1 kali ganti pembalut

A : Ibu umur 23 tahun, P I, A 0, Nifas hari I dengan *hecting perineum* derajat II

P :

1. Telah dilakukan kolaborasi dokter untuk pemberian therapy
2. Ibu telah membersihkan daerah perineum setelah BAK
3. Ibu mengetahui tanda-tanda infeksi perineum
4. Perawatan payudara telah dilakukan
5. Ibu belum BAB dan tidak ada gangguan BAK
6. Ibu sudah makan dan minum
7. Ibu telah minum obat per oral jam 08.30 Wit
8. Ibu telah menyusui bayinya
9. Ibu sedang beristirahat bersama bayinya.

**MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN
HECTING PERINEUM DI RSUD ABEPURA
HARI II**

Tanggal Pengkajian : 10 Juni 2011 Jam : 08.00 Wit
Tempat Pengkajian : RSUD Abepura
Oleh : Vivin Dwi Anjarsari

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA DASAR

DS : Ibu mengatakan rasa nyeri pada perineum telah berkurang, melakukan perawatan perineum sesuai anjuran, minum obat teratur sesuai anjuran

Pola kegiatan sehari - hari

1. Nutrisi

Makan : Teratur, 3 kali sehari (nasi, sayur, tahu, tempe, ikan, telur dan buah)

Minum : 6 - 8 kali sehari

2. Eliminasi

BAB : Lancar, 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan, bau busuk, konsistensi lunak

BAK : Lancar, 5 - 6 kali sehari, bau khas amoniak

3. Istirahat

Siang : 1 jam

Malam : 6 - 7 jam

Gangguan tidur : Tidak ada

DO :**1. Pemeriksaan Umum**

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. Keadaan emosional : Tenang
- d. Tanda – tanda vital
 - Tekanan darah : 110/90 mm Hg
 - Suhu badan : 37,2°C
 - Nadi : 80 x/m
 - Pernafasan : 20 x/m

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala :
 - Mata : Tidak pucat
 - Konjungtiva : Tidak pucat
 - Sklera : Tidak ikterik
 - Simetris : Ya
 - Sekret hidung : Tidak ada
- b. Leher :
 - Kelenjar gondok : Tidak ada pembesaran
- c. Dada
 - Tampak sesak : Tidak
 - Buah dada menggantung : Tidak
 - Buah dada membengkak : Tidak

Konsistensi	: Keras
Puting susu	: Menonjol, tidak lecet
Colostrum	: Ada
ASI	: Ada
Jumlah Asi	: Cukup
d. Abdomen	
Uterus teraba	: Ya
TFU	: 2 jari bawah pusat
Kontraksi uterus	: Keras
e. Kandung kemih	: Kosong
f. Tungkai	
Oedem	: Tidak
Varices	: Tidak
Nyeri	: Tidak
Kelainan	: Tidak
g. Genitalia	
Kebersihan vulva perineum	: Bersih
Pengeluaran lochea	: Lochea rubra
Warna	: Merah segar
Bau lochea	: Amis
Jumlah lochea banyak	: Ya, dua kali ganti pembalut

Robekan jalan lahir : Ada, ruptur perineum derajat II, *hecting* 8
hecting

Keadaan luka : Tampak mulai kering

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium (tanggal 09 Juni 2011)

Pemeriksaan darah

HB : 11 gr%

DDR : (-)

Pemeriksaan urine : Leukosit 11.000

b. Pemeriksaan feces : Tidak dilakukan

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 23 tahun, nifas hari kedua dengan *hecting perineum* derajat II

DS : Ibu mengatakan rasa nyeri pada perineum telah berkurang

DO : Luka *hecting perineum* sudah kering

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

LANGKAH III : TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Observasi keadaan umum ibu, TFU, pengeluaran lochea

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan perjalanan involusi uterus berjalan normal

2. Anjurkan ibu cara merawat perineum setelah selesai BAK dan BAB

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi

3. Ajarkan ibu cara merawat bayi seperti cara memandikan bayi dan perawatan tali pusat

Rasional : Untuk mencegah terjadinya aspirasi pada bayi

4. Ajarkan ibu cara menyusui bayinya dengan benar

Rasional : Agar ASI bayi tercukupi dan mencegah terjadinya puting lecet pada ibu

5. Anjurkan ibu setelah pulang membawa bayinya ke Posyandu untuk ditimbang BB dan mendapat imunisasi

Rasional : Agar bayi dapat dipantau tumbuh kembangnya dan kekebalan tubuh manusia

6. Beri penjelasan tentang manfaat KB dan jenis kontrasepsi dan menganjurkan ibu ber-KB setelah masa nifas berakhir.

Rasional : Agar ibu dapat menjadi akseptor KB

LANGKAH V : IMPLEMENTASI

Tanggal 10 Juni 2011

Jam 08.15 Wit

1. Mengobservasi keadaan umum ibu, TFU, pengeluaran lochea
 - a. Keadaan umum ibu : Baik
 - b. Kesadaran : Compos mentis
 - c. Tanda – tanda vital
 - Tekanan darah : 110 / 90 mmHg
 - Nadi : 80 x/menit
 - Respirasi : 24 x/menit
 - Suhu badan : 37°C
 - d. TFU : 2 jari bawah pusat
 - e. Pengeluaran lochea : Rubra, 2 kali ganti pembalut
2. Mengajarkan ibu cara merawat perineum setelah selesai BAK dan BAB dibersihkan pakai sabun bilas dengan air dingin dan dilap kering dan ibu mengerjakan sesuai anjuran yang diberikan setelah BAB dan BAK
3. Mengajarkan ibu cara merawat bayi seperti cara memandikan bayi dan perawatan tali pusat
4. Mengajarkan ibu cara menyusui bayinya dengan benar dengan cara membersihkan daerah puting susu dengan airhangat dan tampak mulut bayi menutup daerah areola serta mengajarkan ibu cara melepas puting susu dari mulut bayi dengan cara memasukkan kelingking di sudut bibir bayi untuk mencegah lecet pada puting susu.

5. Menganjurkan ibu setelah pulang membawa bayinya ke Posyandu untuk ditimbang BB dan mendapat imunisasi
6. Memberi penjelasan tentang manfaat KB dan jenis kontrasepsi dan menganjurkan ibu ber-KB setelah masa nifas berakhir.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal 10 Juni 2011

Jam 09.00 Wit

S : Ibu mengatakan rasa nyeri pada perineum telah berkurang

O :

1. Keadaan umum ibu : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda – tanda vital

Tekanan darah	: 110 / 90 mmHg
Nadi	: 80 x/menit
Respirasi	: 24 x/menit
Suhu badan	: 37°C
4. Pembendungan ASI : Tidak ada
5. Konjungtiva : Tidak pucat
6. Sklera : Tidak ikterik
7. TFU : 2 jari bawah pusat
8. Pengeluaran : Lochea rubra, 2 kali ganti pembalut
9. Keadaan *hecting perineum* : Luka tampak kering, *hecting* rapi dan tidak lepas

A : Ibu umur 23 tahun, nifas hari kedua dengan *hecting perineum* derajat II

P :

1. Telah dilakukan perawatan perineum
2. Ibu telah diajarkan cara perawatan tali pusat
3. Ibu telah menyusui bayinya dengan cara yang benar
4. Ibu berjanji akan membaway bayinya setiap bulan ke Posyandu untuk ditimbang
5. Ibu telah diberikan penjelasan manfaat KB dan jenis – jenisnya dan ibu berjanji akan mengikuti KB
6. Ibu dan bayi pulang jam 11.00 Wit dijemput oleh keluarga dan mengatakan akan datang untuk kontrol ulang tanggal 17 Juni 2011.

**MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN
HECTING PERINEUM DI RSUD ABEPURA
HARI III**

Tanggal Pengkajian : 17 Juni 2011 Jam : 10.00 Wit
Tempat Pengkajian : RSUD Abepura
Oleh : Vivin Dwi Anjarsari

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA DASAR

DATA SUBJEKTIF

1. Ibu mengatakan tidak merasakan nyeri pada perineum dan bekas luka hecing sudah menutup dengan baik

Pola kegiatan sehari - hari

a. Nutrisi

Makan : Teratur, 3 kali sehari (nasi, sayur, tahu, tempe, ikan, telur dan buah)

Minum : 6 - 8 kali sehari

b. Eliminasi

BAB : Lancar, 2 kali sehari, warna kuning kecoklatan, bau busuk, konsistensi lunak

BAK : Lancar, 5 - 6 kali sehari, bau khas amoniak

c. Istirahat

Siang : 1 jam

Malam : 6 - 7 jam

Gangguan tidur : Tidak ada

DO**1. Pemeriksaan Umum**

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. Keadaan emosional : Tenang
- d. Tanda – tanda vital
 - Tekanan darah : 120/80 mm Hg
 - Suhu badan : 37°C
 - Nadi : 80 x/m
 - Pernafasan : 20 x/m

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala :
 - Mata : Tidak pucat
 - Konjungtiva : Tidak pucat
 - Sklera : Tidak ikterik
 - Simetris : Ya
 - Sekret hidung : Tidak ada
- b. Leher :
 - Kelenjar gondok : Tidak ada pembesaran
- c. Dada
 - Tampak sesak : Tidak ada
 - Buah dada menggantung : Tidak
 - Buah dada membengkak : Tidak

Konsistensi	: lembek
Puting susu	: Menonjol, tidak lecet
Colostrum	: Ada
ASI	: Ada
Jumlah Asi	: Cukup
d. Abdomen	
Uterus teraba	: Ya
TFU	: Tidak teraba
Kontraksi uterus	: Tidak teraba
e. Kandung kemih	: Kosong
f. Tungkai	
Oedem	: Tidak
Varices	: Tidak
Nyeri	: Tidak
Kelainan	: Tidak
g. Genitalia	
Kebersihan vulva perineum	: Bersih
Pengeluaran lochea	: Lochea serosa
Warna	: Merah segar
Bau lochea	: Amis
Jumlah lochea banyak	: Ya, dua kali ganti pembalut

Robekan jalan lahir : Ada, ruptur perineum derajat II, hecing 8
hecing

Keadaan luka : Tampak mulai kering

3. Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan

LANGKAH II : INTERPRETASI DADAT DASAR

Diagnosa : Ibu umur 23 tahun, nifas hari kesembilan, normal

DS : Ibu mengatakan tidak merasakan nyeri pada perineum

DO : Luka hecing tidak tampak (telah tertutup dengan jaringan kulit baru)

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

Tanggal 10 Juni 2011

Jam 10.15 Wit

1. Observasi keadaan umum ibu, TFU, pengeluaran lochea

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum ibu

2. Berikan vaksin BCG pada bayi Ny. N

Rasional : Untuk kekebalan tubuh bayi

3. Anjurkan ibu, bahwa hubungan seksual dapat dilakukan setelah masa nifas berakhir

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi perineum

4. Berikan penjelasan pada ibu tanda – tanda berakhirnya masa nifas adalah tidak ada pengeluaran lochea dan pada perabaan jalan lahir tidak terasa perih.

Rasional : Agar ibu mengetahui berakhirnya masa nifas

5. Anjurkan ibu untuk kontrol ulang setelah masa nifas berakhir tanggal 19 Juli 2011 (kunjungan nifas terakhir) dan ibu berjanji untuk kontrol ulang.

Rasional : Agar diketahui pasti masa nifas berakhir.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal 10 Juni 2011

Jam 11.00 Wit

1. Mengobservasi keadaan umum ibu, TFU, pengeluaran lochea

- a. Keadaan umum ibu : Baik

- b. Kesadaran : Compos mentis

- c. Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110 / 70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Suhu badan : 37°C

- d. TFU : Tidak teraba

- e. Pengeluaran lochea : Sanguenolenta, 1 kali ganti pembalut

2. Memberikan vaksin BCG pada bayi Ny. N
3. Menganjurkan ibu, bahwa hubungan seksual dapat dilakukan setelah masa nifas berakhir
4. Memberikan penjelasan pada ibu tanda – tanda berakhirnya masa nifas adalah tidak ada pengeluaran lochea dan pada perabaan jalan lahir tidak terasa perih.
5. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang setelah masa nifas berakhir tanggal 19 Juli 2011 (kunjungan nifas terakhir) dan ibu berjanji untuk kontrol ulang.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal 10 Juni 2011

Jam 11.00 Wit

S : Ibu mengatakan tidak merasakan nyeri pada perineum

O :

1. Keadaan umum ibu : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda – tanda vital

Tekanan darah	: 110 / 70 mmHg
Nadi	: 80 x/menit
Respirasi	: 22 x/menit
Suhu badan	: 36,8°C
4. Konjungtiva : Tidak pucat
5. Sklera : Tidak ikterik
6. TFU : Tidak teraba

7. Pengeluaran : Lochea sanguinolenta, 1 kali ganti pembalut

8. Keadaan *hecting perineum* : Luka hecting tidak tampak (telah tertutup dengan jaringan kulit baru)

A : Ibu umur 23 tahun, nifas hari kesembilan, normal

P :

1. Keadaan umum ibu baik, tanda – tanda vital dalam batas normal TFU tidak teraba, pengeluaran lochea serosa
2. Sudah diberikan vaksin BCG pada bayi Ny. N
3. Ibu mengatakan tidak akan melakukan hubungan seksual sebelum masa nifas berakhir
4. Ibu mengerti tanda – tanda berakhirnya masa nifas adalah tidak ada pengeluaran lochea dan pada perabaan jalan lahir tidak terasa perih.
5. Ibu mengatakan akan melakukan kontrol ulang setelah masa nifas berakhir tanggal 19 Juli 2011 (kunjungan nifas terakhir).

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas hasil asuhan kebidanan Ny. N mengacu pada manajemen kebidanan Varney dengan tujuh langkah berdasarkan data subjektif, objektif dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Berdasarkan data subjektif ibu mengeluhkan perut terasa mules di daerah genitali dan badan masih terasa capek, partus tanggal 8 Juni 2011 jam 19.30 Wit, P I A 0 dan dari data objektif pada daerah genitalia tampak *hecting perineum* dengan 8 *hecting* (ruptur perineum derajat II) akibat *ruptur perineum* derajat II . Hal ini sesuai Menurut Wiknjosastro (2007), yang mengatakan bahwa *hecting perineum* dilakukan bila terjadi *ruptur perineum*.

Berdasarkan data tersebut, diagnosa yang ditegakkan adalah Ibu umur 23 tahun, P I, A 0, Nifas hari I dengan *hecting perineum* derajat II dengan diagnosa potensial yang ditegakkan adalah infeksi perineum.

Menurut Wiknjosastro (2007), robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya dan dilakukan *hecting perineum*.

Asuhan yang penulis berikan berdasarkan perawatan perineum sesuai dengan teori menurut Sujiyatini (2010), dimana saat klien mandi, setelah BAB/BAK dengan membersihkan pakai sabun dan bilas dengan air dingin serta dilap kering.

Implementasi yang dilaksanakan berfokus untuk mempercepat penyembuhan luka *hecting perineum* dengan mengobservasi keadaan umum ibu, melakukan perawatan perineum dan menjelaskan bila terdapat tanda – dan gejala infeksi seperti suhu badan tinggi, terasa nyeri pada daerah kemaluan khususnya pada luka *hecting* dan dianjurkan untuk menjaga personal hygiene terutama di daerah perineum agar mempercepat proses penyembuhan. Pada hari kedua, ibu mengatakan masih terasa nyeri pada daerah *simpisis (hecting perineum)* dan melaksanakan personal hygiene dan tidak dijumpai tanda – tanda infeksi dan ibu diperbolehkan pulang. Pada hari ketiga tampak luka *hecting perineum* telah tertutup dengan jaringan kulit yang baru.

Selain perawatan perineum, asuhan yang diberikan dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang personal hygiene khususnya di daerah genitali, hubungan seks setelah masa nifas berakhir dan melakukan kunjungan nifas , guna mencegah terjadinya komplikasi dan involusi uterus berjalan dengan normal dan motivasi ibu untuk ber-KB.

Asuhan yang dilaksanakan dapat dikatakan berhasil, hal ini dilihat dari hasil evaluasi, tampak luka *hecting perineum* telah tertutup dengan jaringan kulit baru. Keberhasilan asuhan yang dilaksanakan berkat adanya kerjasama tim medis, dan klien.

BAB 5

PENUTUP

5.1. KESIMPULAN

Berdasarkan asuhan yang dilaksanakan dapat disimpulkan bahwa kejadian robekan perineum dapat disebabkan karena ibu primigravida (bersalin pertama kali), dan sesuai dengan kasus yang ditemukan.

Pentingnya upaya perawatan perineum, guna menghindari terjadinya infeksi pada perineum. Dengan pendidikan kesehatan dan bekerjasama dengan tim medis serta klien, sehingga potensial terjadinya infeksi perineum tidak menjadi aktual.

5.2. SARAN

1. Bagi Rumah Sakit

Agar pelayanan kebidanan yang dilaksanakan dapat berhasil, perlunya sarana dan prasarana yang memadai khususnya dalam penyediaan air bersih.

2. Bagi Klien

Untuk mempercepat penyembuhan, selain menjaga kebersihan daerah genetalia, diharapkan klien dapat memenuhi gizi seimbang di rumah.

3. Bagi Peneliti Lanjutan

Sebagai bahan informasi bagi peneliti lanjutan, khususnya dalam melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu nifas dengan *hecting perineum* dengan memperhatikan kebutuhan dasar ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati dan Wulandari, 2008. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Bina Gramedia; Jakarta.
- Bahiyatun, 2009. *Asuhan Masa Nifas*. EGC, Jakarta.
- Data Rekam Medis RSUD Abepura, 2011.
- Kenneth, 2009. *Obstetri Williams*. Edisi 21, EGC, Jakarta.
- Manuaba, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Pendidikan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC; Jakarta.
- Saifudin, 2008, *Ilmu Kebidanan*. Cetakan Keempat, YBP-SP; Jakarta
- Saminen, 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan, Konsep dan Praktik*. EGC, Jakarta.
- Saleha, 2009. *Asuhan Masa Nifas*. Fitramaya, Jakarta.
- Sujiyatini dkk, 2010. *Asuhan Ibu Nifas ASKEB III*. Cyrillus Publisher, Jakarta.
- Wiknjosastro, 2007. *Ilmu Kebidanan*. Cetakan Ketiga, YBP-SP; Jakarta.
- Muslihatun dkk. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*, Fitramaya, Jakarta.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN
[HECTING PERINEUM DI RSUD ABEPURA

Nama Mahasiswa : VIVIN DWI ANJARSARI

NIM : PO.71.24.5.08.69

Pembimbing I : SUSANA RAMANDEY, S,Sos, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	Komis 28/ Juli-2011	Bab. I. II.	Revisi Bab. I.	f.
2	Isbatu 30/ Juli-2011	Bab. I.	Bab. I. <u>acc.</u>	f.
3	Rabun. 17/Agsts. 2011	Bab. III, IV, V.	Revisi Bab. I.	f.
4	Komis. 18/Agsts	Bab. V.	Bab. I-V. <u>acc.</u>	f.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN
[HECTING PERINEUM DI RSUD ABEPURA

Nama Mahasiswa : VIVIN DWI ANJARSARI

NIM : PO.71.24.5.08.69

Pembimbing II : SURYATI ROMAULI, S.ST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	Selasa, 12-07-2011.	Bab 1 Pendahuluan Bab 2. Tinjauan Teori	- Revisi Penulisan Pada Latar belakang dan Tujuan - Revisi penulisan pada Tinjauan Teori - Tambahkan pustaka tentang Hecting perineum	 Suryati R. Nip. 19770921 2005012006
2	Rabu, 13-07-2011.	Bab 1 Pendahuluan Bab 2. Tinjauan Teori Bab 3 Tinjauan kasus	- Bab 1 ACC - Bab 2 Revisi penulisan dan - Tambahkan daftar pustaka. - Bab 3. Revisi asuhan - Buat 7 langkah varney hari I dan II	 Suryati R. Nip. 19770921 2005012006
3	Selasa, 19-07-2011.	Bab 2. Tinjauan Teori Bab 3 Tinjauan kasus	- Bab 2 ACC - Revisi asuhan pada Langkah I - Revisi langkah 7 (evaluasi)	 Suryati R. (Nip. 19770921 2005012006).
4	Rabu, 20-07-2011	Bab 3 Tinjauan kasus Bab 4 Pembahasan Bab 5 Penutup.	- Revisi asuhan - Revisi Pembahasan.	 Suryati R. (Nip. 19770921 2005012006).