LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPERHENSIF PADA NY "S"

DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA RAPAK

KOTA BALIKPAPAN

9 MEI – 20 JUNI 2016

Disusun Oleh:

NOOR LATHIFAH
NIM P07224113062

Laporan Tugas Akhir ini dianjukan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTRIAN KESEHATAN KALTIM

JURUSAN KEBIDANAN PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul	:	Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “S” Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Tahun 2016
NamaMahasiswa	:	Noor Lathifah
NIM	:	PO7224113062
Jurusan	:	Kebidanan
Program Studi	:	D-III Kebidanan Balikpapan

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan
Tim Penguji Poltekkes Kemenkes Kaltim
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Balikpapan, 15 Juli 2016

Menyetujui,
Pembimbing I

Susi Purwanti, S.SiT, M.PH
NIP. 197110261992032001

Pembimbing II

Hj. Suryani, SST
NIP. 196106151982032002

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.”S” DI KELURAHAN MUARA RAPAK BALIKPAPAN TAHUN 2016

NOOR LATHIFAH

NIM. PO7224113062

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Poltekkes Kemenkes Kaltim Jurusan Kebidanan

Prodi D-III Kebidanan

Balikpapan, 15 Juli 2016

Penguji Utama

Novi Pasiriani, SST, M.Pd (.....)
NIP. 197911262001122002

Penguji I

Susi Purwanti, S.SiT, M.PH (.....)
NIP. 197110026 199203a 2001

Penguji II

Hj. Suryani, SST (.....)
NIP.196106151982032002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan	KetuaProdi D-III Kebidanan Balikpapan
Sonya Yulia S, S.Pd, M.Kes	Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes
NIP. 195507131974022001	NIP. 197403201993032001

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

KATA PENGANTAR iii

DAFTAR ISI v

DAFTAR TABEL viii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 4

C. Tujuan 4

1. Tujuan Umum 4

2. Tujuan Khusus 5

D. Manfaat Penulisan 6

1. Manfaat Praktis 6

2. Manfaat Teoritis 7

E. Ruang Lingkup 7

F. Sistematika Penulisan 8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Manajement Varney 12

B. Konsep Dasar Teori Kebidanan..... 42

1. Konsep DasarTeori Kehamilan 42
2. Konsep Dasar Teori Persalinan 74
   a. Dasar Teori Persalinan 74
   b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan 78
   c. Tahapan Persalinan 79
   d. Asuhan Sayang Ibu 82
   e. Dukungan Selama Proses Persalinan..... 83
   f. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan 84
   g. Penanganan 87
   h. Sebab-sebab terjadinya Persalinan 89
   i. Tanda-tanda permulaan Persalinan..... 91
   j. Faktor-faktor yang Berperan Dalam Persalinan 92
   k. 7 Mekanisme Persalinan Normal..... 93
   l. Asuhan Persalinan Normal (APN) 98
3. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir Normal 104
   a. Pengertian Bayi Baru Lahir 104
   b. Etiologi Berat Badan Lahir Rendah..... 105
   c. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan luar 106
   d. Adaptasi Bayi Bru Lahir yang terjadi dengan cepat..... 107
   e. Asuhan Bayi Baru Lahir 114
4. Konsep Dasar Teori Nifas 115
   a. Pengertian Nifas 115
   b. Tujuan Asuhan Masa Nifas 116

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas 116
5. Konsep Dasar Keluarga Berencana 126
a. Pengertian Keluarga Berencana..... 126
b. Tujuan KB 127
c. Sasaran Program KB 128
d. Aseptor KB 128
BAB III METODOLOGI PENELITIAN
A. Rancangan Penelitian 139
B. Lokasi dan Waktu 139
C. Subjek Kasus..... 140
D. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data..... 140
E. Instrumen Penelitian..... 141
F. Kerangka Kerja 142
G. Etika Penelitian 143
BAB IV TINJAUAN KASUS 144
BAB V PEMBAHASAN 191
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1 Indikator Penilaian Untuk IMT 63

2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi TT 64

2.3 Skor Poedji Rochajati..... 74

2.4 Tabel Apgar Skor 112

2.5 Tabel TFU Pada Masa Nifas 117

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karuniaNya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pasa Ny.”S” diwilayah kerja puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan.

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Tahun Akademik 2016.

Sehubungan dengan itu, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Drs. H. Lamri, M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia, S.Pd, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Prodi Kebidanan Balikpapan.
4. Novi Pasiriani, SST, M.Pd selaku Penguji Utama Laporan Tugas Akhir.
5. Susi Purwanti, S.SiT, M.P.H selaku dosen Pembimbing I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Hj. Suryani, S.ST selaku dosen pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Para Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

8. Orang tua, kakak serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
9. Ny. S yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi klien saya untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.
10. Rekan-rekan yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan sebaik–baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala amal yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Balikpapan, 15 Juli 2016

Penulis

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

NAMA : NOOR LATHIFAH

NIM : P07224113062

TEMPAT/TANGGAL LAHIR : TANAH GROGOT, 21 APRIL 1995

AGAMA : ISLAM

PENDIDIKAN :

- TK KARTIKA TANAH GROGOT LULUS TAHUN 2001
- SDN 011 TANAH GROGOT LULUS TAHUN 2007
- SMPN 2 TANAH GROGOT LULUS TAHUN 2010
- SMA MUHAMMADIYAH TANAH GROGOT LULUS TAHUN 2013

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdullilah saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir Saya atas Rahmat Allah SWT, tak lupa Shalawat serta Salam saya Haturkan Pada junjungan saya Nabi Muhammad SAW.

Tak bisa dapat kata yang diucapkan hanya ucapan Terima kasih yang sebesar besarnya Teruntuk Kedua Orang Tuaku AbahKu Zulkarnain Mamaku Noor Laila, serta kedua kakaku, seluruh Dosen dan Staf Poltekkes dan tak Lupa Teruntuk ibu Susi Purwanti, S.SiT, M.PH dan Hj. Suryani, SST yang selalu membimbing saya untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, dan teruntuk semua teman-teman yang selalu mendukung saya disaat saya sudah merasa lelah, Terima Kasih atas semangat yang kau berikan teman-teman Angkatan 2013 ☺.

Tak lupa saya ucapakan banyak terimakasih kepada Keluarga Tn A dan Ny. S yang bersedia menjadi klien saya terima kasih ☺.

Gajah mati meninggalkan gading

Harimau mati meninggalkan belang

Dan manusia mati meninggalkan nama.

Insya Allah saya akan selalu mengenang orang-orang yang membuat saya semangat dan memberikan dukungan yang tidak ada hentinya ☺.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kehamilan merupakan kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya (yang pada umumnya di dalam rahim). Kehamilan pada manusia berkisar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung dari awal periode menstruasi terakhir sampai melahirkan. Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus, agar dapat berlangsung dengan baik kehamilan mengandung kehidupan ibu maupun janin (Saifuddin, 2010).

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2006).

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Kristiyanasari, 2009).

Masa nifas (puerperium) merupakan masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

Secara umum keluarga berencana dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkanb kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan aborsi (Suratun, 2008).

Ibu hamil dengan kehamilan resiko tinggi merupakan ibu hamil yang mempunyai resiko atau bahaya yang lebih besar pada kehamilan/persalinannnya dibandingkan dengan ibu hamil dengan kehamilan/persalinan normal. Menurut (Rochyati, dkk) mengemukakan kriteria Kehamilan Resiko Tinggi adalah: primimuda, primitua, umur 35 tahun atau lebih, tinggi badan kurang dari 145 cm, grandemulti, riwayat persalinan yang buruk, bekas seksio sesaria, pre-eklampsia, hamil serotinus, perdarahan antepartum, kelainan letak, kelainan medis, dan lain-lain. Salah satu penyakit yang sering mengancam kehamilan adalah preeklamsia (Mayes, 2007).

Pada saat ini tidak ada angka yang tepat mengenai kematian maternal untuk Indonesia atau untuk suatu wilayah di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh belum adanya sistem pendaftaran angka kematian maternal ialah 6-8 per 1000 kelahiran hidup, angka ini sangat tinggi apabila dibandingkan dengan angka-angka di Negara-negara maju, yang berkisar antara 1,5 dan 3 per kelahiran hidup (Saifuddin, 2009).

Indonesia merupakan Negara berkembang dan anggota ASEAN yang mempunyai angka kematian ibu tertinggi dari survey kesehatan rumah tangga yaitu mencapai 3,9/1000 persalinan, sedangkan angka kematian anak di Indonesia 70/1000. Dengan demikian masalah ini merupakan tantangan besar bagiupaya meningkatkan sumber daya manusia (Manuaba, 2009).

Menurut Dinas Kesehatan Kota Balikpapan di tahun 2010 untuk AKI sebanyak 56 orang setiap 100.000 kelahiran. Data DKK, di kota ini, tahun 2010 untuk AKI sebanyak 56 orang setiap 100.000 kelahiran. Tahun 2011 menjadi 71 per 100.000 kelahiran dan tahun 2012 menjadi 78 per 100.000 kelahiran. Kendati masih jauh di bawah ketetapan maksimal nasional, kecenderungan kenaikan kematian tetap harus ditanggulangi (DKK Balikpapan).

Morbiditas dan mortalitas pada ibu adalah masalah besar di seluruh negara terutama bagi negara miskin serta negara berkembang. Kematian ibu ini disebabkan oleh hal-hal yang berkaitan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, serta masa nifas atau penaganannya sedang kesakitan ibu disebabkan oleh hal-hal yang berkaitan atas komplikasi ringan sampai berat berupa komplikasi permanen atau menahun yang terjadi sesudah masa nifas (Prawirohardjo, 2009).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny.”S” selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.”S” Usia 27 Tahun G3P1011 Usia

Kehamilan 34-35 Minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uteri di Jl.Inpres 4 RT. 11 No. 65 Balikpapan Utara dari tanggal 9 Mei 2016 – 20 Juni 2016

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah "Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny "S" usia 27 tahun G3P1011 kehamilan 34-35 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uteri di Jl.Inpres 4 RT 11 No. 65 Balikpapan Utara dari tanggal 9 Mei 2016 – 20 Juni 2016 dalam masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan".

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Peneliti mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.S usia 27 tahun G3P1011 kehamilan 34-35 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uteri dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan Khusus

Dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif peneliti harus mampu :

a. Memberikan Asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan kehamilan terhadap Ny “S” Usia 27 tahun.
b. Memberikan Asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan persalinan terhadap Ny “S” Usia 27 tahun.
c. Memberikan Asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan bayi baru lahir terhadap Ny “S” Usia 27 tahun.
d. Memberikan Asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan nifas terhadap Ny “S” Usia 27 tahun.
e. Memberikan Asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan neonatus terhadap Ny “S” Usia 27 tahun.
f. Memberikan Asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan keluarga berencana terhadap Ny “S” Usia 27 tahun.
g. Mendokumentasikan hasil Asuhan kebidanan yang telah diberikan.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan

   Dapat menghasilkan atau menjadi bahan acuan untuk pertimbangan bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan mengenai asuhan kenidanan yang komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

b. Manfaat Bagi Puskesmas Wilayah Kerja Setempat

Dapat membantu untuk menjalankan dan melancarkan program kerja Puskesmas dan dapat mengurangi AKI dan AKB di wilayah kerja Puskesmas karena asuhan yang diberikan sesuai dengan standar pelayanan asuhan kebidanan. Dengan komunikasi yang baik dapat meningkatkan kepercayaan masyarakatterhadap kinerja Puskesmas tersebut.

c. Manfaat Bagi Penulis

Menerapkan secara langsung ilmu yang di dapat selama masa perkuliahan mengenai asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi secara komperehensif dan mengaplikasikan kedalam manajemen kebidanan berdasarkan metode SOAP.

d. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan kembali kualitas pendidikan bidan, sehingga mahasiswa yang akan berubah menjadi bidan dapat memberikan asuhan kebidanan secara kompreensif dan mengtahui batas kemampuan dari mahasiswa.

e. Manfaat Bagi Klien

Menambah wawasan klien tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan KB.

f. Manfaat Bagi Pembaca

Dapat memberikan pembelajaran bagi pembaca jika ingin melakukan asuhan secara komprehensif dapat membina hubungan dengan baik

agar dapat tercipta hubungan yang nyaman. Dan lebih banyak membaca agar bisa maksimal dalam memberikan pelayanan.

2. Manfaat Teoritis

Secara teoritis laporan tugas akhir ini memberikan wawasan tentang asuhan kebidanan secara komprehensif dan pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode SOAP.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan tugas akhir ini disusun berdasarkan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dari hamil, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan kontrasepsi, yang bertujuan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif kepada Ny "S" G3P1011 kehamilan 34-35 minggu janin tunggal intra uteri mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan pemilihan alat kontrasepsi di Wilayah Kerja Puskesmas.

F. Sistematika Penulisan

Adapun pada penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari berbagai awal yang terdiri dari halaman sampul, halaman judul, halaman persetujuan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar table, gambar, dan daftar lampiran.

Bagian ini berisi Bab 1 pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup, dan sistematika penulisan.

Bab II tinjauan pustaka terdiri dari konsep dasar teori kehamilan, konsep dasar teori persalinan, konsep dasar teori bayi baru lahir, konsep dasar teori

nifas, konsep dasar teori neonatus, konsep dasar pelayanan kontrasepsi, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada kehamilan normal, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada persalinan normal, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada neonatus normal, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada nifas normal dan manajemen asuhan kebidanan pada calon akseptor kontrasepsi.

Bab III subjek dan kerangka kerja studi kasus yang terdiri rancangan studi kasus, kerangka kerja studi kasus, subjek studi kasus , pengumpulan dan analisa data serta etika penulisan.

Bab IV tinjauan kasus menggambarkan pelaksanaan asuhan kebidanan secara komperehensif yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu 3 dokumentasi SOAP asuhan kehamilan, 4 dokumentasi asuhan persalinan yaitu kala I, kala II, kala III dank ala IV, 1 dokumentasi SOAP asuahan bayi baru lahir, 3 dokumentasi SOAP asuhan masa nifas, 3 dokumentasi SOAP asuhan neonatus dan 1 dokumentasi SOAP pelayanan kontrasepsi.

Bab V pembahasan yang terdiri dari pembahasan proses asuhan kebidanan dan keterbatasan pelaksanaan kasus. Pembahasan proses asuhan kebidanan ini dilakukan dengan perbandingan kasus tersebut dengan teori dan hasil penelitian terdahulu seperti yang dituliskan dalam tinjauan pustaka. Sedangkan keterbatasan pelaksanaan asuhan dalam setiap pelaksanaan studi kasus kemungkinan terjadi hal-hal yang dapat menganggu secara teknis baik secara umum maupun substansi.

Bab IV kesimpulan dan saran yang memuat kesimpulan hasil penelitian secara sistematis yang berkaitan kasus dan hasil asuhan kebidanan. Pada bab ini juga ditemukan saran-saran yang berkaitan dengan kasus dan asuhan yang telah dilakukan. Pada bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

Sistematika umum penulisan laporan tugas akhir adalah sebagai berikut:

JUDUL

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

RIWAYAT HIDUP

HALAMAN PERSEMBAHAN

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Rumusan Masalah

C. Tujuan

    1. Tujuan Umum

2. Tujuan Khusus

D. Manfaat

1. Manfaat Praktis

2. Manfaat Teoritis

E. Ruang Lingkup

F. Sistematika penulisan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

B. Konsep Dasar Asuhan Manajemen Kebidanan

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

BAB IV

TINJAUAN KASUS

BAB V

PEMBAHASAN

BAB VI

PENUTUP

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Manajemen Varney

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Varney, 2007).

Buku 50 tahun IBI, 2007, Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 2007).

Varney (2007) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan perorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang

diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan komprehensif dan aman dapat tercapai (Varney, 2007).

Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan member pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penelitian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien (Varney, 2007).

Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang diaplikasikan dalam situasi apapun (Varney, 2007).

Melihat kembali penjelasan di atas maka proses manajemen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir. Bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, maka seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba yang akan berdampak kurang baik untuk klien (Varney, 2007).

1. Langkah 1 : Tahap Pengumpulan Data Dasar

   Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

   Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

a. Anamnesis

Dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, bio-psiko-sosial-spiritual, serta pengetahuan klien.

b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi:

1) Pemeriksaan Khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi).

2) Pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi/USG, dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya).

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

2. Langkah 2 : Intrepretasi Data Dsar

Pada langkah ini dilakukan identitas terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan.

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang didefinisikan oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

Diagnosisi kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnose kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan:

a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
b. Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan.
c. Memilki ciri khas kebidanan.
d. Didukung oleh clinical judgement dalam praktek kebidanan.
e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3. Langkah 3 : mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya.

   Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharpakan dapat waspada dan besiap-siap mencegah diagnosis atau masalah

potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis. Kaji ulang apakah diagnosis atau masalaj potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

4. Langkah 4 : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan lain Berdasakan Kondisi Klien.

   Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tenga konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

   Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

   Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi.

   Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimanabidan harus bertindaj segera untuk kepentingan jiwa ibu atau anak.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dapat menunjukan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari preeklamsi, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes, atau masalah medic yang serius, bidan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Dalam kondisis tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan. Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

5. Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh.

   Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya, langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau dignose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan pakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh bidan dank lien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman.

   Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini biasa dilakukan seluruh oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

7. Langkah 7 : Mengevaluasi

   Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefktifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaanya.

   Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen tidak efektif serta melakukan penyusaian terhadap rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja. Pendokumentasian dalam asuhan kebidanan ditulis dalam bentuk SOAP adalah sebagai berikut:

S : Data yang diperoleh dari wawancara langsung, Data ini menyatakan bagaimana keadaan klien setelah diberikan tindakan kebidanan.

O : Data yang diperoleh dari hasil observasi dan pemeriksaan.

A : Pernyataan yang diambil atau terjadi atas data subyektif dan obyektif.

P : Perencanaan yang ditentukan sesuai dengan maslah yang terjadi.

MANAGEMEN KEBIDANAN PADA

IBU HAMIL TRIMESTER

UK : 34-35 MINGGU

DI Jln Inpres 4 RT. 11 No. 65 Muara Rapak

LANGKAH I

PENGKAJIAN

A. Identitas

Nama klien	:Ny. S	Nama suami	: Tn. A
Umur	: 27 tahun	Umur	: 33 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wirausaha
Alamat	: Jln. Inpres RT 11 No. 65 Muara Rapak	Alamat	: Jln. Inpres 4 RT 11 No. 65

B. Anamnesa

Tanggal	: 9 Mei 2016	Pukul	: 14.00 WITA
Oleh	: Noor Lathifah		

1. Alasan kunjungan saat ini : Untuk Melakukan Pemeriksaan
2. Keluhan : Kram Pada Bagian Tangan
3. Riwayat obstetric dan ginekologi
    a. Riwayat menstruasi
        - HPHT / TP : 17 September 2015/ 24 Juni 2016
        - Umur kehamilan : 34-35 minggu
        - Lamanya : ≤ 3-5 hari

- Banyaknya : 3 x/hari
- Konsistensi : Kental
- Siklus : 28 Hari
- Menarche : 12 tahun
- Teratur / tidak : Teratur
- Dismenorrhea : Iya
- Keluhan lain : Tidak Ada

b. Flour albus

- Banyaknya : Tidak Ada
- Warna : -
- Bau/gatal :-

c. Tanda – tanda kehamilan

- Test kehamilan : Test Pack dirumah
- Tanggal : Lupa
- Hasil : Positif (+)
- Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu : 4 Bulan
- Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : ≤ 10 x

d. Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

- Mioma uteri : Tidak Ada
- Kista : Tidak Ada
- Mola hidatidosa : Tidak Ada
- PID : Tidak Ada
- Endometriosis : Tidak Ada
- KET : Tidak Ada
- Hydramnion : Tidak Ada
- Gemelli : Tidak Ada
- Lain – lain : Tidak Ada

e. Riwayat kehamilan

G3 P1 A1

Kehamilan I : Umur 3 Bulan Abortus (2007)

Kehamilan II : tahun 2008

Kehamilan III : tahun 2015

f. Riwayat imunisasi

- Imunisasi Catin : tempat : - tanggal : -
- Imunisasi TT I : tempat :- tanggal :-
- Imunisasi TT II : tempat :Lupa tanggal : Lupa

4. Riwayat kesehatan :

1) Riwayat penyakit yang pernah dialami
   a. Penyakit jantung : Tidak Ada
   b. Hipertensi : Tidak Ada
   c. Hepar : Tidak Ada
   d. DM : Tidak Ada
   e. Anemia : Tidak Ada
   f. PSM/HIV/AIDS : Tidak Ada
   g. Campak : Tidak Ada
   h. Malaria : Tidak Ada
   i. TBC : Tidak Ada
   j. Gangguan mental : Tidak Ada
   k. Operasi : Tidak Ada
   l. Hemorrhoid : Tidak Ada
   m. Lain-lain
2) Alergi
   a. Makanan : Tidak Ada
   b. Obat – obatan : Tidak Ada

5. Keluhan selama hamil
   a. Rasa lelah : Ada
   b. Mual dan muntah : Usia kemahilan 4 bulan
   c. Tidak nafsu makan : Tidak
   d. Sakit kepala/pusing : Usia kehamilan 1 bulan
   e. Penglihatan kabur : Tidak Ada

f. Nyeri perut : Tidak Ada
g. Nyeri waktu BAK : Tidak Ada
h. Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak Ada
i. Perdarahan : Tidak Ada
j. Haemorrhoid : Tidak Ada
k. Nyeri pada tungkai : Tidak Ada
l. Oedema : Tidak Ada
m. Lain-lain

6. Riwayat Kehamilan Yang Lalu :

Anak Ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Tahun/tgl	Tempat lahir	Masa gestasi	penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
1.	2007	Abortus									
2.	2008	Rumah Sakit	Aterm	Tidak Ada	Normal	Bidan	Tidak Ada	Laki-laki	3.200 gram	50cm	Baik
3.	Hamil Ini										

7. Riwayat menyusui

Anak I : ASI Lamanya : 1 Tahun Alasan :

8. Riwayat KB
   a. Pernah ikut KB : Pernah
   b. Jenis kontrasepsi yang
   c. pernah digunakan : Suntik 3 bulan, 1 bulan
   d. Lama pemakaian : Suntik 3 bulan 2 tahun
      Suntik 1 bulan 1 tahun
   e. Keluhan selama pemakaian : Tidak Haid
   f. Tempat pelayanan KB : Puskesmas
   g. Alasan ganti metode : Tidak cocok
   h. Ikut KB atas motivasi : Atas keinginan keluarga dan diri sendiri

9. Kebiasaan sehari – hari
   a. Merokok sebelum / selama hamil :Tidak Ada

   b. Obat – obatan /jamu, sebelum / selama hamil : Tidak Ada

   c. Alkohol : Tidak Ada

   d. Makan / diet

      Jenis makanan : Nasi, ikan, tempe tahu, ayam, roti

      Frekuensi : 2 x/hari

      Porsi :1 entong Nasi penuh

      Pantangan : Tidak Ada

   e. Perubahan makan yang dialami : Tidak Ada

   f. Defekasi / miksi

      1. BAB
         - Frekuensi : 1x/ hari
         - Warna : Kuning
         - Keluhan : Tidak Ada

      2. BAK
         - Frekuensi : ≤ 10 x/ hari
         - Warna : Kuning bening
         - Keluhan : Tidak Ada

   g. Pola istirahat dan tidur
      - Siang : 1 jam
      - Malam : 8 jam

   h. Pola aktivitas sehari – hari
      - Di dalam rumah : Masak, bersih-bersih rumah, nyuci
      - Di luar rumah : Yasinan, arisan

   i. Pola seksualitas
      - Frekuensi : Seminggu sekali
      - Keluhan :Tidak Ada

10. Riwayat Psikososial
    a. Pernikahan
        - Status : 2007
        - Yang ke : Pertama
        - Lamanya : 9 tahun
        - Usia pertama kali menikah : 18 tahun
    b. Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : baik
    c. Respon ibu terhadap kehamilan : Senang
    d. Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : Apa saja yang penting bayi sehat
    e. Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak : Senang
    f. Keperayaan yang berhubungan dengan kehamilan : Iya ada, acara 7 bulanan
    g. Pantangan selama kehamilan : Tidak Ada
    h. Persiapan persalinan
        - Rencana tempat bersalin : Klinik Bersalin Ibnu Sina
        - Persiapan ibu dan bayi : Belum dipersiapkan
11. Riwayat kesehatan keluarga
    a. Penyakit jantung : Tidak Ada
    b. Hipertensi : Tidak Ada
    c. Hepar : Tidak Ada
    d. DM : Tidak Ada
    e. Anemia : Tidak Ada
    f. PSM / HIV / AIDS : Tidak Ada
    g. Campak : Tidak Ada
    h. Malaria : Tidak Ada
    i. TBC : Tidak Ada
    j. Gangguan mental : Tidak Ada
    k. Operasi : Tidak Ada
    l. Bayi lahir kembar : Tidak Ada

m. Lain-lain : -

12. Pemeriksaan

a) Keadaan umum

- Berat badan

  Sebelum hamil : 60 kg

  Saat hamil : 73 kg

  Kenaikan BB : 13 kg

  Penurunan : Tidak ada

- Tinggi badan : 155 cm
- Lila : 28 cm
- Kesadaran : Composmetis
- Ekspresi wajah : Senang
- Keadaan emosional : Baik

b) Tanda – tanda vital

- Tekanan darah : 120/70 mmHg
- Nadi : 81 x/ m
- Suhu : 36˚C
- Pernapasan : 21 x/ m

c) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

1. Kepala
   a. Kulit kepala : Bersih
   b. Kontriksi rambut : gelombang, pendek
   c. Distribusi rambut : ikal
   d. Lain – lain :-
2. Mata
   a. Kelopak mata : Tidak Ada odema/ cekung
   b. Konjungtiva : Tidak terlihat pucat
   c. Sklera : Tidak terlihat ikterik
   d. Lain – lain : -

3. Muka
    a. Kloasma gravidarum : Tidak Tampak
    b. Oedema : Tidak Tampak
    c. Pucat / tidak : Tidak Tampak pucat
    d. Lain – lain :-
4. Mulut dan gigi
    a. Gigi geligi : Lengkap
    b. Mukosa mulut :Tidak ada sariawan / kering
    c. Caries dentis : Ada
    d. Geraham : lengkap
    e. Lidah : Bersih dan kering
    f. Lain – lain :-
5. Leher
    a. Tonsil : Tidak tampak pembengkakan
    b. Faring : Tidak tampak peradangan
    c. Vena jugularis : Tidak tampak pembesaran
    d. Kelenjar tiroid : Tidak tampak pembesaran
    e. Kelenjar getah bening : Tidak tampak pembesaran
    f. Lain-lain :-
6. Dada
    a. Bentuk mammae :Simteris
    b. Retraksi :Tidak Tampak
    c. Puting susu : Menonjol
    d. Areola : Menghitam
    e. Lain-lain :-
7. Punggung ibu
    a. Bentuk /posisi :Normal
    b. Lain-lain : -
8. Perut
    a. Bekas operasi : Tidak Ada
    b. Striae : Tidak Ada
    c. Pembesaran : Sesuai usia kehamilan

d. Lain-lain : -

9. Vagina
   a. Varises : Tidak Ada
   b. Pengeluaran : Tidak Ada
   c. Oedema : Tidak Ada
   d. Perineum : Utuh
   e. Luka parut : Tidak Ada
   f. Lain – lain : -

10. Ekstremitas
    a. Oedema : Tidak Ada
    b. Varises : Tidak Ada
    c. Turgor : Baik
    d. Lain – lain :-
11. Kulit

    Lain – lain : -

Palpasi

1. Leher
   a. Vena jugularis : Tidak teraba pembengkakan
   b. Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
   c. Kelenjar tiroid : Tidak Ada pembesaran
   d. Lain – lain : -
2. Dada
   a. Mammae : Simetris
   b. Massa : Tidak teraba pembesaran
   c. Konsistensi : kenyal
   d. Pengeluaran Colostrum : belum ada
   e. Lain-lain : -
3. Perut
   a. Leopold I : Pada fundus teraba bagian lunak, tidak bulat dan tidak melenting adalah bokong. TFU : 29 cm.

b. Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian kanan ibu teraba bagian kecil janin.

c. Leopold III : Pada bagian bagian bawah teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini masih dapat digoyangkan adalah kepala janin.

d. Leopold IV : Bagian terendah teraba konvergen.

4. Tungkai
   a. Oedema
      - Tangan Kanan : Tidak Ada Kiri : Tidak Ada
      - Kaki Kanan : Tidak Ada Kiri : Tidak Ada
   b. Varices Kanan : Tidak Ada Kiri : Tidak Ada
5. Kulit
   a. Turgor : Baik
   b. Lain – lain : -

Auskultasi

1. Paru – paru
   a. Wheezing : Tidak Terdengar
   b. Ronchi : Tidak Terdengar
2. Jantung
   a. Irama : Teratur
   b. Frekuensi : 81x/m
   c. Intensitas : Kuat
   d. Lain-lain : -
3. Perut
   - Bising usus ibu : Ada
   - DJJ
     a. Punctum maksimum : bawah pusat
     b. Frekuensi : 140x/m
     c. Irama : teratur

d. Intensitas : kuat

e. Lain – lain : -

Perkusi

1. Dada
   Suara : Tidak Ada Kelainan
2. Perut : Tidak Ada Kelainan
3. Ekstremitas
   Refleks patella : Kanan : Positif
   Kiri : Positif
4. Lain – lain : -

13. PemeriksaanKhusus

1. Pemeriksaan dalam
   a. Vulva / uretra : Tidak Dilakukan
   b. Vagina : Tidak Dilakukan
   c. Dinding vagina : Tidak Dilakukan
   d. Porsio : Tidak Dilakukan
   e. Pembukaan : Tidak Dilakukan
   f. Ukuran serviks : Tidak Dilakukan
   g. Posisi serviks :
   h. Konsistensi : Tidak Dilakukan
2. Pelvimetri klinik
   a. Promontorium : Tidak Dilakukan
   b. Linea inominata : Tidak Dilakukan
   c. Spina ischiadica : Tidak Dilakukan
   d. Dinding samping : Tidak Dilakukan
   e. Ujung sacrum : Tidak Dilakukan
   f. Arcus pubis : Tidak Dilakukan
   g. Adneksa : Tidak Dilakukan
   h. Ukuran : Tidak Dilakukan
   i. Posisi : Tidak Dilakukan
3. Ukuran panggul luar
   a. Distansia spinarum : Tidak Dilakukan

b. Distansia kristarum : Tidak Dilakukan
c. Conjugata eksterna : Tidak Dilakukan
d. Lingkar panggul : Tidak Dilakukan
e. Kesan panggul : Tidak Dilakukan

14. Pemeriksaan laboratorium

a. Darah Tanggal : 9 Mei 2016
   - Hb : 11,9 gr dl %
   - Golongan darah : -
   - Lain – lain : -

b. Urine Tanggal : 9 Mei 2016
   a. Protein : Negatif
   b. Albumin : Tidak Dilakukan
   c. Reduksi : Tidak Dilakukan
   d. Lain – lain : -

c. Pemeriksaan penunjang Tanggal :
   a. USG : Di lakukan
   b. X – Ray : Tidak Dilakukan
   c. Lain – lain : -

LANGKAH II
INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa	**Dasar**
G3P1011 usia kehamilan 34-35 minggu	Ibu hamil usia kehamilan G3P1011 hamil anak ke 3, mengeluhkan kram pada bagian tangan, dan haid terakhir 17 september 2016. KU: Baik, Kes : Composmetis BB : 73 kg TB : 155 cm

	TD: 120/70 mmHg N: 81x/m R : 22 x/ m S: 36˚C TFU : 4 jari dibawah PX (29 cm) Leopold I : pada fundus teraba bagian lunak, tidak bulat dan tidak melenting adalah bokong. Leopold II : Teraba bagian panjang dank eras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian kanan ibu teraba bagian kecil janin. Leopold III : pada bagian bawah teraba keras, bulat dan melenting. Bagian ini masih dapat digoyangkan adalah kepala janin. Leopold IV : Bagian terendah teraba konvergen. DJJ : 140x/m

Masalah	**Dasar**
Kram pada bagian tangan	

LANGKAH III

MENGIDENTIFIKASI DIAGNOSA ATAU MASALAH POTENSIAL

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : -

LANGKAH IV

MENETAPKAN KEBUTUHAN TERHADAP TINDAKAN SEGERA

Mengurangi makanan berlemak dan bersantan, serta mengurangi aktivitas perbanyak untuk beristirahat.

LANGKAH V

MENYUSUN RENCANA ASUHAN YANG MENYELURUH

1. Bina rasa saling percaya pada ibu
2. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu
3. Observasi KU dan TTV
4. Lakukan KIE pada ibu tentang
   - Penyebab kram pada tangan ibu hamil
   - Perlunya istirahat yang cukup
   - Menghindari makan sayuran seperti bayam, dan yang bersantan-santan
   - Menganjurkan ibu untuk selalu makan sedikit tapi sering
   - Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas, dan memperbanyak istirahat.
   - Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi tidur yang baik, mengatur cara bangun dari tempat tidur, posisi duduk yang nyaman.

- Mengajurkan ibu untuk mempersiapkan barang-barang yang akan diperlukan saat persalinan
- Memberitahukan kepada ibu tanda-tanda persalinan.

LANGKAH

PELAKSANAAN LANGSUNG ASUHAN / IMPLEMENTASI

1. Membina rasa saling percaya langsung
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu : " melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, repirasi, suhu, Leopold I – IV, HB.
3. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan
4. Memberitahukan kepada ibu akan dilakukan kunjungan ulang lagi
5. Memberitahukan kepada ibu untuk tetap mengontrol kehamilan kepada dokter Spesial Kandungan agar dapat memantau kehamilan dengan baik
6. Memberitahukan kepada ibu untuk sudah mempersiapkan barang-barang yang akan dibawa saat persalinan

LANGKAH VII

EVALUASI

Tanggal 9 Mei 2016 Pukul : 14.00 WITA

1. Sudah berhasil membina hubungan baik dengan ibu.
2. Ibu memahami hasil pemeriksaan ibu normal.
3. Ibu mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan tentang tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan.

4. Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan ulang lagi pada tanggal 20 Mei 2016.
5. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan dapat memahami untuk persiapan persalinannya.
6. Ibu mau memeriksakan kembali kehamilannya ke dokter kandungan, dan ibu dapat mengetahui cara memantau gerakan janin.
7. Ibu dapat menyebutkan kembali barang-barang yang akan dipersiapkan pada saat persalinan.

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Tanggal : 9 Mei 2016 **Pukul : 14.00 WITA**

S : - Ibu mengatakan ini kehamilan yang ketiga

- Ibu mengatakan pernah keguguran

- Ibu mengatakan HPHT tanggal 17 September 2015

- Ibu mengatakan kram pada tangan

O : KU : Baik Kes : Composmetis

BB : 73 kg TD : 120/70 N : 80 x/m

S : 36˚C R : 21x/m DJJ : 140 x/m

Leopold I : Teraba bagian lunak tidak keras dan melenting. TFU 4 jari bawah PX (29 cm).

Leopold II : Teraba seperti papan dan keras pada bagian kiri, dan teraba bagian ektrimitas pada bagian sebelah kiri.

Leopold III : Teraba bagian keras dan melenting pada bagian bawah sympisis, bagian ini masih bisa digoyangkan adalah kepala janin.

Leopold IV : Bagian terendah teraba konvergen

A : G3P1011 usia kehamilan 34 – 35 minggu janin tungal hidup intra uteri

P : 1. Bina rasa saling percaya pada ibu

2. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan

3. Observasi KU dan TTV ibu

4. Melakukan KIE kepada ibu tentang

- Menjelaskan kepada ibu untuk mengurangi mengkonsumsi makan yang bersantan, sayur sayur yang dapat menyebabkan asam urat.

- Menganjurkan kepada ibu untuk mempersiapkan barang-baarang untuk persalinan

- Menjelaskan tanda-tanda persalinan

5. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan pemeriksaan HbsAg

6. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan asam urat

7. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan urine

8. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan dengan dokter spesialis kandungan (USG)

9. Melibatkan peran keluarga dalam mensupport ibu

B. Konsep Dasar Teori Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana janin dikandung di dalam tubuh wanita, yang sebelumnya diawali dengan proses pembuahan dan kemudian akan diakhiri dengan proses persalinan (JNPK, 2007).

a. Perubahan Fisik dan Psikologis pada Trimester III

1) Perubahan Fisik pada Trimester III Menurut Kurnia (2009), perubahan fisik pada trimester III adalah :

a) Sakit bagian tubuh belakang

Sakit pada bagian tubuh belakang (punggung-pinggang), karena meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan yang dapat mempengaruhi postur tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang

b) Payudara

Keluarnya cairan dari payudara, yaitu colostrum, merupakan makanan bayi pertama yang kaya akan protein. Biasanya, pada trimester ini, ibu hamil akan merasakan hal itu, yakni keluarnya colostrum.

c) Konstipasi

Pada trimester ini sering terjadi konstipasi karena tekanan rahim yang membesar kearah usus selain perubahan hormon progesteron.

d) Pernafasan

Karena adanya perubahan hormonal yang memengaruhi aliran darah ke paru-paru, pada kehamilan 33-36 minggu, banyak ibu hamil akan merasa susah bernapas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang berada di bawah diafragma (yang membatasi perut dan dada). Setelah kepala bayi turun kerongga panggul ini biasanya 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang baru pertama kali hamil akan merasakan lega dan bernapas lebih 18 mudah, dan rasa panas diperut biasanya juga ikut hilang, karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi dibawah diafragma / tulang iga ibu.

e) Sering kencing

Pembesaran rahim ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandungan kencing ibu hamil.

f) Masalah tidur

Setelah perut besar, bayi akan sering menendang di malam hari sehingga merasa kesulitan untuk tidur nyenyak.

g) Varises

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang mengakibatkan vena menonjol, dan dapat juga terjadi di daerah vulva vagina. Pada akhir kehamilan, kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul yang akan memperburuk varises. Varises juga dipengaruhi faktor keturunan.

h) Kontraksi perut

Braxton-Hicks atau kontraksi palsu ini berupa rasa sakit di bagian perut yang ringan, tidak teratur, dan akan hilang bila ibu hamil duduk atau istirahat.

i) Bengkak

Perut dan bayi yang kian membesar selama kehamilan akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu hamil, dan kadang membuat tangan membengkak. Ini disebut edema, yang disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan.

j) Kram

Pada kaki Kram kaki ini timbul karena sirkulasi darah yang menurun, atau karena kekurangan kalsium.

k) Cairan vagina

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih.

Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair.

2) Perubahan Psikologis pada Trimester III Menurut Sulistyawati (2009), perubahan psikologis pada trimester III adalah :

a). Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik

b). Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu

c).Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya

d). Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya

e). Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya

f). Merasa kehilangan perhatian

g). Perasaan mudah terluka (sensitive)

h). Libido Menuru

3). Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan menganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung.

Untuk mencegah hal tersebut diatas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu melakukan :

(1). Latihan nafas melalui senam hamil

(2). Tidur dengan bantal yang lebih tinggi

(3). Makan tidak terlalu banyak

(4). Kurangi atau hentikan merokok

(5). Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain – lain.

b) Nutrisi

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

(1). Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil Pada Trimester III

Di trimester ke III, ibu hamil butuh bekal energi yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energi untuk persalinan kelak.

Itulah sebabnya pemenuhan gizi seimbang tidak boleh dikesampingkan baik secara kualitas maupun kuantitas. Pertumbuhan otak janin akan terjadi cepat sekali pada dua bulan terakhir menjelang persalinan. Karena itu, jangan sampai kekurangan gizi.

Berikut ini sederet zat gizi yang sebaiknya lebih diperhatikan pada kehamilan trimester ke III ini, tentu tanpa mengabaikan zat gizi lainnya.

(a). Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000 -80.000 kilo kalori (kkal), dengan pertambahan berat badan sekitar 12,5 kg. Pertambahan kalori ini diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir. Untuk itu kalori yang diperlukan setiap hari adalah sekitar 285-300 kkal.

kalori diperlukan untuk pertumbuhan jaringan janin dan plasenta dan menambah volume darah serta cairan amnion (ketuban). Selain itu, kalori juga berguna sebagai cadangan ibu untuk keperluan melahirkan dan menyusui.

Agar kebutuhan kalori terpenuhi, Anda harus menggenjot konsumsi makanan dari sumber karbohidrat dan lemak. Karbohidrat bisa diperoleh melalui serelia (padi-padian) dan produk olahannya, kentang, gula, kacang-kacangan, biji-bijian dan susu. Sementara untuk lemak, Anda bisa mengonsumsi mentega, susu, telur, daging berlemak, alpukat dan minyak nabati.

(b). Vitamin B6 (Piridoksin)

Vitamin ini dibutuhan untuk menjalankan lebih dari 100 reaksi kimia di dalam tubuh yang melibatkan enzim. Selain membantu metabolisma asam amino, karbohidrat, lemak dan pembentukan sel darah merah, juga berperan dalam pembentukan neurotransmitter (senyawa kimia

penghantar pesan antar sel saraf). Semakin berkembang otak janin, semakin meningkat pula kemampuan untuk mengantarkan pesan.

Angka kecukupan vitamin B6 bagi ibu hamil adalah sekitar 2,2 miligram sehari. Makanan hewani adalah sumber yang kaya akan vitamin ini.

(c). Yodium

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

Sebaliknya, jika tiroksin berlebih, sel-sel baru akan tumbuh secara berlebihan sehingga janin tumbuh melampaui ukuran normal. Karenanya, cermati asupa yodium ke dalam tubuh saat hamil. Angka yang ideal untuk konsumsi yodium adalah 175 mikrogram perhari.

(d). Tiamin (vitamin B1), Riboflavin (B2) dan Niasin (B3)

Deretan vitamin ini akan membantu enzim untuk mengatur metabolisma sistem pernafasan dan enerji. Ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi Tiamin sekitar 1,2 miligram per hari, Riboflavin sekitar 1,2 miligram perhari

dan Niasin 11 miligram perhari. Ketiga vitamin B ini bisa Anda konsumsi dari keju, susu, kacang-kacangan, hati dan telur.

(e). Air

Kebutuhan ibu hamil di trimester III ini bukan hanya dari makanan tapi juga dari cairan. Ari sangat penting untuk pertubuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan danmengatur proses metabolisma zat-zat gizi, serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama masa kehamilan.

Jika cukup mengonsumsi cairan, buang air besar akan lancar sehingga terhindar dari sembelit serta risiko terkena infeksi saluran kemih. Sebaiknya minum 8 gelas air putih sehari. Selain air putih, bisa pula dibantu dengan jus buah, makanan berkuah dan buah-buahan. Tapi jangan lupa, agar bobot tubuh tidak naik berlebihan, kurangi minuman bergula seperti sirop dan softdrink.

c) Personal Hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Kehamilan merupakan suatu

proses kehidupan seorang wanita, dimana dengan adanya proses ini terjadi perubahan-perubahan yang meliputi perubahan fisik, mental, psikologis dan sosial. Kesehatan pada ibu hamil untuk mendapatkan ibu dan anak yang sehat dilakukan selama ibu dalam keadaan hamil. Hal ini dapat dilakukan diantaranya dengan memperhatikan kebersihan diri (personal hygiens) pada ibu hamil itu sendiri, sehingga dapat mengurangi hal-hal yang dapat memberikan efek negatif pada ibu hamil, misalnya pencegahan terhadap infeksi.

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi. (Kusmiyati Y, . 2008)

(1). Tujuan perawatan *personal hygiene* (Tarwoto dan Wartonah. 2006 *dan* Ambarwati, E.R dan Sunarsih T. 2009)

(a). Meningkatkan derajat kesejahteraan seseorang

(b).Memelihara kebersihan diri seseorang

(c). Memperbaiki *personal hygiene yang kurang*

(d). Pencegahan penyakit

(e). Meningkatkan percaya diri seseorang

(f). Menciptakan keindahan

d) Pakaian

Pada dasarnya pakaian apa saja bisa dipakai, baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu :

(a) sabuk dan stoking yang terlalu ketat. Karena akan mengganggu aliran balik

(b) sepatu dengan hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah. (Kusmiyati Y, 2008)

Payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak enak karena pembesaran dan kecenderungan menjadi pendulans. (Kusmiyati Y, 2008)

e) Eliminasi

Tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat karena kapasitas kandung kemih berkurang. Oleh karena itu ibu hamil dianjurkan Ibu perlu penjelasan tentang kondisi yang dialaminya :

- Mengurangi asupan cairan pada sore hari agar waktu tidur tidak terganggu
- Jangan menahan buang air kecil
- Setelah kencing usahakan pakaian dalam diganti sesering mungkin bila merasa basah atau lembab (Kusmiyati, 2008)

f) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, coitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran (Kusmiyati, 2009)

g) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat (Kusmiyati, 2009)

h) Senam Hamil

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal (Kusmiyati, 2009)

i) Istirahat / Tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan

istirahat dalam keadaan rilaks pada siang hari selama 1 jam (Kusmiyati, 2009)

j) Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Didalam menghadapi persalinan seorang calon ibu dapat mempercayakan dirinya kepada bidan atau dokter. Pertemuan konsultasi dan menyampaikan keluhan, menciptakan hubungan saling kenal antara calon ibu dan bidan atau dokter yang akan menolongnya (Kusmiyati, 2009)

Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

1) Support Keluarga

Tugas keluarga yang saling melengkapi dan dapat menghindari konflik adalah dengan cara pasangan merencanakan untuk kedatangan anaknya, mencari informasi bagaimana menjadi ibu dan ayah, suami mempersiapkan peran sebagai ibu rumah tangga (Kusmiyati, 2009)

2) Support Dari Tenaga Kesehatan

Peran bidan dalam perubahan dan adaptasi psikologis adalah dengan member support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang diraskannya adalah sesuatu yang normal. Bidan harus bekerjasama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara bidan dan klien (Kusmiyati, 2009)

3) Persiapan Menjadi Orang Tua

Suami akan mengalami perubahan menjadi orang tua, sepertibertambah tanggung jawab. Reaksi pertama seorang pria ketika mengetahui bahwa dirinya akan menjadi seorang ayah adalah timbulnya kebanggan atas kemampuannya mempunyai keturunan (Kusmiyati, 2009)

4) Persiapan Sibling

Ibu yang memiliki anak harus menyediakan banyak waktu dan tenaga untuk mengorganisasi kembali hubungannya dengan anak-anaknya untuk menyambut kelahiran sang bayi dengan melibatkan anak-anaknya (Kusmiyati, 2009)

5) Tanda Pasti Hamil

Adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tandanya adalah :

a) Gerakan janin dalam rahim

b) Denyut jantung janin

c) Bagian-bagian janin

d) Terlihat bentuk janin pada pemeriksaan USG

6) Keluhan normal yang biasa terjadi pada kehamilan

Menurut Hidayati (2009) keluhan yang biasa terjadi pada ibu hamil diantaranya :

a) Sakit kepala

b) Mual dan muntah

c) Produksi air liur yang berlebih

d) Mengidam

e) Keringat bertambah

f) Keputihan

g) Kelelahan

h) Frekuensi berkemih bertambah

i) Tanda Bahaya Ibu dan Janin masa Kehamilan Muda

Tanda bahaya yang tejadi pada ibu hamil pada usia kehamilan muda ialah sebagai berikut (Hani, 2010) :

(1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Kusmiyati, 2009)

(2) Hipertensi gravidarum

Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Sedangkan eklampsia adalah preeklampsia ditambah dengan kejang-kejang dan atau koma. Hipertensi kronik dengan superimposed preeklampsia yang bisa diartikan hipertensi kronik disertai tanda-tanda preeklampsia atau hipertensi kronik disertai dengan proteinuria. (Prasarita)

(3) Tanda Bahaya Ibu dan Janin Masa Kehamilan Lanjut

Dan tanda bahaya yang terjadi pada ibu hamil dengan umur kehamilan lebih lanjut ialah (Hani, 2010):

(a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Kusmiyati, 2009)

(b) Sakit kepala yang hebat dan menetap

Wanita hamil mengeluh nyeri kepala yang hebat. Sakit kepala sering sekali merupakan ketidaknyamananyang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap sdan tidak hilang dengan beristirahat (Kusmiyati, 2009)

(c) Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain (Kusmiyati, 2009)

(d) Gerakan Janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3. Tanda dan gejalanya ibu merasakan gerakan kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam (Kusmiyati, 2009)

(e) Nyeri Abdomen yang hebat

Ibu mengeluh nyeri perut pada kehamilan trimester 3. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat (Kusmiyati, 2009)

(f) Kram pada Kaki

kaki Ibu hamil sering mengalami kram pada kedua kakinya, teruatama pada malam hari, atau ketika mereka meregangkan kaki atau menurunkan telapak kaki. Kram pada kaki disebabkan karena kurangnya kandungan kalsium dalam makanan.

Apa yang harus dilakukan: Makan makanan yang banyak mengandung kalsium, seperti susu, keju, biji wijen, dan sayuran hijau. Ketika Anda mengalami kram pada kaki, lakukan hal berikut:

(g) Letakkan tumit Anda ke lantai dan gerakkan jempol kaki anda ke atas

(h) Dan kemudian lakukan pijatan lembut pada bagian betis untuk membantu merelaksasikan otot.

(i) Jangan gerakkan jempol kaki anda ke bawah. Posisi ini akan membuat kram bertambah parah (Kusmiyati, 2009).

(j) Kram Pada Tangan

Kram tangan adalah peristiwa yang umum ketika tangan juga mengalami kejang otot. Sering sangat

menyakitkan, kram tangan dapat menjadi tanda dari beberapa jenis penyakit, yang sebagian besar dapat disembuhkan baik atau setidaknya dikelola.

Dalam beberapa kasus, akar penyebab kram adalah tidak lebih dari tangan terlalu banyak bekerja yang membutuhkan istirahat untuk memungkinkan ketegangan otot mereda ketingkat normal. Orang-orang yang terlibat dalam pekerjaan tangan yang berulang lebih mungkin untuk mengalami kram tangan dari waktu ke waktu. Ini termasuk orang-orang yang bekerja terutama pada komputer, mengetik untuk sebagian besar hari kerja. Selain itu, pekerja pabrik yang menggunakan tangan mereka untuk penanganan berulang bahan pada jalur perakitan juga dapat menemukan bahwa tangan menjadi sakit dan cenderung lebih sering kram. Biasanya, beberapa jenis pemanasan krim yang mendalam akan membantu untuk mengendurkan otot-otot yang tegang dan meringankan kram, terutama jika disertai dengan istirahat dalam kegiatan selama setengah jam atau lebih.

a). Kekurangan gizi

Kekurangan gizi juga bisa menjadi akar penyebab kram tangan. Secara khusus, kurangnya kalsium dalam diet dapat menyebabkan ketegangan di tangan dan menyebabkan

kram. Pada beberapa orang, tingkat yang lebih rendah kalium dan vitamin D juga akan menyebabkan kram yang bisa sangat menyakitkan. Biasanya, menggunakan suplemen nutrisi dan membuat beberapa penyesuaian dalam diet untuk memastikan nutrisi yang hilang dikonsumsi setiap hari akan memungkinkan untuk meringankan kram dalam satu atau dua hari.

b). rendah cairan

Kram tangan juga dapat disebabkan oleh asupan rendah cairan. Ketika hal ini terjadi, sesuatu yang sederhana seperti memastikan untuk minum lebih banyak air dan cairan lain seperti jus buah atau teh herbal akan membantu untuk membalikkan masalah. Perlu diketahui bahwa cairan yang mengandung kafein justru dapat memperburuk masalah dan tidak biasanya dianjurkan bila ada kebutuhan untuk rehydrate tubuh setelah latihan dan aktivitas berat lainnya.

7) Standar Asuhan Pada Ibu Hamil

Dalam pelayanan kebidanan di Indonesia dikenal Pelayanan ANC terpadu merupakan pelayanan antenatal komprehensif dan terpadu, mencakup upaya promotif, preventif, sekaligus kuratif dan rehabilitatif, yang meliputi pelayanan KIA, gizi, pengendalian penyakit menular (imunisasi, HIV/AIDS, malaria, penyakit menular seksual),

penanganan penyakut tidka menular serta beberapa program lokal dan spesifik lainnya sesuai dengan kebutuhan program.

a) Anamnesa
b) Pemeriksaan Tekanan Darah
c) Pemeriksaan Lingkar Lengan
d) Pemeriksaan Tinggi Badan
e) Pemeriksaan Berat Badan
f) Pemeriksaan TFU
g) Pemeriksaan DJJ
h) Pemeriksaan HB
i) Pemeriksaan Golongan Darah
j) Pemeriksaan darah Malaria
k) Pemeriksaan Scaling gigi
l) Pemeriksaan Infeksi menular (kalau ada indikasi) berikan pemberian FE
m) Penyuntikan TT
n) Pemberian kelambu
o) Pemberian stiker P4K
p) Pemberian Buku ibu hamil
q) Konsultasi gizi
r) Kelas ibu hamil
s) Penjelasan jampresal
t) Mekanisme rujukan
u) Kemitraan bidan dan dukun

v) Kelompok donor darah

w) Ambulans desa

x) Kader penghubung

y) Suami siaga

8) Standar Asuhan Pada Ibu Hamil

Dalam pelayanan kebidanan di Indonesia dikenal sebuah standar pelayanan Ante Natal Care yang berfungsi untuk memberikan pelayanan kepada ibu hamil yang harus dilakukan oleh Bidan atau tenaga kesehata, standar pelayanan antenatal ini di kenal dengan 14 T. pelayanan atau standar asuhan minimal 14 T adalah sebagai berikut :

a) Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan

Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5 sampai 16 kg. Adapun tinggi badan menentukan ukuran panggul ibu, ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil yaitu lebih dari 145 cm (Rukiyah, 2009 : 7).

Berat badan dilihat dari Indeks Masa Tubuh (IMT) diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrad.

Indikator Penilaian Untuk IMT

Nilai IMT	Katagori
Kurang dari 20	Di bawah normal
20-24,9	Normal
25-29,9	Gemuk/Lebih dari normal
Over 30	Sangat gemuk

Sumber : Kusmiyati (Tabel 2.1)

b) Ukur tekanan darah

Tekanan darah ibu harus diperiksa setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada saat awal pemeriksaan dapat mengindikasi potensi hipertensi (Rukiyah, 2009).

c) Ukur tinggi fundus uteri

Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai pengukuran Mc. Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simfisis ke fundus uteri. Tinggi fundus uteri dapat menentukan usia kehamilan (Rukiyah, 2009).

d) Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Pemberian imunisasi tetanus toksoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali, imunisasi pertama diberikan pada

usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian (Rukiyah, 2009).

Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	**Interval (selang waktu minimal)**	**Lama Perlindungan**	**Perlindungan**
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun *)	80%
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95%
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	95%
TT5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/ seumur hidup	99%

Sumber : Kusmiyati (Tabel 2.2)

*) artinya dalam waktu 3 tahun Wanita Usia Subur (WUS) tersebut melahirkan maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari tetanus neonaturum.

e) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Sulfas Ferosus (SF) diberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang, diberikan sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan (Rukiyah, 2009).

f) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hemoglobin sangat dibutuhkan untuk ibu hamil karena bermanfaat untuk mengetahui kemungkinan

adanya anemia pada ibu hamil. Normal Hb untuk ibu hamil adalah > 11 gr%.

g) Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL)

Pemeriksaan VDRL dapat digunakan untuk memeriksakan kemungkinan adanya penyakit menular seksual pada ibu hamil seperti sifilis.

h) Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara

Perawatan payudara diperlukan untuk ibu hamil guna mempersiapkan payudara untuk menyusui terutama pada ibu yang mempunyai payudara rata dan datar.

i) Pemeliharaan Tingkat Kebugaran atau Senam Hamil

Senam hamil dapat dimulai pada usia kehamilan diatas 22 minggu. Senam pada ibu hamil sangat berguna untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik ibu hamil, memperlancar peredaran darah, mengurangi keluhan kram atau pegal-pegal dan mempersiapkan pernafasan, aktivitas otot dan panggul untuk menghadapi proses persalinan.

j) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

Mencakup tentang komunikasi, informasi dan edukasi yang dilakukan oleh bidan kepada ibu hamil yang bertujuan untuk memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan dapat memotivasi agar ibu hamil memeriksa kehamilannya sejak dini untuk mendeteksi dini komplikasi kehamilan.

k) Pemeriksaan protein urin

Pemeriksaan protein urin berguna untuk mengetahui adanya penyakit pre-eklampsia pada ibu hamil.

l) Pemeriksaan reduksi urin

Pemeriksaan reduksi urin berguna untuk mengetahui adanya kadar glukosa pada urin ibu hamil, apabila hasil pemeriksaan reduksi urin pada ibu hamil positif maka kemungkinan besar ibu mengalami diabetes gestasional.

m) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok

n) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria.

ANC (Antenatal Care)

1. Pengertian

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Saifuddin, 2010)

Asuhan antenatal merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal (Saifuddin, 2010)

2. Tujuan ANC

a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental sosial ibu dan bayi
c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau kompilkasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif
f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayinya agar dapat tumbuh kembang secara normal (Saifuddin, 2010)

3. Pemantauan khusus Trimester

Kunjungan antenatal yang dilakukan menurut WHO sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan, yaitu :

a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara 14 minggu – 28 minggu)
c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28 – 36 dan sesudah minggu ke 36) (Kusmiyati, 2009).

4. Menghitung Usia Kehamilan

a. Rumus Naegele

Rumus naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir. Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulalsi terjadi pada hari ke 14. Caranya yaitu tanggal hari pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi 3 (Kusmiyati,2009)

Atau perkiraan kelahiran dihitung dengan menetukan hari pertama haid terakhir yang kemudian ditambah 288 hari. Rumus Naegele dapat dihitung dengan menambahkan hari pertama haid terakhir dengan tujuh dan bulannya ditambah Sembilan (Manuaba,2010).

b. Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Dalam upaya standarisasi perkiraan tinggi fundus uteri, disarankan menggunakan pita ukur untuk mengukur tinggi fundus uteri dari tepi atas sympisis pubis karena memberikan hasil yang lebih akurat dan dapat diandalkan. Pengukuran dilakukan dengan menempatkan ujung dari pita ukur pada tepi atas sympisis pubis kebagian atas fundus uteri. Ukuran ini biasanya sesuai dengan umur kehamilan dalam minggu setelah umur kehamilan 24 minggu (Kusmiyati,2009).

c. Gerakan Pertama Janin

Dengan memperkirakan terjadinya gerakan pertama janin pada usia kehamilan 16 minggu, maka perkiraan usia kehamilan dapat ditetapkan (Manuaba,2010)

d. Ultrasonografi

Penentuan usia kehamilan dengan ultrasonografi menggunakan 3 cara :

1). Dengan mengukur diameter kantong kehanilan (GS=Gestational Sac) untuk kehamilan 6-12 minggu.

2). Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI = Grown Rump Length) untuk usia kehamilan 7-14 minggu.

3). Dengan mengukur diameter biparetal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu (Kusmiyati, 2009)

e. Palpasi Leopold (Manuaba, 2010)

1) Leopold I

a). Ibu tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi dan kaki ditekukkan sedikit.

b). Pemeriksaan menghadap kearah wajah ibu hamil.

c). Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang berada pada bagian fundus.

2) Leopold II

a). Ibu tidur telentang dengan kepala lebih tinggi dan kaki ditekukan sedikit.

b). Menentukan batas sampaing rahim kanan-kiri.

c). Menetukan letak punggung janin

3) Leopold III

a). Ibu tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi dan kaki ditekukkan sedikit.

b). Menetukan bagian terbawah janin atau bagian apa yang terdapat di atas sympisis pubis.

4) Leopold IV

a). Pemeriksa menghada ke kaki ibu hamil.

b). Menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh janin sudah masuk pintu atas panggul.

Sedangkan untuk menetukan Taksiran Berat Janin (TBJ) yaitu dengan rumus Mc. Donald yaitu menegtahui TFU dengan pita ukur terlebih dahulu sehingga diperoleh TBJ dengan rumus :

(TFU dalam cm-n x 155 cm = berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina ischiadica maka n= 12, sedangkan bila kepala dibawah spina ischiadica maka n= 11 (Kusmiyati, 2009).

a. Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan

1) Kenaikan berat badan trimester 1 lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badanini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.

2) Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg. Penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan 11-12 kg (Kusmiyati,2009).

Kenaikan berat badan wanita hamil rata-rata antara 6,5 kg sampai 16 kg. bila berat badan naik lebih dari semestinya, anjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat (Depkes RI, 2009)

b. Diagnosa Kehamilan

Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu ini disebut kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur. Kehamilan antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan prematur. Kehamilan yang terakhir ini akan mempengaruhi viabilitas (kelangsungan hidup) bayi yang dilahirkan, karena bayi yang terlalu muda mempunyai prognosis buruk.

Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian diantaranya : (1). Kehamilan triwulan pertama

(antara 0 sampai 12 minggu), (2). Kehamilan triwulan kedua (antara 12 sampai 28 minggu) dan (3). Kehamilan triwulan ketiga (antara 28 sampai 40 minggu) (Prawirohardjo, 2007).

I	**II**	**III**	**IV**				
Kel F.R	**No**	**Masalah/ Faktor Resiko**	**Skor**	**Tribulan**			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 tahun	4				
	2	hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
		c. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan: b. Tarikan tang/ vakum	4				
		c. Uri dirogoh	4				
		d. Diberi infuse / transfuse	4				
	10	Pernah operasi saesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria	4				

		c.TBC paru d. payah jantung	4				
		e.kencing manis (Diabetes)	4				
		f.Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre eklamsi berat / kejang-kejang	8				
		Jumlah Skor					

Skor Poedji Rochjati (2.3)

2. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Persalinan

Pengertian Persalinan Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin (sarwono, 2002)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2006) Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (JNPKKR, 2007)

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah. (Rohani, 2011) Bentuk persalinan berdasarkan teknik :

1). Persalinan spontan, yaitu persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2). Persalinan buatan, yaitu persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan sectio sesaria

3). Persalinan anjuran yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang. (Rukiyah; Ai yeyeh; dkk, 2009).

Sebab–sebab Mulainya Persalinan Menurut Prawirohardjo (2005) sebab terjadinya persalinan sampai saat ini masih merupakan teori–teori kompleks. Faktor–faktor humoral, pengaruh prostaglandin, sruktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf dan nutrisi disebut sebagai faktor–faktor yang mengakibatkan partus mulai.

Menurut (Sarwono,2009) , kasus kegawatdarurat obstetri ialah kausus obstetric yang apabila segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayibaru lahir. Dari sisi obstetric empat penyebab utama kematian ibu, janin, bayi baru lahir ialah:

a) Perdarahan
b) Infeksi dan sepsis
c) Hipertensi dan preeklamsi/eklamsi
d) Persalinan macet (distosia bahu)

Preeklamsi dapat menyebabkan gangguan peredaran darah pada plasenta. Hal ini akan menyebabkan berat badan bayi yang dilahirkan relative kecil. Selain itu, preeklamsi juga dapat menyebabkan terjadinya kelahiran premature dan komplikasi lanjutan dari kelahiran premature yang keterlambatan belajar,

epilepsy, sereberal palsy, dan masalah pada pendengaran dan penglihatan.

4). Persalinan berdasarkan umur kehamilan :

a). Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin di bawah 1.000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.

b). Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28- 36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur; berat janin antara 1.000-2.500 gram.

c). Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.

d). Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur. 5. Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin di kamar mandi, di atas kenderaan, dan sebagainya. 6. Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya Cephalo pelvic Disproportion (CPD). (Rohani; dkk, 2011).

b. Faktok–faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Yanti (2010) ada lima faktor yang mempengaruhi persalinan yang biasa disingkat dengan 5P yaitu :

1). Power (Tenaga atau Kekuatan), meliputi kekuatan his atau kontraksi uterus dan otot–otot abdomen serta tenaga mengejan ibu. Bila terdapat kelainan pada salah satu dari kekuatan tersebut maka persalinan akan mengalami kemacetan (partus lama).

2). Passage (Jalan Lahir), meliputi jalan lahir keras (rangka panggul dan ukuran– ukurannya) serta jalan lahir lunak (otot–otot dasar panggul). Bila terjadi kesempitan ukuran panggul maupun kelainan bentuk panggul, maka bayi tidak bisa lahir secara normal melalui jalan lahir dan harus dilakukan operasi caesar.

3). Passanger (Janin), meliputi sikap janin dalam rahim, letak, posisi, persentasi (bagian terbawah) serta besar kecilnya janin. Kelainan pada salah satu kondisi janin tersebut dapat berakibat sulitnya kelahiran bayi yang mana harus dilakukan suatu tindakan seperti vacum maupun caesar.

4). Psikis Ibu, tidak kalah pentingnya untuk lancarnya sebuah proses persalinan. Ibu yang dalam kondisi stress, otot–otot tubuhnya termasuk otot rahimnya mengalami spasme yang dapat meningkatkan rasa nyeri persalinan, sehingga menghambat proses persalinan (menjadi lama atau macet).

5). Penolong persalinan, memegang peranan yang sangat penting. Oleh karena itu, kebersihan persalinan yang menghasilkan ibu dan

bayi yang sehat dan selamat ditentukan oleh penolong yang terampil dan kompeten.

c. Tahapan Persalinan

1). Kala I

Secara klinis dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir bercampur darah (bloody show). Lendir yang bercampur darah ini berasal dari berasal dari canalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh–pembuluh kapiler yang ada di sekitar canalis servikalis itu pecah karena pergeseran–pergeseran ketika serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam dua fase yaitu :

a). fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran 27 diameter 3 cm;

b). fase aktif : dibagi menjadi tiga fase, yakni, fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala satu berlangsung kira–kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira– kira 7 jam (Prawirohardjo, 2005).

2). Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaa serviks sudah lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

Gejala dan tanda kala II persalinan adalah :

a). Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

b). Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina

c). Perineum menonjol;

d). Vulva dan sfingter ani membuka

e). Meningkatan pengeluaran lendir bercampur darah. Sedangkan tanda pasti kala II ditentukan melalui periksa dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

3). Kala III

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama yaitu:

a). pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir

b). melakukan penegangan tali pusat terkendali

c). massase fundus uteri.

4). Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu dengan melakukam pemantauan pada kala IV yaitu :

a). lakukan rangsangan taktil 28 (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat

b). evaluasi tinggi fundus uteri

c). memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan

d). periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum

e). evaluasi keadaan ibu

f). dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (Cunnningham, 2006).

d. Asuhan Sayang Ibu

Selama Persalinan Menurut Pusdiknakes (2003), upaya penerapan asuhan sayang ibu selama proses persalinan meliputi kegiatan:

1). memanggil ibu sesuai nama panggilan sehingga akan ada perasaan dekat dengan bidan

2). meminta ijin dan menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan bidan dalam pemberian asuhan

3). bidan memberikan penjelasan tentang gambaran proses persalinan yang akan dihadapi ibu dan keluarga

4). memberikan informasi dan menjawab pertanyaan dari ibu dan keluarga sehubungan dengan proses persalinan

5). mendengarkan dan menanggapi keluhan ibu dan keluarga selama proses persalinan

6). menyiapkan rencana rujukan atau kolaborasi dengan dokter spesialis apabila terjadi kegawatdaruratan kebidanan

7). memberikan dukungan mental, memberikan rasa percaya diri kepada ibu, serta berusaha memberi rasa nyaman dan aman

8). mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik meliputi sarana dan prasarana pertolongan persalinan

9). menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan

10). membimbing suami dan keluarga tentang cara memperhatikan dan mendukung ibu selama proses persalinan dan kelahiran bayi, seperti: memberikan makan dan minum, memijit punggung ibu, membantu mengganti posisi ibu, membimbing relaksasi dan mengingatkan untuk berdoa

11). 29 bidan melakukan tindakan pencegahan infeksi

12). menghargai privasi ibu dengan menjaga semua kerahasiaan

13). membimbing dan menganjurkan ibu untuk mencoba posisi selama persalinan yang nyaman dan aman

14). menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak kontraksi

15). menghargai dan memperbolehkan praktek-praktek tradisional yang tidak merugikan

16). menghindari tindakan yang berlebihan dan membahayakan

17). memberi kesempatan ibu untuk memeluk bayi segera setelah lahir dalam waktu 1 jam setelah persalinan

18).membantu ibu memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah kelahiran bayi dengan membimbing ibu membersihkan payudara, posisi menyusui yang benar dan penyuluhan tentang manfaat ASI.

e. Dukungan Selama Proses Persalinan

Bidan adalah orang yang diharapkan ibu sebagai pendamping persalinan yang dapat diandalkan serta mampu memberikan dukungan, bimbingan dan pertolongan persalinan. Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Asuhan yang mendukung berarti bersifat aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung.

Jika seorang bidan sedang sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan memantau wanita yang sedang dalam persalinan. Dukungan dapat diberikan oleh orang–orang terdekat pasien seperti suami, keluarga, teman, perawat, bidan maupun dokter.

f. Tanda dan Gejala Menjelang persalinan

1). lightening adalah penurunan bagian presentasi bayi ke pelvis minor. Pada presentasi sefalik kepala biasanya menancap (engaged) setelah ligtening.

2). Perubahan Serviks

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peingkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan.

3).Persalinan Palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang member pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton Hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan.

4).Ketuban Pecah Dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala satu persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, kondisi tersebut disebut Ketuban Pecah Dini (KPD). Hal ini dialami oleh sekitar 12% wanita hamil. Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan merka dalam waktu 24 jam

5). Bloody Show

Plek lender disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lender serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lender inilah yang maksud sebagai bloody show. Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya, dalam 24 hingga 48 jam. Akan tetapi, bloody show bukan merupakan tanda persalinan yang bermakna jika pemeriksaan vagina sudah dilakukan 48 jam sebelumnya karena rabas lender yang bercambur darah selama waktu tersebut mungkin akibat trauma kecil terhadap, atau perusakan plak lender saat pemeriksaan tersebut dilakukan.

1. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam. Tanda dan gejala kala II :

a). His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.

b). Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

c). Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina.

d). Perineum terlihat menonjol.

e). Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.

(1) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

(a) Pembukaan serviks telah lengkap.

(b) Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.

3). Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Perubahan psikologis kala III :

a). Ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya.

b). Merasa gembira, lega, dan bangga akan dirinya; juga merasa sangat lelah.

c). Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vagina perlu dijahit.

d). Menaruh perhatian terhadap plasenta

4). Kala IV

Kala IV adalah 0 menit sampai 2 jam setelah persalinan plasenta berlangsung. Ini merupakan masa kritis bagi ibu, karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada kala IV ini.Bidan harus terus memantau keadaan ibu sampai masa kritis ibu telah terlewati.

g. Penanganan

1). Periksa apakah ada laserasi akibat persalinan atau tidak. Jika ada maka segera lakukan penjahitan sesuai dengan derajat laserasi.

2). Periksa fundus setiap 15 menit pada satu jam pertama, dan setiap 20-30 menit pada satu jam kedua. Jika tidak ada kontraksi lakukan massase uterus, namun jika ada selalu pantau kontraksi uterus, karena hal ini akan menyebabkan pembuluh darah terjepit dan perdarahan akibat persalinan akan perlahan –lahan terhenti.

Pemeriksaan tekanan darah, nadi dan kantong kemih setiap 15 menit jam pertama dan 30 menit pada satu jam kedua.

3). Anjurkan ibu untuk minum demi mencegah dehidrasi.

4). Tawarkan ibu untuk makan minum yang disukai.

5). Bersihkan perineum ibu,ganti pakaian ibu dengan pakaian bersih, dan kenakan ibu tella.

6). Inisiasi dini harus tetap dilakukan agar bayi mendapat kolostrum ibu dan membantu uterus berkontraksi.

7). Evaluasi dan Penatalaksanaan Uterus

8). Setelah lahirnya placenta :

a) Lakukan rangsangan taktil (pemijatan) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi

b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan anda secara melintang antara pusat dan fundus uteri. Fundus uteri harus sejajar dengan pusat atau lebih

bawah. Misalnya,jika 2 jari bisa diletakkan dibawah pusat dan di atas fundus uteri maka disebut “ 2 jari di bawah pusat “.

c) perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan

d) periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah dari laserasi atau episiotomi)

e) Periksa kondisi ibu secara umum

f) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala empat persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

Mengingat fungsi pertolongan persalinan yang sangat berat, dalam melakukan persalinan di rumah diperlukan pemenuhan persyaratan sebagai berikut :

9). Mengkonfirmasikan bahwa kehamilan bersifat fisiologis atau anormal. Artinya, jika tidak terdapat kelainan 3 P, yakni :

a) power atau kekuatan dari si calon ibu

b) passage atau jalan lahir

c) passanger yakni kondisi janin yang akan melaluinya.

h. Sebab-sebab terjadinya persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his (Manuaba, 2013)

Perlu diketahui bahwa ada dua hormone yang dominan saat hamil, yaitu:

1). Estrogen

a). Meningkatkan sensivitas otot rahim

b). Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

2). Progesteron

a). Menurunkan sensitivitas otot rahim

b). Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

c). Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Estrogen dan progesterone terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan etstrogen dan progesterone menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise parts anterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu makin tua hamil frekuensikontraksi makin sering. Oksitosin diduga bekerja sama atau melalui prostaglandin yang makin meningkatkan mulai dari umur kehamilan minggu ke – 15. Disamping itu faktor gizi ibu hamil dan

kerengangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk dimulainya kontraksi rahim.

Berdasarkan uraian tersebut dapat dikemukan beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan :

Teori keregangaan

1) Teori penurunan progesterone
2) Teori oksitosin internal
3) Teori prostaglandin
4) Teori hipotalamus ptuitari dan glandula suprarenalis

Bagaimana terjadinya persalinan masih tetap belum dapat dipastikan, besar kemungkinan semua faktor bekerja bersama-sama, sehingga pemicu persalinan menjadinya multifactor (widyastuti, 2009).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun pada janin. Kehamilan secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos miometrium yang relative tenang yang memingkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos auterus mulai menunjukan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi diselingi dengan suatu periode relaksasi dan mencapai puncaknya menjelang persalinan serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum (Prawirohardjo, 2010).

i. Tanda-tanda Permulaan Persalinan

Disebut juga kala pendahuluan (Preparatory stase Of Labour), tandan-tandanya:

1). Linghtening/ setting/ droping yaitu kepala turun memasuki PAP terutama primigravida

2). Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun perasaan sering atau susah kencing (polakisuria) karena VU tertekan oleh bagian janin

3). Perasaan sakit perut dan pingang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang disebut false labor pains

4). Servix menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa juga bercampur darah (bloody show) (Manuaba, 2010).

Persalinan patut dicurigai jika usia kehamilan 22 minggu keatas, jika ibu merasa :

a). Nyeri abdomen berulang disertai dengan cairan lender yang mengandung darah atau show

b). Perubahan Serviks

c). Kontraksi yang cukup / adekuat dan bila terjadi 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik serta uterus mengeras selama kontraksi (Sumarah et al, 2009)

j. Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan (Widyastuti,2009)

1). Kekuatan yang mendorong janin keluar (Power)

a). Faktor janin (passanger)

b). Faktor jalan lahir (passage)

k. 7 Mekanisme Persalinan Normal

Karena panggul mempunyai bentuk yang tertentu , sedangkan ukuran-ukuran kepala bayi hampir sama besarnya dengan dengan ukuran dalam panggul, maka jelas bahwa kepala harus menyesuaikan diri dengan bentuk panggul mulai dari pintu atas panggul, ke bidang tengah panggul dan pada pintu bawah panggul, supaya anak dapat lahir. Misalnya saja jika sutura sagitalis dalam arah muka belakang pada pintu atas panggul, maka hal ini akan mempersulit persalinan, karena diameter antero posterior adalah ukuran yang terkecil dari pintu atas panggul. Sebaliknya pada pintu bawah panggul, sutura sagitalis dalam jurusan muka belakang yang menguntungkan karena ukuran terpanjang pada pintu bawah panggul ialah diameter antero posterior.

1). Penurunan Kepala.

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengn sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP), dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis

terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simpisis dan promontorium.

2). **Fleksi**

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding seviks, dinding pelvis dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal.

3). Desensus

Pada nulipara, engagemen terjadi sebelum inpartu dan tidak berlanjut sampai awal kala II; pada multipara desensus berlangsung bersamaan dengan dilatasi servik.

Penyebab terjadinya desensus :

a).Tekanan cairan amnion

b). Tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokon.

c). Usaha meneran ibu

Gerakan ekstensi tubuh janin (tubuh janin menjadi lurus)

Faktor lain yang menentukan terjadinya desensus adalah :

(1). Ukuran dan bentuk panggul

(2). Posisi bagian terendah janin

Semakin besar tahanan tulang panggul atau adanya kesempitan panggul akan menyebabkan desensus berlangsung lambat.

1) Desensus berlangsung terus sampai janin lahir.

2) Putar paksi dalam- internal rotation

3) Bersama dengan gerakan desensus, bagian terendah janin mengalami putar paksi dalam pada level setinggi spina ischiadica (bidang tengah panggul).
4) Kepala berputar dari posisi tranversal menjadi posisi anterior (kadang-kadang kearah posterior).
5) Putar paksi dalam berakhir setelah kepala mencapai dasar panggul.

Ada beberapa teori yang menjelaskan mengapa fleksi bisa terjadi. Fleksi ini disebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari keadaan ini terjadilah fleksi.

a). Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan kearah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

b). Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simpisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini di sebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya.

Suboccipu yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutaran (hypomochlion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

c). Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak.

d) **Ekspulsi**

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir , selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul, dan persalinan tidak begitu bertambah panjang. Tetapi pada kira-kira 5-10 % kasus, keadaan yang menguntungkan ini tidak terjadi. Sebagai contoh kontraksi yang buruk atau fleksi kepala yang salah atau keduanya, rotasi mungkin tidak sempurna atau mungkin tidak terjadi sama sekali, khususnya kalau janin besar (Lita Mayasari).

l. Asuhan Persalinan Normal (APN)

Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan 58 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:

1). Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua.

2). Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.

3). Memakai celemek plastik.

4). Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.

5). Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

6). Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.

7). Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.

8). Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.

9). Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.

10). Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).

11). Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.

12). Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.

13). Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

14). Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

15). Meletakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

16). Meletakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu

17). Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

18). Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

19). Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenan (perasat untuk melindungi perineum dngan satu tangan, dibawah kain bersih dan

kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).

20). Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

21). Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

22). Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23). Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

24). Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telinjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)

25). Melakukan penilaian selintas :

a). Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?

b). Apakah bayi bergerak aktif ?

26). Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti

handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.

27). Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

28). Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.

29). Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

30). Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31). Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

32). Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

33). Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

34). Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva

35). Meletakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

36). Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

37). melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

38). Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

39). Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)

40). Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

41). Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

42). Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

43). Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

44). Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.

45). Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

46). Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

47). Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

48). Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

49). Memeriksakan nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

50). Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.

51). Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.

52). Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

53). Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai memakai pakaian bersih dan kering.

54). Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.

55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

56). Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%

57). Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

58). Melengkapi partograf.

Sumber : Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR).

3. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir Normal

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Pada waktu kelahiran, tubuh bayi baru lahir mengalami sejumlah adaptasi psikologik. Bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan masa transisi kehidupannya ke kehidupan luar uterus berlangsung baik. Bayi baru lahir juga membutuhkan asuhan yang dapat meningkatkan kesempatan untuknya menjalani masa transisi dengan baik (Muslihatun, 2010).

Tujuan asuhan pada bayi baru lahir ini adalah memberikan asuhan kompherensif kepada bayi baru lahir pada saat masih diruang rawat serta mengajarkan kepada orang tua dan member motivasi agar menjadi orang tua yang percaya diri (Muslihatun, 2010).

Menurut buku gawat darurat obstetric ginekologi & obstetric ginekologi sosial untuk profesi bidan kehamilan dengan hipertensi kronis dapat menimbulkan masalah gangguan lebih berat terhadap insufisiensi plasenta (IUGR,BBLR,Prematuritas sampai IUFD).

Salah satunya BBLR,menurut Hidayat (2006) berat badan lahir rendah merupakan (neonatus) yang lahir dengan memiliki berat badan kurang dari 2500 gram atau sampai dengan 2499 gram.

b. Etiologi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Menurut Hidayat (2006) antara lain :

1). Faktor ibu :hipertensi dan penyakit ginjal yang kronik,perokok,penderita diabetes mellitus yang berat,gizi buruk,peminum alcohol

2). Faktor uterus dan plasenta : kelainan pembuluh darah, sebagian plasenta lepas, insersi tali pusat yang tidak normal,transfusi dari kembar yang satu ke kembar yang lain.

3). Faktor janin : ganda, kelainan kromosom,cacat bawaan, infeksi dalam kandungan.

c. Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap kehidupan Diluar Uterus

Penelitian menunjukan bahwa 50% kematian bayi terjadi dalam periode neonatal yaitu dalam bulan pertama kehidupan. Kurang baiknya penanganan bayi baru lahir yang sehat akan menyebabkan kelainan-kelainan yang mengakibatkan cacat seumur hidup, bahkan kematian. Misalnya karena hipotermi akan menyebabkan hipoglikemia dan akhirnya dapat terjadi kerusakan otak. Pencegahan merupakan hal terbaik yang harus dilakukan dalam penanganan neonatal sehingga neonatus sebagai organism yang harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterin dapat bertahan dengan baik karena periode neonatal merupakan periode yang paling keritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus kekehidupan diluar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis. Bila terdapat gangguan adaptasi, maka bayi akan sakit (Muslihatun, 2010).

d. Adaptasi Bayi Baru Lahir Yang Terjadi Dengan Cepat

1). Perubahan Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan merupakan sistem yang paling tertantang ketika mengalami perubahan dari fase intrauterus menuju ekstrauterus. Bayi baru lahir harus mulai segera mulai bernafas. Selama kehamilan organ yang berperan dalam respirasi janin sampai janin lahir adalah placenta.

Paru – paru yang bermula dari suatu titik yang muncul dari Pharynx yang bercabang dan kemudian cabang lagi sehingga membentuk struktur pencabangan

bronkus. Proses tersebut terus berlanjut setelah kelahiran hinggakira-kira usia anak 8 tahun sampai jumlah bronkhiolus dan alveolus berkembang sepenuhnya.

a) Perubahan Sirkulasi

Karakteristik sirkulasi janin merupakan sistem tekanan rendah, karena paru- paru masih tertutup dan berisi cairan, organ tersebut memerlukan darah dalam jumlah minimal. Pemasangan klem tali pusat akan menutup sistem tekanan darah dari plasenta-janin. Aliran darah dari palsenta berhenti, sistem sirkulasi bayi baru lahir akan mandiri, tertutup dan bertekanan tinggi. Efek yang muncul segera akibat tindakan pemasangan klem tali pusat adalah kenaikan resistensi vaskular sistemik. Kenaikan resistensi vaskular sistemik ini bersamaan dengan pernapasan pertama bayi baru lahir.

b). Termoregulasi

Bayi baru lahir memilki kecenderungan cepat stress akibat perubahan suhu lingkungan, karena belum dapat mengatur suhu tubuh sendiri. Pada saat bayi meninggalkan lingkungan rahim ibu yang bersuhu rata-rata 37 ^{0}C, kemudian bayi masuk ke dalam lingkungan. Suhu ruangan persalinan yang suhu 25 ^{0}C sangat berbeda dengan suhu di dalam rahim.

c). Glukosa

Sebelum dilahirkan kadar darah janin berkisar 60 hingga 70 % dari kadar darah ibu. Dalam persiapan untuk kehidupan luar rahim seorang janin yang sehat mencadangkan glukosa sebagai glikogen terutama di

dalam hati. Sebagian penyimpangan glikogen berlangsung pada trimester III.

Pada saat tali pusat diklem, bayi baru lahir harus mendapat cara untuk mempertahankan glukosa yang sangat diperlukan untuk fungsi otak neonatus. Pada setiap bayi baru lahir, glukosa darah menurun dalam waktu singkat (1 hingga 2 jam kelahiran). Bayi baru lahir yang sehat hendaknya didorong untuk sesegera mungkin mendapatkan ASI setelah dilahirkan. Seorang bayi yang mengalami stress berat pada saat kelahiran seperti hipotermia mengakibatkan hipoksia mungkin menggunakan simpanan glikogen dalam jumlah banyak pada jam–jam pertama kelahiran.

d). Adaptasi Bayi Baru Lahir Selanjutnya

(1). Perubahan Darah

Pada waktu dilahirkan bayi baru lahir mempunyai nilai hemoglobin. Kadar hemoglobin normal berkisar 11,7 hingga 20,0 g /dl. Haemoglobin janin mempunyai daya ikat terhadap oksigen yang sangat tinggi.

Nilai–nilai haemoglobin awal bayi baru lahir sangat dipengaruhi oleh saat pemasangan klem tali pusat dan posisi bayi baru lahir segera setelah dilahirkan. Penempatan bayi baru lahir dibawah perut ibu dapat menyebabkan transfusi plasenta sebesar 15 sampai 30 % lebih besar dari volume darah. Efek samping transfusi plasenta yaitu : gangguan pernapasan, peningkatan tekanan darah.

Jadi jika bayi tidak diletakkan diatas perut ibu, maka tali pusat harus segera di klem. walaupun aliran darah bisa mengalir balik dari bayi ke

plasenta, keadaan ini tidak biasa karena arteri umbilikus (yang membawa darah dari janin kembali ke plasenta) mengalami spasme dengan cepat pada temperatur lingkungan kamar bersalin. Jika terjadi arus balik, bayi baru lahir dapat mengalami hipovolemia berat. (Asuhan Kebidanan Neonatus Normal & Patologis, Dr.Lyndon Saputra)

(2).Perubahan Sistem Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir cukup bulan relatif sudah matang. Sebelum lahir, janin cukup bulan melakukan hisapan dan tindakan menelan. Reflek muntah dan batuk yang sudah sempurna tetap utuh pada saat lahir. Mekonium kendati steril, mengandung kotoran cairan amnion, yang menegaskan bahwa janin telah menelan cairan amnion dan bahwa cairan tersebut telah melewati saluran gastrointestinal.

Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas, banyak keterbatasan ini berkaitan dengan beragamnya enzim pencernaan dan hormon yang terdapat pada semua bagian saluran gastrointerstinal dari mulut hingga intestin. Bayi baru lahir kurang mampu untuk mencerna protein dan lemak dibandingkan dengan orang dewasa. Penyerapan karbohidrat relatif efisien tetapi masih tetap dibawah kemampuan orang dewasa. Kemampuan bayi baru lahir yang efisien terutama dalam penyerapan glukosa, asalkan jumlah glukosa tidak terlalu besar. (Asuhan Kebidanan Neonatus Normal & Patologis, Dr.Lyndon Saputra).

c). Perubahan Sistem Imunitas

(1). Imunitas Alami

Sel– sel tubuh memberikan fungsi imunitas yang terdapat pada saat lahir guna membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing. Tiga sel yang berfungsi dalam fagositosis (menelan dan membunuh) mikroorganisme yang menyerang tubuh ketiga sel darah ini adalah :

(a) Neutrofil polimorfomuklear.

(b) Monosit.

(c) Makrofag. (Asuhan Kebidanan Neonatus Normal & Patologis, Dr.Lyndon Saputra).

2). Imunitas Dapatan

Neonatus dilahirkan dengan imunitas pasif terhadap virus yang berasal dariibunya, janin mendapatkan imunitas ini melalui berbagai IgG yang melintas melalui transplasenta. Neonatus tidak memiliki imunitas pasif terhadap penyakit.

Dengan adanya defisiensi kekebalan alami dan dapatan, bayi baru lahir rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba seperti praktek persalinan yang aman dan menyusui ASI dini serta deteksi dini terhadap penyakit infeksi perlu dilakukan. (Asuhan Kebidanan Neonatus Normal & Patologis, Dr.Lyndon Saputra).

3). Perubahan Sistem Ginjal

Ginjal bayi baru lahir memperlihatkan penurunan aliran darah dan ginjal dan penurunan laju filtrasi glomerolus. Hal ini dapat menimbulkan dengan mudah retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus masih

belum matang, yang dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak mampu melakukan pemekatan (konsentrasi) urin, yang mencerminkan pada berat jenis urin yang rendah.

Bayi baru lahir mengekresi sejumlah kecil urin pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya sebanyak 30 – 60 ml. Protein atau darah tidak boleh terdapat di dalam urin bayi baru lahir. Bidan harus senantiasa ingat bahwa masa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik acapkali sebenarnya ginjal dan bisa jadi sebuah tumor, pembesaran atau penyimpangan pertumbuhan ginjal. (Asuhan Kebidanan Neonatus Normal & Patologis, Dr.Lyndon Saputra).

4). Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (Neonatus)

Pemeriksaan pada neonatus dilakukan oleh bidan atau dokter saat partus. Bernapas harus bisa dipastikan dalam keadaan baik, fungsi ini dan fungsi lain dinilai secara standar. Bayi dinilai dengan Apgar Score dalam waktu satu menit lalu lima menit setelah kelahiran.

a). Pemeriksaan Apgar

Ada lima unsur yang diperiksa : pernapasan, denyut jantung, warna kulit, tonus otot, dan refleks. Masing-masing diberi skor 0,1 atau 2.

	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2	Akronim
Warna Kulit	Seluruhnya biru	Warna kulit tubuh normal merah muda, tetapi	warna kulit tubuh, tangan, dan kaki normal merah muda,	Appearance

		tangan dan kaki kebiruan (akrosianosis)	tidak ada sianosis	
Denyut Jantung	Tidak ada	< 100 kali/menit	>100 kali/menit	Pulse
Respons Refleks	Tidak ada respons terhadap stimulasi	Meringis/menangis lemah ketika distimulasi	Meringis/bersin/batuk saat stimulasi saluran napas	Grimance
Tonus Otot	Lemah / tidak ada	Sedikit gerakan	Bergerak aktif	Activity
Pernapasan	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur	Respiration

Tabel Apgar skor (Tabel 2.4)

5). Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Varney (2007), ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah :

a). Berat Badan 2500 – 4000 gram

b). Panjang badan 48-53 cm

c). Likar dada 30,5-33 cm

d). Likar kepala 31-35,5 cm

e). Nadi 120-150 kali per menit

f). Pernafasan 30-60 per menit

g). Tekanan darah 80-60 /45-40 mmHg pada saat lahir dan 100/50 mmHg sampai hari kesepuluh.

h). Warna kulit bayi harus berwarna merah muda yang bersih

i). Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna

(1). Genitalia wanita labia dan klitorid sering terlihat menonjol, fornik tampak pada lipatan labia, introitus vagina terlihat kadang-kadang ditemukan lendir (mucoid show)

(2). Kuku-kuku jarinya panjang dan cukup tajam, untuk membuat cakaran yang dalam

(3) Reflek yang dalam

(a). Reflek hisap dan menelan sudah dibentuk

(b). Reflek mata sudah baik, bayi-bayi bila dikagetkan akan mempelihatkan gerakan seperti memeluk

(c). Eliminasi baik, urine, ,mukonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna kuning kecoklatan.

e. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pada saat bayi telah melewati periode transisi, bayi dipindah keruang bayi normal/rawat gabung bersama ibunya. Asuhan bayi baru lahir normalnya umumnya mencakup : pengkajian tanda-tanda vital (suhu aksila, frekuensi bernafas, denyut nadi apikal setiap 4 jam, pemeriksaan fisik setiap 8 jam, pemberian ASI on demand, mengganti popok, serta menimbang berat badan setiap 24 jam. Selain asuhan pada periode transisional, asuhan bayi baru lahir juga diberikan pada bayi berusia 2-6 hari, serta bayi berusia 6 minggu pertama (Muslihatun, 2010).

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napas dengan meletakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang hangat, pasang ganjalan di bahu bayi sehingga posisi kepala setengah ekstensi, kemudian bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokkan bayi dengan alat penghisap lendir.

Tali pusat dipotong sebelum dan sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril.

Pada waktu bayi lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. (Muslihatun, 2010)

4. Konsep Dasar Teori Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa Nifas (puerperium) dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2010).

Masa nifas disebut juga masa post partum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari

rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lainnya yang berkaitan saat melahirkan (Suherni et al, 2009).

Nifas di bagi dalam 3 tahapan, yaitu :

1). Puerperium Dini

Yaitu masa kepulihan, yakni saat-saat ibu dibolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2). Puerperium Intermedial

Yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira 6-8 minggu.

3). Remot Puerperium

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna (Suherni et al, 2009).

b.Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dalam asuhan masa nifas adalah :

1). Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik.

2). Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.

3). Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

4). Memberikan pelayanan keluarga berencana (Suherni et al, 2010)

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1). Sistem Reproduksi

a). Perubahan Uterus

Ukuran uterus mengecil kembali (setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi sekitar umbilikus dan setelah 4 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil) (suherni et al, 2010).

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri Lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat – sympisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba, diatas sympisis	300 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Suherni dkk, 2010. (Tabel 2.5)

b).Proses Lochea

(1). Lochea Rubra

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua (selaput lendir rahim dalam keadaan hamil), lanugo (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir), dan meconium (berwarna hijau kehitaman), setelah 2 hari pasca persalinan (Suherni et al, 2010).

(a). Lochea Sanguinolenta

Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke 3-7 hari pasca persalinan (Suherni et al, 2010).

(b) . Lochea Serosa

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 hari pasca persalinan (Suherni et al, 2010).

(c). Lochea Alba

Cairan putih yang terjadi setelah 2 minggu pasca persalinan (Suherni et al, 2010).

(d). Lochea Purulenta

Ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk (Suherni et al, 2010)

(e). Perubahan vagina dan uterus

Pada minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul rugae (lipatan-lipatan atau kerutan-kerutan) kembali (Suherni et al, 2010).

Terjadinya robekan perineum pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Suherni et al, 2010).

(f). Sistem Pencernaan

Sering terjadi konstipasi pada ibu setelah melahirkan. Hal ini umumnya disebabkan karena makanan padat dan kurang berserat selama persalinan. Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari setelah persalinan (Suherni et al, 2010).

(g). Sistem Perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu, tergantung pada keadaan/status sebelum persalinan, lamanya partus kala II dilalui, dan besarnya kepala yang menekan pada saat persalinan (Suherni et al, 2010).

2). Perubahan Tanda-tanda vital

a) Suhu Badan

(1) Sekitar hari ke 4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, anatar 37,2˚C -37,5˚C. Kemungkinan disebabkan karena aktivitas payudara (Suherni et al, 2010).

(b) bila kenaikan mencapai 38˚C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi (Suherni et al, 2010).

b) Denyut Nadi

(1) Denyut nadi ibu akan melambat sampai selitar 60x/menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh (Suherni et al, 2010).

(2) pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira-kira 110x/menit. Bila bisa terjadi gejala shock karena infeksi.

c) Tekanan Darah

(1) Tekanan Darah <140/90 mmHg, bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum (Suherni et al, 2010)

(2) Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan post partum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya preeklamsi yang bisa timbul pada masa nifas. Namun hal tersebut jarang terjadi (Suherni et al, 2010).

d) Respirasi

(1) Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal, karena ibu dalam keadaan istirahat (Suherni et al, 2010).

(2) Bila ada respirasi cepat postpartum, mungkin karena adanya tanda-tanda syok (Suherni et al, 2010).

e). Adaptasi Psikologi Ibu

Adaptasi psikologi ibu terbagi menjadi tiga, yaitu :

(1) Fase Taking In

Yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya (Suherni et al, 2010).

(2) Fase taking hold

Yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif

sehingga mudah menjaga komunikasi dengan ibu (Suherni et al, 2010).

(3) Fase Letting Go

Yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya (Suherni et al, 2010).

f). Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

(1) Kebersihan Diri (Suherni et al,2010).

(a) Menjaga kebersihan seluruh tubuh.

(b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.

(c) Mengajarkan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidak-tidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari atau setrika.

(d) Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabundan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

(e). Jika ibu mempunyai luka episotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

(2) Istirahat

(a). Menganjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

(b). Menyarankan ia untuk kembali kekegiatan kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

(3) Latihan

(a) Diskusikan pentingnys mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Ibu akan merasakan lebih kuat dan ini menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.

(b) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti:

- Dengan tidur terlentang dengan lengan disamping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan kedalam dan angkat dagu ke dada, tahan satu hitungan sampai 5, rileks dan ulangi 10 kali.
- Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot-otot, pantat dan pinggul dan tahan smapai 5 hitungan. Kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- Mulai dengan mengajarkan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke 6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerkan sebanyak 30 kali.

(4) Gizi

Ibu Nifas harus :

(a). Makan dengan diit berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak,vitamin dan mineral.

(b). Mengkonsumsi makanan tambahan dan vitamin A.

(5) Hubungan seksual pasca salin

(a). Aman setelah darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

(b). Ada kepercayaan /budaya yang memperbolehkan melakukan hubugan seks setelah 40 hari.

(6) Keluarga Berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah dua tahun.

g). Program Nasional Masa Nifas

(1) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan) Tujuan :

(a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

(b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.

(c) Memberikan konseling pada ibu, dan salah satu anggota keluarga.

(d) Pemberian ASI awal.

(e) Melaksankana hubungan antara ibu dan bayi lahir.

(f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermi.

(2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan) tujuan :

(a) Memastikan involusi uterus berjalan: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan.

(b) Menilai tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

(c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.

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

(e) Memberikan Konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.

(3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan). Tujuan:

Sama dengan kunjungan II, 6 hari setelah persalinan

(4) Kunjungan IV (6 minggu setelah pesalinan). Tujuan:

(a) Menanyakan tentang penyulit yang ibu dan bayi alami.

(b)Memberikan konseling untuk kontrasepsi secara dini. (Suherni et al, 2010)

h). Bendungan ASI

Menurut Prawirohardjo (2009) Bendungan ASI adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka

mempersiapkan diri untuk laktasi. Hal ini bukan disebabkan overdistensi dari saluran sistem laktasi.

Menurut Manuaba (2010) Bendungan ASI terjadi karena sumbatan pada saluran ASI, tidak dikosongkan seluruhnya.

Menurut Wheeler (2010) Bendungan ASI biasanya muncul bertahap menyebabkan demam tinggi dan tidak berhubungan dengan gejala sistemik. Payudara terasa hangat dan tampak mengkilat.

i) Gejala Bendungan

ASI Gejala yang dirasakan ibu apabila terjadi bendungan ASI adalah (Saifuddin, 2006):

(1) Bengkak pada payudara saat perabaan

(2) Payudara terasa keras

(3) Payudara terasa panas dan nyeri bila ditekan

(4) Payudara bewarna kemerahan

j). Penatalaksanaan bendungan ASI (Wiknjosastro, 2009) :

(1) Keluarkan sedikit ASI sebelum menyusui agar payudara lebih lembek

(2) Keluarkan ASI sebelum menyusui sehingga ASI keluar lebih mudah ditangkap dan dihisap oleh bayi

(3) Sesudah bayi kenyang keluarkan sisa ASI

(4) Untuk mengurangi rasa sakit pada payudara berikan kompres dingin dan hangat menggunakan handuk secara bergantian kiri dan kanan

(5) Susukan ASI sesering mungkin tanpa dijadwal (on demand)

(6) Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi melebihi kebutuhan ASI.

k) Penanganan bendungan ASI menurut Suherni, dkk (2008)

pada bayi hidup :

(1) Keluarkan ASI secara manual/ASI tetap diberikan pada bayi

(2) Menyangga payudara dengan BH yang menyokong

(3) Kompres dengan kantong es (jika perlu)

(4) Melakukan perawatan payudara

(5) Pemberian analgetik.

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, Pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan. Dengan demikian diharapkan:

1). Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertambahan penduduk

2). Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran

3). Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, perpanjangan usia harapan hidup, menurunnya tingkat kematian bayidan balita, serta kematian pada masa kelahiran dan persalinan.

b. Tujuan KB

Tujuan utama program KB adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesahatan reproduksi yang berkwalitas, menurunkan tingkat/angka kematian ibu bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi alam dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas.

Tujuan program penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas adalah untuk membina kemandirian dan sekaligus meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, serta berkualitas adalah untuk membina kemandirian dan sekaligus meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, serta pemberdayaan dan ketahanan keluarga terutama yang diselenggarakan oleh industri masyarakat di daeah perkotaan dan pedesaan sehingga membudidaya dan melembaganya keluarga kecil berkwalitas.

c.Sasaran Program KB

Adapun sasaran program KB nasional lima tahun kedepan seperti tercantum dalam RPP JM 2004-2009 adalah sebagai berikut:

1). Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) secara nasional menjadi satu, 14% per-tahun.

2). Menurunkan angka kelahiran total FertililtyRate (TFR) menjadi 2 perempuan.

3). Meningkatnya peserta KB Pria menjadi 4,5 %

4). Meningkatnya pengguna metode Kontrasepsi yang efektif dan efisisen

5). Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.

6). Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluaga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.

7).Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggraan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.

d. Aseptor KB

Dalam program KB Nasional saat ini baru dilakukan salah satu saja dari usahan Keluarga Berencana yakni penjarangan kehamilan dengan pemberian alat kontrasepsi. Kontrasepsi adalah menghindari/ mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut

1). Cara kerja Kontrasepsi Ada bermacam-macam tapi pada umumnya: mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma, menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma.

2). Pembagian Alat Kontrasepsi

Metode Kontrasepsi dapat dibagi

a). IUD(Intra Uterina Device) atau AKDR (Alat Kontrasepsi dalam Rahim) Profilnya sangat efektif dan berjangka panjang sampai 10 tahun CUT380N A-, haid menjadi lebih lama dan banyak dan dapat dipakai oleh semua wanita yang berusia subur, kecuali menderita IMS. Macam-macam jenisnya lippes loop yang terbuat dari plastic dan bernetuk spiral. Multi Load C 250 yang berbentuk jangkar dan dililiti logam tembaga, cooper T 200 B yang terbuat dari palstic halus berbentuk T dan dililiti logam tembaga, serta cooper 7 yang berbentuk angka 7 terbuat dari bahan plastic yang batangnya dililiti dengan logam tembaga. Sedangkan cara kerjanya untuk menghambat kemampuan sperma masuk ke tuba, mencegah implantasi, mempercepat mortilitas tuba, dan tembaga untuk menghambat kerja carbonic anhidrase dan fosfatase, alkali untuk mencegah implantasi. Keuntungan dari AKDR: AKDR dapat aktif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang, tidak mempengaruhi hubungan sex, tidak mempengaruhi ASI, dapat digunakan sampai monopouse, dan mencegah kehamilan ektopik, sedangkan kerugian atau efek sampingnnya: perubahan haid, tidak bisa menegah IMS. Efek samping yang umum terjadi yaitu perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, pendarahan, saat haid lebih sedikit Yang dapat menggunakan IUD atau AKDR ini adalah berusia produktif, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya, setelah mengalami abortus tidak terlihat

adanya infeksi Dan yang tidak diperkenankan menggunakan AKDR atau IUD ini yaitu sedang hamil, pendarahan vagina yang tidak diketahui, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri, diketahui menderita penyakit TBC pelvic, kanker alat genital

b). Implant merupakam suatu progestin yang telah banyak dipakai dalam Pil KB seperti Ovral dan Nordette. Mekanisme kerjanya untuk menekan ovulasi, membuat getah servik menjadi kental, serta membuat endometrium tidak siap menerima kehamilan. Keuntungannya tidak merepotkan, sekali pasang untuk 5 tahun, norplant cukup memuaskan dan norplant mudah diangkat kembali, mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, melindungi terjadinya kanker endometrium, menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara, melindungi dari beberapa penyebab penyakit radang pinggul. Sedangkan kerugiannya: haid tidak teratur, pusing/ sakit kepala, mual muntah dan BB meningkat. Nyeri payudara, perubahan perasaan atau kegelisahan, terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi, efektivitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberkolosis, klien tidak dapat memberhentikan pemakaian kontrasepsi ini sesuai keinginannya. Yang boleh menggunakan Implant adalah usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum,menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, pascakeguguran, tekanan darah

c). MOW (Metode Operatif Wanita) Cara kontrasepsi ini dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran telur (Tuba) pada istri. Dengan demikian telur dari ovarium tidak dapat mencapai rongga rahim, sehingga tidak tejadi pembuahan. Indikasinya yaitu kelahiran cesarean yang berulang, multi peritas, penyakit kehamilan serius yang berulang, penyakit akut atau kronis dan stressor ekonomi atau emosional. Caranya dengan:

(1) Ligasi tuba

Yaitu operasi sterilisasi dengan memotong dan mengikat dengan cauterisasi dengan tuba.

(2) Histerektomi

Yaitu prosedur mengikat uterus. Indikasi Histerektomi setelah kehamilan dengan rupture/inversion uteri, tumor fibroid dan pendarahan tak terkontrol.

(3) Ovarektomi

Yaitu mengangkat ovarium. Pada metode ini pasien akan mengalami monopause. Kontra indikasinya yaitu kesehatan kurang baik, gangguan pembekuan darah, alergi, BB meningkat, peradangan panggul/organ reproduksi.

d). MOP (Metode Operatif Pria)

Yaitu pengikatan atau pemotongan vasdeveen pada laki-laki sehingga air mani tidak mengandung sperma. Operasi dilakukan dengan menggunakan anestesi local pada skrotum tepat di daerah vasdeverent kemudian eksplorasi vasdeveren. Kemudian ikat dengan kuat dan dipotong. Adapun keuntunganya: tidak perlu dirawat di RS, tidak ada mortalitas, tidak mengganggu hubungan sex, jumlah air mani tidak berubah, biaya murah.

e). Kondom

adalah suatu karet kecil yang tipis, berwarna/tidak berwarna, menghalang masuknya sperma kedalam vagina, sehingga pembuahan dapat dicegah. Kondom terdiri dari, kondom biasa, kondom bergerigi, kondom beraroma, kondom tidak beraroma. Adapun keuntungan yang didapat yaitu, murah, mudah didapat, tidak memerlukan pengawasan dan dapat mengurangi penyakit kelamin. Efek sampingnya pada sejumlah kasus kecil dapat terdapat reaksi alergik terhadap kondom karet, itupun jarang terjadi

f). Suntik

Jenis Suntikan Kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estrogen Sipionat yang diberikan injeksi l,M sebulan sekali dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estrodiol Valerat yang diberikan injeksi l,M sebulan sekali. Keuntungan menggunakan suntik ini adalah efek samping sangat kecil, risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak

berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam jangka panjang. Kerugian menggunakan alat kontrasepsi suntik ini yaitu terjadi perubahan pola haid seperti tidak teratur, pendarahan sela 10 hari, mual sakit kepala, nyeri payudara ringan, ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, dapat terjadi efek samping yang serius seperti serangan jantung dan stroke,penambahan berar badan, kemugkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian. Penggunaan alat kontrasepsi ini diberikan setiap bulan dan klien diminta datang setiap 4 minggu, suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal dengan kemungkinan terjadi gangguan pendarahan.

Cara Kerja

1). Mencegah ovulasi

2). Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.

3). Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi sehingga kurang baik untuk implantasi ovum yang telah dibuahi.

4). Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Speroff & Darney, 2005).

Keuntungan

Kontrasepsi ini adalah :

1). Efektifitasnya tinggi.

2). Sederhana pemakaiannya.

3). Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya dilakukan 4x setahun).

4). Reversibel.

5). Cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anaknya (Prawirohardjo, 2008).

Efek Samping

1). Adanya gangguan haid, berupa :

a). Siklus haid memenjang atau memendek.

b). Perdarahan bayak atau sedikit.

c). Perdarahan tidak teratur ataupun perdarahan bercak.

d). Tidak haid sama sekali.

2). Pada penggunaan jangka panjang akan terjadi defisiensi estrogen sehingga dapat menyebabkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat, dan meningkatnya resiko osteoporosis (Meilani,dkk. 2010).

3). Waktu Pemberian dan Dosis Depo provera sangat cocok untuk program post partum oleh karena tidak mengganggu laktasi, dan terjadinya amenorea setelah suntikan. Suntikan Depo provera tidak akan mengganggu ibu-ibu yang menyusui anaknya dalam masa post partum, karena dalam masa ini terjadi amenorea laktasi.

Untuk program post partum Depo proverawati disuntikkan sebelum ibu meninggalkan Rumah sakit; sebaiknya sesudah air susu ibu terbentuk, yaitu kira-kira hari ke-3 s/d hari ke-5. Depo

proverawati disuntikkan dalam dosis 150 mg/cc sekali 3 bulan. Suntikan harus intramuskular dalam (Proverawati, 2008).

4). Suntikan Kombinasi Suntikan kombinasi yang beredar di pasaran Indonesia adalah kombinasi antara 25 mg medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipinoat yang diberikan secara injeksi intramuskular sebulan sekali (Cyclofem). Cara kerja kombinasi ini pada prinsipnya sama dengan kerja pil kombinasi. Yang membedakan adalah lebih secara teknis karena isi dari kontrasepsi suntik ini tidak mengandung etinilestradiol maka resiko terhadap hipertensi dan vaskularisasi yang disebabkan oleh hormone ini praktis tidak terjadi. Maka kontrasepsi suntik ini lebih aman di pakai untuk perempuan yang hipertensi. Demikian juga pada perempuan yang mempunyai migrain juga lebih aman menggunakan kontrasepsi ini (Meilani,dkk. 2010. hal.106).

a). Cara Kerja

(1). Menekan ovulasi.

(2). Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.

(3).Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.

(4). Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin, 2006).

b). Keuntungan Kontrasepsi

(1). Sangat efektif, (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama.

(2). Resiko terhadap kesehatan kecil, efek samping sangat kecil.

(3). Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.

(4). Tidak perlu dilakukan periksa dalam.

(5). Jangka panjang.

(6). Klien tidak perlu menyimpan obat suntik (Pinem, 2009).

c). Efek Samping Yang Sering Terjadi

(1). Efek samping yang timbul sama dengan efek samping kontrasepsi oral kombinasi. Perdarahan tidak teratur, terjadi terutama selama tiga bulan pertama, dan sebagian besar klien mengalami siklus menstruasi teratur setelah tiga bulan.

(2). Efek samping lain yang sering muncul adalah nyeri tekan payudara, peningkatan tekanan darah, timbul jerawat, dan peningkatan berat badan (Varney,dkk. 2007).

(3). Amenorea, mual/pusing/muntah, perdarahan/perdarahan bercak (spotting), perubahan suasana hati, penurunan libido (Pinem, 2009).

d). Pil KB

Ada 3 macam yaitu pil KB kombinasi, pil KB Sekuensial, dan pil mini. Adapun cara kerjanya yaitu sebagai

penghambat timbulnya ovulasi, menyebabakan lendir leher rahim menjadi kental sehingga sulit di tembus sperma, menyebabkan perubahan fisiologis endometrum, sehingga tidak siap menerima kehamilan, Keuntungan peggunaan alat kontrasepsi ini yaitu, aman, efektif, mudah didapat dan mudah digunakan, resiko terhadap kesehatan sangat kecil, siklus haid menjadi teratur, mudah dihentikan setiap saat,dapat digunakan dalam jangka panjang, kesuburan kembali setelah penggunaan pil dihentikan. Efek sampingnya yaitu mual, muntah, migraine, BB meningkat, dan pendarahan pervagina di luar haid, nyeri payudara dan tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui. Kontra indikasinya menyusui, adanya penyakit kuning, diabetes melitus, adanya penyakit Tumor.

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan penelitian itu (Nasution, 2007).

Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat deskripsi lengkap dari suatu fenomena yang diamati secara objektif dan nyata (Notoatmodjo, 2005).

Penulisan studi kasus secara menyeluruh berisi hasil observasi dan wawancara mendalam pada subjek yang dipilih saat memberikan asuhan berkesinambungan (continuity of care), yang menggunakan pendekatan menajemen kebidanan 7 langkah varney dalam pelaksanaan asuhannya.

B. Lokasi dan Waktu

Studi Kasus ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak pada Bulan 9 Mei – 20 Juni 2016

C. Subjek Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembagaorganisasi (Amirin,2009). Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti adalah ibu hamil trimester III.

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam proposal ini adalah ibu hamil G_3P_{11011} dengan usia kehamilan 34-35 minggu diberikan asuhan pada masa kehamilannya.

D. Teknik Pengumpulan

Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti dalam proposal ini sesuai metode yang digunakan dalam penelitian deskriptif, menurut (Arikunto,2003) yaitu untuk mengumpulkan informasi mengenai status gejala, penelitian secara langsung pada objek penelitian untuk mendapatkan data yang diperlukan dengan mengadakan penelitian dilapangan *(field research)*. Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

a. Observasi

Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu (Kriyantono, 2008).

Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan.

b. Wawancara

Menurut Kriyantono tahun 2008, wawancara adalah percakapan antara peneliti seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek.

Penulis mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga.

c. Pemeriksaan fisik

Peneliti melakukan pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan kasus yang dikelola.

d. Studi Dokumentasi

Penulis menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul proposal ini seperti : catatan medis klien yang berupa buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), literatur dan lain sebagainya.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat yang dapat dipakai penulis untuk mendapatkan data. Penelitian ini menggunakan instrument seperti lembar pengkajian, checklist, dokumentasi. Ronny Kountur menyatakan: “instrument dimaksudkan sebagai alat pengumpulan data.

nden untulk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan,responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden.

1. *Respect for persons*

Penelitian ini menekankan pemberian asuhan dengan menghormati klien dan memberikan perlindungan terhadap haknya. Dimana "Ny. S" diberikan penjelasan tentang asuhan kebidanan yang akan dilakukan kepadanya dan menjaga kerahasiaan klien. Klien bersedia ikut serta secara sadar dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani informed consent.

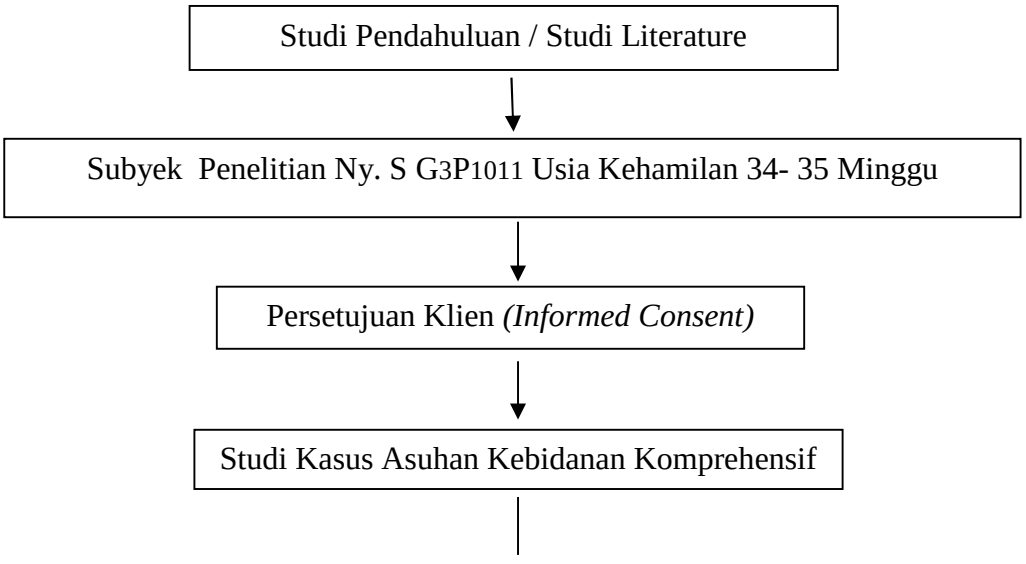
2. *Beneficence dan non maleficence*

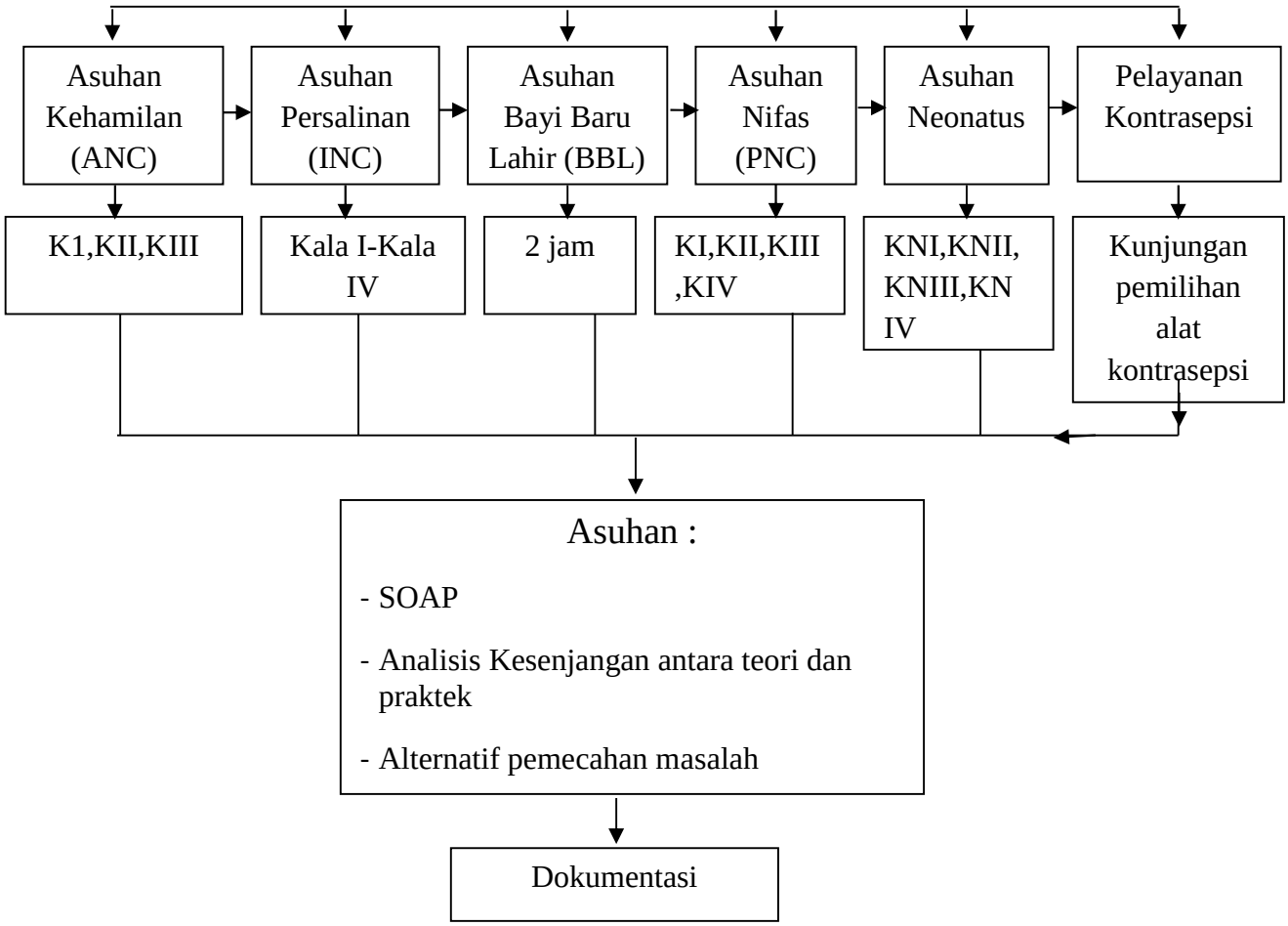
Memberikan asuhan pada "Ny. S" dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu kemudian melakukan pemeriksaan secara head to toe.

F. Kerangka Kerja

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini diuraikan dalam bentuk skema di bawah :





Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untulk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan,responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden.

1. *Respect for persons*

Penelitian ini menekankan pemberian asuhan dengan menghormati klien dan memberikan perlindungan terhadap haknya. Dimana “Ny. S” diberikan penjelasan tentang asuhan kebidanan yang akan dilakukan kepadanya dan menjaga kerahasiaan klien. Klien bersedia ikut serta secara sadar dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani informed consent.

2. *Beneficence dan non maleficence*

Memberikan asuhan pada “Ny. S” dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu kemudian melakukan pemeriksaan secara head to toe, pemeriksaan kebidanan dan laboratorium. Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati dan didampingi oleh pembimbing yang berkompeten dibidangnya.

3. *Justice*

Dari hasil pemeriksaan, Hb “Ny.S” 11,9 gr% yang artinya tidak anemia, dimana standar Hb ibu hamil yaitu 11 gr%.Dan dari keluhan ibu bahwa ibu mengalami kram pada bagian tangan, oleh karena itu diberikan KIE tentang konsumsi makanan yang sehat agar dapat menghindari kram tangan

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungna ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 Mei 2016/Pukul :17.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Pembimbing : Hj. Suryani, SST

S :- Ibu mengatakan kram pada bagian tangan

- Ibu lupa tanda bahaya kehamilan
- Ibu lupa tanda-tanda persalinan
- Ibu lupa barang apa saja yang perlu disiapkan

O :

a. PemeriksaanUmum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : BB sebelumnya: 73 kg, BB sekarang: 75 kg, tekanan darah 130/80 mmHg, suhu tubuh 36,3^{o}C, nadi 82 x/menit, pernafasan 21x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tampak tidak ada lesi, tampak kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan tampak bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat, tampak varicela

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan penglihatan kabur.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak tampak pernapasan cuping hidung

Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tremor.

Leher : Tidak tampak hyperpigmentasi,tidak tampak peradangan tonsil dan faring, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening. Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, payudara tampak tegang berisi, payudara teraba keras.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae bifide,tampak varicela tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, Tinggi fundus uteri 30 cm,

Leopold I teraba bagian lunak, tidak bulat dan tidak melenting adalah bokong, Leopold II Teraba bagian panjang dan kersa seperti papan papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian kanan ibu teraba bagian terkecil, Leopold III pada bagian bawah teraba bagian keras, bulat dan melenting dan masih bisa digoyangkan adalah kepala, Leopold IV bagian terendah teraba konvergen. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 140 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah (30-12) x 155) = 2790 gram.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tidak tampak adanya pengeluaran pervaginam, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, tidak terdapat luka perineum dan jahitan.

Anus : Tidak tampak hemoroid.

Ekstremitas

Atas : bentuk simetris, tidak oedema, cavilari refill baik, homan

Bawah : Bentuk simetris, tidak teraba oedema, tidak ada varices, cavilari refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif

A :

Diagnosis : G_3P_{1011} usia kehamilan 35-36 minggu janin tunggal hidup intra uterine.

Masalah : kram pada bagian tangan

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : untuk istirahat yang cukup dan mengkonsumsi makanan yang tidak berlemak dan mengurangi aktifitas mengangkat barang-barang.

P :

Tanggal 20 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, dan hasil pemeriksaan adalah normal. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan hasilnya normal.	
2.	17.15 WITA	Melaksanakan penyuluhan kesehatan selama ± 15 menit mengenai tanda bahaya kehamilan. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan dapat menjelaskan kembali.	
3.	17.30 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama±15 menit mengenai tanda-tanda persalinan. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan dapat menjelaskan kembali.	
5.	17.45 WITA	Menanyakan apakah ibu sudah mempersiapkan barang-barang yang akan dibawa ketika persalinan. Ibu sudah mempersiapkan barang-barang yang akan dibawa.	
6.	15.11 WITA	Memberitahukan kepada ibu untuk mengurus BPJS bayi. Ibu akan segera mengurus BPJS bayi.	

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungna ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 8 Juni 2016/Pukul :15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Pembimbing : Hj. Suryani, SST

S :- Ibu mengatakan perut mulai terasa kencang-kencang

- Ibu mengatakan sakit pinggang
- Ibu mengatakan tidak lagi kram pada bagian tangan
- Ibu mengatakan gerakan janin masih aktif

O :

a. PemeriksaanUmum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : BB sebelumnya 75 kg, BB sekarang 79 kg, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36^{o}C, nadi 83 x/menit, pernafasan 22x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tampak tidak ada lesi, tampak kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan tampak bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat, tampak varicela

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan penglihatan kabur.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak tampak pernapasan cuping hidung

Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tremor.

Leher : Tidak tampak hyperpigmentasi,tidak tampak peradangan tonsil dan faring, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening. Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, payudara tampak tegang berisi, payudara teraba keras.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae bifide,tampak varicela tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, Tinggi fundus uteri 31 cm, Leopold I teraba bagian lunak, tidak bulat dan tidak melenting adalah bokong, Leopold II Teraba bagian panjang dan kersa seperti papan papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian kiri ibu teraba bagian terkecil, Leopold III pada bagian bawah teraba bagian keras, bulat dan melenting dan tidak bisa digoyangkan adalah kepala, Leopold IV bagian terendah teraba divergen.

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 138 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah (31-11) x 155) = 3100 gram.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tidak tampak adanya pengeluaran pervaginam, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, tidak terdapat luka perineum dan jahitan.

Anus : Tidak tampak hemoroid.

Ekstremitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari refill baik, homan sign negatif, reflex bisep dan trisep positif.

Bawah : Bentuk simetris, bagian nyer aksial, ketegangan otot, tidak teraba oedema, tidak ada varices, cavilari refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

A :

Diagnosis : G_3P_{1011} usia kehamilan 38-39 minggu janin tunggal hidup intra uterine presentasi kepala.

Masalah : sakit pinggang

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 20 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, dan hasil pemeriksaan adalah	

		normal. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan hasilnya normal.	
2.	17.15 WITA	Mengajarkan ibu tentang cara mengkaji gerakan janin. Gerakan janin minimal 10 kali dalam waktu 10 jam; Ibu mengerti tentang cara mengkaji gerakan janin dan bersedia untuk melakukan penghitungan gerakan janin.	
3.	17.16 WITA	Menjelaskan kepada ibu sakit pinggang yang dialami ibu itu normal, dan masih bisa teratasi dengan mengatur pola saat ingin tidur, posisi duduk yang baik dan mengatur posisi saat bangun dari tempat tidur. Ibu mengerti dengan penjelasan yang telah disampaikan.	
4.	17.26 WITA	Melaksanakan penyuluhan kesehatan selama ± 15 tentang tanda bahaya kehamilan. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan dapa menjelaskan kembali.	
4.	17.41 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama±15 menit mengenai tanda-tanda persalinan, dan salah satunnya perut terasa kencang-kencang. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan dapat menjelaskan kembali.	
5.	17.56 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama±15 menit mengenai persiapan persalinan. ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan dapat menjelaskan kembali.	
7.	18.00 WITA	Memberitahukan kepada suami untuk mengawasi istrinya, dan bersiap untuk kendaraan. Suami mengerti dan sudah siap kendaraan jika ibu mengalami tanda-tanda persalinan.	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 Juni 2016/ Pukul : 08.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S melalui telpon

Riwayat Kala I fase laten.

S : - Ibu mengeluhkan keluar lendir darah dan terasa kencang pada pukul 04.00. WITA.

- Ibu mengatakan pergi ke klinik ibnu sina pada tanggal 10 Juni 2016 pukul 08.00 WITA.
- Ibu mengatakan dari hasil pemeriksaan dalam bukaan 1 cm.
- Ibu disuruh pulang dari ibnu sina.

Persalinan Kala I Fase Aktif

S :

- Ibu merasakan perut kencang-kencang semakin sering.

O :

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : tekanan darah 130/80 mmHg, suhu tubuh 36^{o}C, nadi 80 x/menit, pernafasan 21 x/menit.

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan terdapat edema pada tungkai. Ekstremitas atas tidak ada oedema dan cavilari refil kembali dalam waktu $\geq$ 2 detik dan ekstremitas bawah tampak oedema, cavilari refill kembali dalam waktu $\geq$ 2 detik.

Pemeriksaan Dalam

Pukul : 11.20 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lembut tipis, pembukaan 4 cm, effacement 50% ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III, penurunan 3/5, DJJ 140 x/m, kontraksi adekuat, frekuensi 3 x/ 10 menit, lamanya 40-45 detik, dan terdokumentasi dalam patograf.

A :

Diagnosis : G_3 P_{1011} usia kehamilan 38-39 minggu janin tunggal hidup intra uterine kala I fase aktif.

Masalah : tidak ada

Dasar : tidak ada

Tindakan Segera : support mental dan melakukan persiapan pertolongan persalinan.

P :

Tanggal 10 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	11.32 WITA	Memberi tahukan kepada ibu hasil pemeriksaan. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan.	
2.	11.35 WITA	Memberitahukan kepada ibu untuk posisi miring kiri, dan menarik nafas jika perut terasa kencang. Ibu mengerti dan melakukan apa yang telah diberi tahukan.	
3.	11.37 WITA	Memberi tahukan kepada ibu untuk makan dan minum di sela-sela kontraksi. Ibu mengerti dan melakukan apa yang telah diberi	

		tahukan.	
4.	11.39 WITA	Mempersiapkan pakaian bayi. Ibu menyuruh suami untuk mengambilkan baju bayi.	
5.	11.43 WITA	Mempersiapkan alat partus set	

Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 Juni 2016/ Pukul : 12.00 WITA

Tempat : Klinik bersalin ibnu sina

Persalinan Kala I fase aktif

S :

- Ibu mengeluhkan perut semakin kencang-kencang.
- Ibu ada keinginan BAB
- Ibu ada keinginan ingin meneran.

O :

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : tekanan darah 130/80 mmHg, suhu tubuh 36^{o}C, nadi 80 x/menit, pernafasan : 21 x/menit.

Pemeriksaan fisik

Wajah : Tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan penglihatan kabur.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, tidak terdengar suara napas tambahan.

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedem, sudah ada pengeluaran colostrum, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris tidak tampak bekas luka operasi tampak linea alba dan tidak tampak bivide Tinggi fundus uteri 31 cm. Pada pemeriksaan leopold I, pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting (bokong), pada leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin (punggung kanan), Leopold III pada segmen bawah rahim teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian ini tidak dapat digoyangkan, dan pemeriksaan leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen); konsistensi keras; dan kandung kemih kosong; TBJ : (31-11) x 155 = 3100 gram, kontraksi uterus : frekuensi : 3 x 10', durasi : 40-45 detik, Intensitas : kuat, penurunan kepala : 3/5. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 140 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus.

Genetalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina, tampak pengeluaran cairan lendir bercampur darah, tidak tampak luka parut, tidak tampak fistula

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan terdapat edema pada tungkai. Ekstremitas atas tidak ada oedema dan cavilari refil kembali dalam waktu $\geq$ 2 detik dan ekstremitas bawah tampak oedema, cavilari refill kembali dalam waktu $\geq$ 2 detik.

Pemeriksaan Dalam

Pukul : 12.00 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lembut tipis, pembukaan 8, effacement 75%, penurun 3/5 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III, DJJ 138 x/m, kontraksi adekuat, frekuensi 4 x/ dalam 10 menit, lamanya 40-45 detik, dan terdokumentasi dalam patograf.

A :

Diagnosis : G_3 P_{1011} usia kehamilan 38-39 minggu janin tunggal hidup intra uterine kala I fase aktif.

Masalah : tidak ada

Dasar : tidak ada

Tindakan Segera : support mental dan melakukan persiapan pertolongan persalinan

P :

Tanggal 10 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	12.03 WITA	Memberi tahukan kepada ibu hasil pemeriksaan. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan.	
2.	12.05 WITA	Memberitahukan kepada ibu untuk posisi miring kiri, dan menarik nafas jika perut terasa kencang. Ibu mengerti dan melakukan apa yang telah diberi tahukan.	
3.	12.10 WITA	Mengajarkan kepada ibu posisi meneran, dengan memegang kedua mata kaki, dagu menempel dada, mata lihat ke perut. Ibu mengerti dan melaksanakan sesuai yang telah diajarkan.	
4.	12.20 WITA	Melakukan observasi his, DJJ, nadi dan respirasi: His 4 x 10': 40-45" DJJ 140x/menit, N/R 81/22 x/m	
5.	12.20 WITA	Mengecek kelengkapan peralatan, bahan dan obat esensial untuk menolong persalinan, parus set, oksitosin 1 ampul, spuit 3 cc dan APD	
6.	12.22 WITA	Menyiapkan lampin bayi 2 buah dan pakain ganti ibu	
7.	12.25 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam pembukaan 10 cm, ketuban jernih, presentasi kepala, denominator UUK kanan depan, tidak ada bagian kecil disekitar bagian terendah janin, 5 -6 cm kepala hodge IV.	
8.	12.26 WITA	Mengajarkan posisi meneran yaitu dengan cara tangan menarik paha, kepala diangkat, dagu ditempatkan ke dada dan melihat ke arah perut ibu. ibu dapat mempraktikan dengan baik.	

Persalinan Kala II

S : - Ibu mengatakan nyeri di bagian bawah dan semakin kencang.

- Ibu mengatakan ada rasa ingin BAB
- Ibu mengatakan rasa ingin mengejan

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,^{o}C, nadi 81 x/menit, pernafasan: 22 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 145 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kanan bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 4 x 10’ dengan durasi : 40-45 detik dan intensitas : kuat.

Genetalia : Tampak adanya tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah.

Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 10 Juni 2016 Jam : 12.25 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lunak, effacement 100 %, pembukaan 10 cm, ketuban pecah dengan amniotomi, berwarna jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge IV, kontraksi adekuat,

frekuensi 4 x/ 10 menit, lamanya 40-43 detik, dan terdokumentasi dalam patograf

Anus : Tidak ada hemoroid, adanya tekanan pada anus, tampak pengeluaran feses dari lubang anus.

A :

Diagnosis : G_3P_{1011} dengan inpartu kala II janin tunggal hidup intra uteri

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 10 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	12.26 WITA	Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan. Ibu mengetahui dan berusaha untuk mengejan.	
2.	12.27 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
3.	12.28 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk(semi fowler).	
4.	12.28 WITA	Menganjurkan kepada suami untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	
5.	12.29 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	

4.	12.30 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
5.	12.31 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran**;** Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat. Ibu mengerti dan melaksanakan apa yang telah diberitahukan.	
6.	12.32 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu, buka tutup partus set dan periksa kelengkapan alat dan bahan.	
7.	12.33 WITA	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	
8.	12.34 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar	
9.	12.35 WITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 12.35 WITA.	
10.	12.37	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil Mengeringkan tubuh	

	WITA	bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering; Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 7/9, jenis kelamin laki-laki , air ketuban jernih.	

Persalinan Kala III

S :

Ibu merasakan mules pada perutnya

O :

1. Pemeriksaan Umum

   Keadaan umum baik, kesadaran composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

   Abdomen : TFU : Sepusat, kontraksi baik.

   Genitalia : Terdapat semburan darah secara tiba-tiba, tali pusat memanjang, perdarahan 150 cc.

A :

Diagnosis : G_3P_{1011} Parturient kala III

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 10 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	12.37 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam	

		uterus	
2.	12.38 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
3.	12.39 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
4.	12.40 WITA	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
5.	12.41 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggunting tali pusat diantara 2 klem.	
6.	12.42 WITA	Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan memasang topi di kepala bayi (Insiasi Menyusui Dini), menganjurkan ibu untuk memeluk bayinyasambil memperhatikan bayinya terutama pada pernapasan dan gerakan bayinya.	
8.	12.45 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 - 10 cm dari vulva	
9.	12.46 WITA	Meletakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
10.	12.47 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrainal.	
11.	12.49 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
12.	12.52 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 10	

		menit setelah bayi lahir yaitu pukul 04.00WITA.	
13.	12.53 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	
14.	12.54 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon ± 19, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat ± 60 cm, tebal plasenta± 2,5 cm,lebar plasenta ± 25 cm.	
15.	12.55 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat rufture derajat I pada perinium ibu.	
16.	12.58 WITA	Menyiapkan alat hecting set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.	
17.	13.00 WITA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perinium, memasukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka. Menyuntikan.	
18.	13.02 WITA	Melakukan tindakan penjahitan luka robekan. Melakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan. Meraba dengan ujung jari anda seluruh daerah luka. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, pasang tampon atau kassa ke dalam vagina (sebaiknya menggunakan tampan bertali). Menempatkan jarum jahit pada pemegang jarum, kemudian kunci pemegang jarum. Pasang benang jahit pada mata jarum. Lihat dengan jelas batas luka episiotomi. Peganglah pemegang jarum dengan tangan lainnya. Memberitahu ibu agar menjaga perineumnya tetap kering dan bersih. Memberitahu ibu agar memperhatikan luka jahitannya jika ada bintik merah, nanah atau jahitan yang lepas atau terbuka, atau pembengkakan segera menghubungi petugas kesehatan; Telah dilakukan penjahitan perineum.	

		Ibu mengerti dan bersedia melaksanakan saran bidan.	
19.	13.12 WITA	Melakukan evaluasi peradarahan kala III ; Perdarahan ± 150cc.	

Persalinan Kala IV

S :

Ibu merasakan perutnya terasa mules

O :

1. Pemeriksaan Umum

   Keadaan umum baik, kesadaran composmentis.Tanda-tanda Vital tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,3 °C.

2. Pemeriksaan fisik

   Payudara : Puting susu ibu menonjol, tampak pengeluaran ASI, dan konsistensi payudara tegang berisi.

   Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu setinggi pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

   Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 12.35 WITA

A :

Diagnosis : $P_{2012,}$ kala IV perdarahan 100 cc

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 10 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	13.14 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
2.	13.15 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
3.	13.18 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%	
5.	13.20 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 81x/menit, suhu 36,3℃, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 15 cc. (data terlampir pada partograf)	
4.	13.21 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah di sediakan	
6.	13.35 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
7.	13.50 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
8.	14.05 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 83 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
9.	14.35 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, suhu 36,2℃ TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ±10 cc.	

		(data terlampir pada partograf)	
10.	15.05 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, TFU teraba 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 5 cc.(data terlampir pada partograf)	
11.	15.06 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi	
12.	15.09 WITA	Melengkapi Partograf	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 Juni 2016/Pukul :12.35 WITA

Tempat :Klinik Bersalin Ibnu Sina

S :

1. Identitas

   Nama ibu/ayah adalah Ny.S dan Tn.A, alamat rumah berada di Kelurahan Muara Rapak Balikpapan, tanggal lahir bayi 10 Juni 2016 pada hari Jumat pukul 12.35 WITA dan berjenis kelamin laki-laki.

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

   Ibu hamil usia 27 tahun, hamil anak ketiga, pernah mengalami abortus, dan riwayat persalinan spontan tanpa penyulit.

O :

1. Data Rekam Medis

   a. Riwayat Persalinan Sekarang:

Keadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 81 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,3^{o}C. Jenis persalinan adalah spontan dan kondisi ketuban adalah jernih.

b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 10 Juni 2016 Jam : 12.35 WITA

Jenis kelamin laki-laki, bayi lahir segara menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan spontan,keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 7/9.

2. Nilai APGAR : 7/9

Kriteria	0	1	2	Jumlah		
				1 menit	5 menit	10 menit
Frekuensi Jantung	( ) O tidak ada	( ) O < 100	( ) O > 100	2	2	2
Usaha Nafas	( ) O tidak ada	( ) O lambat/tidak teratur	( ) O menangis dengan baik	2	2	2
Tonus Otot	( ) O tidak ada	( ) O beberapa fleksi ekstremitas	( ) O gerakan aktif	1	1	2
Refleks	( ) O tidak ada	( ) O menyeringai	( ) O menangis kuat	1	2	2
Warna Kulit	( ) O biru/ pucat	( ) O tubuh merah muda, ekstremitas biru	( ) O merah mudaseluruhnya	1	2	2
Jumlah				7	9	10

3. Pola fungsional kesehatan:

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI)
Eliminasi	- BAB (+) warna: hijau kehitaman, konsistensi: lunak - BAK (+) warna: kuning jernih, konsistensi: cair

4. Pemeriksaan Umum Bayi

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 142 x/menit, pernafasan 32 x/menit, suhu 36,5^{o}C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3400 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala : 34 cm, lingkar dada 34 cm, lingkar perut 35 cm dan lingkar lengan atas 10 cm

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput sauchedaneum, tidak tampak molase, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan.

Hidung : Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung

Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan tidak tampak ada kotoran.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat.

Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris.

Abdomen : Teraba kembung, tidak teraba benjolan/massa, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.

Punggung : Tampak simetris, tidak tampak dan tidak teraba spina bifida.

Genetalia : Perempuan, nampak labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tampak verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.

Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Status neurologi (refleks)

Glabella (+) mata bayi berkedip ketika diberikan rangsangan berupa ketukan pada daerah dahi, Mata Boneka (+) mata bayi terbuka lebar ketika kepala bayi ditolehkan ke satu sisi, Blinking (+) bayi menutup kedua matanya ketika diberikan hembusan udara, Rooting (+) ujung mulut bayi mencari objek dengan menggerakkan kepala terus menerus ketika ujung mulutnya disentuh, Sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap ketika memasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit bayi, Swallowing (+) bayi menelan dengan refleks hisapnya tanpa tersedak ketika diberi ASI, Tonick asimetris (+) bayi refleks menghadap ke sisi kiri, dengan lengan dan kaki akan lurus, sedangkan tungkainnya dalam posisi

fleksi ketika bayi di telentangkan kemudian kepala dimiringkan ke kiri begitupun sebaliknya, Tonick neck (+) bayi berusaha mempertahankan leher untuk tetap tegak ketika bayi ditentangkan kemudian menarik bayi ke arah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya, Moro (+) bayi terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, dan menangkupkankedua lengan dan kakinya ketengah badan ketika diberikan suara hentakan dengan tiba-tiba pada permukaan tersebut, Palmar Grasping (+) jari-jari bayi refleks menggengggam ketika telapak tangannya disentuh, Magnet (+) kedua tungkai bawah ekstensi melawan tekanan yang diberikan ketika dibayi di telentangkan kemudian agak fleksikan kedua tungkai bawah dan memeberi tekanan pada telapak kaki bayi, Walking (+) kaki bayi menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuh condong kedepan ketika tutbuh bayi di angkat dan diposisikan berdiri diatas permukaan lantai.

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

   Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 Juni 2016/Pukul : 20.00 WITA

   Tempat : Klinik Bersalin Ibnu Sina

S :

Ibu ingin memeriksakan keadaannya dan ibu tidak memiliki keluhan utama.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,^{o}C, nadi 82 x/menit, pernafasan: 22 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tampak tidak ada lesi, tampak kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan tampak bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan penglihatan kabur.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran secret

Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak tampak pernapasan cuping hidung

Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tremor.

Leher : Tidak tampak hyperpigmentasi, tidak tampak peradangan tonsil dan faring, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi

jantung 82 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, tampak jahitan pada luka perinium baik.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, homan sign negatif, reflex bisep dan trisep positif.

Bawah : Bentuk simetris, teraba oedema, tidak ada varices,kapiler refill baik, homan sign negatif, reflex babinski dan patella positif.

c. Terapi

Amoxicillin	3 x 500 mg
Tablet tambah darah	1x1
Vitamin A	2 x 1

A :

Diagnosis : P_{21022} post partum spontan 8 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 10 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	20.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
2.	20.02 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai ASI eksklusif dan perawatan payudara (SAP dan leaflet terlampir)	
3.	20.17 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan± 10 menit mengenai kebutuhan dasar ibu nifas (SAP dan leaflet terlampir)	
5.	20..27 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya pada hari ke 4 yaitu pada tanggal 14 Juni 2016; Ibu bersedia dilakukannya kunjungan hari 4.	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 14 Juni 2016/Pukul :10.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Pembimbing : Susi Purwanti, S,SiT, M.PH

S :

Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan utama, darah nifas masih keluar sedikit, warna merah, pengeluaran ASI sudah lancar, BAK dan BAB lancar.

Ibu mengatakan belum bisa memandikan bayinya sendiri

O :

a. PemeriksaanUmum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,4^{o}C, nadi 81 x/menit, pernafasan 22 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tampak tidak ada lesi, tampak kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan tampak bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat, tampak varicela

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan penglihatan kabur.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak tampak pernapasan cuping hidung

Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tremor.

Leher : Tidak tampak hyperpigmentasi,tampak varicela, tidak tampak peradangan tonsil dan faring, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris,tidak tampak retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, payudara tampak tegang berisi, payudara teraba keras.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae bifide,tampak varicela tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, luka jahitan baik, tampak kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Anus : Tidak tampak hemoroid.

Ekstremitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari refill baik, homan sign negatif, reflex bisep dan trisep positif.

Bawah : Bentuk simetris, tidak teraba oedema, tidak ada varices, cavilari refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

A :

Diagnosis : P_{21022} post partum spontan hari ke-4

Masalah : ibu tidak dapat memandikan bayinya

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 14 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10.55 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini.	
2.	11.05 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai Senam nifas ±15 menit (SAP dan leaflet terlampir). Ibu dapat melakukan senam nifas, dan memahami fungsi senam nifas.	
3.	11.20 WITA	Melakukan penyuluhan tentang mengkonsumsi makanan yang bergizi (melalui lembar balik). Ibu mengerti dan memahami penjelasan yang diberikan.	
4.	11.30 WITA	Mengajarkan kepada ibu untuk memandikan bayi sendiri. Ibu memahami dan akan mencoba memandikan bayinya sendiri.	
5.	10.35 WITA	Mengontrak ibu dengan membuat kesepakatan dilakukan pemeriksaan masa nifas pada kunjungan selanjutnya yaitu pada tanggal 20 Juni	

		2016 atau saat ada keluhan.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 Juni 2016/Pukul :10.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Pembimbing : Hj. Suryani, SST

S :

Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan utama, darah nifas masih keluar sedikit, warna kekuningan, pengeluaran ASI sudah lancar, BAK dan BAB lancar.

O :

c. PemeriksaanUmum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,4^{o}C, nadi 81 x/menit, pernafasan 22 x/menit.

d. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tampak tidak ada lesi, tampak kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan tampak bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat, tampak varicela

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan penglihatan kabur.

Telinga	:	Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret
Hidung	:	Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak tampak pernapasan cuping hidung
Mulut	:	Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tremor.
Leher	:	Tidak tampak hyperpigmentasi,tampak varicela, tidak tampak peradangan tonsil dan faring, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
Dada	:	Bentuk dada simetris,tidak tampak retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.
Payudara	:	Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, payudara teraba keras.
Abdomen	:	Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae bifide,tampak varicela tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU sudah tidak teraba, dan kandung kemih kosong.
Genetalia	:	Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka parut,

tidak tampak fistula, luka jahitan baik, tampak kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Anus : Tidak tampak hemoroid.

Ekstremitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari refill baik, homan sign negatif, reflex bisep dan trisep positif.

Bawah : Bentuk simetris, tidak teraba oedema, tidak ada varices, cavilari refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

A :

Diagnosis : P_{21022} post partum spontan hari ke-10

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 20 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10.55 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini.	
2.	11.05 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai Senam nifas ±15 menit (SAP dan leaflet terlampir)	
3.	10.15 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang untuk banyak mengkonsumsi sayur-sayuran, buah-buahan, serta	

		makanan yang mengandung protein	
4.	10.25 WITA	Mengajarakan kepada ibu posisi menyusui yang benar	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 14 Juni 2016/Pukul :10.00 WITA

Tempat :Rumah Ny.S

Pembimbing : Susi Purwanti, S.SiT, M.PH

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 140 x/menit, pernafasan 38 x/menit dan suhu 36 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3500 gram, panjang badan 49 cm, pemeriksaan lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 34 cm, lingkar perut 36 cm dan lingkar lengan atas 9,6 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Tamapak simetris, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak tanda-tanda infeksi tali pusat, abdomen teraba kembung, tidak teraba benjolan/massa.

Punggung : Tampak simetris, tidak tampak dan tidak teraba spina bifida.

Genetalia : Perempuan, tampak klitoris, tampak labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tampak verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.

Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh Ibunya. Ibu menyusui bayinya secara on-demand. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	- BAB 1 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 2 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi sudah dimandikan - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 4 hari

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 14 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	09..30 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
2.	09.45 WITA	Memepersiapkan pakaian bayi, dan mempersiapkan peralatan mandi bayi	
3.	10.00 WITA	Memandikan bayi dari bagian kepala sampai bagian kaki, member sabun terlebih dahulu, lalu memandikan bayi.	
2.	10.10 WITA	Memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan/tangisan tidak ada, merintih, bayi sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut sgera kepelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang di sampaikan.	
3.	10.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan 10 menit mengenai cara memandikan bayi.	
4.	10.25 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai cara merawat tali pusat.	
5.	10.35 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai cara imunisasi(SAP dan leaflet terlampir).	
8.	10.45 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 10 hari selanjutnya pada tanggal 20 Juni 2016 atau ada saat keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 Juni 2016/Pukul :10.00 WITA

Tempat :Rumah Ny.S

Pembimbing : Hj. Suryani, SST

S:

- ibu mengatakan tali [usat bayi sudah lepas pada hari sabtu tanggal 18 juni 2016.

O:

d. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 145 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3600 gram, panjang badan 49 cm, pemeriksaan lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 35 cm, lingkar perut 36,5 cm dan lingkar lengan atas 10 cm.

e. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Tamapak simetris, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak tanda-tanda infeksi tali pusat, abdomen teraba kembung, tidak teraba benjolan/massa. Tali pusat sudah lepas, bagian daerah tali pusat terlihat kering.

Punggung : Tampak simetris, tidak tampak dan tidak teraba spina bifida.

Genetalia : Perempuan, tampak klitoris, tampak labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tampak verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.

Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

f. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh Ibunya. Ibu menyusui bayinya secara on-demand. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	- BAB 2 kali/hari konsistensi lunak warna kekuningan - BAK 5 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi sudah dimandikan - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 10 hari

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 20 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	09..30 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
2.	10.10 WITA	Memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan/tangisan tidak ada, merintih, bayi sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut sgera kepelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang di sampaikan.	
3.	10.25 WITA	Memberitahukan kepada ibu untuk membawa anaknya ke fasilitas kesehatan untuk dapat mendapatkan imunisasi.	

F. Dokumentasi Manajemen Asuhan Kebidanan KB

Tanggal Pengkajian/Waktu : 20 Juni 2016/ 10.45 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

S : Ibu berencana akan menggunakan kontrasepsi dengan tujuan ingin menunda memiliki anak

1. Riwayat Kesehatan Klien

   Ibu tidak sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang kronis, yang dapat memperberat atau diperberat oleh kehamilan, menular ataupun berpotensi menurun.

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny. S, ibu tidak memeiliki riwayat kesehatan tertentu dan tidak memiliki riwayat alergi makanan tertentu. Selain itu ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun, serta tidak ada riwayat keturunan kembar.

3. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. S adalah 17 September 2015, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 19 Juni 2016 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28-30 hari, lama haid 5-6 hari, banyaknya haid setiap harinya 2-3 kali ganti pembalut, warna darah merah, encer, kadang bergumpal. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid.Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 12 tahun.

4. Riwayat Obstetri

No	Kehamilan				Persalinan				Anak					Nifas	
	Suami	Ank	UK	Pny	Jns	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	BB/PB	H	M	Abnormalitas	Laktasi	Peny
1.	Abortus														
2	1	1	Aterm	Tdk ada	Spontan	Bidan	BPM	Tdk ada	L	3200gr / 50 cm	H	-	-	+	Tdk ada

5. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi seporsi, lauk pauk 2 potong, sayur dan terkadang dengan buah-buhan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi.Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 4-5x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair,

	tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari atau 1x/2hari, berwarna cokelat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat	Tidur siang selama ± 1-1,5 jam/hari. Tidur malam selama ±6-7 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak, mengurus anak. Belum ada kegiatan yang dilakukan keluar rumah
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Kebiasaan	Tidak ada
Seksualitas	Belum ada melakukan hubungan seksual

6. Riwayat KB

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia 18 tahun, lama menikah ± 9 tahun, status pernikahan sah. Ini merupakan kelahiran anak yang kedua. Kultural dalam keluarga ibu tidak memiliki adat istiadat atupun tradisi yang dapat mempengaruhi kehamilan. Sebelumnya Ibu memakai KB pil ± 4 bulan, memilki keluhan lupa untuk mengkonsumsi obat PIL, dan akhirnya ibu mengganti alat kontrasepsi dengan KB Suntik 3 bulan dan ibu hanya memilki keluhan wajah berjerawat.

O:

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuruan tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,5^{o}C, nadi 83 x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran asi, tampak hiperpigmentasi pada aerolla mammae, putting susu tampak menonjol. Tampak pembesaran, tidak teraba

massa/oedem, ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas operasi, tidak teraba massa/pembesaran.

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan edema tungkai. Pada ekstremitas atas tidak ada oedema dan cavilari refil kembali dalam waktu $\geq$ 2detik, refleks bisep dan trisep (+.) Dan pada ekstremitas bawah tampak oedema berkurang, cavilari refill kembali dalam waktu $\geq$2detik serta homan sign (-), refleks babinski dan patella (+).

A:

Diagnosa : P_{21022}, usia 27 tahun dengan calon akseptor KB Suntik 3 bulan

Masalah : Berjerawat saat menggunakan alat kontrasepsi suntik

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak ada

P :

Tanggal 20 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	11.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	
2.	11.20 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai kontrasepsi mantap, keuntungan dan kerugiannya	

3.	11.35 WITA	Menanyakan ulang kepada ibu tentang keuntungan dan kerugian menggunakan alat kontrasepsi	
4.	11.45 WITA	Menanyakan kembali kepada ibu, alat kontarsepsi yang akan ibu gunakan	
5.	11.55 WITA	Menanyakan ulang lagi kepada ibu bahwa ibu benar ingin menggunakan alat kontrasepsi suntik. Dan mengetahui keuntungan dan kerugian saat menggunakan alat kontrasepsi KB suntik tersebut	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Dipembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang ada. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang meliputi :

1. Kehamilan

Klien bernama Ny. “S” usia 27 tahun G_3P_{1011} hamil 34-35 minggu janin tunggal, hidup, intrauteri, yang bertempat tinggal di Kelurahan Muara Rapak Kecamatan Balikpapan Utara Kota Balikpapan. Ny. “S” saat ini sedang mengandung anak ketiga

Selama kehamilan, Ny. “S” memeriksakan kehamilannya secara teratur sebab Ny. “S” tidak ingin terjadi masalah dengan kehamilannya serta menghindari terjadinya masalah pada persalinan nanti. Pada trimester 1 Ny. “S” melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali, pada trimester II sebanyak 1 kali, pada trimester III sebanyak 6 kali. Frekuensi pemeriksaan ini telah memenuhi standar sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa WHO menganjurkan sedikitnya ibu hamil melakukan 4 kali kunjungan Antenatal Care (ANC) selama kehamilan yaitu dengan frekuensi pemeriksaan ANC pada trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali, trimester III minimal 2 kali (Kusmiyanti, 2009).

Dari pemeriksaan yang dilakukan terhadap Ny. S di dapatkan keluhan yang dirasakan Ny. S kram pada bagian tangan, dengan hasil keadaan umum baik, kesadaran composmetis, Tekanan Darah 120/70 mmHg, Nadi 81 x/m, R 22x/m, S 36 ˚C, dari hasil pemeriksaan didapatkan bahwa Ny. S dalam keadaan normal. . Kram pada bagian tangan tidak lebih dari tangan terlalu banyak bekerja yang membutuhkan istirahat untuk memungkinkan ketegangan otot mereda ke tingkat normal. Keluhan yang di rasakan Ny. " S" saat trimester III mengalami nyeri pada bagian punggung.

Keluhan ini sesuai dengan teori yaitu Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya (Kusmiyanti, 2009).

Menurut penulis keluhan kram pada tangan yang dirasakan Ny. S masih dirasakan normal, karena dari hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap Ny. S juga masih normal, sehingga penulis beranggapan jika kram pada tangan yang di derita ibu merupakan hal yang fisiologis.

Menurut Depkes RI (2009) standar asuhan pelayanan *Antenatal care* 10 T meliputi; timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekana darah, menilai status gizi buruk (LILA), mengukur TFU, menentukan presentasi janin, menghitung denyut jantung janin, skrining status imunisasi TT, tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium, tata laksana kasus, dan temu wicara (konseling).

Penulis berpendapat, dengan adanya ANC yang berstandar 10 T maka resiko atau penyulit pada ibu hamil dapat dideteksi sejak dini, adapun pelayanan yang diberikan sebagai berikut :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. S adalah 73 kg. Ny.S mengatakan sebelum hamil berat badannya 60 kg. Sehingga Ny. S mengalami kenaikan berat badan sekitar 13 kg.

Menurut Sukarni tahun 2013 kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg-16,5 kg.

Menurut penulis kenaikan berat badan yang dialami Ny. S masih dalam batas normal karena tidak melebihi dari 16,5 kg. Kenaikan berat badan tersebut didukung dengan asupan nutrisi yang baik pada saat hamil. Pertambahan berat badan ibu selama kehamilan dapat digunakan sebagai indikator pertumbuhan janin dalam rahim

b. Pemeriksaan tekanan darah

Tekanan darah Ny. S selalu dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan terakhir 120/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2009, tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg - 140/90 mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau preeklamsi dalam kehamilan.

Penulis berpendapat, dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada setiap kunjungan, dapat diketahui pula ibu beresiko atau tidak dalam

kehamilannya dan menurut penulis tekanan darah Ny. S normal karena tidak melebihi 140/90 mmHg.

c. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

Hasil pemeriksaan Lila Ny.S adalah 28 cm. Menurut Kusmiyati tahun 2009, Lila ibu hamil normalnya yaitu 23,5 cm – 36 cm. Pengukuran Lila hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Menurut penulis dengan mengukur status gizi pada ibu hamil, dapat diketahui kecukupan gizi pada ibu. Apabila gizi ibu kurang, tentunya kurang pula asupan gizi ke janin dan Lila Ny.S termasuk normal karena tidak kurang dari 23,5 cm. Sehingga antara teori dan praktek tidak terjadi kesenjangan.

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Hasil pengukuran TFU Ny.S normal dan sesuai dengan usia kehamilannya yaitu 32 cm atau 3 jari dibawah procesus xifoideus pada umur kehamilan 34-35 minggu. Kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan hasil 2635 gram.Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Manuaba tahun 2010, umur kehamilan 34-45 minggu TFU normalnya 2 jari dibawah procesus xifoideus.

Penulis berpendapat, perlunya dilakukan pengukuran TFU pada ibu hamil yakni sebagai acuan pertambahan berat badan janin dalam keadaan normal atau tidak.

e. Mentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Hasil saat dilakukan pemeriksaan palpasi leopold pada Ny. S , presentasi janin normal yaitu kepala sebagai bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal yaitu 140 x/menit. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba tahun 2010, letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Menentukan presentasi janin dimulai pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin.Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepal janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin, atau kelainan panggul sempit. Selain itu penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan ANC. DJJ normal yaitu 120-160 x/menit.

Penulis berpendapat dengan dilakukannya asuhan tersebut, dapat menjadi acuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa klien. Sehingga dapat dilakukan asuhan selanjutnya berdasarkan diagnosa yang telah ditentukannya dan posisi janin Ny. S tidak mengalami kelainan letak, DJJ normal karena tidak melebihi 160 x/menit.Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

f. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus

Saat dilakukan anamnesa mengenai imunisasi TT Ny. S mengatakan telah mendapat imunisasi TT saat bayi sebanyak 3 kali, saat sekolah 2 kali, saat menikah 1 kali, saat hamil anak pertama 1 kali, dan saat hamil anak kedua 1 kali. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT.

Hal ini sependapat dengan teori yang dipaparkan Kusmiyati, dkk tahun 2008, pemberian imunisasi TT pada saat ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini sehingga apabila Imunisasi TT5 sudah didapatkan *(TT Long live)* tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Menurut penulis imunisasi TT Ny. S sudah lengkap sampai TT5.Sesuai dengan teori yang sudah dijelaskan di atas Ny.S sudah tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.Imunisasi TT penting diberikan sebagai pencegahan terhadap penyakit Tetanus.

g. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Saat dilakuakn anamnesa Ny.S mengatakan mendapatkan tablet Fe di Prakter Dr. Rachmat di Ibnu Sina semenjak kehamilan trimester II hingga akhir trimester III. Tablet Fe yang Ny.S dapatkan sebanyak 30 tablet setiap bulan. Sehingga sampai pada trimester akhir kehamilan Ny.S mendapatkan lebih dari 90 butir tablet Fe yang dikonsumsi secara rutin. Ny. S meminum tablet Fe 1 x sehari pada malam hari dengan air putih.

Menurut Kusmiyati tahun 2009, pemberian suplement tablet tambah darah atau zat besi pada ibu hamil minimal 90 butir.Setiap tablet zat besi mengandung FeSO4 320 MG (zat besi 30 mg), dasar pemberian zat besi adalah adanya perubahan volume darah (peningkatan sel darah merah 20-30% sedangkan peningkatan plasma darah 50 %). Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersamaan dengan teh atau kopi karena mengandung tanin dan pitat yang menghambat penyerapan zat besi..

Menurut penulis Ny. S sudah patuh dalam mengkonsumsi tablet Fe, dan sudah benar tentang cara meminumnya. Dengan demikian resiko Ny.S untuk terkena anemia sangatlah kecil.

h. Test laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan hemoglobin Ny.S dilakukan dirumah Ny.S dengan menggunakan alat hb digital dengan hasil 11,9 gr%. Pemeriksaan laboratorium khusus tidak dilakukan karena tidak ada indikasi.

Hal tersebut sesuai dengan Teori Saifuddin tahun 2007, pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu pada saat TM I dan TM III.Kadar Hb normal pada ibu hamil yaitu tidak kurang dari 11 gr%.

Menurut penulis kadar Hemoglobin darah Ny. S normal karena tidak kurang dari 11gr% dan Ny. S tidak mengalami anemia.

Pemeriksaan laboratorium berupa tes protein dan PMS tidak dilakukan pada Ny. S karena tidak ada keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut.

Hal ini didukung dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2009, bahwa pemeriksaan urine untuk tes protein dan urine glukosa dapat dilakukan atas indikasi, bila ada kelainan ibu dirujuk. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus seperti test PMS dapat dilakukan apabila ada indikasi dan pada daerah yang rawan.

i. Tatalaksana kasus

Hasil dari semua pemeriksaan yang telah dilakukan, didapatkan bahwa masalah-masalah yang di keluhankan Ny.S masih dalam batas

normal dan penatalaksanaannya pun masih dalam batas kewenangan bidan, sehingga tidak memerlukan tindakan rujukan.

Menurut Manuaba tahun 2010, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

Berdasarkan dengan teori yang sudah dipaparkan di atas penulis berpendapat bahwa perencanaan penatalaksanaan kegawat daruratan untuk merujuk tidak dilakukan pada Ny. S mengingat hasil pemeriksaan Ny.S dalam batas normal.Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

j. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan

Ny. S dan keluarga sebagai pengambil keputusan telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Sehubungan dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2009, pada trimester III petugas kesehatan baiknya memberikan konseling kepada ibu dan suami untuk merencanakan proses persalinannya, dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB setelah bersalin. Diakhir kunjungan Ny. S merencanakan ingin bersalin di Sayang Ibu.

Hal tersebut sesuai dengan teori Saifuddin tahun 2008, konseling diberikan pada setiap kunjungan ANC disesuaikan dengan kebutuhan ibu.Saat pelaksanaan ANC juga telah dilakukan perencanaan persalinan yang meliputi rencana tempat bersalin, penolong persalinan, transportasi, biaya,

serta keperluan ibu dan bayi. Secara keseluruhan penulis tidak mengalami kesulitan pada saat temu wicara dengan Ny.S, hal ini dikarenakan Ny.S kooperatif dan mau bekerjasama sehingga konseling berjalan lancar.

2. Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. S yaitu 38-39 minggu. Menurut JNPK-KR tahun 2008, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan Benson tahun 2009, yaitu kehamilan cukup bulan (aterm) atau pematangan janin terjadi pada minggu 37-40 adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal. Penulis menyimpulkan bahwa tanda-tanda persalinan yang dialami Ny.S sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik.

Tanggal 10 Juni 2016 pukul 03.00 WITA Ny.N merasa kencang-kencang dan sudah keluar lendir darah dan apabila dibawa berjalan sakitnya berhenti. Tanggal 10 Juni 2016 pukul 08.00 WITA Ny.S memutuskan untuk segera memeriksakan diri ke Klinik Bersalin Ibnu Sina karena Ny. S merasakan mules diperut dan kencang-kencang yang semakin sering. Klien mengeluh sakit dan nyeri di bagian bawah pinggang menjalar hingga ke perut, yang kemudian diikuti kencang-kencang yang semakin sering. Pada pukul 08.20 WITA saat di periksa dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio lembut, efficement 25 %, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, pembukaan serviks 1 cm, penurunan kepala hodge I , DJJ 140 x/menit dengan HIS yang semakin

kuat 3x dalam 10 menit dengan durasi 30-35 detik, Ny. S disuruh pulang karena masih pembukaan 1 cm.

Kemudian pada pukul 11.30 WITA Ny. S memeriksakan diri lagi ke ibnu sina karena dirasakan kencang- kencang yang semakin sering setelah dilakukan pemeriksaan dalam portio lembut tipis, effiecement 50%, pembukaan serviks 4 cm, posisi kepala janin pada hodge III, DJJ 140 x/ menit, dengan HIS 4 x dalam 10 menit dengan durasi 40 – 45 detik.

Kemudian pada pukul 12.00 WITA Ny. S diperiksa lagi karena Ny. S mengeluhkan perut sangat kencang- kencang dan ada rasa ingin buang air besar, setelah dilakukan pemeriksaan dalam portio teraba lembut tipis, effacement 80%, pembukaan serviks 8 cm, posisi kepala janin pada hodge III, DJJ 138 x/menit, dengan HIS 4 x dalam 10 menit dengan durasi 40- 45 detik.

Kemudian pada pukul 12.25 WITA Ny. S mengeluhkan ada rasa dorongan ingin meneran, dan ada rasa ingin buang air besar, dilakukan pemeriksaan dalam lagi dan didapatkan hasil pemeriksaan portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan serviks 10 cm, hodge IV, DJJ 140 x/menit, dengan HIS 4 xdalam 10 menit dengan durasi 40-45 detik.

Dari hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. S dapat disimpulkan dari pemeriksaan dalam pukul 11.20 WITA didapatkan hasil pembukaan Ny. S 4 cm, kemudian pada pukul 12.00 WITA didapatkan hasil pembukaan Ny. S 8 cm. Pukul 12.25 Ny. S sudah memasuki pembukaan 10 cm effacement 100%.

Dari teori yang penulis dapatkan pembukaan serviks terbagi 2 fase yaitu fase laten pada fase ini pembukaan sangat lambat. Dan pada fase aktif

terbagi lagi dalam fase akselerasi dari pembukaan 3 – 4 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase dilatasi maksimal dari pembukaan 4 – 9 cm yang dicapai dalam 2 jam, dan fase deselerasi dari pembukaan 9 – 10 cm selama 2 jam. pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin (Rukiyah,2009).

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin (Rukiyah, 2009).

Penulis berpendapat antara teori dan praktek yang didapat dilahan praktek mengalami kesenjangan, karena dari pembukaan 4 cm ke pembukaan 10 cm hanya berjarak 1 jam 5 menit, dan dari teori yang didapatkan penulis dari pembukaan 4 cm ke pembukaan 9 cm waktu yang dicapai adalah 2 jam.

Selain itu penulis berpendapat kemungkinan ada kesalahan dalam melakukan pemeriksaan dalam yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang berada dilahan praktek. Sehingga didapatkan pembukaan yang sangat cepat.

Selain faktor kesalahan dalam melakukan pemeriksaan dalam penulis berpendapat HIS yang dialami Ny. S sangat kuat sehingga membuat pembukaan Ny. S semakin cepat dari waktu normal biasa ibu bersalin.

Penulis juga berpendapat persalinan cepat yang dialami Ny. S bisa saja ada kesalahan dari manusia saat melakukan pemeriksaan dalam.

Mulai pembukaan lengkap jam 12.30 WITA ibu dimotivasi atau boleh untuk mengejan apabila rasa sakit atau kontraksinya mulai semakin kuat.

Pembukaan lengkap Ny. S terjadi pada pukul 12.30 WITA dan bayi lahir pukul 12.35 WITA, lama kala II Ny. S berlangsung selama 5 menit dan ini merupakan keadaan yang normal. Hal tersebut sesuai dengan teori JNPK-KR tahun 2008, mengungkapkan bahwa pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam.

Penulis berpendapat, proses persalinan Ny. S berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf. Ny. S telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan klien berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik.

Bayi lahir spontan dan segera menangis pada pukul 12.35 WITA, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3400 gram panjang 48 cm.

Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung diletakkan di dada Ny.S untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Menurut Sumarah, dkk tahun 2008, sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari putting susu dang ibu.

Menurut penulis IMD sangatlah penting karena mendatangkan manfaat yang sangat banyak bagi bayi khususnya, antara lain dada ibu

menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Hal ini akan menghindari bayi dari kedinginan atau *hypotermia*.

Pada saat bayi lahir plasenta belum keluar, bidan pun segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. S dimulai dari penyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta bidan melakukan PTT, lahirkan plasenta, kemudian melakukan masase uteri.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh JNPK-KR (2008), manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri.

Pukul 12.40 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat ± 50 cm, tebal plasenta ± 2-3 cm, lebar plasenta ± 20 cm. Lama kala III Ny. S berlangsung ± 5 menit.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan JNPK-KR tahun 2008 bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala III berlangsung rata - rata antara 5 sampai 10 menit.Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit. Selain itu didukung pula dengan teori yang menjelaskan bahwa biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan cc atau dengan tekanan pada fundus uteri (WHO, 2013).

Menurut penulis antara teori dan praktik sesuai dengan yang dialami dengan Ny. S lahir tidak lebih dari 30 menit.

Pukul 12.40 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi yaitu mulai dari mukosa, kulit vagina dan otot perineum. Sesuai dengan pengkategorian laserasi menurut Depkes RI tahun 2004, laserasi perineum derajat II yaitu yang luasnya mengenai mukosa, kulit vagina dan otot perineum, perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka.

Penulis berpendapat laserasi yang dialami Ny. S masih dalam batas normal, dan masih dapat ditangan di Klinik Bersalin Ibnu Sina, sehingga penulis dapat menyimpulkan teori dan praktik sesuai yang dialami Ny. S.

Setelah dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, bidan melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Oleh karena itu, penulis melakukan observasi tersebut setiap 15 menit pada jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah melahirkan (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

Penulis berpendapat, dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

3. Bayi Baru Lahir

Kehamilan Ny. S berusia 38-39 minggu. Menurut Muslihatun, 2011 mengemukakan bahwa normalnya bayi lahir dengan usia kehamilan 37- 42 minggu dengan berat lahir antara 2500- 4000 gram. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena saat

bersalin usia kehamilan Ny.S aterm dan berat badan bayi Ny.S diatas 2500 gram.

Setelah bayi lahir dilakukan penilaian Apgar Score (AS), didapatkan hasil A/S bayi Ny.N yaitu 7/9. Penilaian ini termasuk dalam keadaan normal karena menurut Saifuddin tahun 2006, bahwa bayi normal/asfeksia ringan apabila memiliki nilai AS 7-10, asfeksia sedang apabila nilai AS 4-6, dan bayi asfeksia berat apabila nilai AS 0-3.Sehingga penulis berpendapat bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena nilai AS bayi Ny.S dalam batas normal yaitu 7/9.

Kemudian dilakukannya pemotongan tali pusat dengan cara mengklem tali pusat 3 cm didepan dinding perut bayi dan memotong tali pusat. Dilakukannya perawatan tali pusat dengan cara membungkus tali pusat dengan kassa steril tanpa membubuhkan apapun serta menjaga agar tali pusat selalu kering. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan Muslihatun tahun 2010 perawatan umbilicus dimulai segera setelah bayi lahir dan tali pusat harus tetap kering.

Penulis sependapat dengan teori diatas perawatan tali pusat sangat penting dilakukan agar mencegah terjadinya infeksi pada potongan tali pusat yang tersisa pada bayi. Apabila perawatan tali pusat dapat dilakukan dengan prinsip bersih dan kering, maka tali pusat akan cepat mengering dan terlepas dengan sendirinya. Setelah dilakukan perawatan tali pusat kemudian bayi diberikan kepada ibu untuk dilakukan IMD.

Setelah 1 jam dilakukan IMD, dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi Ny.S dengan hasil yaitu BB : 3400 gram, PB : 48 cm, LK : 34 cm, LD: 34 cm, caput (-), cephal (-), miksi (-), defekasi (-), cacat (-), reflek normal. Menurut Depkes tahun 2005, bayi baru lahir normal memiliki ciri

berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm dan lingkar kepala 33-35 cm. Penulis berpendapat, hasil dari pemeriksaan fisik bayi Ny.S dalam batas normal dan sesuai dengan teori. Pemeriksaan fisik awal pada bayi baru lahir dilakukan sesegera mungkin dengan tujuan untuk menentukan apakah terdapat kelainan atau tidak pada bayi serta memudahkan untuk menentukan tindakan lebih lajut.

Setelah pemeriksaan fisik, bayi Ny.S diberikan tetes mata dan injeksi vitamin K 0,5 cc secara Intra Muscular (IM) pada paha kiri anterolateral. Setelah satu jam kemudian bayi Ny.S diberikan imunisasi hepatitis B secara IM pada paha kanan anterolateral. Asuhan ini di berikan sesuai dengan teori JNPK tahun 2008, bahwa 1 jam setelah bayi lahir dilakukan penimbangan dan pemantauan antropometri serta pemberian tetes mata profilaksis dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, diberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan anterolateral.

Penulis berpendapat bahwa tujuan diberikannya salep mata pada bayi Ny. S yaitu untuk membersihkan mata dari air ketuban, lendir dan darah yang menempel pada bagian mata bayi Ny. S yang dapat mengganggu mata bayi melihat secara jernih karena bayi melalui jalan lahir yang terkontaminasi oleh cairan pervaginam , sedangkan tujuan diberikannya vit. K pada bayi Ny. S yaitu untuk mencegah terjadinya perdarahan pada otak bayi.Sehingga sangat penting bagi bayi baru lahir untuk mendapatkan salep mata dan pemberian vit. K.

4. Nifas

Pada masa nifas, Ny. S mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 4 kali yaitu saat 7 jam post partum, 3 hari post partum, 2 minggu post partum.Hal ini sesuai dengan kebijakan program nasional bahwa kunjungan masa nifas dilakukan saat 6-8 jam post partum, 2-6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 4-6 minggu post partum (Suherni, dkk tahun 2009).

Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas.

Pada saat kunjungan hari ke 4 dilakukan observasi KU, kesadaran, status emosi, TTV, ASI, kontraksi uterus, dan perdarahan post partum semua dalam batas yang normal, terkecuali payudara ibu yang mengalami pembengkakan. Asuhan yang diberikan pada Ny.S selama masa nifas meliputi pemberian KIE tentang nutrisi nifas, mobilisisasi dini, tanda bahaya nifas, cara perawatan luka jahitan perinuim serta mengajarkan ibu senam nifas. Menurut Prawiroharjo tahun 2008 bahwa faktor yang mempengaruhi involusi uterus antara laim senam nifas, mobilisasi dini, serta gizi yang baik.

Dan untuk bendungan ASI yang di alami Ny. S masih dalam batas normal, dari teori yang penulis temukan bendungan ASI terjadi karena sumbatan pada saluran ASI, tidak dikosongkan seluruhnya (Manuaba, 2010). Yang mana payudara bengkak yang dialami ibu, karena ibu tidak menyusukan anaknya , dan setelah dilakukan kunjungan ulang pada hari ke 10, payudara Ny. S kembali normal tidak bengkak seperti kunjungan hari ke 4.

Berdasarkan uraian diatas penulis menyimpulkan bahwa senam nifas sangat penting karena pengaruh gerakan otot-otot pada ibu nifas dapat membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul serta dapat mempercepat kembalinya bagian - bagian tersebut kembali seperti saat sebelum hamil. Hal ini terbukti dengan hasil yang didapatkan oleh Ny.S karena setiap dilakukannya kunjungan rumah uterus ibu mengecil secara bertahap, ibu tidak mengalami perdarahan , mobilisasi ibu cukup baik, luka jahitan pada perinium ibu cepat mengering, serta perut ibu yang semakin mengecil kembali seperti saat sebelum hamil.

Selain mengalami bendungan ASI Ny. S tidak dapat memandikan bayinya, sehingga menurut penulis itu menjadi masalah yang ada pada Ny. S, seharusnya Ny. S memandikan sendiri bayinya agar dapat terjalin hubungan antara ibu dan anaknya. Tapi Ny. S masih ada rasa ketakuatan untuk memandikan bayinya, karena Ny. S beralasan tali pusat bayi masih ada jadi Ny. S masih takut. Tapi setelah dilakukan kunjngan hari ke 10 Ny. S sudah bisa memandikan bayinya sendiri, tanpa dibantu lagi oleh orang lain.

5. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 7 jam, 3 hari, dan 2 minggu. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Muslihatun (2010) yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN-1 dilakukan 6-8 jam, KN-2 dilakukan 3-7 hari, KN-3 dilakukan 8- 28 hari.

Dari kunjungan Neonatus yang dilakukan penulis di dapatkan hasil pemeriksaan seperti berat badan 3500 gram, panjang badan 49 cm, lingkar

kepala 34 cm, lingkar dada 34 cm, dan lingkar perut36 cm mengalami kenaikan beberapa cm dan untuk berat badan bayi mengalami peningkatan berat badan.

Menurut Nursalam, dkk tahun 2005 pada usia beberapa hari, berat badan bayi mengalami penurunan yang sifatnya normal, yaitu sekitar 10% dari berat badan waktu lahir. Hal ini disebabkan karena keluarnya mekonium dan air seni yang belum diimbangi dengan asupan yang mencukupi. Sehingga bidan memberikan menyarankan pada ibu untuk tidak khawatir dan memberikan konseling untuk tetap menyusui bayinya secara on-demand hingga 6 bulan.

Menurut penulis hasil dari setiap kunjungan yang dilakukan pada bayi Ny. S semua dalam batas normal, hanya saja dari teori dan praktik pada bayi Ny. S mengalami kesenjangan, karena pada hari sebelum kunjungan Ny. S selalu memberikan ASI kepada bayinya, sehingga terjadi peningkatan berat badan bayi.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Pada asuhan kebidanan kontrasepsi Ny. S mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan dengan alasan riwayat KB sebelumnya adalah menggunakan KB suntik 3 bulan dan ibu merasa cocok serta tidak ada keluhan selama penggunaan kontrasepsi tersebut. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan dari ibu sendiri dan didukung oleh suami. Setelah mendapatkan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian kontrasepsi KB suntik 3 bulan, ibu tetap memilih kontrasepsi tersebut dan mengerti atas penjelasan yang telah diberikan.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Pada saat memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. S di temui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Penjaringan pasien

   Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan studi kasus adalah dalam hal penjaringan pasien.Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit.Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

2. Waktu yang terbatas

   Pelaksanaan asuhan kebidanan komprefensif yang bersamaan dengan kegiatan PKK III dan PKL II terkadang menyebabkan kesulitan bagi peneliti untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang sangat terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. S Kelurahan Muara Rapak Balikpapan Utara, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis:

a. Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif. Kehamilan tidak termasuk berisiko dan hingga akhir kehamilan kondisi klien dalam keadaan fisiologis.
b. Melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif. Persalinan berlangsung normal tanpa ada penyulit.
c. Melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif. Bayi lahir sehat secara spontan, segera menangis dan tanpa kelainan konginental.
d. Melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Bayi tidak ditemukan penyulit pada masa neonatus.
e. Melakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif. Klien diberikan konseling tentang semua kontrasepsi. Konseling berjalan lancar dan ibu merencankan akan memilih kontrasepsi suntik namun karena ibu masih dalam masa nifas dan juga harus menunggu hasil keputusan suami untuk sementara ibu belum memakai alat kontrasepsi.

B. Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan diharapkan dapat memberikan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif, agar dapat menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi.
2. Bagi Puskesmas Wilayah kerja setempat diharapkan dapat memberikan pelayanan yang lebih baik lagi, dengan selalu ramah terhadap klien yang datang, dan dapat berkomunikasi yang baik sehingga dapat tercipta hubungan yang lebih baik lagi.
3. Bagi penulis

   Bagi penulis diharapkan dapat mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif melalui pendidikan dan pencegahan serta mendapat pengalaman secara nyata di lapangan agar dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan hubungan yang baik agar dapat melaksanakan dengan maksimal.
4. Bagi institusi Poltekkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dan untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan dari masa kehamilan sampai pada saat pemilihan kontrasepsi, sehingga menghasilkan bidan yang terampil, professional, dan mandiri.

5. Bagi Pasien

   Kepada pasien diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.

6. Bagi Pembaca

   Kepada pembaca jika ingin membuat Asuhan secara komprehensif agar dapat menjalin hubungan yang baik kepada klien sehingga dapat tercipta hubungan yang nyaman. Dan untuk para pembaca agar lebih banyak dalam membaca sehingga dapat lebih maksimal lagi dalam memberikan pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati et al. 2008. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Fitramaya

Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Depkes RI

Dinas Kesehatan Balikpapan. 2016. Angka Kematian Ibu. Balikpapan: DKK Balikpapan.

JNPK-KR, 2008,Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal, Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi, Jakarta, JNPK-KR.

Kusmiyati, Yuni. 2009. *Penuntun Praktikum Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : Fitramaya

Kusmiyati, Yuni, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil. Yogyakarta* : Fitramaya.

Manuaba, Ida Bgus Gde. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB.* Jakarta : EGC

Manuaba, Ida Ayu Chandranita, et al. 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan Edisi 2. Jakarta : Buku Kedokteran EGC. Mutalazimah. 2005. Hubungan

Melani, Niken et al. 2010. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta : Fitramaya

Muslihatun, Wafi Nur. 2010. *Dokumentasi Kebidanan.* Yogyakarta : Fitramaya

Muslihatun, Wafi Nur. 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya

Nursalam. 2009. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

Priharjo, Robert. 2006.*Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : EGC

Rohani et al. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika

Rukiyah, Ai Yeyeh dan Lia Yulianti. 2010. *Asuhan Kebidanan IV*. Jakarta : Trans Info Media

Saifuddin, Abdul Bari. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saifuddin, Abdul Bari. 2005. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saifuddin, A.B., 2010. Kematian Ibu dan Perinatal, dalam: *Buku Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo Edisi IV*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

———— 2008. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal.* Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo . 2009. Buku Acuan

Salmah. 2006. *Asuhan Kebidanan Antenatal*. Jakarta : EGC

Saminem. 2010. *Dokumentasi Kebidanan, Konsep dan Praktik*. Jakarta : EGC

Varney, Helen et al. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*.Jakarta : EGC

Varney,H., 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta;EGC

Winkjosastro, Hanifa. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Yanti. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Rihanna