

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."M"
G4P2102 DENGAN MASALAH JARAK KEHAMILAN KURANG
DARI 2 TAHUN DAN GRANDE MULTIPARA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MUARA RPAK
TAHUN 2016



OLEH:

SELVIANA BORO
NIM. PO 7224113079

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2016

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.M G4P2102
Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun
Dan Grande Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas
Muara Rapak Tahun 2016

Nama Mahasiswa : Selviana Boro

NIM : PO 7224113079

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Poltekkes Kemenkes Kaltim
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Balikpapan,2016

MENYETUJUI

Pembimbing I

Novi Pasiriani, S.ST, M.Pd
NIP. 197911262001122002

Pembimbing II

Novia Nurhasanah, S.ST
NIP.

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."M" G4P2102 DENGAN MASALAH JARAK KEHAMILAN KURANG DARI 2 TAHUN DAN GRANDE MULTIPARA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA RPAK TAHUN 2016

SELVIANA BORO

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Depkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Pada Tanggal 21 Mei 2016

Penguji Utama

DR. Hj. Nina Mardiana, S.Pd, M.Kes (.....)
NIP. 196109251982032001

Penguji I

Novi Pasiriani, S.ST, M.Pd (.....)
NIP. 197911262001122002

Penguji II

Novia Nurhasanah, S.ST (.....)
NIP. -

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes
NIP.195507131974022001

Eli Rahmawati, S.SiT.,M.Kes
NIP. 197403201993032001

Halaman Persembahan

Allahku Engkau, aku hendak bersyukur kepada-Mu,
Allahku, aku hendak meninggikan Engkau. Bersyukurlah
kepada TUHAN, sebab Ia baik! Bahwasanya untuk
selama-lamanya kasih setia-Nya. (*Mazmur 118:28-29*)

Segala puji dan syukur bagi-Mu Bapa yang sangat
mengasihiku, dan karena rencana-Mu yang begitu indah
kepadaku, Engkau yang tak pernah meninggalkanku. Aku
pun tahu banyak kekurangan yang ku miliki namun,
banyak suka duka yang kualami semenjak melangkahkan
kaki dari awal memasuki pendidikan hingga sampai saat
ini telah menyelesaikan pendidikanku. Melalui karya kecil
ini sebagai ungkapan syukur yang ku persembahkan
untuk kemuliaan Nama-Mu.

“Kepada Bapak, Mama dan Kakak”

Aku berterima kasih kepada kalian bapak, mama, kak Juprianto dan Patrianus
yang telah banyak memberikan doa, semangat, kerja keras dan motivasi yang

kalian berikan kepadaku untuk tetap maju melangkah. Karena doa dan motivasi kalian lah yang mendorongku untuk mencapai kesuksesan hingga sampai saat ini.

“Dosen Pembimbing Dan Penguji Utama Tugas Akhir’

Ibu Novi Pasiriani, S.ST, M.Pd dan Ibu Novia Nurhasanah S.ST selaku dosen pembimbing tugas akhirku dan Ibu DR. Hj. Nina Mardiana, S.Pd, M.Kes selaku penguji utama tugas akhirku, terima kasih atas bimbingan serta nasehat yang tiada hentinya yang diberikan kepada saya, saya tidak akan melupakan segala jasa dan limpahan kesabaran ibu dalam membimbing saya selama ini.

“Seluruh Dosen dan Staff Poltekkes Kemenkes Kaltim”

Terima kasih untuk para dosen dan staff Poltekkes Kemenkes Kaltim yang telah memberikan ilmu, membimbing dan memberikan motivasi selama perkuliahan, dinas hingga menyelesaikan tugas akhir ini, kiranya Tuhan memberkati.

“Sahabatku Vivi Irmadela”

Terima kasih kupersembahkan untuk sahabatku semenjak dari SMK yang bernama Vivi Irmadela Oteng, atas kebaikanmu yang telah membantuku dalam mencari pasien Laporan Tugas Akhir, dan sekali lagi terima kasih telah

menghiburku disaat aku lagi galau, tidak ada kata yang dapat ku ucapkan selain kata terima kasih.

“Teman-temanku”

Ku ucapkan terima kasih kepada teman-teman seperjuanganku yang telah banyak membantu dan memberikan semangat Riska Permata Saripah, Ria Magdalena Sinaga, Novi Elisabeth Sibarani, Maria Dewi Juliana serta semua teman-teman tingkat III-B Kebidanan. Kita telah bersama-sama menempuh dan menyelesaikan pendidikan kebidanan hingga sejauh ini, semoga kelak kita dapat bertemu kembali dengan kehidupan baru dan kesuksesan masing-masing.

Amin.....

“Kamu”

Tuhan telah menyatakan cinta kasih-Nya dengan mengirimkan seseorang yang bernama Sean Jordan yang setia hingga sampai saat ini. Banyak suka duka yang telah kita rasakan, terima kasih sudah menjadi kekasih yang selalu mendukung dan memberikan semangat untukku. Kiranya Tuhan memberkati kita.

“Pasien Laporan Tugas Akhir”

Terima kasih kepada keluarga Tn. S dan Ny. M yang bersedia untuk menjadi pasien dalam pelaksanaan tugas akhir saya. Terima kasih atas waktu yang telah diluangkan serta kerja sama dari kalian selama pelaksanaan, semoga semua informasi dan edukasi yang telah saya berikan selama pelaksanaan dapat bermanfaat untuk kedepannya.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Selviana Boro

NIM : PO7224113079

Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 20 September 1995

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Gunung Polisi RT.67 NO.49 Kelurahan Muara Rapak
Kecamatan Balikpapan Utara

Riwayat Pendidikan :

- SD Negeri 020 Balikpapan Lulus Tahun 2007
- SMP PGRI 1 Balikpapan Lulus Tahun 2010
- SMK Nusantara Balikpapan Lulus Tahun 2013

– Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tak terhingga peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, karunia dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara” dengan baik dan lancar.

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan rendah hati penulis menerima semua masukan dan saran untuk perbaikan dan penyempurnaan pada Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak yang sangat berarti dan

dalam kesempatan ini tidak lupa penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
4. Novi Pasiriani, S.ST, M.Pd selaku Pembimbing I yang senantiasa mengingatkan dan memberi motivasi penulis untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Novia Nurhasanah S.ST, selaku pembimbing II yang telah memberi masukan yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Orang tua, kakak dan adik serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
7. Pasien Laporan Tugas Akhir yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi pasien saya untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih terdapat kekurangan, karena keterbatasan yang ada pada penulis. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis demi perbaikan yang akan datang. Atas partisipasi dan dukungan dari berbagai pihak, penulis mengucapkan

terima kasih dan memohon maaf atas segala kekurangan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi penulis maupun bagi semua pihak yang membaca.

Balikpapan, Mei 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1

B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Ruang Lingkup.....	6
F. Sistematika Penulisan	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	8
1. Manajemen kebidanan Varney.....	8
2. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan	12
B. Konsep Dasar Teori.....	48

BAB III SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus	104
B. Subjek Studi Kasus.....	105
C. Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus	105
D. Etika Pelaksanaan Studi Kasus	107

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Normal	108
B. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal.....	122
C. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan pada BBL.....	140
D. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas	147
E. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan pada Pelayanan Kontrasespsi.....	157
F. Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan pada Neonatus.....	160

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	170
B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan	184

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.....	185
B. Saran.....	185

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul	Halaman
2.1	Umur kehamilan berdasarkan Tinggi Fundus Uteri	51
2.2	Skrining Skor Pudji Rochjati	70
2.3	Nilai APGAR.....	90
2.4	Perubahan TFU dan Uterus Pada Post Partum	93
2.5	Jadwal Kunjungan Nifas.....	97

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
2.2 Kerangka Pelaksanaan Studi Kasus	106

DAFTAR LAMPIRAN

Nama Lampiran

1. Lembar *Inform Consent*
2. Lembar Konsultasi
3. Laporan SOAP pasien pengganti
4. Lampiran Lembar Partograf
5. Lampiran Satuan Acara Penyuluhan dan leaflet

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012, tercatat Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia saat ini masih menduduki peringkat tertinggi dibandingkan dengan negara-negara ASEAN. Pada tahun 2007 AKI di Indonesia mencapai 228 per 100 ribu kelahiran hidup. dibandingkan dengan AKI di Singapura hanya 6 per 100 ribu kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup. (Profil Kesehatan Indonesia, 2014). Pada SDKI 2012 Tren angka AKI ini meningkat menjadi 359 kematian per 100 000 kelahiran hidup. (SDKI, 2012).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia berada pada urutan ke 6 di ASEAN. Penyebab langsung dari kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan (28%), preeklamsi (24%), infeksi (11%), komplikasi (8%), partus lama (5%), trauma obstetrik (5%), emboli obstetrik (3%). Sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu pada ibu yaitu anemia sebesar 51%, terlalu muda sebesar 10,3%, terlalu tua 11%, terlalu banyak anak 19,3%, dan terlalu rapat jaraknya < 24 bulan sebesar 24% (SDKI Tahun 2011).

Terjadinya kematian ibu terkait dengan faktor penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Faktor penyebab langsung kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh perdarahan, eklampsia, dan infeksi. Sedangkan faktor tidak langsung penyebab kematian ibu karena masih banyaknya kasus 3 Terlambat dan 4 Terlalu, yang terkait dengan faktor akses, sosial budaya, pendidikan, dan ekonomi. Kasus 3 Terlambat meliputi : terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan, terlambat dirujuk, terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Masih cukup banyak ibu hamil dengan faktor risiko 4 Terlalu, yaitu : terlalu tua hamil (hamil di atas usia 35 tahun) sebanyak 27%, terlalu muda untuk hamil (hamil di bawah usia 20 tahun) sebanyak 2,6%, terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4) sebanyak 11,8%, dan terlalu dekat yaitu jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun (Depkes, 2011).

Faktor risiko kehamilan empat terlalu pada ibu berkaitan dengan umur ibu pada waktu melahirkan kurang dari 20 tahun (terlalu muda), umur ibu pada waktu melahirkan di atas 35 tahun atau terlalu tua, ibu yang telah mengalami 4 kali

kehamilan atau lebih, ibu yang mempunyai jarak kelahiran dengan persalinan sebelumnya kurang dari 24 bulan atau terlalu sering (Rahmadewi, 2011).

Faktor resiko grandemulti atau kehamilan lebih dari empat kali bisa menjadi kehamilan yang beresiko tinggi, karena dari kehamilan dengan grandemulti dapat menyebabkan beragam komplikasi yang dialami ibu baik selama hamil maupun saat persalinan yaitu perdarahan. Perdarahan salah satu risiko besar yang harus dialami ibu yang jumlah kehamilannya empat kali atau lebih, bila dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang dari empat kali (Sungkar, 2012).

Asuhan kebidanan komprehensif bertujuan untuk mengetahui hal apa saja yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana. Pada saat dilakukan anamnesa ditemukan kondisi fisik ibu baik tidak ada riwayat penyakit keturunan dan penyakit lainnya, dan alasan penulis memilih Ny.M karena klien maupun keluarga bersedia berpartisipasi dalam asuhan kebidanan komprehensif.

Berdasarkan pengkajian tersebut diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny.M selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Tahun 2016”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka yang menjadi rumusan masalah pada proposal studi kasus ini adalah “Bagaimana

melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak ?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.M G4P2102 sampai dengan pelayanan KB melalui pendekatan Manajemen Kebidanan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara.
- b. Mampu melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara.
- c. Mampu melakukan asuhan kebidanan nifas pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara.
- d. Mampu melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir dan neonatus pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara.

- e. Mampu melakukan asuhan kebidanan Keluarga Berencana untuk pemilihan alat kontrasepsi pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara.

D. Manfaat

1. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi

Sebagai bahan dokumentasi, bahan perbandingan dan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif.

b. Bagi Bidan

Dengan pengawasan saat hamil, bersalin dan nifas diharapkan bidan mampu meningkatkan usaha melalui promotif dan preventif sehingga dapat mengantisipasi adanya komplikasi yang terjadi.

c. Bagi Masyarakat

Dapat lebih memahami dan mengetahui akan kesehatan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas maupun pada saat perawatan bayi baru lahir serta pelaksanaan program KB (Keluarga Berencana).

d. Bagi Klien

Klien dapat menambah informasi tentang status kesehatannya dan mampu mengikuti saran yang telah diberikan sehingga komplikasi dapat dihindari.

e. Bagi Mahasiswa

Untuk menambah keterampilan dalam memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelaksanaan program KB.

2. Manfaat Teoritis

- a. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu hamil sehingga dilakukan ANC secara teratur untuk kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin serta pemantauan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi sehingga dapat terdeteksi secara dini.
- b. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu bersalin sehingga persalinan dapat terlaksana secara normal tanpa adanya komplikasi ataupun penyulit yang dapat terjadi.
- c. Dengan adanya asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan baik sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi yang mungkin dapat terjadi.
- d. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu nifas dapat berlangsung secara normal tanpa adanya indikasi ataupun komplikasi yang dapat terjadi.
- e. Dengan adanya asuhan kebidanan pada neonatus diharapkan dapat meminimalisir angka kesakitan dan angka kematian pada neonatus.
- f. Dengan adanya asuhan pelayanan Keluarga Berencana diharapkan laju pertumbuhan penduduk dapat ditekan sehingga tercipta masyarakat yang berkualitas.

E. Ruang Lingkup

Dalam penulisan laporan studi kasus ini membahas asuhan kebidanan komprehensif mulai dari masa kehamilan, persalinan, BBL, nifas, neonatus dan KB (Keluarga Berencana). Dimana berisi hasil observasi dan wawancara mendalam pada subjek yang dipilih saat memberikan asuhan berkesinambungan

pada Ny.M G4P2102 Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara.

F. Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus ini, penulis menggunakan sistem penulisan secara sistematis dan dibagi menjadi 3 bab yaitu :

BAB I : Pendahuluan

Merupakan garis besar, arah tujuan, dan alasan penelitian yang mendorong penulis melakukan penelitian yang meliputi :

Latar Belakang Masalah, Rumusan Masalah, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Ruang Lingkup dan Sistematika Penulisan.

BAB II : Tinjauan Pustaka

Memaparkan lebih jauh mengenai teori yang menjadi landasan penulis, hasil pengkajian dan perencanaan asuhan.

BAB III : Subjek Dan Kerangka Pelaksanaan Studi Kasus

Menguraikan tentang desain penelitian, teknik pengumpulan data dan analisis data.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Varney

Manajemen asuhan kebidanan atau sering disebut manajemen kebidanan adalah suatu metode berfikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan (Ambarwati, 2008).

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan, dalam rangkaian tahap-tahap yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus terhadap klien.

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney dalam buku *Varney's Midwifery*, edisi

ketiga tahun 1997, menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berturut secara sistematis (Suryani, 2008).

2. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Adapun langkah-langkah manajemen kebidanan menurut Varney Hellen (2004), yaitu :

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Pengumpulan data dasar dilakukan untuk mengevaluasi keadaan pasien termasuk didalamnya, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, catatan rumah sakit sebelum atau baru, data laboratorium.

a. Langkah II (Interprestasi Data Dasar)

Identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interprestasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi dibutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

b. Langkah III (Antisipasi Masalah atau Diagnosa Potensial)

Setelah didapatkan masalah atau diagnosa, maka masalah tersebut dirumuskan mencakup masalah potensial yang berkaitan dengan diagnosa kebidanan adalah merupakan masalah yang mungkin timbul apabila tidak segera ditanggulangi maka dapat mempegaruhi keselamatan hidup

pasien/klien. Oleh sebab itu masalah potensial haruslah segera diatasi, dicegah dan diawasi serta segera dipersiapkan untuk mengatasinya.

c. Langkah IV (Tindakan segera atau Kolaborasi)

Beberapa hal yang mencerminkan kesinambungan dan kegiatan yang dilakukan dari mulai ANC sampai persalinan. Dalam langkah tersebut mencakup kegiatan yang dilakukan secara mandiri, kolaborasi ataupun rujukan. Bisa jadi dalam kegiatan ini dapat mengumpulkan data baru yang kemudian dievaluasi bila menunjukkan klien gawat dapat direncanakan tindakan segera baik mandiri maupun kolaborasi.

d. Langkah V (Rencana Manajemen)

Perencanaan asuhan kebidanan merupakan lanjutan dan masalah atau diagnosa yang telah ada. Di dalam langkah ini bidan dapat mencari informasi yang lengkap dan memberi informasi tambahan. Perencanaan asuhan yang mencakup kegiatan bimbingan, penyuluhan dan rujukan pada klien.

e. Langkah VI (Pelaksanaan)

Dalam langkah pelaksanaan ini, bidan dapat melakukan secara mandiri kolaborasi maupun rujukan, namun bidan tetap bertanggung jawab untuk terus mengarahkan pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan.

f. Langkah VII (Evaluasi)

Menjelaskan tentang penilaian atau evaluasi terhadap asuhan yang telah dilaksanakan apakah efektif atau tidak, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan apakah perlu mengulang kembali rencana asuhan pemeriksaan fisik seterusnya.

1) Pendokumentasian dalam bentuk SOAP

SOAP adalah catatan yang tertulis secara singkat, lengkap dan bermanfaat bagi bidan atau pemberian asuhan yang lain mulai dari data subjektif, objektif, assessment atau planning.

- a) Tujuan catatan SOAP
- b) Menciptakan catatan permanen tentang asuhan yang diberikan.
- c) Memungkinkan berbagai informasi antara pemberian asuhan
- d) Memfasilitasi asuhan yang berkesinambungan
- e) Memungkinkan pengevaluasian dari asuhan yang diberikan
- f) Memberikan data untuk catatan nasional, riset dan statistic, mortalitas dan morbiditas.
- g) Meningkatkan pemberian asuhan yang lebih aman dan bermutu tinggi kepada pasien.

2) Manfaat Catatan SOAP

- a) Pendokumentasian metode SOAP merupakan kemajuan informasi yang sistematis yang mengorganisir pertemuan data kesimpulan bidan menjadi rencana asuhan.
- b) Metode ini merupakan penyaringan intisari dari proses pelaksanaan kebidanan untuk tujuan penyediaan dan pendokumentasian asuhan.
- c) SOAP merupakan urutan-urutan dalam mengorganisir pikiran bidan dan pemberian asuhan yang menyeluruh.

3) Tahap-tahap manajemen SOAP

- (S) Subjektif : Informasi atau data yang diperoleh dari apa yang dikatakan oleh klien.

(O) Objektif : Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan saat melakukan pemeriksaan dari hasil laboratorium.

(A) Assesment : Kesimpulan yang dibuat untuk mengambil suatu diagnosa berdasarkan data subjektif dan data objektif.

(P) Planning : Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan.

2. Hasil Pengkajian Klien Dan Perencanaan Asuhan

Langkah I Pengkajian

A. Identitas

Nama klien	: Ny.M	Nama suami	: Tn.S
Umur	: 21 thn	Umur	: 29 thn
Suku	: Banjar	Suku	: Bugis
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Jl. Inpres II RT.18 No.9		
Tanggal	: 21-05-2016	Pukul	: 15.15 WITA
Oleh	: Selviana Boro		

1. Alasan kunjungan saat ini : ingin melakukan pemeriksaan Antenatal Care

2. Keluhan : ibu mengatakan kadang-kadang pusing

3. Riwayat obstetric dan ginekologi

a. Riwayat menstruasi

- HPHT / TP : 02-09-2015
- Umur kehamilan : 37 minggu 2 hari TP : 09-06-2016
- Lamanya : 7 hari

- Banyaknya : 3 kali ganti pembalut
- Konsistensi : cair
- Siklus : 30 hari
- Menarche : 13 tahun
- Teratur / tidak : teratur
- Dismenorrhea : sering
- Keluhan lain : tidak ada

b. Flour albus

- Banyaknya : tidak ada
- Warna : tidak ada
- Bau/gatal : tidak ada

c. Tanda – tanda kehamilan

- Test kehamilan : PP Test
- Tanggal : lupa
- Hasil : positif

- Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu : usia kehamilan 5 bulan
- Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : ada lebih 10 kali

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

G4P2102

Kehamilan I : premature

Kehamilan II : aterm

Kehamilan III : aterm

Kehamilan IV : hamil ini

f. Riwayat imunisasi

- Imunisasi Catin : tempat : tidak dilakukan
- Imunisasi TT I : tempat : tidak dilakukan
- Imunisasi TT II : tempat : dilakukan

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 : tidak ada

2) Alergi

- a. Makanan : alergi makan telur
- b. Obat – obatan : tidak ada

5. Keluhan selama hamil

- a. Rasa lelah : tidak ada
- b. Mual dan muntah : di awal kehamilan

- c. Tidak nafsu makan : tidak ada
- d. Sakit kepala/pusing : sering dirasakan
- 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 : tidak ada

6. Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
1.	Tahun 2008	Di rumah	prema ture	Tidak ada	Spo ntan	Bid an	Tidak ada	Laki -laki	2000 gram	Lu pa	meni nggal
2.	01- 08-	Di rumah	aterm	Tidak ada	Spo ntan	Bid an	Tidak ada	Laki -laki	3500 gram	Lu pa	hidup

	2010								m		
3.	04-07-2014	linik	aterm	Tidak ada	Spo ntan	bid an	KPD	Laki -laki	3800 gra m	49 cm	hidu p
4.	Hamil ini										

7. Riwayat menyusui

Anak I : tidak ada Lamanya : tidak ada

Anak II : menyusui ASI Lamanya : 1 tahun

Anak III : menyusui ASI Lamanya : 1 tahun

8. Riwayat KB

- a. Pernah ikut KB : pernah
- b. Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan : suntik 3 bln
- c. Lama pemakaian : suntik 3 bln : 2 tahun
- d. Keluhan selama pemakaian : menstruasi tidak teratur
- e. Tempat pelayanan KB : klinik
- f. Alasan ganti metode : tidak ada
- g. Ikut KB atas motivasi : suami

9. Kebiasaan sehari – hari

- a. Merokok sebelum / selama hamil : tidak pernah
- b. Obat – obatan /jamu, sebelum / selama hamil : tidak pernah
- c. Alkohol : tidak pernah
- d. Makan / diet

Jenis makanan : nasi, ikan, sayur, buah

Frekuensi : 3 x sehari

Porsi : sedang

Pantangan : tidak ada

e. Perubahan makan yang dialami : peningkatan pola makan

f. Defekasi / miksi

1. BAB

- Frekuensi : 2 kali sehari

- Konsistensi : lembek

- Warna : coklat

- Keluhan : tidak ada

2. BAK

- Frekuensi : lebih dari 6 kali sehari

- Konsistensi : cair

- Warna : kuning

- Keluhan : tidak ada

g. Pola istirahat dan tidur

- Siang : tidur 2 jam

- Malam : kurang lebih 5 jam, sering bangun bangun tengah malam

h. Pola aktivitas sehari – hari

- Di dalam rumah : masak, bersih-bersih rumah

- Di luar rumah : tidak ada kegiatan

i. Pola seksualitas

- Frekuensi : tidak pernah selama hamil
- Keluhan : tidak ada

10. Riwayat Psikososial

a. Pernikahan

- Status : menikah
- Yang ke : pertama
- Lamanya : 7 tahun
- Usia pertama kali menikah : 14 tahun

b. Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : sedikit mengetahui (tanda-tanda persalinan)

c. Respon ibu terhadap kehamilan : ibu mengatakan senang dengan kehamilannya

d. Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : ibu berharap jenis kelamin anaknya perempuan

e. Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak : suami dan keluarga merasa senang

f. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : ibu hamil tidak boleh mandi sore hari, tidak boleh makan ikan setelah melahirkan

g. Pantangan selama kehamilan : tidak ada

h. Persiapan persalinan

Rencana tempat bersalin : Klinik Ibnu Sina

Persiapan ibu dan bayi : perlengkapan bayi, BPJS

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 : tidak ada

12. Pemeriksaan

- a) Keadaan umum
 - Berat badan
 - Sebelum hamil : 40 kg
 - Saat hamil : 52 kg
 - Penurunan : tidak ada
 - Tinggi badan : 156 cm
 - Lila : 23,5 cm

- Kesadaran : composmentis
- Ekspresi wajah : sedang
- Keadaan emosional : stabil

b) Tanda – tanda vital

- Tekanan darah : 110/70 mmHg
- Nadi : 86 x/menit
- Suhu : 36 °C
- Pernapasan : 22 x/menit

c) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

1. Kepala

- a. Kulit kepala : tampak bersih
- b. Kontriksi rambut : tampak kuat
- c. Distribusi rambut : tampak tebal
- d. Lain – lain : tidak ada

2. Mata

- a. Kelopak mata : tidak tampak oedema
- b. Konjungtiva : tidak tampak anemis
- c. Sklera : tidak tampak ikterik
- d. Lain – lain : tidak ada

3. Muka

- a. Kloasma gravidarum : tidak ada

- b. Oedema : tidak ada
 - c. Pucat / tidak : terlihat sedikit pucat
 - d. Lain – lain : tidak ada
4. Mulut dan gigi
- a. Gigi geligi : tampak bersih
 - b. Mukosa mulut : tampak lembab
 - c. Caries dentis : tidak ada
 - d. Geraham : ada yang berlubang

 - e. Lidah : tampak lembab
 - f. Lain – lain : tidak ada
5. Leher
- a. Tonsil : tidak ada peradangan
 - b. Faring : tidak ada peradangan
 - c. Vena jugularis : tidak ada pembesaran
 - d. Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran
 - e. Kelenjar getah bening : tidak ada pembengkakan
 - f. Lain-lain : tidak ada
6. Dada
- a. Bentuk mammae : simetris
 - b. Retraksi : tidak ada
 - c. Puting susu : menonjol
 - d. Areola : berwarna hitam

- e. Lain-lain : tidak ada
7. Punggung ibu
- a. Bentuk /posisi : tidak ada kelainan
 - b. Lain-lain : tidak ada
8. Perut
- a. Bekas operasi : tidak ada
 - b. Striae : tampak striae gravidarum
 - c. Pembesaran : sesuai dengan usia kehamilan

 - d. Asites : tidak ada
 - e. Lain-lain : tidak ada
9. Vagina
- a. Varises : tidak dilakukan
 - b. Pengeluaran : tidak dilakukan
 - c. Oedema : tidak dilakukan
 - d. Perineum : tidak dilakukan
 - e. Luka parut : tidak dilakukan
 - f. Fistula : tidak dilakukan
 - g. Lain – lain : tidak dilakukan
10. Ekstremitas
- a. Oedema : tidak ada
 - b. Varises : tidak ada
 - c. Turgor : baik

d. Lain – lain : tidak ada

11. Kulit

Lain – lain : tidak ada

Palpasi

1. Leher

a. Vena jugularis : tidak teraba pembesaran

b. Kelenjar getah bening : tidak ada pembengkakan

c. Kelenjar tiroid : tidak teraba pembesaran

d. Lain – lain : tidak ada

2. Dada

a. Mammae : terlihat simetris

b. Massa : tidak ada

c. Konsistensi : lunak

d. Pengeluaran Colostrum : sudah ada sedikit pengeluaran

e. Lain-lain : tidak ada

3. Perut

a. Leopold I : TFU : 3 jari dibawah processus xipideus,
pada fundus teraba bulat tidak melenting (bokong)

b. Leopold II : pada bagian punggung kanan teraba bulat,
keras dan pada bagian punggung kiri teraba bagian-bagian kecil
janin

d. Lain-lain : tidak dilakukan

3. Perut

▪ Bising usus ibu : tidak terdengar

▪ DJJ

a. Punctum maksimum : bagian perut sebelah kanan bagian bawah

b. Frekuensi : 129 x/menit

c. Irama : tidak dilakukan

d. Intensitas : tidak dilakukan

e. Lain – lain : tidak dilakukan

Perkusi

1. Dada

Suara : tidak dilakukan

2. Perut : tidak dilakukan

3. Ekstremitas

Refleks patella : Kanan : tidak dilakukan

Kiri : tidak dilakukan

4. Lain – lain : tidak dilakukan

13. Pemeriksaan Khusus

1. Pemeriksaan dalam : tidak dilakukan karena tidak ada indikasi

2. Pelvimetri klinik : tidak dilakukan karena tidak ada indikasi

3. Ukuran panggul luar : tidak dilakukan

14. Pemeriksaan laboratorium

a. Darah

- Hb : tidak dilakukan

- Golongan darah : tidak dilakukan

- Lain – lain : tidak dilakukan

b. Urine

a. Protein : tidak dilakukan

b. Albumin : tidak dilakukan

c. Reduksi : tidak dilakukan

d. Lain – lain : tidak dilakukan

c. Pemeriksaan penunjang

a. USG : tidak dilakukan

b. X – Ray : tidak dilakukan

c. Lain – lain : tidak dilakukan

Langkah II

Interprestasi Data Dasar

Diagnosa	Dasar
G4P2102 usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup intra uteri	DS : ibu mengatakan hamil anak ke empat dan tidak pernah keguguran, ibu mengatakan anak pertama lahir premature dan meninggal karena BBLR pada usia 1 minggu dan yang hidup 2 orang

HPHT : 02-09-2015

TP : 09-06-2016

DO : KU : baik Kes : CM

TD : 110/70 mmHg BB : 52 kg

N : 86 x/menit Lila : 24 cm

S : 36⁰ C

Mata : Kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik

Muka : Tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum

Dada : Payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada, puting susu menonjol, hiperpigmentasi pada areola

Perut : tidak ada bekas operasi, tampak striae gravidarum, pembesaran sesuai usia kehamilan, dan terdapat linea nigra

Ekstermitas : Tidak ada oedema

Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (+)

Ekstermitas : Tidak ada oedema dan varises

Palpasi abdomen :

L1 : TFU : 3 jari dibawah processus

	<p>xipideus, pada fundus teraba bulat tidak melenting (bokong)</p> <p>L2 : pada bagian punggung kanan teraba bulat, keras dan pada bagian punggung kiri teraba bagian-bagian kecil janin</p> <p>L3 : bagian terbawah janin adalah kepala, sudah tidak bisa digoyangkan</p> <p>L4 : bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergent)</p> <p>DJJ : 129 x/menit Pemeriksaan Mc Donald : 29 cm, TBJ : 2790 gr</p>
--	--

Masalah	Dasar
<p>Jarak anak terkecil <2 tahun</p> <p>Grande multipara ibu masuk dalam kategori resiko tinggi</p>	<p>DS : ibu mengatakan anak terkecil berusia 22 bulan</p> <p>DS : ibu mengatakan hamil anak ke empat dan tidak pernah keguguran, ibu mengatakan anak pertama lahir premature dan meninggal karena BBLR pada usia 1 minggu dan yang hidup 2 orang</p>

--	--

Langkah III

(Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial)

Masalah Potensial : Kelelahan pasca persalinan

Diagnosa Potensial : Partus lama/partus macet

Dasar : jarak kehamilan yang terlalu dekat (anak terkecil <2 tahun), hamil anak ke empat dan tidak pernah keguguran, anak pertama lahir premature dan meninggal karena BBLR pada usia 1 minggu dan yang hidup 2 orang

Langkah IV

(Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera)

Kolaborasi dengan dokter

Langkah V

(Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh)

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarganya

Rasional : Rasa percaya ibu dan keluarga akan membantu terlaksananya dan tercapainya tujuan pemberian intervensi

2. Beritahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

Rasional : ibu mengetahui kondisi diri dan janinnya sehingga tidak cemas lagi.

3. Jelaskan pada klien tentang kehamilan resiko tinggi dan komplikasi yang bisa terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pada bayi

Rasional : Kehamilan resiko tinggi adalah keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau sebaliknya, penyakit ibu dapat berpengaruh buruk pada janinnya atau keduanya saling berpengaruh.

4. Jelaskan pada klien tentang Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan menjelaskan untuk persalinan yang aman.

Rasional : Kehamilan dengan resiko tinggi adalah keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau bayinya sehingga ibu dianjurkan memilih tempat persalinan dengan fasilitas yang memadai

5. Berikan KIE tentang KB

Rasional : dengan diberikan penjelasan tentang KB (Keluarga Berencana) maka dapat membantu ibu dalam menjarangkan kehamilan

6. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan ke fasilitas kesehatan

Rasional : Dengan melakukan kunjungan ulang maka dapat memantau kesehatan ibu dan janinnya serta dapat mendeteksi dini adanya kelainan.

Langkah VI

Tanggal : 21 Mei 2016

Pukul : 16.00 WITA

Pelaksanaan Langsung Asuhan / Implementasi

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarganya
2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
3. Menjelaskan pada klien tentang kehamilan resiko tinggi dan komplikasi yang bisa terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pada bayi

Menjelaskan pada ibu bahwa kehamilan dengan resiko tinggi adalah keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau bayinya sehingga ibu dianjurkan memilih tempat persalinan dengan fasilitas yang memadai
4. Menjelaskan pada klien tentang Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan menjelaskan untuk persalinan yang aman

Kehamilan dengan resiko tinggi adalah keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau bayinya sehingga ibu dianjurkan memilih tempat persalinan dengan fasilitas yang memadai
5. Memberikan KIE tentang KB

- a. Menjelaskan dan memberitahukan pengertian tentang KB
- b. Menjelaskan dan memberitahukan tentang macam-macam KB
- c. Menjelaskan dan memberitahukan tentang keuntungan dan kerugian KB

Langkah VII (Evaluasi)

Tanggal : 21 Mei 2016

Pukul : 16.00 WITA

1. Hubungan baik telah terbina dengan baik
2. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
3. Ibu telah tentang kehamilan resiko tinggi dan komplikasi yang bisa terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pada bayi
4. Ibu telah mengerti tentang Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan menjelaskan untuk persalinan yang aman.
5. Ibu mengerti tentang KB yang akan digunakan
6. Ibu mengatakan akan memeriksakan kehamilannya ke dokter kandungan bulan depan

DOKUMENTASI KEBIDANAN

S : - ibu hamil anak ke empat dan tidak pernah keguguran

- ibu mengatakan anak pertama lahir premature dan meninggal dan yang hidup 2 orang, dan anak terkecil berusia 22 bulan

HPHT : 02-09-2015 TP : 09-06-2016

O : KU : baik Kes : Composmentis

TD : 110/70 mmHg BB : 52 kg

N : 86 x/menit Lila : 24 cm

S : 36⁰ C

Mata : Kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis,
sclera tidak ikterik

Muka : Tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum

Dada : Payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada,
putting susu menonjol

Perut : tidak ada bekas operasi, pembesaran sesuai usia
kehamilan, tampak ada strie, dan terdapat linea nigra

Ekstermitas : Tidak ada oedema

Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (+)

Ekstermitas : Tidak ada oedema dan varises

L1 : TFU : 3 jari dibawah processus xipideus, pada fundus
teraba bulat tidak melenting (bokong)

L2 : pada bagian punggung kanan bawah teraba bulat, keras dan pada bagian punggung kiri teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kiri

Leopold III : bagian terbawah janin adalah kepala, sudah tidak bisa digoyangkan

L4 : bagian terendah janin sudah masuk panggul
(divergent) DJJ : 129 x/menit

Pemeriksaan Mc Donald : 29 cm, TBJ : 2790 gram

A : G4P2102 usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup intra uteri

Masalah Potensial : Kelelahan pasca persalinan

Diagnosa Potensial : Partus lama/partus macet

Dasar : jarak kehamilan yang terlalu dekat (anak terkecil <2 tahun), hamil anak ke empat dan tidak pernah keguguran, anak pertama lahir premature dan meninggal karena BBLR pada usia 1 minggu dan yang hidup 2 orang

Kebutuhan Segera : Kolaborasi dengan dokter

P :

No.	Waktu	Pelaksanaan
1.	16.00 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu, menjelaskan

	<p>hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Dari hasil pemeriksaan dalam keadaan normal</p> <p>KU : baik, Kes : CM, TD : 110/70 mmHg, BB : 52 kg, N : 86 x/menit, Lila : 24 cm, S : 36⁰ C</p> <p>Mata : Kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik</p> <p>Muka : Tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum</p> <p>Dada : Payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada, putting susu menonjol</p> <p>Perut : tidak ada bekas operasi, pembesaran sesuai usia kehamilan, ada striae, dan terdapat linea nigra</p> <p>Ekstermitas : Tidak ada oedema</p> <p>Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (+)</p> <p>Ekstermitas : Tidak ada oedema dan varises</p> <p>LI : TFU 3 jari dibawah processus xipideus, pada fundus teraba bulat tidak melenting (bokong) Mc Donald 29 cm</p> <p>LII : pada bagian punggung kanan bawah teraba</p>
--	---

		<p>bulat, keras dan pada bagian punggung kiri teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kiri.</p> <p>L III : bagian terbawah janin adalah kepala, sudah tidak bisa digoyangkan,</p> <p>L IV : bagian terendah janin sudah masuk panggul (divergent)</p> <p>DJJ : 129 x/menit, TBJ : 2790 gram</p>
2.	16.10WITA	Menjelaskan pada klien tentang kehamilan resiko tinggi dan komplikasi yang bisa terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pada bayi
3.	16.20 WITA	Menjelaskan pada klien tentang Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan menjelaskan untuk persalinan yang aman
4.	16.30 WITA	Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan
5.	16.40 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan ke fasilitas kesehatan.

Rencana Asuhan kebidanan pada ibu hamil K2 dan K3

Langkah I : Menanyakan keluhan pada kehamilan saat ini, kemudian menanyakan apakah keluhan pusing ibu pada saat kunjungan pertama masih ibu rasakan, menanyakan pada ibu keadaan

ibu dan janin saat ini, serta melakukan pemeriksaan fisik pada ibu. Menghitung usia kehamilan, melakukan pemeriksaan fisik pada ibu berupa keadaan umum, tanda-tanda vital, inspeksi mata, inspeksi dan palpasi payudara, palpasi abdomen, auskultasi DJJ dan palpasi dan perkusi ekstremitas.

Langkah II : Diagnosa G₄P₂₁₀₂ usia kehamilan 37 Minggu Dengan Masalah Jarak Kehamilan Kurang Dari 2 Tahun Dan Grande Multi Para

Ditemukan keluhan yang ibu rasakan, hasil pemeriksaan keadaan umum, tanda-tanda vital, usia kehamilan, palpasi abdomen Leopold I-IV, auskultasi DJJ.

Langkah III : Masalah Potensial : Kelelahan pasca persalinan

Diagnosa Potensial : Partus lama/partus macet

Dasar : jarak kehamilan yang terlalu dekat (anak terkecil <2 tahun), hamil anak ke empat dan tidak pernah keguguran, anak pertama lahir premature dan meninggal karena BBLR pada usia 1 minggu dan yang hidup 2 orang

Langkah IV : Kolaborasi dengan dokter

Langkah V :

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarganya
2. Beritahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

3. Jelaskan pada klien tentang kehamilan resiko tinggi dan komplikasi yang bisa terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pada bayi
4. Jelaskan pada klien tentang Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan menjelaskan untuk persalinan yang aman.
5. Beritahu ibu tentang persiapan persalinan
6. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan ke fasilitas kesehatan

Langkah VI :

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarganya
2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
3. Menjelaskan pada klien tentang kehamilan resiko tinggi dan komplikasi yang bisa terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pada bayi
4. Menjelaskan pada ibu bahwa kehamilan dengan resiko tinggi adalah keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau bayinya sehingga ibu dianjurkan memilih tempat persalinan dengan fasilitas yang memadai
5. Menjelaskan pada klien tentang Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan menjelaskan untuk persalinan yang aman. Kehamilan dengan resiko tinggi adalah keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau bayinya sehingga ibu dianjurkan memilih tempat persalinan dengan fasilitas yang memadai
6. Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan

- a. Menjelaskan dan memberitahukan perlengkapan apa saja yang harus dipersiapkan pada proses persalinan
 - b. Mempersiapkan tempat bersalin atau penolong persalinan yang memadai
 - c. Mempersiapkan transportasi ke tempat persalinan
 - d. Menyiapkan biaya yang dibutuhkan dalam proses persalinan
 - e. Memberitahu keluarga terutama suami agar mendampingi ibu dalam menghadapi proses persalinan
 - f. Menyiapkan pendonor darah
7. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan ke fasilitas kesehatan

Langkah VII :

1. Hubungan baik telah terbina dengan baik
2. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
3. Ibu telah tentang kehamilan resiko tinggi dan komplikasi yang bisa terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pada bayi
4. Ibu telah mengerti tentang Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan menjelaskan untuk persalinan yang aman.
5. Ibu mengerti tentang persiapan persalinan
6. Ibu mengatakan akan memeriksakan kehamilannya ke dokter kandungan bulan depan

Rencana Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Langkah I : Menanyakan keluhan ibu serta tanyakan apakah gerakan janin masih dirasakan, apakah ada tanda tanda persalinan

seperti perut kencang-kencang, keluar lendir darah dan air-air. Kemudian melakukan pemeriksaan fisik pada ibu berupa keadaan umum, tanda-tanda vital, menghitung usia kehamilan, inspeksi mata, palpasi abdomen Leopold I-IV dan his, auskultasi DJJ dan palpasi dan perkusi ekstremitas, pemeriksaan dalam serta pemeriksaan penunjang.

Langkah II : Diagnosa G₄P₂₁₀₂ usia kehamilan.....

inpartu kala I fase.....

Ditemukan keluhan yang ibu rasakan, hasil pemeriksaan keadaan umum, tanda-tanda vital, inspeksi dan palpasi abdominal Leopold I-IV dan his, auskultasi DJJ, serta pemeriksaan dalam

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial

Langkah IV : Tidak ada

Langkah IV : Tidak ada kebutuhan atau tindakan segera

Langkah V : Menyusun rencana asuhan yaitu memantau dan mendeteksi dini adanya komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi di kehamilan ibu dengan faktor resiko

Langkah IV : Menyusun rencana asuhan yaitu pada kala I Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan mengajarkan ibu teknik relaksasi, pada kala II menjelaskan kemajuan persalinan, memantau kesejahteraan ibu dan janin ajarkan ibu teknik meneran yang benar, tolong ibu untuk melahirkan kepala dan badan bayi, tangan dan kaki bayi baru lahir, kemudian memantau keadaan ibu dan bayi.

Menyusun rencana asuhan pada kala III yaitu menjelaskan keadaan ibu saat ini, kemudian memastikan janin tunggal, berikan suntikan oxytocin untuk kontraksi rahim serta observasi tanda tanda pelepasan placenta, melakukan manajemen aktif kala III, mengobservasi kelengkapan placenta kemudian periksa adanya laserasi jalan lahir dan mengobservasi keadaan umum, TTV serta estimasi perdarahan, kandung kemih, TFU dan UC.

Kemudian lakukan obseravsi pada kala IV, membersihkan ibu, dekontaminasi alat alat setelah persalinan, berikan asuhan BBL setelah satu jam pertama dan lengkapi partograf.

Langkah VI : Asuhan pada kala I menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan mengajarkan ibu teknik relaksasi pada saat his, pada kala II menjelaskan kemajuan persalinan, memantau kesejahteraan ibu dan janin ajarkan ibu teknik meneran yang benar, tolong ibu untuk melahirkan kepala dan badan bayi, tangan dan kaki bayi baru lahir, kemudian memantau keadaan ibu dan bayi.

Asuhan pada kala III yaitu menjelaskan keadaan ibu saat ini, kemudian memastikan janin tunggal, berikan suntikan oxytocin untuk kontraksi rahim serta observasi tanda tanda pelepasan placenta, melakukan manajemen aktif kala III, mengobservasi kelengkapan placenta kemudian periksa adanya laserasi jalan lahir dan mengobservasi keadaan umum, TTV serta estimasi perdarahan, kandung kemih, TFU dan UC.

Kemudian lakukan obseravsi pada kala IV, kemudian bersihkan ibu, dekontaminasi alat alat setelah persalinan, berikan asuhan BBL setelah satu jam pertama dan lengkapi partograf.

Langkah VII : Evaluasi pada kala I ibu mengerti tentang keadaannya dan ibu sedang tidur miring kiri, ibu sudah mempraktikan teknik relaksasi pada saat his. Pada kala II ibu sudah mengetahui persalinannya maju, dan telah diberi asupan nutrisi ibu dan cek jantung janin setiap satu jam, kemudian bayi telah ditolong lahir, dan ibu menggunakan teknik meneran yang benar. Bayi telah lahir dan memantau keadaan bayi dan ibu.

Pada kala III telah dipastikan janin tunggal dan telah disuntikan oxytocin di paha kanan ibu, telah dipantau adanya tanda tanda pelepasan plasenta dan melakukan manajemen aktif kala III, mengobservasi kelengkapan placenta kemudian memeriksa adanya laserasi jalan lahir dan mengobservasi keadaan umum, TTV serta estimasi perdarahan, kandung kemih, TFU dan UC.

Lakukan obseravsi pada kala IV, kemudian bersihkan ibu, dekontaminasi alat alat setelah persalinan, berikan asuhan BBL setelah satu jam pertama dan lengkapi partograf.

Langkah VII : evaluasi asuhan yaitu kondisi ibu baik dan tidak ditemukan tanda-tanda komplikasi pada ibu

Menyusun Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Langkah I : Mendeteksi dini adanya komplikasi komplikasi yang diderita bayi baru lahir dengan ibu faktor resiko jarak

kehamilan kurang dari 2 tahun dan grande multipara dengan melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.

Langkah II : Diagnosa NCB SMK usia 0 hari

Menyusun Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Langkah I : Berikan asuhan Bayi Baru Lahir

Langkah II : Diagnosa NCB SMK usia 0 hari

Tidak ada masalah

Langkah III : diagnosa atau masalah potensial tidak ada

Langkah IV : Tidak ada kebutuhan terhadap tindakan segera

Langkah V : Merencanakan asuhan menjaga kehangatan bayi, Kemudian melakukan pengukuran antropometri dan menimbang berat badan kemudian menyuntikan vit K dan satu jam setelahnya suntikan imunisasi HB0 di paha kanan, berikan bayi kepada ibunya untuk disusui dan kontak skin to skin dengan ibu.

Langkah VI : Menjaga kehangatan bayi, kemudian melakukan pengukuran antropometri dan menimbang berat badan kemudian menyuntikan vit K dan satu jam setelahnya suntikan imunisasi HB0 di paha kanan, berikan bayi kepada ibunya untuk disusui dan skin to skin dengan ibu.

Langkah VII : Bayi telah diselimuti, telah diukur lingkar kepala, lingkar dada dan lingkar lengan serta telah ditimbang berat badan bayi, bayi sudah disuntik vit K di paha kiri dan satu jam kemudian HB0 di paha kanan, bayi telah bersama ibunya dan sedang disusui.

Rencana Asuhan pada Ibu Nifas

Langkah I : Menanyakan keluhan ibu saat ini, melakukan pemeriksaan fisik ibu nifas berupa inspeksi mata, inspeksi dan palpasi payudara, inspeksi dan palpasi abdominal, inspeksi pengeluaran vagina dan jahitan laserasi jalan lahir. Serta memantau adanya tanda bahaya pada ibu nifas.

Langkah II : Diagnosa P₄₁₀₂ Post Partum 6 Jam

Ditemukan keluhan yang ibu rasakan, hasil pemeriksaan inspeksi mata, ispeksi dan palpasi payudara, inspeksi dan palpasi abdominal, inspeksi pengeluaran vagina dan jahitan laserasi jalan lahir.

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial tidak ada

Langkah IV : Tidak ada

Langkah V : Menyusun rencana asuhan pada 6 jam pertama post partum beritahu ibu hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih dan memastikan kontraksi uterus baik serta memantau perdarahan ibu, menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisi dan anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

Pada kunjungan 6 hari post partum lakukan pemantauan untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan kebutuhan nutrisi dan istirahat tercukupi, memberi konseling tentang perawatan pada bayi.

Pada kunjungan 2 minggu post partum lakukan pemantauan untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak

ada tanda-tanda penyulit, memastikan kebutuhan nutrisi dan istirahat tercukupi, memberi konseling dalam pengasuhan bayi.

Langkah VI : Pada 6 jam post partum sampaikan hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih dan memastikan kontraksi uterus baik serta memantau perdarahan ibu, menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisi dan anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

Pada kunjungan 6 hari post partum dilakukan pemeriksaan involusi uterus untuk memastikan dalam keadaan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan kebutuhan nutrisi dan istirahat ibu tercukupi, memberi konseling tentang perawatan pada bayi.

Pada kunjungan 2 minggu post partum dilakukan pemantauan involusi uterus untuk memastikan dalam keadaan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan kebutuhan nutrisi dan istirahat ibu tercukupi, memberi konseling tentang perawatan pada bayi.

Langkah VII : Pada 6 jam post partum ibu sudah buang air kecil , pada palpasi fundus uteri ibu teraba bulat keras dan jumlah perdarahan ibu dalam batasan normal, ibu sudah makan nasi lauk pauk dan sayur serta air putih, ibu mau menyusui bayinya.

Pada 6 hari post partum pada pemeriksaan fundus uteri teraba semakin mengecil, tidak ditemukan adanya tanda-tanda bahaya nifas pada ibu, ibu telah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada tanda-tanda

penyulit, ibu telah memenuhi kebutuhan nutrisi selama nifas dan ibu telah istirahat, ibu dapat mempraktikkan perawatan pada bayi.

Pada kunjungan 2 minggu post partum fundus uteri ibu sudah tidak teraba, tidak ditemukan adanya tanda-tanda bahaya nifas pada ibu, ibu telah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, ibu telah memenuhi kebutuhan nutrisi selama nifas dan ibu telah istirahat, ibu dapat mempraktikkan perawatan pada bayi.

Rencana Asuhan Keluarga berencana

Langkah I : Menanyakan rencana KB apa setelah melahirkan, menanyakan pengetahuan ibu tentang KB, dan melakukan pemeriksaan pada ibu.

Langkah II : Diagnosa P₄₁₀₂ Akseptor KB

Masalah tidak ada

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial tidak ada

Mengantisipasi penanganan tidak ada

Langkah IV : Tidak ada kebutuhan terhadap tindakan segera

Langkah V : Menyusun rencana asuhan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, kemudian memberi ibu informasi mengenai KB, menyerahkan keputusan kepada ibu untuk memilih KB.

Langkah VI : Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, kemudian memberi ibu informasi mengenai KB, menyerahkan keputusan kepada ibu untuk memilih KB.

Langkah VII : Ibu mengetahui tentang keadaannya saat ini, ibu juga sudah mengetahui macam macam KB yang ada, ibu berkata akan memikirkan alat kontrasepsi apa yang akan dipilih.

B. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan Pada Trimester III

Kehamilan Trimester III sering kali disebut periode menunggu dan waspada karena ibu sudah merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya dan mulai khawatir dengan diri dan bayinya pada saat melahirkan. Pada saat itu juga merupakan saat persiapan aktif untuk menunggu kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh bidan untuk menapis adanya resiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi atau penyakit yang mungkin terjadi selama hamil muda (Kusmiati, 2009).

Karakteristik utama perkembangan intrauterin pada trimester ketiga adalah penyempurnaan struktur organ khusus / detail dan penyempurnaan fungsi berbagai sistem organ. Satu karakteristik perkembangan akhir masa janin adalah perlambatan pertumbuhan kepala relatif terhadap pertumbuhan badan. Pada awal bulan ke-3, ukuran kepala merupakan separuh ukuran kepala bokong (*crown-rump length/ CRL*). Akan tetapi, sejak awal bulan ke-5, ukuran kepala relatif berkurang menjadi sepertiga dari CRL, sampai pada saat lahir ukuran kepala hanya seperempat dari CRL. Hal ini disebabkan peningkatan pertumbuhan badan dan ekstremitas bersama dengan penurunan pertumbuhan kepala (Dewi Surnarsih, 2011).

a. Minggu ke-28

Pada akhir minggu ke-28, panjang ubun-ubun-bokong adalah sekitar 25 cm dan berat janin sekitar 1.100 g. Endapan lemak subkutis meningkat sehingga

janin memperoleh bentuk membulat/menggemut. Produksi kelenjar lemak kulit juga menghasilkan lapisan vernix caseosa yang melapisi kulit janin. Sejak usia 28 minggu lengkap, telah terbentuk koordinasi antara sistem saraf pusat, pernapasan, dan kardiovaskular, meskipun masih sangat minimal. Surfaktan (surfactant) terbentuk di dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Ukuran janin $\frac{2}{3}$ ukuran pada saat lahir. Janin yang lahir pada masa ini dapat bertahan hidup, namun diperlukan tunjangan hidup berupa perawatan intensif yang sangat baik untuk mencapai hasil optimal.

b. Minggu ke-32

Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir. Bayi sudah tumbuh 38-43 cm dan panjang ubun-ubun bokong sekitar 28 cm dan berat sekitar 1.800 gr. Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor.

c. Minggu ke-36

Pada akhir minggu ke-36 gestasi, janin memiliki panjang ubun-ubun bokong rata-rata yaitu 32 cm dan berat sekitar 2.500 g. Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak atau berputar banyak. Pertumbuhan kepala maksimal, lingkaran kepala 15 menjadi lingkaran terbesar dari pada seluruh bagian tubuh, pada bayi laki-laki, testis mulai turun ketempatnya didalam skrotum antibodi ibu ditransfer ke bayi. Hal ini akan memberikan kekebalan untuk enam bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi berkerja sendiri.

2. Perubahan Sistem Pada Trimester III

a. Sistem Reproduksi

1) Vulva dan Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan sebagai persiapan untuk persalinan yang seringnya melibatkan peregangan vagina. Ketebalan mukosa bertambah, jaringan ikat mengendor, dan sel otot polos mengalami hipertrofi. Juga terjadi peningkatan volume sekresi vagina yang berwarna keputihan dan lebih kental. Pada minggu-minggu akhir kehamilan, prostaglandin mempengaruhi penurunan konsentrasi serabut kolagen pada serviks. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan. Isthmus uteri akan berkembang menjadi segmen bawah uterus pada trimester akhir.

2) Uterus

Ukuran pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. (Sulistiyawati, 2011). Selama kehamilan uterus akan beradaptasi menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinaan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. (Prahawiro Sarwono, 2010). Pada permulaan kehamilan dalam posisi antefleksi dan retrofleksi, pada saat 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis, setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Pada ibu hamil, rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri. (Sulistiyawati, 2009). Awal kehamilan Ante atau Retofleksi, akhir bulan kedua uterus teraba satu sampai dua jari diatas symphysis pubis keluar dari

rongga panggul, akhir 36 minggu 3 jari dibawah prosesus xypidieus. (Ai yeyeh dan Lia Yulianti,2009). Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri dapat dicermati sebagai berikut :

Tabel 2.1 Umur kehamilan berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus
36	3 jari dibawah prosesus xiphoedeus
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus

Contoh Tabel 2.1 (Sulistyawati, 2011)

Menurut Spiegelberd dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis, maka diperoleh :

- 22 – 28 minggu : 24 – 25 cm di atas simfisis.

- 28 minggu : 26,7 cm di atas simfisis.

- 30 minggu : 29,5 – 30 cm di atas simfisis.
- 32 minggu : 29,5 – 30 cm di atas simfisis.
- 34 minggu : 31 cm di atas simfisis.
- 36 minggu : 32 cm di atas simfisis.
- 38 minggu : 33 cm di atas simfisis.
- 40 minggu : 37,7 cm di atas simfisis.

Menurut Sarwono (2008), pengukuran tinggi fundus uteri, kemudian hasil pengukuran dimasukkan dalam perhitungan dengan menggunakan rumus :

Berat badan janin = (Tinggi Fundus Uteri – 13) x 155 gram : untuk kepala janin yang masih *floating*.

Berat badan janin = (Tinggi Fundus Uteri – 12) x 155 gram: untuk kepala janin yang sudah memasuki pintu atas panggul.

Berat badan janin = (Tinggi Fundus Uteri – 11) x 155 gram: untuk kepala janin yang sudah melewati atas panggul.

Pengukuran tinggi fundus uteri juga dapat dilakukan pada posisi ibu tidur terlentang, ibu diminta untuk berkemih sehingga kandungan kemih dalam keadaan kosong. Titik 0 pada pengukurannya adalah tulang symphysis pubis. Pemeriksaan dimulai dengan pemeriksaan Leopold. Perut ibu disimetriskan, centimeter ditarik dari titik 0 sampai setinggi umbilikus, kemudian ditambahkan dari hasil pengukuran yang kembali dimulai dari umbilikus ke fundus uteri (Henretty, 2006).

b. Payudara / mammae

Pembentukan lobules dan alveoli memproduksi dan mensekresi cairan yang kental kekuningan yang disebut Kolostrum. Pada trimester 3 aliran darah di dalamnya lambat dan payudara menjadi semakin besar.

c. Kulit

Pada bulan-bulan akhir kehamilan umumnya dapat muncul garis-garis kemerahan, kusam pada kulit dinding abdomen dan kadang kadang juga muncul pada daerah payudara dan paha. Perubahan warna tersebut sering disebut sebagai *striae gravidarum*. Pada wanita multipara, selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis garis mengkilat keperakan yang merupakan sikatrik dari *striae* kehamilan sebelumnya.

d. Perubahan Metabolik Dan Kenaikan Berat Badan

Pertambahan berat badan ibu pada masa ini dapat mencapai 2 kali lipat bahkan lebih dari berat badan pada awal kehamilan. *Pitting edema* dapat timbul pada pergelangan kaki dan tungkai bawah akibat akumulasi cairan tubuh ibu. Akumulasi cairan ini juga disebabkan oleh peningkatan tekanan vena di bagian yang lebih rendah dari uterus akibat oklusi parsial vena kava. Penurunan tekanan osmotik koloid interstisial juga cenderung menimbulkan edema pada akhir kehamilan. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat dua. Nilai IMT mempunyai rentan sebagai berikut :

- 1) 19,8-26,6 : Normal
- 2) <19,8 : Underweight
- 3) 26,6-29,0 : Overweight

4) >29,0 : Obesitas

Pertambahan berat badan menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat keterlambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengidentifikasi adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri (Sulistyawati, 2009).

e. Sistem Kardiovaskuler

Selama trimester terakhir, kelanjutan penekanan aorta pada pembesaran uterus juga akan mengurangi aliran darah uteroplacenta ke ginjal. Pada posisi terlentang ini akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan dengan posisi miring.

f. Sistem Pernapasan

Pergerakan diafragma semakin terbatas seiring pertambahan ukuran uterus dalam rongga abdomen. Setelah minggu ke 30, peningkatan volume tidal, volume ventilasi per menit, dan pengambilan oksigen per menit akan mencapai puncaknya pada minggu ke 37. Wanita hamil akan bernafas lebih dalam sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesterone.

g. Sistem Urinaria

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul menyebabkan penekanan uterus pada vesica urinaria. Keluhan sering

berkemih pun dapat muncul kembali. Selain itu, terjadi peningkatan sirkulasi darah di ginjal yang kemudian berpengaruh pada peningkatan laju filtrasi glomerulus dan *renal plasma flow* sehingga timbul gejala poliuria. Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut air lebih banyak.

3. Standar Pelayanan Antenatal Care

- a. Ukur tinggi badan dan berat badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Ukur TFU
- d. Imunisasi TT
- e. Tablet Fe
- f. Tes PMS / VDRL
- g. Temu wicara / konseling
- h. Pemeriksaan HB
- i. Pemeriksaan protein urin
- j. Pemeriksaan reduksi urine
- k. Perawatan payudara
- l. Pemeliharaan tingkat kebugaran
- m. Terapi yodium
- n. Pemeriksaan malaria (Ika Patiawati dkk, 2010).

4. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III (Varney, 2007)

- a. Pusing

Penyebab dari pusing adalah karena adanya tekanan darah tinggi, pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai dan kurangnya asupan nutrisi.

Cara mengatasi :

- 1) Saat akan pindah posisi (misalnya dari posisi duduk jadi berdiri), lakukan dengan lambat dan tenang, jangan tergesa-gesa.
- 2) Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang panas dan sesak
- 3) Coba periksakan di tempat pelayanan kesehatan jika pusing menyerang.

b. Sakit pinggang dan punggung

Penyebab dari sakit pinggang dan punggung adalah kelelahan, ukuran rahim yang makin membesar, mekanisme tubuh yang kurang baik.

Cara mengatasi :

- 1) Jangan membungkuk saat mengambil barang, sebaiknya turunkan badan dalam posisi jongkok, baru kemudian mengambil barang yang dimaksud
- 2) Istirahat, pijat, kompres dingin atau panas pada bagian yang sakit

c. Sering buang air kecil

Penyebab dari sering buang air kecil karena adanya tekanan rahim pada kandung kemih, rahim semakin membesar mengikuti perkembangan janin sehingga rahim akan menekan kandung kemih.

Cara mengatasi :

- 1) Usahakan buang air kecil selalu tuntas (tidak tersisa)
- 2) Batasi minum kopi, teh, cola dan kafein
- 3) Lakukan senam otot panggul ringan misalnya kegel.

d. Keputihan

Keputihan dapat bersifat normal (fisiologis) dan tidak normal (patologis). Dalam keadaan normal, cairan yang keluar cenderung jernih atau sedikit kekuningan dan kental seperti lendir serta tidak disertai bau atau rasa gatal. Namun bila cairan yang keluar disertai bau, rasa gatal, nyeri saat buang air kecil atau warnanya sudah kehijauan atau bercampur darah, maka ini dapat dikategorikan tidak normal.

1) Penyebab

Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Umumnya penyebab keputihan tersering pada wanita hamil adalah infeksi jamur *Candida* sp. Wanita hamil dapat terkena keputihan sejak awal kehamilan hingga trimester akhir menjelang persalinan. Namun pada keputihan karena infeksi jamur, akan lebih berat terjadi pada bulan-bulan terakhir kehamilan karena pada saat tersebut kelembaban vagina paling tinggi.

2) Dampak keputihan

Keputihan yang bersifat normal pada ibu hamil tidak akan menyebabkan bahaya, yaitu adanya ciri-ciri tidak berbau dan tidak membuat gatal. Ibu hamil akan mengalami keputihan hingga akhir menjelang persalinan. Pada masa akhir kehamilan keputihan semakin meningkat karena infeksi jamur semakin berat terjadi. Umumnya keputihan pada ibu hamil terinfeksi karena jamur *candida* sp. Adapun bahaya keputihan untuk ibu hamil yaitu :

a. Kelahiran premature

Keputihan yang ditandai dengan munculnya cairan yang lebih kental, berbau amis dan rasa gatal yang memicu iritasi pada vulva. Keputihan pada ibu hamil jenis ini akan mengakibatkan nyeri saat bersenggama. Adapun penyebab keputihan adalah mikroorganisme yaitu candida albicans. Jika dibiarkan tanpa pengobatan akan menyebabkan kelahiran prematur.

b. Ketuban pecah sebelum waktunya

Munculnya cairan yang ditandai dengan berwarna kekuningan, berbau amis dan ketika muncul rasa gatal. Keputihan ini disebut vaginosis bakterialis yang menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya.

Cara mengatasi

- (1) Meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari
- (2) Memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun bukan nilon
- (3) Menghindari pencucian vagina dengan sabun dari arah depan kebelakang (Kusmiyati dkk, 2009)

e. Kaki bengkak dan sakit

Penyebab dari terjadinya kaki bengkak adalah karena keletihan.

Cara mengatasi :

- 1) Perbanyak olah raga (jalan santai)
- 2) Saat duduk, gerakan kaki dengan memutarnya pada pergelangan kaki
- 3) Hindari duduk bersilang
- 4) Berbaringlah menyamping jangan terlentang
- 5) Ketika berbaring atur posisi kaki agar tinggi dari badan mengganjalnya dengan bantal

f. Kram pada kaki

Penyebab dari terjadinya kram pada tungkai kaki adalah tekanan pada rahim, kelelahan, sirkulasi darah yang kurang ketungkai bagian bawah.

Cara mengatasi :

- 1) Kurang minum susu karena kandungan fosfor pada susu tinggi
- 2) Gunakan penghangat untuk otot
- 3) Jangan menggantungkan kaki ketika duduk, menapakkan pada alas atau menselonjorkan kaki dan diatas bantal.

g. Nyeri pinggang

Nyeri pinggang merupakan hal yang normal pada ibu hamil, karena perut yang semakin membesar sehingga titik berat badan pindah kedepan dan meyebabkan spasme pada otot (Varney, 2007).

Cara mengatasi : bangun dari tempat tidur dengan posisi miring terlebih dahulu, lalu tangan sebagai tumpuan untuk mengangkat tubuh.

5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil (Kusmiyanti et al. 2009)

- a. Nutrisi : ibu hamil membutuhkan energy 285 kkal perhari bisa didapat dari nasi, roti, kentang, jagung, dll. Protein yang bisa didapat dari (daging, ikan, telur, dll), vitamin, asam folat, zat besi selama masa kehamilan. Dimana selama hamil kenaikan berat badan berkisar antara 11-12 kg.
- b. Personal hygiene : ibu dianjurkan mandi 2x sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan keringat, menjaga kebersihan daerah lipatan kulit dengan cara dibersihkan dan dikeringkan dan menjaga kebersihan gigi dan mulut. Cuci tangan sebelum dan setelah BAB dan BAK.

- c. Pakaian selama hamil yaitu longgar dan tidak ketat, bahannya mudah menyerap keringat, hindari penggunaan sabuk dan stocking yang terlalu ketat, hindari pula sepatu dengan hak tinggi.
- d. Eliminasi : Meringankan daerah genitalia setiap selesai BAB dan BAK, cara membilas daerah genitalia adalah dari depan ke belakang,
- e. Hubungan Seksual : Boleh dilakukan selama kehamilan berjalan normal, namun tidak dibenarkan bila ada perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, ketuban pecah dan serviks terbuka.
- f. Mobilisasi : ibu boleh melakukan aktivitas biasa selama tidak terlalu melelahkan, hindari berdiri terlalu lama, sebaiknya tidur dalam posisi miring kiri.
- g. Istirahat dan tidur: Istirahat secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani ibu, membantu pertumbuhan dan perkembangan janin.
- h. Senam hamil: Boleh dilakukan jika usia kehamilan 22 minggu yang tujuannya untuk melatih dan mempersiapkan otot-otot panggul sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal.

6. Persiapan Persalinan

Persalinan adalah kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusun dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu. (Sujiyatini, 2011). Menurut (Sujiyatini 2011), Untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan, maka singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan :

- a) B (Bidan)

Pastikan bahwa ibu dan atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

b) A (Alat)

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

c) K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan rujukan merujuk ibu kefasilitas rujukan tersebut. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan bayi hingga ke fasilitas rujukan.

d. S (Surat)

Berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan bayi baru lahir. Sertakan juga patograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

d) O (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama perjalanan.

e) K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

f) U (Uang)

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal difasilitas rujukan.

g) D (Darah)

Siapkan orang yang akan menjadi pendonor darah jika transfuse diperlukan.

7. Deteksi Dini Kehamilan Resiko Tinggi

a. Pengertian

Deteksi dini kehamilan adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor resiko dan komplikasi kebidanan (Depkes, 2010). Deteksi dini kehamilan adalah upaya dini yang dilakukan untuk mengatasi kejadian resiko tinggi pada ibu hamil (Ikhsan, 2006). Usia untuk hamil dan melahirkan adalah 20 sampai 35 tahun, lebih atau kurang dari usia tersebut adalah berisiko.

b. Kehamilan Resiko Tinggi

Kehamilan resiko tinggi adalah keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau sebaliknya, penyakit ibu dapat berpengaruh buruk pada janinnya atau keduanya saling berpengaruh. Kehamilan resiko tinggi merupakan ancaman (Saifuddin, 2006).

a. Faktor Resiko Ibu Hamil

Ibu hamil yang mempunyai resiko perlu mendapat pengawasan yang lebih intensif dan perlu dibawa ketempat pelayanan kesehatan sehingga

resikonya dapat dikendalikan (Manuaba, 2010). Risiko kehamilan menurut Poedji Rochjati (2003) sebagai berikut :

1) Ada potensi gawat obstetri (Faktor risiko kelompok 1), meliputi:

a) Usia ibu pertama hamil terlalu muda (< 16 tahun)

Masih banyak terjadi perkawinan, kehamilan dan persalinan diluar kurun waktu reproduksi sehat, terutama usia muda. Wanita berumur < 16 tahun meningkatkan risiko bayi prematur, perdarahan antepartum, dan perdarahan postpartum.

Risiko terjadi gangguan kesehatan lebih besar pada wanita usia muda. Pada usia remaja ini, berisiko mengalami penyulit pada saat hamil dan melahirkan. Karena kurangnya pengalaman serta informasi. Serta alat reproduksi belum matang seperti panggul dan rahim masih kecil. Angka morbiditas dan mortalitas ibu hamil remaja 2-4 kali lebih tinggi daripada ibu hamil berusia 20- 35 tahun.

Faktor risiko kehamilan pada remaja :

- (1) Anemia Terjadi karena kurangnya konsumsi zat gizi. Terutama konsumsi zat besi (Fe).
- (2) Hipertensi pada kehamilan
- (3) Prematur
- (4) Fetal distress
- (5) Asfiksia neonatorum Penyebabnya karena gizi kurang, anemia, hipertensi, gangguan oksigenasi plasenta.

(6) BBLR Ibu yang hamil berusia dibawah 20 tahun berisiko terjadinya BBLR 1,50 – 2 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil berusia 20 – 35 tahun. ·

(7) Abortus spontan

(8) Still birth

(9) Partus macet

(10) Tindakan ekstraksi vakum

(11) Perdarahan antepartum

Penyebab yang paling banyak adalah plasenta previa.

a) Primi tua (kehamilan pertama terlalu tua)

(1) Usia ibu hamil pertama 35 tahun Pada penelitian Awad Shehadeh di Queen Alia and Prince Hashem Hospital pada primigravida yang berusia 35 tahun, jumlah komplikasi keluaran maternal meningkat bila dibandingkan dengan primigravida berusia 20-35 tahun yaitu pada kejadian perdarahan postpartum, persalinan dengan bedah sesar.

(2) Ibu hamil pertama setelah kawin > 4 tahun Ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa:

(a) Suami istri tinggal serumah

(b) Suami atau istri tidak sering keluar kota

(c) Tidak memakai alat kontrasepsi (KB)

Bahaya yang terjadi pada primi tua:

(a) Selama hamil dapat timbul masalah, faktor risiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya preeklamsia.

(b) Persalinan tidak lancar, sehingga memerlukan intervensi atau tindakan dalam persalinan

c) Usia ibu terlalu tua (> 35 tahun)

Ibu hamil pada usia ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit obstetris serta mortalitas dan morbiditas perinatal. Bagi ibu yang memiliki penyakit kronis dan kondisi fisik yang rendah hal ini kemungkinan akan terjadi.

d) Jarak kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun)

Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu. Untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak sebaiknya jarak kehamilan tidak kurang dari 2 tahun.

a) Jarak kehamilan terlalu jauh (> 10 tahun) Ibu hamil dengan persalinan terakhir > 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Kehamilan ini bisa terjadi pada:

(1) Anak pertama mati, janin didambakan dengan nilai sosial tinggi.

(2) Anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber-KB.

Bahaya yang dapat terjadi:

(3) Persalinan dapat berjalan tidak lancar

(4) Perdarahan pasca persalinan

(5) Penyakit ibu: Hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain. Sehingga dalam persalinan untuk keselamatan ibu maupun janin, dengan seksio sesarea

b) Jumlah anak terlalu banyak (4 anak)

Bila jumlah anak ibu telah empat atau lebih perlu diwaspadai karena semakin lama uterus semakin lemah sehingga memungkinkan untuk terjadinya persalinan lama, sebagai indikasi untuk persalinan dengan forcep dan vakum.

c) Ibu dengan tinggi badan 145 cm atau kurang (terlalu pendek)

Tinggi badan ibu mencerminkan ukuran pelvis, dimana berhubungan dengan distosia, ini menunjukkan adanya penyulit dalam persalinan. Ibu dengan tinggi badan 145 cm meningkatkan risiko untuk mengalami penyulit dalam persalinan. Menurut penelitian Rusleena, dari total 9198 ibu yang melahirkan sebanyak 70,2% persalinan normal, 7,5% persalinan operatif pervaginam, 22,3% seksio sesarea.

d) Riwayat obstetri buruk

(1) Persalinan dengan tindakan

(a) Induksi persalinan

(b) Seksio sesarea

(c) Ekstraksi forcep dan vakum

(2) Abortus Berakhirnya kehamilan sebelum berusia 20 minggu atau janin tidak dapat hidup diluar kandungan. Komplikasi abortus adalah perdarahan dan infeksi. Perdarahan dapat menyebabkan anemia, sedangkan infeksi dapat menyebabkan sepsis sehingga menyebabkan kematian ibu.

3) Uri manual

Uri manual, yaitu: tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan.

(4) Bekas operasi sesarea

2. Ada gawat obstetri (faktor risiko kelompok II), meliputi:

a. Penyakit pada ibu hamil

1) Anemia

2) Malaria

3) TBC paru

4) Penyakit jantung

5) Diabetes Mellitus

6) Infeksi menular seksual pada kehamilan

7) Preeklamsia

8) HIV/AIDS

9) Toksoplasmosis

b) Hamil kembar (gemelli)

c) Hamil kembar air

d) Janin mati dalam rahim (Intra Uterine Fetal Death)

e) Kehamilan lebih bulan/serotinus

f) Kehamilan dengan kelainan letak

(1) Letak lintang

(2) Letak sungsang

3. Ada gawat darurat obstetri (faktor risiko kelompok III), meliputi:

a. Perdarahan pada kehamilan:

1) Plasenta previa

2) Solusio plasenta

b. Preeklamsia berat/eklamsia

b. Komplikasi Kehamilan Resiko Tinggi

Tidak setiap ibu hamil akan memiliki komplikasi kehamilan yang berisiko tinggi tetapi mengetahui komplikasi atau risiko selama hamil dapat membantu menangani dan mencegah komplikasi itu terjadi.

Menurut (Nugroho, 2010), ada beberapa komplikasi kehamilan berisiko tinggi, diantaranya:

1) Anemia

2) *Intrauterine Growth Restriction (IUGR)*

3) Premature

4) Gestational Diabetes

5) Tekanan Darah Tinggi

6) Placenta Previa

7) Penyakit Rhesus (Rh)

8) Kehamilan Post-Term

9) Kehamilan Ganda

10) Kehamilan Ektopik

11) Keguguran

12) Perdarahan Pasca Melahirkan

c. Bahaya Kehamilan Risiko Tinggi

Menurut Nurcahyo (2007), bahaya yang dapat ditimbulkan akibat ibu hamil dengan risiko tinggi adalah:

- 1) Bayi lahir belum cukup bulan
- 2) BBLR
- 3) Keguguran (*abortus*)
- 4) Persalinan tidak lancar/macet
- 5) Perdarahan sebelum dan sesudah persalinan
- 6) Janin mati dalam kandungan
- 7) Bumil/bersalin meninggal dunia
- 8) Keracunan kehamilan/kejang-kejang

d. Skrining/Deteksi Dini Ibu Resiko Tinggi

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), terhadap terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan kedalam bentuk angka yang disebut skor. Skor merupakan bobot perkiraan dari berat atau ringannya risiko yang dihadapi ibu hamil.(Dian, 2007). Berdasarkan jumlah skor, kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok :

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) jumlah skor 2 dengan kode warna hijau, selama hamil tanpa FR (Faktor Resiko).

- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) jumlah skor 6-10, kode warna kuning dapat dengan FR tunggal dari kelompok FR I, II, III, dan dengan FR ganda 2 dari kelompok FR I dan II.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) ibu dengan jumlah skor 12 kode warna merah, ibu hamil dengan FR ganda dua atau tiga dan lebih (Rochjati, 2008).

Tabel 2.2 Skrining Skor Poedji Rochjati

I	II	III	IV				
KEL F.R	NO	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2			
II	1	Terlalu muda hamil I 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau	4				
		Lebih					

	6	Terlalu tua umur 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a. tarikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar	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	4				
	14	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	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Sumber: (Rochjati, 2003)

3. Faktor Risiko Perdarahan Pasca Persalinan

Perdarahan paska persalinan merupakan penyebab kehilangan darah serius yang paling sering dijumpai di bagian obstetrik. Pada sebagian besar kasus, perdarahan paska persalinan dapat diramalkan sebelum persalinan terjadi. Hal ini disebabkan karena banyak faktor yang mempunyai arti penting, baik sendiri maupun gabungan, sebagai faktor risiko terjadinya perdarahan paska persalinan. Disamping itu faktor risiko tersebut merupakan determinan langsung maupun tidak langsung terhadap kejadian perdarahan paska persalinan. Berdasarkan determinan perdarahan paska persalinan tersebut dapat di golongkan mejadi dua faktor, yaitu : faktor ibu dan faktor penolong persalinan.

1. Faktor Ibu

a. Paritas

Ibu dengan paritas tinggi, terutama grandemultipara (melahirkan >4 kali), seringkali disebut sebagai faktor risiko yang penting pada kejadian perdarahan pasca persalinan. Perdarahan pasca persalinan pada grandemultipara terjadi akibat otot rahim sudah kurang mampu berkontraksi dengan baik karena bila terlalu sering melahirkan, otot rahim akan semakin lemah.

b. Jarak persalinan

Jarak persalinan yang kurang dari 2 tahun mengakibatkan kelemahan dan kelelahan otot rahim, sehingga cenderung akan terjadi perdarahan postpartum. Bila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, kondisi rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik, sehingga cenderung mengalami partus lama, atau perdarahan postpartum. Disamping itu persalinan yang berturut-turut dalam jarak waktu singkat mengakibatkan uterus menjadi *fibrotik*, sehingga mengurangi daya kontraksi dan retraksi uterus. Kondisi seperti ini berakibat terjadinya perdarahan *postpartum*.

c. Riwayat persalinan sebelumnya

Riwayat buruk pada persalinan sebelumnya, seperti persalinan dengan tindakan, partus lama, retensio plasenta, bekas *seksio sesarea*, perdarahan dan sebagainya mempengaruhi kejadian perdarahan postpartum, sebagai contoh bila ibu pada persalinan sebelumnya telah mengalami perdarahan postpartum, kemungkinan besar hal yang serupa akan dialaminya kembali bila melahirkan.

d. Partus lama

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam untuk primigravida dan atau lebih dari 18 jam untuk multigravida. Akibat dari partus lama, apabila tidak segera ditangani, akan terjadi dehidrasi, *asfiksia* bayi, *ruptura uteri*, infeksi dan kematian ibu akibat perdarahan. Mekanisme terjadinya perdarahan pada partus lama adalah oleh karena kelemahan dan kelelahan otot rahim.

e. Usia Kehamilan

Ibu melahirkan dengan usia kehamilan < 37 minggu disebut persalinan preterm. Pada ibu yang mengalami persalinan preterm ini dapat merupakan faktor risiko untuk terjadinya *retensio plasenta*. *Retensio plasenta* merupakan faktor risiko dan penyebab langsung terjadinya perdarahan *postpartum*.

f. Status gizi

Asupan gizi pada ibu hamil merupakan suatu hal yang sangat penting. Hal ini disebabkan karena pada ibu hamil, disamping makan untuk dirinya sendiri, juga untuk janin yang dikandungnya. Ibu dengan status gizi buruk mempunyai risiko untuk mengalami perdarahan *postpartum* dan infeksi pada masa nifas.

g. Anemia kehamilan

Bila ibu menderita *Anemia* berat selama kehamilan, maka ia akan sering mengalami sesak nafas, edema, gagal jantung kongestif, anoksia otak, sehingga sering mengakibatkan kematian ibu²³⁾ Pada saat persalinan dapat terjadi gangguan his, kala pertama dapat berlangsung lama sehingga terjadi *partus* lama. Kondisi seperti ini dapat diikuti oleh *retensio plasenta* dan perdarahan *postpartum* karena *atonía uteri*. Disamping itu ibu hamil dengan *Anemia* yang

diperparah dengan perdarahan pada saat persalinan, maka keadaan ini akan memudahkan terjadinya infeksi masa nifas.

h. Umur ibu

Umur ibu saat melahirkan mempunyai pengaruh terhadap timbulnya perdarahan postpartum. Ibu dengan umur di bawah 20 tahun, rahim dan panggul sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Sebagai akibatnya pada umur tersebut bila melahirkan, bisa mengalami persalinan lama, sehingga berisiko terjadinya perdarahan postpartum. Bila umur di atas 35 tahun, kondisi kesehatan ibu sudah menurun, sehingga hamil pada umur tersebut mempunyai kemungkinan lebih besar untuk terjadi persalinan lama dan perdarahan postpartum.

8. Konsep Dasar Persalinan

Persalinan adalah proses yang alamiah yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai (Manuaba, 2009).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini mulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2007).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Harianto, 2010).

a. Etiologi

Teori yang menerangkan proses persalinan menurut Manuaba (2009) :

1) Teori Kadar Progesteron

Progesterone yang mempunyai tugas mempertahankan kehamilan semakin menurun dengan makin tuanya kehamilan, sehingga otot rahim mudah dirangsang oleh oksitosin.

2) Teori Oksitosin

Menjelang kelahiran oksitosin makin meningkat sehingga cukup kuat untuk merangsang persalinan.

3) Teori Regangan Otot Rahim

Dengan meregangnya otot rahim dalam batas tertentu menimbulkan kontraksi persalinan dengan sendirinya.

4) Teori Prostaglandin

Prostaglandin banyak dihasilkan oleh lapisan dalam rahim yang diduga dapat menyebabkan kontraksi rahim. Pemberian prostaglandin dari luar dapat merangsang kontraksi otot rahim dan terjadi persalinan atau gugur kandung (Manuaba, 2009).

b. Persalinan Berdasarkan Cara Lahir (Bentuk Persalinan)

1) Persalinan Normal

Proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu). Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun bayi.

2) Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

3) Persalinan Buatan

Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan *section caesaria*.

4) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin (Harianto, 2010).

c. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

1) Lightening

Lightening yang dimulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap setelah lightening. Wanita sering menyebut lightening sebagai “ kepala bayi sudah turun”.

Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu :

- a) Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang.
- b) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus-menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau perlu defekasi.
- c) Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan foramen iskiadikum mayor dan menuju ke tungkai.

d) Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstermitas bawah.

2) Perubahan Serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin matang, selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak dengan konsistensi seperti pudding, dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya, sebagai contoh pada masa hamil. Serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal serviks menutup. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi *Braxton Hicks*. Serviks menjadi lunak selama periode yang berbedabeda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan.

3) Persalinan Palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton Hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan. Bagaimanapun, persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat.

4) Ketuban Pecah Dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum 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 mereka pada waktu 24 jam.

5) 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 lendir yang bercampur darah selama waktu tersebut mungkin akibat trauma kecil terhadap, atau perusakan plak lendir saat pemeriksaan tersebut dilakukan.

d. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Terdapat delapan gerakan posisi dasar yang terjadi ketika janin berada dalam presentasi vertex sefalik.

Gerakan tersebut, sebagai berikut:

1) Engagement

Terjadi ketika diameter biparietal kepala janin telah melalui pintu atas panggul.

2) Penurunan Kepala

Penurunan kepala lengkap terjadi selama persalinan oleh karena itu keduanya diperlukan untuk terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.

3) Fleksi

Hal yang sangat penting untuk penurunan lebih lanjut. Melalui penurunan ini diameter Sub oksipitobregmantika yang lebih kecil

digantikan dengan diameter kepala janin tidak dalam keadaan fleksi sempurna, atau tidak berada dalam sikap militer atau tidak dalam keadaan beberapa derajat ekstensi.

4) Putaran Paksi Dalam

Menyebabkan diameter anteroposterior kepala janin menjadi sejajar dengan diameter anteroposterior pelvis ibu. Paling biasa terjadi adalah oksiput berotasi ke bagian anterior pelvis ibu, dibawah simfisis pubis.

5) Ekstensi

Pelahiran kepala berlangsung melalui ekstensi kepala untuk mengeluarkan oksiputanterior. Dengan demikian kepala dilahirkan dengan ekstensi seperti, oksiput, sutura sagitalis, fontanel anterior, alis, orbit, hidung, mulut, dan dagu secara berurutan muncul dari perineum.

6) Ekspulsi

Rotasi kepala 45^0 baik kearah kanan maupun kiri, bergantung pada arah dari tempat kepala berotasi ke posisi oksiput-anterior.

7) Putaran Paksi Dalam

Terjadi pada saat bahu berotasi 45^0 , menyebabkan diameter bisakromial sejajar dengan diameter anteroposterior pada pintu bawah panggul. Hal ini menyebabkan kepala melakukan rotasi eksteral lain sebesar 45^0 ke posisi LOT atau ROT, bergantung arah restuisi (Varney, 2007).

e. Dukungan selama persalinan

Dukungan selama persalinan (Sumarah, 2009) yaitu :

1) Lingkungan

Suasana yang rileks dan bernuansa rumah akan sangat membantu ibu dan pasangannya untuk cepat merasa nyaman, namun sikap para staf sangatlah penting dibanding dengan kondisi fisik ruangan.

2) Teman yang mendukung

Seorang teman yang mendukung merupakan sumber kekuatan yang besar dan memberikan kesinambungan dukungan dimana teman yang mendukung tersebut tidak bisa digantikan oleh siapapun. Bidan harus berusaha untuk menjadi teman yang mendukung, bekerja dengan wanita tersebut dan keluarga.

3) Mobilitas

Dusahakan ibu didorong untuk tetap tegar dan bergerak, persalinan akan berjalan lebih cepat dan ibu akan merasa dapat menguasai keadaan, terutama jika ibu didorong untuk berusaha berjalan bila memungkinkan dan berusaha merubah posisi tidur (miring ke kiri, jongkok, dan merangkak).

4) Memberi informasi

Ibu dan keluarga harus diberi informasi selengkapnya tentang kemajuan persalinan dan semua perkembangannya selama proses persalinan. Setiap tindakan atau intervensi yang akan dilakukan harus diantisipasi dan dijelaskan. Ibu harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan klinis.

5) Teknik relaksasi

Diharapkan ibu pernah mendapat penyuluhan tentang teknik relaksasi pada saat ANC, bila ibu belum pernah maka harus diajarkan dulu teknik relaksasi, penyuluhan itu diberikan pada saat ANC harus sama dengan penyuluhan saat inpartu agar ibu tidak bingung.

6) Percakapan

Seorang ibu dalam masa inpartu membutuhkan waktu untuk bercakap-cakap dan ada waktunya untuk diam. Bagi ibu yang sedang dalam proses persalinan benar, maka kesunyian yang bersikap akrab dan simpatik sudah pasti disukainya. Pada tahap ini ibu akan merasa lelah, setiap kontraksi akan memerlukan konsentrasi penuh dan semua cadangan emosional dan fisik dikerahkannya, ibu mungkin akan menutup semua pembicaraan yang tidak perlu dan berkonsentrasi terhadap kemajuan persalinan.

7) Dorongan semangat

Sebagian besar ibu akan mencapai tahap dimana mereka merasa tidak bisa melanjutkan lagi dan putus asa. Bidan harus berusaha untuk memberi dorongan semangat kepada ibu selama proses persalinan. Dengan beberapa kata yang diucapkan secara lembut setelah kontraksi atau beberapa pujian non verbal pada saat terjadi kontraksi akan sangat memberi semangat/dorongan ibu.

f. Kala Dalam Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan didefinisikan sebagai permulaan kontraksi sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Hal ini dikenal sebagai tahap pembukaan serviks (Varney, 2007).

Fase – fase dalam Kala I persalinan :

a) Fase Laten

- (1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- (2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- (3) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir / hingga 8 jam
- (4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20 – 30 detik.

b) Fase Aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm/jam (nullipara / primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala II disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala II persalinan :

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan / atau vaginanya
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva vagina dan sfingter ani membuka
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Kala III persalinan berlangsung antara rata – rata 5 dan 10 menit. Akan tetapi, kisaran normal kala III sampai 30 menit. Risiko perdarahan meningkat apabila kala III lebih lama dari 30 menit, terutama 30 – 40 menit. Tanda – tanda lepasnya plasenta :

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah mendadak dan singkat

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Terdiri

dari 3 langkah utama : pemberian oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, 10 unit IM pada $\frac{1}{3}$ bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis), melakukan peregangan tali pusat, dan massase fundus uteri.

4) Kala IV

Segara setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi saat stress fisik dan emosional akibat ersalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Pada saat yang sama, bidan memiliki serangkaian evaluasi dan tugas untuk diselesaikan terkait periode intrapartum. Meskipun intrapartu sudah selesai, istilah kala empat persalinan mengidentifikasai jam pertama pascapartum ini perlu diamati dan dikaji dengan ketat (Varney, 2007).

9. Pengertian Atonia Uteri

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. Perdarahan postpartum dengan penyebab uteri tidak terlalu banyak dijumpai karena penerimaan gerakan keluarga berencana makin meningkat (Manuaba & APN).

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan pospartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan pospartum secara fisiologis dikontrol

oleh kontraksi serabut-serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi.

a. Penyebab

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang) seperti :

- 1) Overdistention uterus seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion, atau paritas tinggi
- 2) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua
- 3) Multipara dengan jarak kelahiran pendek
- 4) Partus lama / partus terlantar
- 5) Malnutrisi
- 6) Penanganan salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya plasenta belum terlepas dari dinding uterus

b. Gejala Klinis

Uterus tidak berkontraksi atau lunak dan perdarahan segera setelah plasenta dan janin lahir.

c. Pencegahan atonia uteri

Atonia uteri dapat dicegah dengan Manajemen aktif kala III, yaitu pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir (Oksitosin injeksi 10U IM, atau 5U IM dan 5 U Intravenous atau 10-20 U perliter Intravenous drips 100-150 cc/jam. Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi risiko perdarahan pospartum lebih dari 40%, dan juga dapat mengurangi kebutuhan obat tersebut sebagai terapi. Manajemen aktif

kala III dapat mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan, anemia, dan kebutuhan transfusi darah. Oksitosin mempunyai onset yang cepat, dan tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah atau kontraksi tetani seperti preparat ergometrin. Masa paruh oksitosin lebih cepat dari Ergometrin yaitu 5-15 menit. Prostaglandin (Misoprostol) akhir-akhir ini digunakan sebagai pencegahan perdarahan postpartum.

10. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Kristiyanasari, 2009). Ciri-ciri bayi normal antara lain adalah sebagai berikut (Depkes RI 2007) :

- 1) Dilahirkan pada umur kehamilan antara 37-42 minggu
- 2) Berat lahir 2500-4000 gram
- 3) Panjang badan waktu lahir 48-51 cm
- 4) Warna kulit merah muda
- 5) Kulit diliputi verniks caseosa
- 6) Lanugo tidak seberapa lagi hanya pada bahu dan punggung
- 7) Pada dahi jelas perbatasan tumbuhnya rambut kepala
- 8) Menangis kuat
- 9) Refleks menghisap baik
- 10) Pernapasan berlangsung baik (40-60 kali/menit)
- 11) Pergerakan anggota badan baik

- 12) Alat pencernaan mulai berfungsi sejak dalam kandungan ditandai dengan adanya / keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama
- 13) Alat perkemihan sudah berfungsi sejak dalam kandungan ditandai dengan keluarnya air kemih setelah 6 jam pertama kehidupan
- 14) Pada bayi laki-laki testis sudah turun ke dalam skrotum dan pada bayi perempuan labia minora ditutupi oleh labia mayora
- 15) Anus berlubang

b. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Bidan harus mengetahui kebutuhan transisional bayi dalam beradaptasi dengan kehidupan diluar uteri sehingga ia dapat membuat persiapan yang tepat untuk kedatangan bayi baru lahir (Fraser Diane, 2011). Adapun asuhan bayi baru lahir sebagai berikut :

- 1) Pencegahan kehilangan panas seperti mengeringkan bayi baru lahir, melepaskan handuk yang basah, mendorong kontak kulit dari ibu ke bayi,
- 2) Membersihkan jalan nafas
- 3) Memotong tali pusat
- 4) Identifikasi dengan cara bayi diberikan identitas baik berupa gelang nama maupun kartu identitas
- 5) Pengkajian kondisi bayi seperti pada menit pertama dan kelima setelah lahir, pengkajian tentang kondisi umum bayi dilakukan dengan menggunakan nilai Apgar.

c. Penilaian Awal Bayi Baru Lahir

Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan penilaian sepintas (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

- 1) Apakah bayi cukup bulan
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium
- 3) Apakah bayi menangis atau bernapas
- 4) Apakah tonus otot bayi baik

Jika bayi cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi. Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Penilaian ada 5 poin :

- a) Appearance (warna kulit)
- b) Pulse rate (frekuensi nadi)
- c) Grimace (reaksi rangsangan)
- d) Activity (tonus otot)
- e) Respiratory (pernapasan)

Setiap penilaian diberi nilai 0, 1, dan 2. Bila dalam 2 menit nilai apgar tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit, kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologik lanjutan di kemudian hari lebih besar. Berhubungan dengan itu penilaian apgar selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit.

Tabel 2.2 Nilai APGAR

Tanda	Skor		
	0	1	2
Frekuensi denyut jantung	Tidak ada	Dibawah 100	Diatas 100
Upaya respirasi	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Fleksi ekstremitas	Gerak aktif
Reflek terhadap rangsangan	Tidak ada respon	Menyeringai	Batuk atau bersin
Warna	Biru putih	Badan merah muda ekstremitas biru	Seluruh tubuh berwarna merah muda

Sumber : (Oxorn, 2010)

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.

- a. Nilai Apgar 7-10 : Bayi normal
- b. Nilai Apgar 4-6 : asfiksia sedang ringan
- c. Nilai Apgar 0-3 : asfiksia berat

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam asuhan pada bayi baru lahir menurut (Asuhan Persalinan Normal, 2008) :

- (a) Persiapan kebutuhan resusitasi untuk setiap bayi dan siapkan rencana untuk meminta bantuan, khususnya bila ibu tersebut memiliki riwayat eklamsia, perdarahan, persalinan lama atau macet, persalinan dini atau infeksi.
- (b) Jangan mengoleskan salep apapun atau zat lain ke tali pusat. Hindari pembungkusan tali pusat, tali pusat yang tidak tertutup akan mengering dan puput lebih cepat dengan komplikasi yang lebih sedikit.

(c) Bila memungkinkan jangan pisahkan ibu dengan bayi dan biarkan bayi bersama ibunya paling sedikit 1 jam setelah persalinan.

(d) Jangan tinggalkan ibu dan bayi seorang diri dan kapanpun.

d. Prinsip Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Menurut (Hidayat, 2010) prinsip asuhan bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut :

- 1) Cegah kehilangan panas berlebihan
- 2) Bebaskan jalan nafas
- 3) Rangsangan taktil
- 4) Laktasi (dimulai dalam waktu 30 menit pertama)

e. Cara Mencegah Terjadinya Kehilangan Panas

Menurut Prawirohardjo (2009) menyebutkan bahwa penanganan bayi baru lahir seperti dibawah ini :

- 1) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 menit), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya, bila bayi mengalami asfiksia lakukan resusitasi.
- 2) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi lakukan penyuntikan oksitosin.
- 3) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
- 4) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara klem.
- 5) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala.

- 6) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI.

5. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu (Sarwono, 2006). Nifas dibagi dalam 3 periode :

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lama 6-8 minggu.
- 3) Remote puerperium adalah waktu yang di perlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulan atau tahunan.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut (Saifuddin, A. 2009) tujuan asuhan masa nifas adalah :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bainya baik fisik maupun psikologik
- 2) Melakukan skiring, mendeteksi masalah, atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun 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 (KB)

c. Perubahan-perubahan Fisiologis pada masa nifas

1) Perubahan Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil, sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Ukuran *uterus* mengecil kembali setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi *umbilicus*, setelah 4 minggu masuk panggul, setelah 2 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil (Suherni, 2009)

Tabel 2.3 Perubahan TFU dan Uterus Pada Post Partum

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	350 gram
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 Minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : (Suherni, 2009)

2) Bekas implantasi uri

Bagian bekas implantasi plasenta merupakan suatu luka yang kasar dan menonjol kedalam kavum uteri segera setelah persalinan. Penonjolan tersebut dalam diameter $\pm 7,5$ cm, sering disangka sebagai suatu bagian plasenta yang tertinggal. Sesudah dua minggu diameternya menjadi 3,5 cm dan pada enam minggu telah mencapai 2,4 mm.

3) Pengeluaran lochea

Lochea adalah secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina pada masa nifas. Ada beberapa jenis lochea (Suherni, 2009) yakni :

a) *Lochea lubra (Cruenta)*

Lochea ini berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel darah desidua (desidua yakni selaput tenar rahim dalam keadaan hamil), venix caseosa (yakni palit bayi, zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel-sel epitel yang menyelimuti kulit janin), lanugo (yakni bulu halus pada bayi yang baru lahir), dan mekonium (yakni isi usus janin cukup bulan yang terdiri atas getah kelenjar usus dan air ketuban berwarna hijau).

b) *Lochea Sanguinolenta*

Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

c) *Lochea Serosa*

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

d) *Lochea Alba*

Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.

e) *Lochea Purulenta*

Ini terjadi karena infeksi, keluarnya cairan seperti nanah berbau busuk.

f) *Locheohosis*

Lochea yang tidak lancar keluaranya.

d. Perubahan vagina dan perineum

1) Perlukaan vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan perineum tidak sering dijumpai. Mungkin ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi akibat ekstraksi dengan cunam, terlebih apabila kepala janin harus diputar, robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum.

2) Perubahan pada perineum

Terjadi robekan perineum hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar dan pada *sirkumfarensia suboksipito bregmatika*. Bila ada laserasi jalan lahir atau luka bekas *episiotomy* (penyayatan mulut serambi kemaluan untuk mempermudah kelahiran bayi) lakukanlah penjahitan dan perawatan dengan baik (Suherni, 2009).

e. Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan, alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemorroid, laserasi jalan lahir.

f. Perubahan Sistem Perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu, tergantung pada keadaan/status sebelum persalinan, lamanya partus kalla II yang dilalui, besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan (Suherni, 2009).

g) Perubahan Tanda-Tanda Vital

(1) Suhu badan

Sekitar hari ke 4 setelah persalinan suhu tubuh mungkin naik sedikit, antara 37,2°C-37,5°C. Kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38°C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai infeksi atau sepsis nifas.

(2) Denyut nadi

Denyut nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60 kali per menit, yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama postpartum.

(3) Tekanan darah

Tekanan darah <140/90 mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari postpartum.

h) Perubahan-Perubahan Psikis Ibu Nifas

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan Dukungan positif untuk ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut (Suherni, 2009).

1. Fase taking in

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

2. Fase taking hold

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

3. Fase letting go

Yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

Tabel 2.4 Jadwal Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah peralihan	<ul style="list-style-type: none">○ Mendeteksi dan merawat penyebab lain dari perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut○ Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri○ Pemberian ASI awal○ Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> ○ Involusi uterus berjalan normal ○ Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal ○ Memastikan ibu mendapatkan cukup makan, cairan dan istirahat ○ Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit ○ Memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan bayi
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas pada kunjungan ke-2
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> ○ Menanyakan pada ibu tentang keluhan-keluhan yang dirasakan ○ Memberi konseling untuk KB secara dini

Sumber : (Saifuddin, 2008)

6. Konsep Dasar Neonatus

a. Pengertian Neonatus

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Wahyuni, 2009).

b. Periode Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 4 minggu terbagi menjadi 3 periode, antara lain :

- 1) Periode neonatal awal yang meliputi jangka waktu 0-48 jam.
- 2) Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 3-7 hari setelah lahir.
- 3) Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir. Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan. Selama periode neonatal bayi mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang amat menakjubkan. Pada saat kelahiran, banyak perubahan dramatik yang terjadi di dalam tubuh bayi karena berubah dari ketergantungan menjadi tidak tergantung pada ibu. Dari sudut pandangan ibu, proses kelahiran merupakan pengalaman traumatik (Wahyuni, 2009).

c. Kunjungan Neonatal

1) Pengertian

Kunjungan dimulai dengan wawancara singkat dengan ibu atau ayah. Perhatian khusus harus diberikan pada isu-isu yang tidak tuntas, yang berhubungan dengan pengalaman persalinan dan kelahiran atau perawatan bayi segera setelah lahir (Varney, 2008).

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali untuk mendapatkan pelayanan dasar dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah. Bentuk pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata,

tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi) pemberian vitamin K dan penyuluhan neonatal di rumah menggunakan buku KIA (Depkes RI, 2004).

1) Tujuan

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah. Pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan konfeherensif, Manajemen Terpadu Bayi Muda untuk bidan/perawat, yang meliputi :

- (a) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah
- (b) Perawatan tali pusat
- (c) Pemberian vitamin K1 bila belum diberikan pada hari lahir
- (d) Imunisasi Hepatitis B 0 bila belum diberikan pada saat lahir
- (e) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asli eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA
- (f) Penanganan dan rujukan kasus (Ambarwati, 2009)

5. Definisi KB (Keluarga Berencana)

a. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu,

pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013).

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013).

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

c. Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarga berencana
- 2) Kesehatan reproduksi remaja
- 3) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- 4) Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas
- 5) Keserasian kebijakan kependudukan
- 6) Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)

d. Macam-macam Kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Couitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir serviks. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010).

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Handayani, 2010).

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (*sintetik progesteron*) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2010). AKDR yang mengandung hormon *Progesterone* atau *Leuonorgestrel* yaitu *Progestasert* (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung *Leuonorgestrel* (Hartanto, 2002).

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010).

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

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).

Metode wawancara dilakukan secara primer dan menggunakan pertanyaan terbuka sehingga didapatkan kelengkapan identitas, riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat penyakit, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu serta riwayat KB (Keluarga Berencana) yang didapat pada saat pengkajian awal terhadap Ny.M. Metode observasi dilakukan pada saat pemeriksaan fisik secara menyeluruh.

Studi kasus pada penelitian kasus ini adalah asuhan secara berkesinambungan (*continuity of care*) yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

B. Subjek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi. Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau tanpa faktor risiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatus serta calon akseptor kontrasepsi (Amirin, 2009).

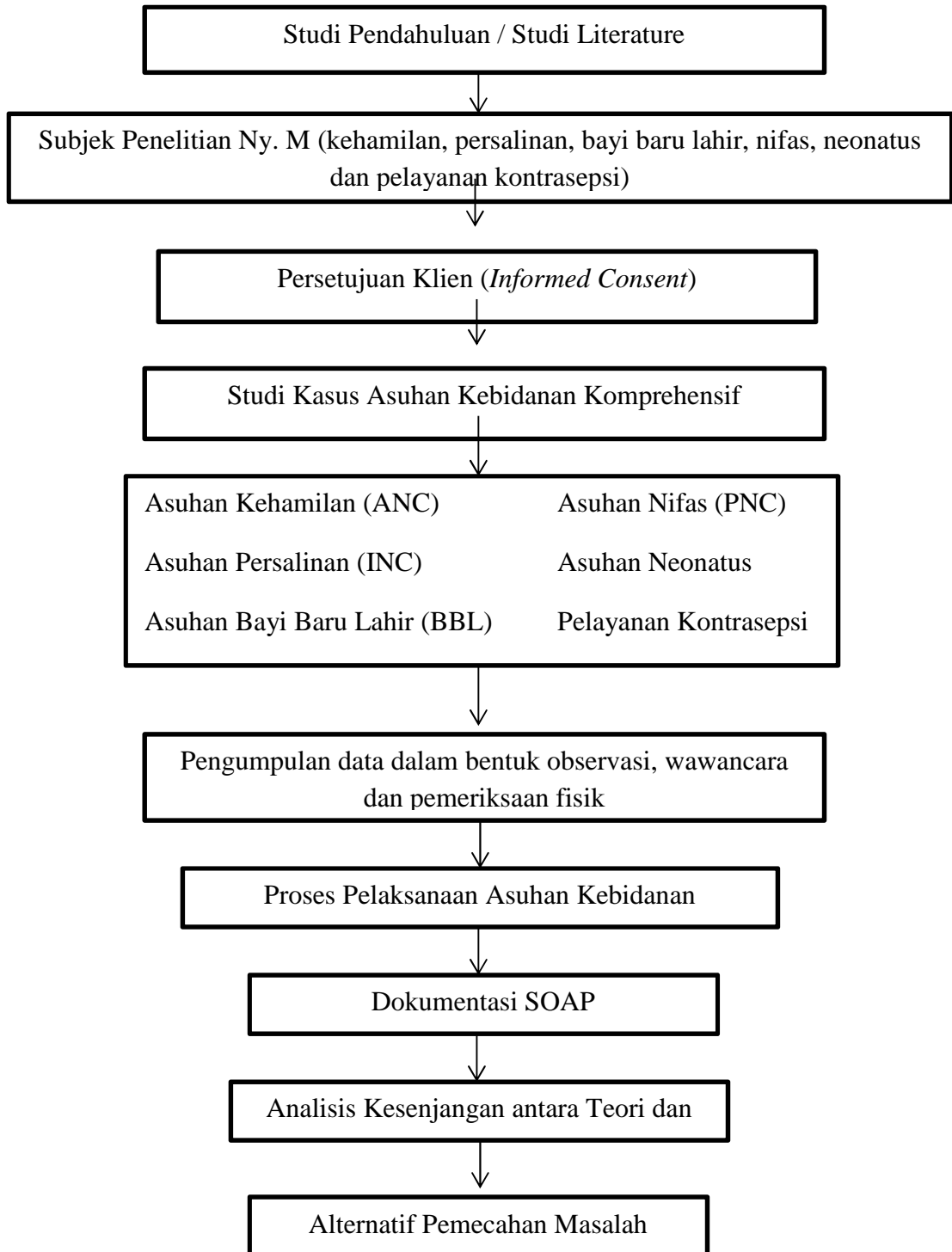
Subjek penelitian dalam studi kasus ini adalah Ny. M usia 21 tahun G4P2102 suku Banjar, agama islam, ibu rumah tangga dan pendidikan terakhir SD dan termasuk dalam faktor resiko.

C. Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005)

Kerangka kerja dalam penulisan studi kasus ini adalah studi kasus yang diuraikan secara komprehensif dimulai dari penjarangan, pengkajian subjek penelitian, pengambilan kesimpulan diagnosa, penyusunan rencana asuhan, implementasi asuhan dan evaluasi asuhan.

Kerangka kerja dalam studi kasus ini diuraikan dalam bentuk skema dibawah ini :



Gambar. 3.1 Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

D. Etika Pelaksanaan Studi Kasus

1. Respect for person

Pada saat dilakukan pengkajian awal, penulis sangat menghormati hak-hak klien dengan cara datang berkunjung serta membina hubungan baik kepada klien dan keluarga serta menjelaskan maksud dan tujuan dari pengkajian ini dan memberikan informed consent sehingga klien mengerti dan mengetahui maksud dan tujuan dilakukan pengkajian dan kunjungan berikutnya.

2. Beneficence dan non maleficence

Selama pengkajian berlangsung ditemukan adanya kepercayaan dan budaya yang berkaitan langsung dengan kehamilan seperti tidak boleh mengkonsumsi ikan selama masa nifas, namun penulis berkewajiban dalam memberikan asuhan menganjurkan untuk tidak berpantang pada budaya tersebut karena selama hamil gizi seimbang sangat diperlukan selama kehamilan berlangsung.

3. Justice

Dari hasil pengkajian di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, data yang didapatkan dari hasil wawancara akan dianalisa sehingga sesuai dengan rencana asuhan yang akan diberikan kepada klien.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/waktu pengkajian : 21 Mei 2016/ jam 15.00 WITA

Nama Pengkaji : Selviana Boro

Tempat : Kediaman Ny. M

S :

a. Biodata/Identitas

Nama Ibu : Ny. M

Nama Suami : Tn. S

Umur : 21 th

Umur : 29 thn

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Banjar

Suku/Bangsa : Bugis

Pendidikan : SD

Pendidikan : SMK

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Jl.Inpres II RT.18 No.9

b. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu mengatakan kadang-kadang pusing

c. Riwayat Kesehatan Klien

1) Riwayat Kesehatan yang Lalu

Ibu tidak sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang kronis

yang dapat memperberat atau diperberat oleh keadaan setelah melahirkan, menular ataupun berpotensi menurun.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu memeriksakan kehamilannya di puskesmas setiap bulan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Hingga saat ini ibu telah melakukan pemeriksaan kehamilannya sebanyak lebih dari 4 kali. Ibu sudah mendapatkan suntikan TT lengkap. Ibu belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil.

Ibu mengatakan pada kehamilan ini ibu pernah mengalami keluhan mulai muntah pada masa awal kehamilannya hingga memasuki usia kehamilan 4 bulan, tapi ibu bersyukur mual muntah yang dialaminya tidak terlalu berlebihan. Selain mual dan muntah pada awal kehamilannya ibu mengatakan tidak mengalami keluhan lain yang mengganggu kenyamanan ibu dalam menjalani kehamilan ini. Selama hamil ibu mendapatkan obat prenatal seperti Fe, Kalk, vitamin B kompleks dan rutin meminumnya setiap hari sesuai anjuran.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny. M tidak ada yang sedang/memiliki riwayat penyakit lain seperti hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun, serta tidak

ada riwayat keturunan kembar. Tetapi terdapat keluarga yang memiliki riwayat hipertensi.

e. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. M adalah 02 September 2015, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 09 Juni 2016 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28-30 hari, lama haid 7 hari, banyaknya haid setiap harinya 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 13 tahun.

f. Riwayat Obstetrik

No	Kehamilan				Persalinan			Anak		
	Suami	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Jenis	Pnlg	Penyulit	JK	BB	Keadaan
1	1	Lupa	Rumah	Prema ture	Spt	Bidan	Tidak ada	L	2000	Menin ggal
2	1	6 thn	Rumah	Aterm	Spt	Bidan	Tidak ada	L	3500 gram	Hidup
3	1	2 thn	Klinik	Aterm	Spt	Bidan	Tidak ada	L	3800 gram	Hidup
4	1	Hamil ini								

g. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan selama 6 tahun dan selama menggunakan jenis alat kontrasepsi ini ibu mengatakan berat badan menurun dan menstruasi kadang tidak teratur. Ibu mendapatkan pelayanan kontrasepsi di Puskesmas, dan menggunakan KB atas motivasi dari suami.

h. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan	
	Sebelum hamil	Saat ini
Nutrisi	Ibu makan 3 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 1 potong lauk pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pemenuhan nutrisi serta nafsu makan baik.	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 $\frac{1}{2}$ porsi nasi, 2 potong lauk pauk, sayur, air putih \pm 8 gelas/hari. Nafsu makan ibu meningkat dibanding sebelum hamil. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 5 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1	BAK : 5-6 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 2

	kali dalam 1-2 hari konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.	kali dalam 1 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 2 jam/hari pada hari-hari tertentu, Ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.	Ibu tidur siang \pm 1 jam/hari, pada hari-hari tertentu, Ibu tidur pada malam hari 4-5 jam/hari, kadang susah tidur
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak.	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari.	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari, mengganti celana dalam 2-3 kali/hari.
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.
Seksualitas	\pm 1-2 kali/minggu dan Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas	Pada TM III ini tidak pernah melakukan hubungan seksual

i. Riwayat Psikososio-kultural spiritual

1) Riwayat pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama, ibu menikah sejak usia 14 tahun, lama menikah 8 tahun, status pernikahan sah.

2) Respon klien dan keluarga terhadap kehamilan ini

Kehamilan ini merupakan kehamilan ke empat. Ibu, suami dan keluarga menerima kehamilan ini dengan senang hati.

3) Bagaimana psikis ibu terhadap kehamilan ini

Ibu berharap kehamilannya dapat berjalan dengan lancar dan ibu dapat menjalani kehamilan ini dalam keadaan sehat wal'afiat. Ibu lebih antusias dari kunjungan sebelumnya saat penulis dan bidan memberikan saran mengenai kehamilannya.

4) Adat istiadat yang masih dilakukan oleh ibu dan keluarga kehamilan ini.

Di dalam keluarga, tidak ada kebiasaan, mitos, ataupun tradisi budaya yang dapat merugikan ataupun berbahaya bagi kesehatan ibu.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 86 x/menit, pernafasan: 22 x/menit; serta hasil pengukuran antropometri yaitu; tinggi badan 156 cm, berat badan sebelum hamil 40 kg, berat badan saat ini 52 kg dan LILA 23,5 cm.

b. Pemeriksaan fisik

- Kepala : Tampak tidak ada lesi, tampak kontraksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan tampak bersih tidak ada ketombe.
- Wajah : Tidak 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 tidak 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 tidak tremor.
- Leher : Tidak tampak hyperpigmentasi, 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, irama jantung teratur, frekuensi jantung 86 x/menit.
- Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu

menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, ada pengeluaran ASI, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas luka operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tinggi fundus uteri 29 cm. Pada pemeriksaan Leopold I, tinggi fundus teraba 3 jari dibawah processus xipideus pada fundus teraba 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 kiri), 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 (divergent). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 129 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(29-11) \times 155 = 2790$ gram.

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

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Bentuk tampak simetris, terdapat oedema, kapiler refill baik, reflek bisep dan trisep positif.

Bawah : Bentuk tampak simetris, terdapat oedema, tidak ada varices, kapiler refill baik, dan patella positif.

A :

Diagnosis : G4P2102 usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup intra uteri

Masalah Potensial : Kelelahan pasca persalinan

Diagnosa Potensial : Partus lama/partus macet

Dasar : jarak kehamilan yang terlalu dekat (anak terkecil <2 tahun), hamil anak ke empat dan tidak pernah keguguran, anak pertama lahir premature dan meninggal karena BBLR pada usia 1 minggu dan yang hidup 2 orang

Kebutuhan Segera : Kolaborasi dengan dokter

P :

No.	Waktu	Pelaksanaan
1.	16.00 WITA	<p>Membina hubungan baik dengan ibu, menjelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Dari hasil pemeriksaan dalam keadaan normal</p> <p>KU : baik, Kes : CM, TD : 110/70 mmHg, BB : 52 kg, N : 86 x/menit, Lila : 23,5 cm, S : 36⁰ C</p> <p>Mata : Kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik</p> <p>Muka : Tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum</p> <p>Dada : Payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada, putting susu menonjol</p> <p>Perut : tidak ada bekas operasi, pembesaran sesuai usia kehamilan, ada strie, dan terdapat linea nigra</p> <p>Ekstermitas : Tidak ada oedema</p> <p>Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (+)</p> <p>Ekstermitas : Tidak ada oedema dan varises</p> <p>L1 : TFU 3 jari dibawah processus</p>

		<p>xipideus, pada fundus teraba bulat tidak melenting (bokong) Mc Donald 29 cm</p> <p>L2 : pada bagian punggung kanan bawah teraba bulat, keras dan pada bagian punggung kiri teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kiri.</p> <p>Leopold III : bagian terbawah janin adalah kepala, sudah tidak bisa digoyangkan,</p> <p>L4 : bagian terendah janin sudah masuk panggul (divergent)</p> <p>DJJ : 129 x/menit, TBJ : 2790 gram</p>
2.	16.11WITA	Menjelaskan pada klien tentang kehamilan resiko tinggi dan komplikasi yang bisa terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pada bayi
3.	16.20 WITA	Menjelaskan pada klien tentang Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan menjelaskan untuk persalinan yang aman
4.	16.30 WITA	Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan
5.	16.40 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan ke fasilitas kesehatan.

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/waktu pengkajian : 24 Mei 2016/ jam 10.00 WITA

Nama Pengkaji : Selviana Boro

Tempat : Kediaman Ny. M

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O :

KU : Baik

Kesadaran : Compos Menttis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 86 x/m

T : 36,5°C

R : 22 x/m

BB : 52 kg

Mata : Kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis,
sclera tidak ikterik

Muka : Tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum

Dada : Payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada,
putting susu menonjol

Perut : tidak ada bekas operasi, pembesaran sesuai usia
kehamilan, tampak ada striae, dan terdapat linea nigra

Ekstermitas : Tidak ada oedema

Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (+)

Ekstermitas : Tidak ada oedema dan varises

Leopold I : TFU : 3 jari dibawah processus xipideus, pada fundus teraba bulat tidak melenting (bokong)

Leopold II : pada bagian punggung kanan bawah teraba bulat, keras dan pada bagian punggung kiri teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kiri

Leopold III : bagian terbawah janin adalah kepala, sudah tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : bagian terendah janin sudah masuk panggul (divergent)

DJJ : 129 x/menit

Pemeriksaan Mc Donald : 29 cm, TBJ : 2790 gram

A :

G4P2102 usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup intra uteri

P :

Tanggal/Jam	Pelaksanaan	Paraf
24 Mei 2016 10.00 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 37 minggu, ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
10.10 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai tanda-tanda persalinan : terjadinya his, pengeluaran lender darah dan pengeluaran cairan ; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
10.15 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan ke fasilitas kesehatan	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Persalinan Kala I Fase Laten

Tanggal/waktu pengkajian : 30 Mei 2016/ jam 20.00 WITA

Nama Pengkaji : Selviana Boro

Tempat : Poliklinik Ibnu Sina Balikpapan

S :

Ibu mengatakan mulai merasakan perut kencang-kencang sejak tanggal 25 Mei 2016, tetapi ibu belum ingin memeriksakan dirinya ke bidan atau kerumah bersalin. Ibu merasakan perutnya semakin mules dan kencang-kencang semakin sering pada tanggal 30 Mei 2016, maka keluarga segera membawa ibu Poliklinik Ibnu Sina pada pukul 19.00 WITA untuk menjalani pemeriksaan dan proses persalinan.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/70 mmHg, suhu tubuh 36°C, nadi 80 x/menit, pernafasan : 20 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

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, puting 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 nigra dan striae livide, tinggi fundus uteri 28 cm. Pada pemeriksaan Leopold I, 3 jari di bawah prosesus xipideus, pada fundus teraba 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 kiri), Leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian sudah tidak dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 138 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus.

Genitalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina, ada 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 tidak tampak oedema pada tungkai.

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 19.30 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lunak, effacement 25 %, pembukaan 2 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge I.

A :

Diagnosis : G₄P₂₁₀₂ usia kehamilan 39 minggu janin tunggal
hidup intrauterine inpartu kala I fase laten

P :

Tanggal 30 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
20.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 2 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
20.10 WITA	Memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu	

	berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan; Ibu merasa tenang dan ibu akan melakukan anjuran yang diberikan.	
20.15 WITA	Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti tehnik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
20.15 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu meminum teh hangat yang telah disediakan.	
20.20 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 3 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.	
20.30 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan gurita) dan pakaian bayi (lampir, popok, topi, sarung tangan	

	dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	
20.30 WITA	Memantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf); Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.	

Tabel Perkembangan HIS

Jam	HIS			DJJ
	Intensitas	Interval	Lamanya HIS	
19.30 WITA	sedang	2x10 menit	15-20 detik	138 x/menit
20.30 WITA	sedang	2x10 menit	20 detik	138 x/menit
21.30 WITA	kuat	3x10 menit	30-35 detik	138 x/menit

Persalinan Kala I fase Laten

Jam : 21.30 WITA

S :

Kencang-kencang yang dirasakan ibu bertambah sering dari sebelumnya dan ibu merasakan keluar lendir darah semakin sering

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M sedang; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/70 mmHg, suhu tubuh 36°C, nadi 80 x/menit, pernafasan : 22 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Kontraksi uterus : frekuensi : 3 x 10', durasi : 30-35 detik,
Intensitas : kuat, penurunan kepala : 3/5. Auskultasi DJJ :
terdengar jelas, teratur, frekuensi 138 x/menit.

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

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 21.30 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio teraba lunak tipis, effacement 50%, pembukaan 3 cm, ketuban utuh, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II.

A :

Diagnosis : G₄P₂₁₀₂ usia kehamilan 39 minggu janin tunggal
hidup intrauterine inpartu kala I fase laten

P :

Tanggal 30 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
21.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 3 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
21.30 WITA	Mengobservasi DJJ dan HIS DJJ : 138 x/menit HIS : 3 x 10' 30-35''	
21.35 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan mengejan miring saat ada HIS, tangan di masukkan di antara kedua paha, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.	

Persalinan Kala II

S :

Ibu mengeluh ingin BAB dan meneran

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M sedang; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,°C, nadi 80x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 136 x/menit, interval teratur. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 3-4 x 10' dengan durasi : 40-45 detik dan intensitas : kuat.

Genetalia :

Tanggal : 30 Mei 2016 Jam : 22.55 WITA

Ketuban pecah spontan berwarna jernih. Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan 10 cm, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III. Tampak adanya tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah. Jam 22.55 WITA station/hodge IV.

A : Diagnosis : G₄ P₂₁₀₂ inpartu kala II persalinan normal

P :

Tanggal 30 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
22.55 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	
22.56 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.	
22.57 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk(semi fowler).	
23.00 WITA	Menganjurkan kepada ibu untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	
23.01 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai	

	perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
23.02 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
23.03 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
23.04 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
23.06 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.	
23.06 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	
23.06 WITA	Memegang secara bipariental. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan 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 23.07 WITA.	
23.07 WITA	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil Meringankan tubuh 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 mengatakan senang atas kelahiran bayinya

Ibu mengatakan mules pada perutnya

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU sepusat, janin tunggal

Kandung Kemih : Kosong

Bayi lahir spontan segera menangis pukul 23.07 WITA, JK : Laki-laki , A/S

: 7/9, bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, air ketuban jernih

A :

Diagnosis : P₃₁₀₃ kala III persalinan normal

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 30 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
23.07 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
23.08 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
23.08 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
23.09 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.	
23.09 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
23.10 WITA	Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan memasang topi dikepala bayi (Insiasi Menyusui Dini), menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sambil memperhatikan bayinya terutama pada	

	pernapasan dan gerakan bayinya.	
23.11 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	
23.11 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
23.11 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	
23.12 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 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 23.12 WITA	
23.12 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	
23.13	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan	

WITA	bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon \pm 19, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat \pm 45 cm, tebal plasenta \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 25 cm.	
23.15 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; tidak terdapat laserasi jalan lahir	

Persalinan Kala IV

S :

Ibu merasa senang atas kelahiran bayinya dan ibu merasakan perutnya terasa mules

O :

1. Pemeriksaan Umum

Kedadaan umum lemah, kesadaran composmentis. Tanda-tanda Vital tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36 °C.

2. Pemeriksaan fisik

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

Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu setinggi 2 jari bawah pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra, tidak ada laserasi jalan lahir

A :

Diagnosis : P₃₁₀₃ Kala IV Persalinan Normal

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 30 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
23.20 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
23.25 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
23.35 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 100 cc. (data terlampir pada partograf)	
23.35 WITA	Menganjurkan ibu untuk minum yang hangat terlebih dahulu serta istirahat, ibu dianjurkan untuk	

	tidak langsung makan; Ibu meminum air hangat terlebih dahulu dan istirahat.	
23.50 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan tidak ada (data terlampir pada partograf)	
00.05 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan tidak ada (data terlampir pada partograf)	
00.10	Menganjurkan ibu untuk makan sedikit demi sedikit : ibu makan roti-rotian terlebih dahulu	
00.20 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan tidak ada (data terlampir pada partograf)	
00.50	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus,	

WITA	kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 37°C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc (data terlampir pada partograf)	
01.20 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 30 cc.(data terlampir pada partograf)	
01.22 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi	
01.30 WITA	Melengkapi Partograf	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 30 Mei 2016/Pukul: 23.07 WITA

Tempat : Poliklinik Ibnu Sina

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. M dan Tn. S, alamat rumah berada di Jl. Inpres II RT.18 No.9, tanggal lahir bayi 30 Mei 2016 pada hari Senin pukul 23.07 WITA dan berjenis kelamin laki-laki.

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil anak ke empat ini usia 21 tahun, tidak pernah mengalami keguguran.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Riwayat Persalinan Sekarang :

Keadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36 °C. Jenis persalinan adalah spontan dan kondisi ketuban adalah jernih.

b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 30 Mei 2016 Jam : 23.07 WITA

Jenis kelamin laki-laki, bayi lahir segera 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	1	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	2	2	2
Warna Kulit	() O biru/pucat	() O tubuh merah muda, ekstremitas biru	() O merah muda seluruhnya	1	2	2
Jumlah				7	9	10

3. Tindakan Resusitasi :

Tidak dilakukan tindakan resusitasi karena bayi baru lahir segera menangis.

4. 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

5. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 139 x/menit, pernafasan 50 x/menit, suhu 36,2 °C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3300 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala : 31 cm, lingkar dada 30 cm

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput saucedaneum, tidak tampak molase, tidak tampak cephal hematoma.

Wajah : Tampak simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu dan telinga tidak terdapat kelainan.

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran, tidak terdapat perdarahan, dan tidak terdapat strabismus.

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

- Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan 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, lidah tampak bersih.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe, tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak tampak selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris.
- Payudara : Tidak tampak pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran ASI.
- Abdomen: Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.
- Punggung : Tampak simetris, tidak teraba skeliosis, dan tidak tampak meningokel, spina bifida, pembengkakan, lesung, dan bercak kecil berambut
- Genetalia : Laki-laki, testis sudah tampak turun

Anus : Tidak tampak adanya lesung atau sinus, tampak sfingter ani.

Kulit : Tampak kemerahan, tidak tampak ruam, bercak, tanda lahir, memar, pembengkakan. Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung. Tampak verniks kaseosa di daerah lipatan leher dan lipatan selangkangan.

Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, klavikula teraba utuh, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, tidak terdapat penyeloputan, jari-jari tampak 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)

Rooting (+) bayi tampak menoleh ke arah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat dimasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, morro (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menagkupakan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentakkan, palmar grasping (+) bayi tampak menggengam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, walking (+) kaki bayi tampak menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuhnya condong kedepan saat tubuh bayi diangkat dan diposisikan berdiri diatas permukaan

lantai dan telapak kakinya menapak di lantai, babinski (+) jari-jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya.

A :

Diagnosis :Bayi Baru Lahir Normal, Sesuai Masa

Kehamilan usia 1 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 31 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
00.10 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan ibu baik ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
00.11 WITA	Melakukan perawatan tali pusat. Membungkus tali pusat dengan kassa steril.	
00.12 WITA	Memberikan injeksi neo-k 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri, dan memberikan salep mata tetrasiklin 1% pada mata kanan dan mata kiri bayi; Bayi telah di injeksi neo-k pada paha kiri dan telah diberi salep mata pada kedua matanya.	

00.15 WITA	Menggunakan pakaian/lampin bayi yang bersih dan kering, memasang topi pada kepala bayi serta mengkondisikan bayi di dalam ruangan atau tempat yang hangat dan memberikan bayi kepada ibu agar disusui kembali.	
00.15 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain ; ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.	
00.30 WITA	Memberikan KIE tentang: ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, perawatan tali pusat, teknik menyusui ; ibu mengerti yang dijelaskan.	
00.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	
01.12 WITA	Memberi injeksi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan, bayi sudah di injeksi Hepatitis B	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 31 Mei 2016/Pukul : 05.00 WITA

Tempat : Poliklinik Ibnu Sina

S :

- a. Ibu mengatakan melahirkan anak ke empat dan tidak pernah keguguran
- b. Ibu mengatakan melahirkan tanggal 30 Mei 2016
- c. Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan merasa lebih nyaman
- d. Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 37,5 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

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

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tidak tampak bekas operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tidak tampak

asites, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, tidak ada heacting. Perdarahan \pm 15-20 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas

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

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak varices, tidak tampak trombophlebitis, Tidak tampak oedema pada tungkai kanan , kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif.

c. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat
Nutrisi	Ibu sudah makan nasi dan minum teh hangat
Terapi	Ibu mendapat amoxcilin dan asam mefenamat
Mobilisasi	Ibu sudah bisa BAK sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	Tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya namun ASI belum lancar dengan baik.

A :

Diagnosis : P₃₁₀₂ post partum spontan 6 jam

P :

Tanggal 31 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
05.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah 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.	
05.07 WITA	Menganjurkan ibu untuk istirahat/tidur cukup. Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus beristirahat untuk mengembalikan kebugarannya.; ibu mengerti dan bersedia melakukannya.	
05.08 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum untuk memulihkan tenaga ibu setelah bersalin.	
05.10 WITA	Mengajarkan ibu mengenai perawatan tali pusat bayi. Tali pusat cukup diganti dengan kassa saja, harus tetap bersih dan steril ; ibu mengerti dan bersedia melakukannya dengan benar.	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 02 Juni 2016/Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Kediaman Ny. M

S : Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan utama, darah nifas masih keluar sedikit, warna merah, pengeluaran ASI sudah lancar.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 cm.

b. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, tidak ada retraksi, tidak teraba pembengkakan.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tidak tampak bekas operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tidak terdapat asites, TFU ½ pusat-symphisis, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, perdarahan yang keluar \pm 5-10 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas:

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

c. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu tidak dapat beristirahat tidur malam
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.

A :

Diagnosis : P₃₁₀₃ post partum normal hari ke-3

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 02 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini	
10.17 WITA	Menganjurkan ibu untuk beristirahat tidur disiang hari 1-2 jam setelah selesai menyusui bayinya atau disela-sela pada saat bayi tidur	
10.20 WITA	Melakukan konseling tentang tanda-tanda bahaya ibu nifas yaitu : Demam, Perdarahan pasca persalinan, penciutan rahim yang tidak normal, rasa sakit merah, lunak dan pembengkakan kaki.	
10.21 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 07 Juni 2016/Pukul : 10.30 WITA

Tempat : Kediaman Ny. M

S :

Ibu tidak memiliki keluhan utama. Ibu mengatakan pengeluaran darah pervaginam berwarna kecoklatan dan sedikit.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, teraba pembengkakan.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae livide, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka parut.

Jumlah perdarahan \pm 2-3 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema, kapiler refill baik, refleks bisep dan trisep positif.

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema, tidak tampak varices, tidak tampak trombophlebitis, kapiler refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

c. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.

A :

Diagnosis : P₃₁₀₃ post partum normal hari ke-6

Masalah : payudara bengkak

Masalah Potensial : Mastitis / bendungan ASI

Kebutuhan Tindakan Segera : Mengajarkan perawatan payudara

P :

Tanggal 07 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal	
10.40 WITA	Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat ; ibu cukup makan dan istirahat	
10.45 WITA	Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan payudara yang bengkak	
11.00 WITA	Mengajarkan ibu teknik pemerah ASI	
11.20 WITA	Mengajarkan ibu mengenai Senam nifas ±15 menit (SAP dan leaflet terlampir)	
11.30 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan ulang berikutnya pada tanggal 14 Juni 2016 untuk dilakukan penyuluhan alat kontrasepsi	

4. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-IV

Tanggal/Waktu Pengkajian : 14 Juni 2016/Pukul :09.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. M

S : Ibu tidak memiliki keluhan utama, ibu mengatakan pengeluaran darah pervaginam tidak ada

O :

d. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran compos mentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36°C, nadi 80 x/menit, pernafasan: 22 x/menit.

e. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat, tampak varicela yang sudah mengering.

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 yang sudah mengering, 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, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.
- Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, payudara tidak tampak pembengkakan.
- Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba.
- Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tidak tampak pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka parut
- 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, homan sign negatif , reflex patella positif.

A :

Diagnosis : P₃₁₀₃ post partum spontan hari ke-14

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 14 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	09.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	
2.	09.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai pengenalan alat kontrasepsi (KB) (SAP dan leaflet terlampir). Menganjurkan ibu menggunakan alat kontrasepsi yang cocok untuk ibu karena masuk dalam kategori resiko tinggi dan ibu sudah memiliki 3 orang anak	

		pada usia 21 tahun. Ibu mengerti mengenai penkes yang diberikan dan akan melakukan anjuran yang telah diberikan dan telah memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi IUD	
--	--	---	--

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 31 Mei 2016/Pukul : 05.00 WITA

Tempat : Poliklinik Ibnu Sina

S : Ibu mengatakan bayinya menetek kuat, sudah 1 kali BAK dan belum BAB

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 120 x/menit, pernafasan 62 x/menit dan suhu 36,7 °C. Dan pemeriksaan antropometri panjang badan 49 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 31 cm, lingkaran dada 30 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak caput saucedaneum, tidak tampak molase

- Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sklera tampak berwarna putih.
- 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, refleks rooting dan sucking baik.
- 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, putting susu tampak menonjol.
- Abdomen : Tampak 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, teraba kembung, tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Tampak simetris, tidak tampak dan tidak teraba spina bifida.

Genetalia : Laki-laki, testis tampak turun

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. Reflek Fisiologis : Tidak dilakukan

d. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya minimal setiap 2 jam.
Eliminasi	- BAB 1 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 2-3 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi belum ada dimandikan. - Bayi diganti 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 6 jam

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal :31 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
05.05 WITA	Memberitahu ibu tentang kondisi bayinya; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
05.10 WITA	Memastikan bayi mendapat ASI yang cukup, ibu bersedia memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin.	
05.15 WITA	Memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat bayi dengan membiarkan tali pusat bayi kering dan bersih ; ibu mengerti penjelasan yang diberikan.	
05.20 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya atau saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 02 Juni 2016/Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Kediaman Ny. M

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya. Bayinya menetek kuat.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 129 x/menit, pernafasan 48 x/menit dan suhu 36 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3515 gram, panjang badan 49 cm,

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bersih, caput/cephal tidak ada.

Mata : Tidak tampak ikterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Telinga : Tidak ada kelainan

Mulut : Bersih, tidak ada secret

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

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.

Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak sudah puput, tidak teraba benjolan/massa.

Genetalia : Laki-laki, tidak tampak fimosis

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tidak ada

Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.

d. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2-3 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. 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
hari ke-3

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 02 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.10 WITA	Menjelaskan keadaan bayinya saat ini dan ibu mengerti tentang keadaan bayinya saat ini	
10.12 WITA	Menjelaskan kepada ibu bahwa tali pusat keadaan baik dan tidak perlu khawatir karena belum putus tetapi tampak sudah tampak kering ; ibu mengerti penjelasan yang diberikan.	
10.16 WITA	Mengevaluasi kembali apakah ibu memberikan ASI penuh dengan bayinya; ibu memberi ASI tanpa mencampur dengan susu formula.	
10.17 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 07 Juni 2016/Pukul : 10.30 WITA

Tempat : Kediaman Ny. M

S : ibu mengatakan tali pusat sudah terlepas

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3825 gram panjang badan 51 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bersih, caput/cepal tidak ada

Mata : Tidak tampak ikhterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung

Telinga : Tidak ada kelainan

Mulut : Bersih, tidak ada secret

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

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.

Abdomen : Tampak simetris, tali pusat sudah lepas, tidak teraba benjolan/massa.

Genetalia : Laki-laki

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tidak ada.

Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.

f. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2-3 jam sekali. Ibu tidak memberikan bayi makan dan minum kecuali ASI.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. 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 hari ke-6

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 07 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
10.40 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang ketidaknyamanan bayi, bila bayi BAK atau BAB segera dibersihkan dan diganti dengan popok kain yang bersih ; ibu mengerti dan segera melakukannya bila bayi BAB dan BAK.	
16.23 WITA	Menjelaskan pada ibu tentang perawatan tali pusat yang sudah terlepas, menjaga tali pusat agar selalu dalam keadaan kering ; ibu mengerti dan segera melakukannya	
16.25 WITA	Memberikan motivasi ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan ; ibu bersemangat untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.	
16.40 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya.	

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. "M" usia 21 tahun G₄P₂₁₀₂ hamil 37 minggu janin tunggal hidup intrauteri, yang bertempat tinggal di Jl. Inpres II RT.18 No.9 Kelurahan Muara Rapak Kota Balikpapan. Ny. M saat ini sedang mengandung anak keempat dan tidak pernah keguguran.

Riwayat kehamilan dan persalinan Ny. M yang lalu yaitu anak pertama lahir tahun 2008, lahir secara prematur di rumah dan di tolong oleh bidan, kondisinya pada usia 1 minggu meninggal dunia. Kemudian anak kedua Ny. M lahir pada tahun 2010, kehamilan cukup bulan, lahir di rumah dan di tolong oleh bidan, usia anak sekarang 6 tahun. Kemudian anak ketiga Ny. M lahir pada tahun 2014, kehamilan cukup bulan, lahir di klinik dan ditolong oleh bidan, usia anak sekarang adalah 22 bulan. Sehingga jarak kehamilan yang sekarang dengan anak yang terakhir adalah kurang dari 2 tahun.

Menurut Skor Poedji Rochjati (2003), faktor resiko pada kehamilan salah satunya yaitu jarak kehamilan <2 tahun. Menurut BKKBN jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu. Untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak sebaiknya jarak kehamilan tidak kurang dari 2 tahun.

Faktor resiko grandemulti atau kehamilan lebih dari empat kali bisa menjadi kehamilan yang beresiko tinggi, karena dari kehamilan dengan grandemulti dapat menyebabkan beragam komplikasi yang dialami ibu baik selama hamil maupun saat persalinan yaitu terjadi partus lama dan perdarahan. Perdarahan salah satu risiko besar yang harus dialami ibu yang jumlah kehamilannya empat kali atau lebih, bila dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang dari empat kali. Ibu dengan paritas tinggi, terutama grandemultipara (melahirkan >4 kali), seringkali disebut sebagai faktor risiko yang penting pada kejadian perdarahan pasca persalinan. Perdarahan pasca persalinan pada grandemultipara terjadi akibat otot rahim sudah kurang mampu berkontraksi dengan baik karena bila terlalu sering melahirkan, otot rahim akan semakin lemah. Menurut penulis kehamilan Ny. M ini sudah seharusnya mendapatkan pengawasan lebih agar tidak terjadi komplikasi antara ibu dan janin.

Kehamilan resiko tinggi dapat dicegah dengan melakukan upaya meningkatkan cakupan pelayanan antenatal, kemudian kepada semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatal untuk deteksi dini secara

pro aktif, yaitu mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan, meningkatkan kualitas pelayanan sesuai dengan kondisi dan faktor risiko yang ada pada ibu hamil, serta meningkatkan akses rujukan yaitu dengan pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan ibu sesuai dengan faktor risikonya melalui rujukan terencana bagi ibu/janin risiko tinggi.

Berdasarkan praktik yang didapatkan di lapangan bahwa tidak semua ibu dengan jarak kehamilan <2 tahun dan grande multipara berisiko untuk mengalami komplikasi pada kehamilannya yang juga dapat berpengaruh pada bayinya. Berdasarkan teori menurut Skor Poedji Rochjati (2003), yang menyatakan bahwa faktor resiko pada kehamilan salah satunya yaitu jarak kehamilan <2 tahun sehingga penulis mengangkat suatu masalah dan diagnosa potensial yang kemungkinan dapat terjadi yaitu persalinan lama dan juga kelelahan pasca persalinan namun didapatkan pada kehamilan Ny. M berjalan dengan normal dan kehamilan aterm serta bayi yang lahir dengan cukup bulan dan berat badan normal tanpa adanya masalah maupun penyulit selama antenatal maupun intranatal.

Kunjungan ANC pertama kali dilakukan pada tanggal 21-05-2016 saat usia kehamilan ibu 37 minggu 2 hari, kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 24-05-2016 saat usia ibu 38 minggu. HPHT tanggal 02 September 2015 dengan tafsiran persalinan pada tanggal 09 Juni 2016. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 22 x/menit, suhu 36°C. Pemeriksaan palpasi Leopold TFU 29 cm, 3 jari di bawah prosesus xipideus dengan tafsiran berat janin 2790 gram. Kepala janin sudah

memasuki pintu atas panggul. Denyut jantung janin 129 x/menit, Hb 12 gr %. Hasil pemeriksaan dan keadaan janin dalam batas normal.

Hasil pengukuran TFU Ny.M normal dan sesuai dengan usia kehamilannya yaitu 29 cm atau 3 jari dibawah prosesus xifoideus pada umur kehamilan 37 minggu. Kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan hasil 2790 gram. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Sulistyawati tahun 2011, umur kehamilan 37 minggu TFU normalnya 3 jari dibawah prosesus xifoideus.

Ny. M dan suami sebagai pengambil keputusan telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Sehubungan dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2005, pada trimester III petugas kesehatan baiknya memberikan konseling kepada ibu dan suami untuk merencanakan proses persalinannya, dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB setelah bersalin. Di akhir kunjungan Ny. M merencanakan ingin bersalin di Poliklinik Ibnu Sina.

Hal tersebut sesuai dengan teori Sujiyatini tahun 2011, konseling diberikan pada setiap kunjungan ANC sesuai dengan BAKSOKUDO yang 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.M, hal ini dikarenakan Ny.M kooperatif dan mau bekerjasama sehingga konseling berjalan lancar.

2. Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. M yaitu 39 minggu Menurut Harianto tahun 2010, persalinan dianggap normal jika proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun bayi. Penulis menyimpulkan bahwa tanda-tanda persalinan yang dialami Ny.M sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik. Sejak tanggal 25 Mei 2016 sejak pukul 10.00 WITA Ny. M merasa kencang-kencang namun belum keluar lendir darah dan apabila dibawa berjalan sakitnya berhenti.

a. Kala I

Tanggal 30 Mei 2016 pukul 19.00 WITA Ny.M memutuskan untuk segera memeriksakan diri ke Poliklinik Ibnu Sina karena Ny. M 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 namun hanya sebentar. Dilakukan pemeriksaan Ku : Baik, Kesadaran : Composmentis, tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/70 mmhg, Nadi : 80 /menit, Pernapasan : 20x/menit, dan Suhu : 36°C. Leopod I : bokong, Leopod II : punggung kanan, Leopod III : kepala, Leopod IV : divergent. Pada pukul 19.30 WITA dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tebal lunak, effacement 25 %, pembukaan 2 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah

janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge I. DJJ 138 x/menit dengan HIS 2-3 kali dalam 10 menit dengan durasi 15-20 detik dan ini masuk ke dalam fase laten.

Selanjutnya bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf dan direncanakan pemeriksaan ulang setiap 4 jam kemudian Pada pukul 21.30 WITA ibu merasakan keluar lendir darah semakin banyak dan kencang-kencang lebih sering, bidan menyiapkan partus set serta alat pelindung diri dan perlengkapan bayi. Hal ini sesuai dengan APN (JNPK-KR, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Penulis berpendapat, penyiapan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan tersebut selain memudahkan bidan dalam proses pertolongan persalinan juga sebagai mengoptimalkan waktu dalam pertolongan persalinan.

Dikarenakan his ibu yang semakin sering dan ada rasa ingin meneran, dilakukan pemeriksaan dalam kembali pada pukul 22.55 WITA hasil pemeriksaan dalam vulva, uretra tidak ada kelainan, portio tidak teraba, efficement 100 %, selaput ketuban pecah spontan warna jernih, pembukaan serviks 10 cm, posisi kepala janin pada hodge III, DJJ 136 x/menit dengan HIS (3x dalam 10 menit dengan durasi 40-45 detik), dan ibu telah masuk dalam persalinan fase aktif.

b. Kala II

Kala II yang dialami Ny. M berlangsung selama 20 menit, berdasarkan teori yang dikemukakan oleh JNPK-KR (2008) menyatakan pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata

1 jam. Bayi lahir spontan pukul 23.07 cukup bulan, segera menangis dan bergerak aktif, A/S 7/9, jenis kelamin laki-laki, sisa ketuban jernih.

Proses persalinan Ny. M sesuai dengan teori yang ada bahwa pada multipara membutuhkan waktu rata-rata 1 jam dan persalinan berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf, serta kekooperatifan pasien yang selalu mengikuti saran penulis dan bidan sebagai upaya membantu memperlancar proses persalinan. Sehingga pada proses persalinan Ny. M berlangsung lancar tanpa ada kesenjangan.

Bayi lahir spontan dan segera menangis pada pukul 23.07 WITA, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3300 gram panjang 49 cm. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung diletakkan di dada Ny.M untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Menurut Sumarah, 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 puting 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 hipotermia.

c. Kala III

Pada pukul 23.07 WITA bayi Ny. M telah lahir tunggal, plasenta belum keluar dan dilakukan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. M 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 uterus. 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. Hal tersebut senada dengan hasil review yang dilakukan Beagley, dkk dengan lima buah penelitian yang melibatkan 6486 ibu bersalin. Seluruh penelitian itu bertujuan membandingkan antara manajemen aktif versus manajemen pasif kala III persalinan. Dari hasil review penelitian tersebut, disimpulkan bahwa manajemen aktif kala III terbukti efektif mengurangi resiko perdarahan dan menyelamatkan lebih dari 1 liter darah selama proses persalinan. Penulis berpendapat, manajemen aktif kala III memang terbukti mencegah perdarahan pasca persalinan, terbukti pada Ny. M perdarahan yang terjadi pada klien dalam keadaan normal yaitu ± 150 cc.

Pukul 23.12 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat ± 45 cm, tebal plasenta ± 2 cm, lebar plasenta ± 25 cm. Lama kala III Ny. M berlangsung ± 10 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 atau dengan tekanan pada fundus uteri (WHO, 2013). Penulis sependapat dengan pernyataan diatas karena plasenta Ny. M lahir tidak lebih dari 30 menit.

Perdarahan kala III pada Ny. M berkisar sekitar normal yaitu 150 cc. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan Winkjosastro tahun 2009, bahwa perdarahan post partum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir. Penulis sependapat dengan pernyataan diatas, karena dari hasil observasi perdarahan kala III pada Ny. M tidak melebihi 500 cc, yakni hanya berkisar 150 cc.

d. Kala IV

Pada pemeriksaan perineum ditemukan tampak utuh, tidak ada laserasi jalan lahir. Setelah dilakukan pemeriksaan pada perineum, bidan melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pada 15 menit pertama pasca persalinan dilakukan pemantauan 2-3 kali. Hasil kontraksi uterus Ny. M baik dan perdarahan pervaginam \pm 50 cc. Pada 1 jam pertama pasca persalinan pemantauan dilakukan setiap 15 menit. Pada pukul 23.20 WITA, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,5°C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan tetap \pm 50 cc. Dilanjutkan pemantauan kedua pada pukul 23.35 WITA, tekanan darah Ny. M 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan tidak ada. Pemantauan ketiga pada pukul 23.50 WITA, tekanan darah Ny. M 110/70 mmHg, nadi 83 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan pervaginam tidak ada. Pemantauan

keempat pada pukul 00.05 WITA, tekanan darah Ny. M 110/70 mmHg, nadi 83 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan pervaginam tidak ada.

Selanjutnya dilakukan pemantauan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Pada pukul 00.50 WITA, tekanan darah Ny. M 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, suhu 36,5°C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 20 cc. Kemudian pada pukul 01.20 WITA, tekanan darah Ny. M 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan pervaginam \pm 30 cc.

Hal ini sejalan dengan teori yang dipaparkan Saifuddin (2010), pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Dengan dilakukannya pemantauan secara komprehensif pada kala IV selama 2 jam sesuai dengan teori diatas maka dapat diantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi pada ibu nifas.

Penulis berpendapat, selama proses persalinan pada kala I sampai dengan kala IV tidak ditemukan adanya penyulit maupun masalah yang terjadi sehingga tidak terjadi kesenjangan.

3. Bayi Baru Lahir

Kehamilan Ny. M berusia 39 minggu, hal ini sesuai dengan teori Depkes tahun 2007 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. M aterm dan berat badan bayi Ny.M diatas 2500 gram.

Setelah bayi lahir dilakukan penilaian Apgar Score (AS), didapatkan hasil A/S bayi Ny.M yaitu 7/9. Penilaian ini termasuk dalam keadaan normal karena menurut teori Oxorn tahun 2010, 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.M dalam batas normal yaitu 7/9.

Setelah 1 jam dilakukan IMD, dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi Ny. M dengan hasil yaitu BB : 3300 gram, PB : 49 cm, LK : 31 cm, LD: 30 cm, caput (-), cephal (-), miksi (-), defekasi (-), cacat (-), reflek normal. Menurut Depkes tahun 2007, bayi baru lahir normal memiliki ciri berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-51 cm, lingkar dada 30-33 cm dan lingkar kepala 33-35 cm. Penulis berpendapat, hasil dari pemeriksaan fisik bayi Ny.M 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 lanjut.

Setelah pemeriksaan fisik, bayi Ny. M diberikan tetes mata dan injeksi vitamin K 0,5 cc secara Intra Muscular (IM) pada paha kiri anterolateral. Setelah satu jam kemudian bayi Ny. M 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 sebanyak 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. M yaitu untuk membersihkan mata dari air ketuban, lendir dan darah yang menempel pada bagian mata bayi Ny. M yang dapat mengganggu mata bayi melihat secara jernih karena bayi melalui jalan lahir yang terkontaminasi oleh cairan pervaginam, sedangkan tujuan diberikannya vitamin K pada bayi Ny. M yaitu untuk mencegah terjadinya perdarahan pada otak bayi. Sehingga sangat penting bagi bayi baru lahir untuk mendapatkan salep mata dan pemberian vitamin K.

4. Nifas

Pada masa nifas, Ny. M mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 4 kali yaitu saat 6-8 jam post partum, 3 hari post partum, 6 hari post partum dan 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, 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 dilakukan observasi KU, kesadaran, status emosi, TTV, ASI, kontraksi uterus, dan perdarahan post partum semua dalam batas yang normal. Asuhan yang diberikan pada Ny. M selama masa nifas meliputi pemberian KIE kebutuhan masa nifas seperti nutrisi masa nifas, istirahat, mobilisasi dini, perawatan payudara, serta mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar serta senam nifas. Menurut Prawiroharjo tahun 2008 bahwa faktor yang mempengaruhi involusi uterus antara lain senam nifas, mobilisasi dini, serta gizi yang baik.

5. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 4 kali kunjungan, yaitu pada 6-8 jam, 3 hari, 6 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. Pada setiap kunjungan didapatkan hasil pemeriksaan keadaan umum neonatus baik, pemeriksaan tanda vital dalam keadaan normal, pemeriksaan pada daerah kepala hingga tubuh bayi tidak tampak ikterus, dan ibu mengatakan bayi selalu di jemur setiap pagi dan di berikan ASI secara on demand oleh Ny. M.

Menurut penulis, kunjungan pada neonatus penting dilakukan karena periode neonatus yaitu bulan pertama kehidupan. Bayi banyak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat signifikan. Begitu banyak perubahan yang terjadi dalam tubuh bayi dari ketergantungan pada saat

didalam rahim menjadi tidak tergantung pada ibu saat bayi sudah melewati proses persalinan. Serta sebagai deteksi dini apabila terdapat penyulit pada neonatus, sehingga tidak terjadi kesenjangan karena di lihat dari setiap kunjungan neonatus, pada penimbangan berat badan bayi Ny. M mengalami penambahan yang cukup signifikan, tidak ada tanda-tanda infeksi neonatus maupun tanda-tanda bayi ikterus.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Pada asuhan kebidanan kontrasepsi Ny. M mengatakan ingin menggunakan KB IUD dengan alasan riwayat KB sebelumnya adalah menggunakan KB suntik 3 bulan dan ibu merasa tidak cocok karena ibu mengatakan adanya penurunan berat badan disaat pemakaian. Penggunaan kontrasepsi IUD ini adalah atas keinginan dari ibu sendiri dan didukung oleh suami. Setelah mendapatkan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian kontrasepsi KB IUD, ibu tetap memilih kontrasepsi tersebut dan mengerti atas penjelasan yang telah diberikan.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. M 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. M di Kelurahan Muara Rapak, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis :

- a. Telah dilakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.M, kehamilan termasuk berisiko namun hingga akhir kehamilan kondisi klien dalam keadaan fisiologis.
- b. Telah dilakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif pada Ny.M, persalinan berlangsung normal tanpa adanya penyulit.
- c. Telah dilakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif. Bayi lahir sehat secara spontan, segera menangis dan tanpa kelainan kongenital.
- d. Telah dilakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Bayi tidak ditemukan penyulit pada masa neonatus.
- e. Telah dilakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif pada Ny.M, klien diberikan konseling tentang alat kontrasepsi IUD. Konseling berjalan lancar dan ibu memilih untuk menggunakan alat kontrasepsi IUD.

B. Saran

1. Bagi Institusi Poltekkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan di harapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi bidan khususnya dalam memberikan 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.

2. 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.

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 mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Profil kesehatan Indonesia. Kemenkes RI. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2009. hlm. 67
- Sulistiyawati A. Buku ajar asuhan kebidanan pada ibu nifas. Yogyakarta: Andi Offset; 2009. hlm. 1-6; 74-86
- Depkes RI. 2007. *Buku Acuan & Panduan Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR: Jakarta
- Depkes RI. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR: Jakarta
- Saifuddin, A. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. JNPK-KR: Jakarta
- Prawirohardjo, 2009. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: YBP-SP
- Harianto, Minarni. 2010. *Aplikasi Hypnosis (Hypnobirthing) dalam Asuhan Kebidanan Kehamilan & Persalinan*. Yogyakarta : Gosyen Publising
- Varney, Hellen. 2007. *Buku Ajar Kebidanan Volume 2*. EGC : Jakarta
- Prawirohardjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono
- Prawirohardjo
- Musliatun, Wati Nur. 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya
- Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Fitramaya
- Natoatmodjo, J. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Prawirohardjo. S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka sarwono
- Saifuddin. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT.BPSP.
- Suherni. 2009. *Perawatan Nifas*. Yogyakarta : Fitramaya.

- Sulistiyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika
- Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya
- Asrinah, dkk.2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*.Yogyakarta : Graha Ilmu
- Ajeng, S. 2012. *Perubahan Adaptasi Fisiologis Ibu Hamil Trimester III*:Jakarta
- Suherni. 2009. *Perawatan Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sulistiyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika
- Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya
- Varney, Helen et al. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Ambarwati et al. 2008. *Asuhan kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Fitramaya
- Departemen Kesehatan RI. 2012. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta. 2012. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusmiati, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Fitramaya
- Manuaba, Ida Bgus Gde. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- Manuaba, dkk.(2004). *Gawat-darurat obstetri-ginekologi dan obstetri-ginekologi sosial untuk profesi bidan*. Jakarta. EGC
- Oxorn. (2003). *Ilmu kebidanan patologi dan fisiologi persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika.
- Prawirihardjo, S. (2008). *Ilmu kebidanan*. Edisi 4 Cetakan 1. Jakarta: Bina Pustaka
- Saifudin, AB. (2009). *Buku acuan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina. Pustaka Sarwono Prawirohardjo.