

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."E"
G₂P₀₁₀₂₁ HAMIL 30-31 MINGGU DENGAN SUSPECT CPD DI
PUSKESMAS BARU ILIR BALIKPAPAN
TAHUN 2020**



**OLEH
NUR REYENA
NIM. PO7224117021**

Laporan Tugas Akhir ini di ajukan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTRIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
2020**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN
KOMPREHENSIF PADA NY. E G2P01021 HAMIL 30-31 MINGGU
DENGAN SUSPECT CPD DI PUSKESMAS BARU ILIR
BALIKPAPAN TAHUN 2020”

Nama : Nur Reyena

NIM : P07224117021

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Balikpapan, April 2020

MENYETUJUI

Pembimbing I



Ernani Setyawati M.Keb
NIP. 198012052002122001

Pembimbing II



Ribut Budiarti, SST
NIP. 1967071987122008

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."E" G₂P₀₁₀₂₁
USIA KEHAMILAN 30-31 MINGGU DENGAN SUSPECT CPD DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS BARU ILIR KOTA
BALIKPAPAN
TAHUN 2019**

NUR REYENA

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan dihadapan Tim
penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan
Kebidanan Prodi DIII Kebidanan Balikpapan

Pada tanggal 10 Agustus 2020

Penguji Utama

Hj. Eli Rahmawati, S.ST., M.Kes
NIP. 197403201993032001

(.....)

Penguji I

Ernani Setyawati M.Keb
NIP. 198012052002122001

(.....)

Penguji II

Ribut Budiarti, SST
NIP. 1967071987122008

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan

Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan

Inda Corniawati, M.Keb
NIP. 197508242006422002

Ernani Setyawati, M.Keb
NIP. 198012052002122001

Halaman Persembahan



Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang.

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena berkat rahmat nya saya dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Sholawat serta salam juga tak lupa saya haturkan kepada baginda Nabi Muhammad SAW. Jatkan sampai dititik ini tanpa rahmat dan kasih sayang dari Allah SWT dalam penyusunan laporan ini. Terimakasih Yaa Robb, tiada henti kau memberi pendosa ini karunia dan nikmat yang luar biasa

Teruntuk Mamah dan Abi

Terimakasih telah menjadi penyemangat saya disemua masalah yang saya hadapi di dunia ini. Saya bersyukur lahir dari rahim seorang perempuan yang kuat dan tangguh dalam menjalani hidup bersama saya. Terimakasih banyak untuk mamah dan abi, sungguh kalian lah alasan pertama saya memilih perkuliahan ini dan kalian pula yang menjadi alasan saya untuk tetap bertahan hingga akhir perkuliahan. Mungkin saya bukan anak yang pandai yang selalu dapat nilai sempurna, tapi sungguh sebisa mungkin saya menyelesaikan perkuliahan saya dan memberikan yang terbaik. Terimakasih sudah mendukung saya hingga saat ini, menjadi energy saat saya terpuruk. Saya persembahkan sedikit kata ini untuk mamah dan abi, walaupun seikit kata ini tidak bisa membalas jasa kalian hingga sekarang. Doain nanong semoga dapat rejeki dan dimudahkan segala urusan nanong agar bisa memberikan apa yang kalian inginkan selama ini. Maaf nanong belum bisa membahagiakan kalian sampai sekarang. Love you all <3

Teruntuk Adek-adekku

Terimakasih buat adek-adekku yang banyak sekali membantu diriku 😊

*Atisyah, yang suka batu nulis buat laporan kuliah padahal juga lagi sibuk ngerjain tugas sekolahnya.
Ragga, yang suka dimintain tolong ambilin ini itu (hehehe, maaf yah nanong penyuruhan).
Rafasya, yang suka bikin mood buruk jdi baik lagi (yang memang banyak tingkahnya). Terimakasih kalian yang selalu ambil handle pekerjaan rumah saat aku nanong lagi sibuk ngerjain tugas kuliah.
Doain nanong supaya banyak rejekinya biar bisa nyekolahin kalian sampai kuliah. Amiin....*

Teruntuk Para Pasien

Terimakasih para ibu dan suami yang hebat, menerima saya untuk melakukan beberapa asuhan kebidanan sebagai tugas kuliah saya. Terimakasih saya ucapkan yang sebesar-besarnya. Terimakasih kepada Ny. Sri Banong yang jadi pasien yena pertama kali untuk kunjungan rumah (yang juga kebetulan tetangga yena), Ny. Winda, Ny. Yuli, Ny. Frna serta ardi dan aldi yang jadi sumber utama dalam laporan tugas akhir, serta semua pasien pasien lain yang tidak bisa yena sebutkan satu persatu. Janpa kalian yena tidak akan sampai ditahap ini. Terimakasih banyak sekali lagi.

Teruntuk Dosen Pembimbing dan Penguji Utama

Kepada Ibu Fli Rahmawati, S.SiJ..M.Kes, ibu Frnani Setyawati M.Keb dan ibu Ribut Budiarti S.SiJ saya ucapkan terimakasih banyak yang tak terhingga kepada ibu sekalian. Dengan sabar dan penuh pengertian ibu membimbing saya dalam penulisan laporan tugas akhir ini. Saya tidak mampu membalas kebaikan ibu sekalian atas ilmu dan pelajaran yang telah ibu erikan kepada saya.

Jerutama kepada ibu Frnani selaku pembimbing yena dari awal sampai akhir, terimakasih sudah mau direpotin sama yena setiap kali mau ujian dan kunjungan. Terimakasih sudah banyak memaklumi kesalahan yena selama perkuliahan. Semoga ibu sekalian sehat selalu dan dalam lindungan-Nya 😊😊😊

Teruntuk Dosen – Dosen Kebidanan Poltekkes Kaltim

Terimakasih banyak untuk bapak dan ibu yang telah memberikan ilmu dan kebaikan-kebaikan selama perkuliahan. Semoga ibu dan bapak sehat selalu dan dalam perlindungan-Nya.

Teruntuk bu Susi Purwanti S.SiJ.M.Ph terimakasih sudah menjadi pembimbing akademik yena yang selalu mengingatkan semua target-target yang harus dicapai untuk bisa selesai tepat waktu. Terimakasih banyak yena ucapkan kepada ibu, semoga ibu sehat selalu dan selalu dalam perlindungan Allah S^WJ

Teruntuk Teman-Teman Bidan ku

Terimakasih sudah memaklumi segala kegilaanku selama 3 tahun, terimakasih juga sudah selalu ikut serta dalam lawakan recehku, terimakasih sudah betah dengan teriakanku disetiap harinya, terimakasih sudah menerima ocehanku ditelinga kanan dan kiri kalian (maaf yah akibat aku terlalu extrovert hehehehe). Terimakasih bagi yang pernah seelompok dengan yena sudah mau ngerjain tugas ppt kalau yena lagi malas, terimakasih juga kadang yena disogok pakai makanan supaya yena yang ngerjain tugas sendiri sebagai tanda balas dendamnya kalian. Semoga kalian cepat dapat kerjaan yah gaes, karna aku dan kita yakin kalau pekerjaan dibidang ini sangat sulit. Japi tidak apa apa masih banyak bidan pekerjaan lain menanti kalian juga aku. Love you gaess.

Klo ada acara apapun jangan lupa undang aku yah, aku siap menghabiskan makanan dan menjadi biduan gratis, wkwkwk.

Teruntuk Putri Wulandari calon Amd.Keb

Terimakasih sudah memaklumi segala kegilaanku selama 3 tahun, terimakasih juga sudah selalu ikut serta dalam mencari rumah pasien yang sampai ke plosok kota yah put. Terimakasih puput sudah mau temenan sama yena walaupun kadang yena suka bikin malu puput klo lagi jalan bareng hehehe. Terimakasih jadi orang yang setia dengerin cerita yena dari cerita yang sedih sampai cerita yang seneng seneng nya. Terimakasih sudah ikut nangis waktu yena nangis, ikut ngerasain apa yang yena rasain juga.

Puput semangat yahhh, maaf yena ngk bisa bantu banyak tugas puput. Japi tenang aja, yena bakalan bantuin apapun itu sebisa yena biar puput juga cepat kelar. yena tau puput bisa sampai akhir, yena juga tau puput ngk bakalan ngecewain siapapun kan.

Japi dirimu juga harus semangat terus yahh. Love you juga 😊

Teruntuk Kakak-kakak berjasa

Terimakasih Kak Nurlita Amd.keb, kak Wahyuni Amd.keb. Terimakasih kakak kakak tetua yang sudah memberi referensi laporan dan simulasi kunjungan LJA serta selalu bersedia menjawab semua pertanyaan dan mendengarkan keluh kesahku selama ini. Semoga kaka banyak rejekinya yah kak dan sehat selalu. Amiin...

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas

Nama : Nur Reyena

NIM : P07224117021

Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 24 Agustus 1999

Agama : Islam

Suku / Bangsa : Banjar / Indonesia

E-mail : reyananur@gmail.com

Alamat : Jl/ Sepaku Laut RT. 08 No. 39 Kel. Margasari
kec Bppn Barat



II. Riwayat Pendidikan :

- TK Manuntung Bpp Barat (Lulus Tahun 2005)
- SDN 004 Bpp Barat (Lulus Tahun 2011)
- MTS RM Putri Hidayatullah Bpp Selatan (Lulus Tahun 2014)
- SMK Kesehatan Airlangga Balikpapan (Lulus Tahun 2017)
- Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi DIII 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.“ E” G2P01021 Hamil 30-31 Minggu dengan Suspect CPD di Puskesmas Baru Ilir Kota Balikpapan Tahun 2020 dengan baik dan lancar.

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di 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 terimakasih yang tidak terhingga kepada :

1. H. Supriadi B, S.Kp, M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
2. Inda Corniawati, S, SiT., M.Keb, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
3. Ernani Setyawati, M.Keb selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur dan selaku Pembimbing Utama yang senantiasa mengingatkan dan memberi motivasi dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

4. Hj. Eli Rahmawati, S.SiT.,M.Kes selaku penguji utama Laporan Tugas Akhir.
5. Ribut Budiarti, S.ST selaku pembimbing II yang telah memberi masukan yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Para Dosen dan Staff Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur Prodi D III Kebidanan Balikpapan.
7. Teristimewa kedua Orang Tua Saya yang telah memberi semangat, doa, serta dukungan materi dan spiritualnya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu.
8. Teman-teman seperjuangan yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Ny. E selaku pasien saya yang sangat kooperatif sehingga memudahkan penulis dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
10. Serta semua pihak yang telah membantu penulis, yang tidak dapat diucapkan satu-persatu.

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.

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

Balikpapan, April 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PERSEMBAHAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISI.....iii

DAFTAR TABELvi

DAFTAR BAGAN.....viii

DAFTAR GAMBAR.....ix

DAFTAR SINGKATANx

DAFTAR LAMPIRANxiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah7

C. Tujuan8

D. Manfaat Studi Kasus9

E. Ruang Lingkup.....9

F. Sistematika Penulisan10

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	
1. Manajemen Varney	11
2. Konsep COC	14
3. Konsep Dokumentasi SOAP	14
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan	
1. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (<i>Antenatal Care</i>)	15
2. Konsep Dasar Asuhan Persalinan (<i>Intranatal Care</i>)	46
3. Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir	56
4. Konsep Dasar Asuhan Nifas (<i>Postnatal Care</i>)	59
5. Konsep Dasar Asuhan Neonatus	63
6. Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana	72

BAB III SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus yang Berkesinambungan dengan COC	74
B. Etika Studi Kasus	77
C. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif	
1. Asuhan Kebidanan Antenatal Kunjungan ke-1	79
2. Perencanaan Asuhan Kebidanan	101

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care (ANC).....	104
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care (INC)	109
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL)	113
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Postnatal Care (PNC)	

1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Postnatal Care KF-1	115
2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Postnatal Care KF-2	118
3. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Postnatal Care KF-3	120
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus	
1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus KN-1.....	122
2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus KN-2.....	124
3. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus KN-3.....	126
F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi	128

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan	
1. Asuhan Kebidanan Kehamilan.....	130
2. Asuhan Kebidanan Persalinan.....	140
3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	142
4. Asuhan Kebidanan Nifas.....	143
5. Asuhan Kebidanan Neonatus	145
6. Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi.....	148

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	151
B. Saran.....	153

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold	17
Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri dalam cm	17
Tabel 2.3 Perkembangan Berat dan Panjang Janin Sesuai Usia Kehamilan.....	18
Tabel 2.4 Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan.....	28
Tabel 2.5 Klasifikasi Tekanan Darah Berdasarkan Nilai MAP	28
Tabel 2.6 Jadwal Pemberian Imunisasi TT	30
Tabel 2.7 Klasifikasi IMT Selama Hamil	42
Tabel 2.8 Makanan Sumber Folat, Zat Besi, Kalsium, Iodium, Vitamin B12.....	45
Tabel 2.9 Apgar Skor	57
Tabel 2.10 Involusi Uterus	60
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang lalu.....	80
Tabel 3.2 Diagnosa dan Data Dasar	90
Tabel 3.3 Masalah dan Data Dasar	91
Tabel 3.4 Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan	99
Tabel 3.5 Perencanaan Asuhan Komprehensif	101
Tabel 4.1 Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan	107
Tabel 4.2 Penatalaksanaan Asuhan Nifas KF-1	116
Tabel 4.3 Penatalaksanaan Asuhan Nifas KF-2.....	119
Tabel 4.4 Penatalaksanaan Asuhan Nifas KF-3.....	121
Tabel 4.5 Penatalaksanaan Asuhan Neonatus KN-1.....	123
Tabel 4.6 Penatalaksanaan Asuhan Neonatus KN-2.....	125
Tabel 4.7 Penatalaksanaan Asuhan Neonatus KN-3.....	127
Tabel 4.8 Penatalaksanaan Asuhan Kontrasepsi	129
Tabel 6.1 Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan K-2	164
Tabel 6.2 Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan K-3	167
Tabel 6.3 Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Kala I	169
Tabel 6.4 Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Kala II	170

Tabel 6.5 Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Kala III.....	172
Tabel 6.6 Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Kala IV	173
Tabel 6.7 APGAR Skor By. Ny. R	175
Tabel 6.8 Penatalaksanaan Asuhan Bayi Baru Lahir	177

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Perubahan Fisiologi Ibu Hamil TM II	19
Bagan 3.1 Skema Kerangka Kerja	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bentuk-Bentuk Panggul	37
--	----

DAFTAR SINGKATAN

A/S	: Apgar Score
AGDO	: Ada Gawat Darurat Obstetri
AGO	: Ada gawat Obstetri
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
APD	: Alat Pelindung Diri
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory
APGO	: Ada Potensi Gawat Obstetri
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
CM	: Compos mentis
COC	: Continuity Of Care
CPD	: Cepalo Pelvic Disproportion
CV	: Conjugata Vera
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DKP	: Disproporsi Kepala Panggul
DM	: Diabetes Mellitus
Fe	: Ferum
GI	: Gastrointestinal
GPAPAHG	: Gravida, Partus, Aterm, Prematur, Abortus, Hidup, Gameli
Gr	: Gram

HB	: Hemoglobin
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMT	: Indeks Masa Tubuh
INC	: Intranatal Care
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IUD	: Intra Uteri Device
IV	: Intra Vena
JK	: Jenis Kelamin
KB	: Keluarga Berencana
Kes	: Kesadaran
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
MAP	: Mean Arterial Pressure
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
N	: Nadi
NCB	: Neonatus Cukup Bulan
Ny.	: Nyonya
PAP	: Pintu Atas Pinggul
PB	: Panjang Badan

Penkes	: Pendidikan Kesehatan
PNC	: Postnatal Care
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
Px	: Prosesus xipoideus xix
RR	: Respiratory Rate
RS	: Rumah Sakit
S	: Suhu
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: Sectio Caesarea
SDGs	: Sustainable Development Goals
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMK	: Sesuai Masa Kehamilan
SOAP	: Subjek, Objek, Assesmen, Pelaksanaan
Sp. OG	: Spesialis Obstetri & Ginekologi
TB	: Tinggi Badan
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
Tn.	: Tuan
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
VT	: Vaginal Touch
WHO	: World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 6.1 Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care (ANC)..	163
2. Lampiran 6.2 Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care (INC)....	168
3. Lampiran 6.3 Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL).	175
4. Lampiran 6.4 Kuesioner Skoring Kecemasan	178
5. Lampiran 6.5 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal	179
6. Lampiran 6.6 Tabel Skor Pudji Rochjati	182
7. Lampiran 6.7 Partograf Persalinan.....	184
8. Lampiran 6.8 Satuan Acara Penyuluhan (SAP).....	186
9. Lampiran 6.9 Leaflet.....	192

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

AKI dan AKB merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu Negara. AKI dan AKB juga mengindikasikan kemampuan dan kualitas suatu pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat, kualitas kesehatan lingkungan, sosial, budaya serta hambatan dalam mengatasi kematian ibu dan bayi (Depkes RI, 2014).

Berdasarkan penelitian World Health Organization (WHO) di seluruh dunia, terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun dan kematian bayi khususnya neonates sebesar 10.000.000 jiwa per tahun. (Manuaba, 2010).

Angka Kematian Ibu (AKI) menurut WHO pada tahun 2014, di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9.300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara salah satunya yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2015).

Angka Kematian Ibu (AKI) Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2015, dari data yang dilaporkan di Kalimantan Timur angka kematian Ibu (AKI) menunjukkan penurunan pada tahun 2013 sebesar 113 per 100.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2014 ini menjadi 104 dan Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup dan sampai dengan posisi di tahun

2015 adalah 100 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Balikpapan, 2017).

Angka kematian Ibu di Kota Balikpapan tahun 2017 meningkat dengan jumlah kasus 10 atau (78/100.000 KH) dengan perhitungan jumlah kelahiran hidup di Kota Balikpapan 12.800 sehingga didapatkan $10/12.800 \times 100.000 = 78$ dengan pengertian bahwa dari 100.000 Kelahiran Hidup di Kota Balikpapan terdapat 78 kasus kematian ibu. Target penurunan AKI secara Nasional yaitu 112/100.000 KH. Dengan demikian penurunan AKI Kota Balikpapan dari 72/100.000 KH tahun 2016 menjadi 78/100.000 KH tahun 2017 masih dibawah target nasional (Dinas Kesehatan Balikpapan, 2017).

Angka Kematian Bayi per 1.000 kelahiran hidup sebanding dari sisi jumlah dibandingkan tahun 2017 sebanyak 6 / 1000 KH dan tahun 2016 sebanyak 6 / 1000 KH. Data pada tabel menggambarkan angka kematian per 1.000 KH. Pada jumlah kasus tergambar jumlah kasus kematian dari 78 Kasus di tahun 2016 menurun menjadi 76 Kasus di tahun 2017 (Dinas Kesehatan Balikpapan, 2017).

Sustainable Development Goals (SDGs) memiliki delapan tujuan untuk dicapai pada tahun 2030 yaitu tercapainya kesejahteraan rakyat. AKI dan AKB merupakan indikator dari tujuan ke 3 dari SDGs tahun 2030. Target AKI pada tahun 2030 adalah mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan AKB setidaknya hingga 12 per 1.000 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 KH (Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2015).

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia diantaranya perdarahan 42%, preeklamsi/eklamsia 13%, abortus 11 %, infeksi 10%, partus lama/partus macet 9%, dan penyebab lain 15%. Kedua, penyebab tidak langsung yaitu 3T, terlambat mengenal tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan, dan terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan. Ketiga, factor resiko 4T yaitu, terlalu muda melahirkan (<20 tahun, 0.3%), terlalu sering melahirkan (>3 anak, 37%), terlalu dekat jarak melahirkan (<2 tahun, 9,4%), dan terlalu tua untuk melahirkan (>35 tahun, 13,0%) (Saifuddin, 2010).

Pada wanita hamil dengan ukuran tinggi badan yang kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi karena kemungkinan besar persalinan berlangsung kurang lancar. Perbandingan tinggi dan berat badan memberi gambaran mengenai keadaan gizi bayi dan balita (Marmi et al, 2016).

Dengan demikian kejadian partus lama juga kadang dapat di hubungkan dengan keadaan tinggi badan ibu yang < 145 cm yang dapat menyebabkan kepala tidak masuk PAP maka pembukaan akan berlangsung lama dan besar kemungkinan terjadinya persalinan dengan melalui operasi sesar. Selain itu pembukaan yang berlangsung lama akan menyebabkan ketuban pecah dini dan setelah ketuban pecah, maka kepala tidak dapat menekan serviks kecuali kalau his sangat kuat dan terjadi moulage yang hebat pada kepala janin (Mochtar, 2011).

Aviram dan Yogev (2010) dalam Sanjaya (2015) mengemukakan bahwa obesitas mendapat perhatian yang serius karena jumlah penderita semakin meningkat. Dan diperkirakan tahun 2015 orang dewasa yang

mengalami overweight akan mencapai angka 2,3 miliar sedangkan yang obesitas sebesar 700 juta orang, begitu pula jumlah penderita obesitas pada wanita hamil juga meningkat sekitar 18,5% sampai dengan 38,3%.

Faktor yang berperan terhadap terjadinya obesitas, diantaranya yaitu lingkungan, gaya hidup, genetik dan sosio-ekonomi. Oleh karena itu banyak komplikasi yang ditimbulkan pada keadaan obesitas baik bagi ibu maupun janin saat antepartum, intrapartum atau postpartum, bahkan juga berpengaruh terhadap kehidupan bayi tersebut pada usia dewasa nantinya dengan segala konsekuensi penyakit metabolik yang akan dideritanya berdasarkan pada beberapa hipotesis yang menyatakan bahwa keadaan tersebut sudah terprogram sejak proses konsepsi. Atas dasar hal-hal tersebut maka pengelolaan obesitas sehubungan dengan kehamilan sangat penting dilakukan baik itu prakonsepsi maupun saat hamil agar mengurangi resiko yang terjadi pada ibu dan janin (Wuntakal, 2011).

Kaki bengkak terjadi pada hamil trimester ketiga. Gangguan pada kaki bengkak ada dua yaitu retensi (penahanan) air dan garam karena gestosis dan tertekannya pembuluh darah, karena bagian terendah bayi mulai masuk pintu atas panggul (Bandiyah, 2010).

Pembengkakan (edema) pada kaki bukan menjadi masalah serius, tetapi jika hal ini tidak ditangani dengan benar maka pembengkakan bisa terjadi di bagian tubuh lainnya. Terlalu banyak makan makanan yang mengandung garam dapat memperparah pembengkakan. Kelebihan cairan amniotik juga dapat memperparah pembengkakan (Bandiyah, 2010).

Pemberian zat besi secara oral dapat menimbulkan efek samping pada saluran gastrointestinal pada sebagian orang, seperti rasa tidak enak di ulu hati, mual, muntah dan diare serta pusing yang terjadi akibat dari reaksi pemberian tablet Fe. Frekuensi efek samping ini berkaitan langsung dengan dosis zat besi. Tidak tergantung senyawa zat besi yang digunakan, tak satupun senyawa yang ditolelir lebih baik daripada senyawa yang lain. Zat besi yang dimakan bersama dengan makanan akan ditolelir lebih baik meskipun jumlah zat besi yang diserap berkurang (Bandiyah, 2010).

Menurut Mauro dan Murray dalam Diana (2014) kecemasan merupakan suatu respon yang diperlukan untuk hidup, namun bila tingkat cemas ini berat akan mengganggu kehidupan baik secara kualitas maupun kuantitas. Kecemasan dapat disebabkan oleh adanya perasaan takut tidak diterima dalam lingkungan tertentu, pengalaman traumatis akan perpisahan atau kehilangan, rasa frustrasi akibat kegagalan dalam mencapai tujuan dan ancaman terhadap integritas diri maupun konsep diri.

Hal senada juga di ungkap oleh Kusmiyati (2010) bahwa pada usia kandungan tujuh bulan ke atas, tingkat kecemasan ibu hamil semakin akut dan intensif seiring dengan mendekatnya kelahiran bayi. Pada trimester ini merupakan masa riskan terjadinya kelahiran bayi prematur sehingga menyebabkan tingginya kecemasan pada ibu hamil.

Menurut Stuart dalam Diana (2014), ada beberapa faktor yang menyebabkan kecemasan antara lain: interpersonal, *behaviour*, biologi, dan keluarga. Berdasarkan uraian di atas bahwa kecemasan yang dialami ibu hamil trimester III terutama ibu Primipara, ternyata tidak hanya mempunyai

dampak secara psikologis, tetapi juga berpengaruh pada fisik ibu. Ketika kecemasan yang dialami ibu tidak ditangani maka akan berdampak saat ibu melahirkan, meningkatkan persepsi nyeri ibu dan memperlama proses persalinan.

Oleh karena itu Bidan perlu melakukan asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pada keluarga berencana. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Saifuddin, 2011).

Berdasarkan pada hasil pengkajian dan pemeriksaan pada kunjungan pertama tanggal 01 November 2019, didapatkan data Ny. E berusia 31 tahun yang memiliki riwayat kehamilan gameli yang menyebabkan kehamilan dengan partus prematurus dengan BB bayi 1,5 kg, kedua anak lahir selamat dan hidup. Saat kehamilan sekarang, dilakukan pemeriksaan pada Ny. E dan didapatkan hasil pemeriksaan yaitu tinggi badan < 145 cm, ukuran panggul luar yang kurang dari ukuran normal, TBJ bayi 2.325 gr dengan usia kehamilan 30-31 minggu. Saat kehamilan sekarang Ny.E sudah mengalami kenaikan 11 kg dengan IMT 27,38 kg kategori overweight. Dari data yang didapatkan diatas penulis mencurigai terjadinya keadaan CPD akan dialami oleh Ny. E dengan data pendukung bahwa Ny. E belum pernah melahirkan bayi dengan BB yang normal, ukuran panggul luar yang kurang dari normal dan TB yang < 145 cm dan TBJ bayi 2.325 gr saat usia kehamilan 30-31

minggu. Dari data yang telah didapat penulis mengangkat diagnose dan masalah berdasarkan keadaan yang dialami oleh pasien antara lain yaitu, mengangkat diagnose Suspect CPD dan beberapa masalah yang terjadi yaitu obesitas, bengkak yang timbul pada ekstremitas bawah pasien, pusing, dan kecemasan selama kehamilan.

Oleh karena itu penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. E selama masa hamil dan merancang beberapa asuhan untuk mencegah terjadinya CPD pada Ny. E. salah satunya adalah dengan melakukan pemantauan ketat pada kenaikan BB ibu hamil untuk mengurangi BB yang berlebih pada bayi sehingga dapat mencegah terjadinya partus lama yang disebabkan oleh CPD pada saat persalinan kelak dan mengatasi beberapa masalah yang timbul selama kehamilan, serta melakukan asuhan untuk mengatasi masalah-masalah yang terjadi pada pasien. Penulis mengangkat Judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. E G₂P₀₁₀₂₁. Usia Kehamilan 30 -31 minggu dengan Suspect CPD di Wilayah Kerja Puskesmas Baru Ilir Kota Balikpapan Tahun 2020”. Dalam Asuhan komprehensif ini, penulis berharap agar kasus Ny. E dapat dicegah maupun diatasi oleh penulis dengan berbagai rancangan asuhan yang telah disusun.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah “Bagaimana asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. E G₂P₀₁₀₂₁. Usia Kehamilan 30-31 minggu dengan Suspect CPD di Wilayah Kerja Puskesmas Baru Ilir Kota Balikpapan Tahun 2020 dalam masa

kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, sampai dengan pelayanan kontrasepsi?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif ibu hamil, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, sampai dengan pelayanan kontrasepsi pada Ny. E G₂P₀₁₀₂₁. Usia Kehamilan 30 -31 minggu dengan Suspect CPD

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil Ny.E dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- b. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin Ny.E dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir Ny.E dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas Ny.E dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus Ny.E dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

- f. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada keluarga berencana Ny.E dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Praktis

- a. Bagi peneliti, dapat mempraktikkan teori yang didapat secara langsung dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatus dan KB
- b. Bagi Institusi pendidikan, dapat menjadi bahan pembelajaran dalam perkuliahan.
- c. Bagi klien, klien mendapatkan pelayanan sesuai standar pelayanan kebidanan secara berkesinambungan.

2. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian yang telah dilakukan selama masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, sampai pemilihan alat kontrasepsi dapat dijadikan dasar untuk mengembangkan ilmu kebidanan serta asuhan secara komprehensif selanjutnya.

E. Ruang Lingkup

Subjek penelitian dalam asuhan kebidanan secara komprehensif dengan melakukan pengambilan data secara primer terhadap Ny. E usia 31 tahun G₂P₀₁₀₂₁. usia kehamilan 30 minggu 2 hari yang bertempat tinggal di Jl. Askit RT 13 No. 20 Balikpapan Kota. Pelaksanaan asuhan kebidanan yang komprehensif akan dilakukan pada periode bulan November 2019 – Maret

2020 yang meliputi pengawasan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

F. Sistematika Penulisan

Dalam upaya mempermudah para pembaca mengikuti materi yang disajikan dalam penulisan ini, maka secara sistematis penulisan disusun sebagai berikut: Judul, Halaman Persetujuan, Riwayat Hidup, Kata Pengantar, Daftar Isi, Daftar Tabel, Daftar Bagan, Daftar Gambar, Daftar Lampiran, BAB I; Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan, Manfaat, Ruang Lingkup, BAB II; Konsep Dasar Manajemen Kebidanan, Konsep Dasar Asuhan Kebidanan, BAB III; Rancangan Studi Kasus yang Berkesinambungan dengan COC, Etika Penelitian, Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif (sesuai 7 langkah Varney), BAB IV Tinjauan Kasus, BAB V Pembahasan, BAB VI Penutup, Daftar Pustaka, Lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Varney, 2010).

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an (Varney, 2010)

Langkah – langkah Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

a. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

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

Tahap ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan.

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah

dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

Daftar diagnosa nomenklatur kebidanan :

Persalinan Normal, Partus Normal, Syok, DJJ tidak normal, Abortus, *Solusio Placenta*, Akut *Pyelonephritis*, *Amnionitis*, Anemia Berat, Apendiksitis, Atonia Uteri, Infeksi *Mammae*, Pembengkakan *Mammae*, Presentasi Bokong, Asma *Bronchiale*, Presentasi Daggu, Disproporsi *Sevalo Pelvik*, Hipertensi Kronik, *Koagilopati*, Presentasi Ganda, *Cystitis*, Eklampsia, Kelainan Ektopik, *Encephalitis*, Epilepsi, Hidramnion, Presentasi Muka, Persalinan Semu, Kematian Janin, Hemoragik *Antepartum*, Hemoragik *Postpartum*, Gagal Jantung, *Inertia Uteri*, Infeksi Luka, *Invertio Uteri*, Bayi Besar, Malaria Berat Dengan Indikasi, Malaria Ringan Dengan Komplikasi, Mekonium, *Meningitis*, *Metritis*, Migrain, Kehamilan Mola, Kehamilan Ganda, Partus Macet, Posisi *Occiput Posterior*, Posisi *Occiput* Melintang, Kista Ovarium, *Abses Pelvix*, *Peritonitis*, *Placenta Previa*, *Pneumonia*, Pre-Eklampsia Ringan/Berat, Hipertensi Karena Kehamilan, Ketuban

Pecah Dini, *Partus Prematurus*, *Prolapsus Tali Pusat*, Partus Fase Laten Lama, Partus Kala II Lama, Sisa *Placenta*, *Retensio Placenta*, *Ruptura Uteri*, Bekas Luka Uteri, Presentase Bahu, Distosia Bahu, Robekan *Serviks* dan *Vagina*, Tetanus, Letak Lintang.

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Langkah ketiga adalah langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV : Penetapan Kebutuhan Tindakan Segera

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

e. Langkah V : Penyusunan Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

f. Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ke VI ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan dilangkah ke V dilaksanakan secara efisien dan aman.

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi.

2. Konsep COC (Continuity of Care)

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir.

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi yang dilahirkannya serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Pramita, 2015).

3. Konsep Dokumentasi SOAP

Menurut Varney (2010) alur berpikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh

seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

S: menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I Varney.

O: menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.

A: menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis/masalah potensial, dan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi dan/atau rujukan sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney.

P: menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan *assessment* sebagai langkah V, VI, dan VII Varney.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan (*Ante Natal Care*)

a. Pengertian

Kehamilan adalah suatu peristiwa pertemuan dan persenyawaan antara sel telur dan sel sperma. Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan yang dimulai dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus,

pembentukan plasenta serta tumbuh kembang hasil konsepsi sampai dilahirkan (Manuaba, 2010).

b. Tujuan

Adapun tujuan dari pemeriksaan kehamilan yang disebut dengan *Ante Natal Care* (ANC) tersebut adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu selama hamil sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat menyelesaikan kehamilannya dengan baik, melahirkan bayi sehat dan memperoleh kesehatan yang optimal pada masa nifas serta dapat mengurus bayi dengan baik dan benar (Manuaba, 2010).

c. Kunjungan Antenatal Jadwal Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam (Manuaba, 2012) :

- 1) Trimester I : 1 kali (sebelum usia 14 minggu)
- 2) Trimester II : 1 kali (usia kehamilan antara 14-28 minggu)
- 3) Trimester III : 2 kali (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu).

d. Menentukan Usia Kehamilan

1) Metode Kalender

Metode kalender adalah metode yang sering kali digunakan oleh tenaga kesehatan dilapangan perhitungannya sesuai rumus yang direkomendasikan oleh Neagle yaitu dihitung dari tanggal pertama haid terakhir ditambah 7 (tujuh), bulan ditambah 9 (sembilan) atau dikurang 3 (tiga), tahun ditambah 1 (satu) atau 0 (nol) (Kusmiyati, dan Wahyuningsih, 2010).

2) Tinggi Fundus

Tabel 2.1

Tinggi fundus uteri (menurut Leopold)

UK	TFU (jari)	TFU (cm)
12 minggu	1/3 di atas simfisis	-
16 minggu	½ di atas simfisis-pusat	-
20 minggu	2-3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	2-3 jari diatas pusat	26 cm
32 minggu	Pertengahan pusat – PX	30 cm
36 minggu	setinggi PX	33 cm
40 minggu	2-3 jari dibawah px (janin mulai memasuki panggul)	30 cm

Sumber : Manuaba (2010)

Table 2.2

Tinggi Fundus Uteri dalam cm (Mc-Donald)

TFU (cm)	Usia Kehamilan
20	20 minggu
23	24 minggu
26	28 minggu
30	32 minggu
33	36 minggu

Sumber : Manuaba (2010)

Dengan menggunakan cara Mc. Donald dapat mengetahui taksiran berat janin. Taksiran ini hanya berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut :

(tinggi fundus dalam cm – n) x 155= Berat (gram) . Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika, maka n =11.

Tabel 2.3

Perkembangan Berat dan Panjang Janin Sesuai Usia Kehamilan

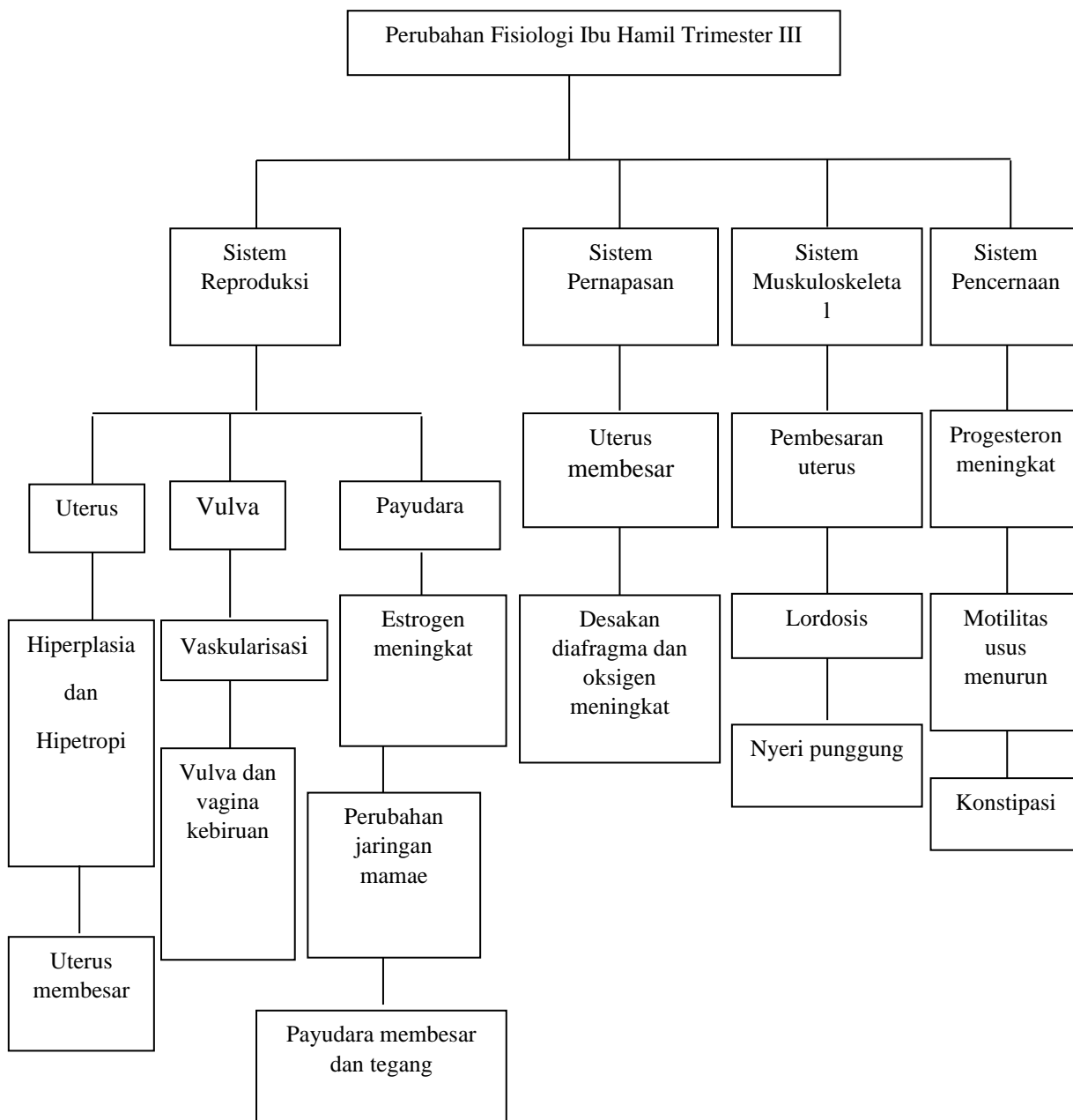
Usia Kehamilan	Panjang (cm)	Berat (gram)
31 minggu	41,1 cm	1502 gram
32 minggu	42,4 cm	1702 gram
33 minggu	43,7 cm	1918 gram
34 minggu	45 cm	2146 gram
35 minggu	46,2 cm	2383 gram
36 minggu	47,4 cm	2622 gram
37 minggu	48,6 cm	2859 gram
38 minggu	49,8 cm	3083 gram
39 minggu	50,7 cm	3288 gram
40 minggu	51,2 cm	3462 gram
41 minggu	51,7 cm	3597 gram

Sumber : Manuaba (2010)

e. Perubahan Fisiologis Trimester III

Proses kehamilan sampai dengan proses kelahiran merupakan serangkaian dalam satu kesatuan yang di mulai dari konsepsi.

Dalam mengalami proses tersebut, ibu hamil mengalami perubahan – perubahan anatomi pada tubuhnya sesuai dengan usia kehamilan mulai dari trimester I , sampai dengan trimester III kehamilan .perubahan –perubahan anatomi tersebut meliputi : perubahan sistem pencernaan, perubahan sistem muskuloskeletal , kardiovaskuler, perubahan pada sistem integument, dan perubahan pada sistem metabolisme (Ajeng, 2012).



Bagan 2.1 perubahan fisiologis ibu hamil pada TM 3

f. Kecemasan Pada Ibu Hamil

1) Pengertian

Menurut Kamus kesehatan Dorland dan Newman kecemasan adalah rasa tidak nyaman yang terdiri atas respon

– respon psikofisik sebagai anti pasti terhadap bahaya yang dibayangkan atau tidak nyata, seolah – olah disebabkan oleh konflik intrapsikis. Gejala fisik yang menyertainya meliputi peningkatan detak jantung, perubahan pernafasan, keluar keringat, gemetar, lemah dan lelah, bentuk gejala psikisnya meliputi perasaan akan adanya bahaya, kurang tenaga, perasaan khawatir dan tegang (Aris, 2019)

Diana (2014) mengungkapkan bahwa campuran perasaan yang dialami ibu hamil, yaitu rasa takut menanggung segala percobaan, rasa lemah, rasa cinta dan benci, rasa keraguan dan kepastian, rasa kegelisahan dan bahagia, harapan dan kecemasan semuanya itu menjadi intensif dan mencapai klimaknya pada minggu – minggu terakhir saat mendekati kelahiran bayi.

2) Gejala Kecemasan

Berdasarkan uraian dari Conley dalam Setyani (2018) dapat disimpulkan bahwa gejala kecemasan dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

- a) Gejala Fisik :meliputi gejala yang nampak pada fisik ibu
- b) Gejala Psikologis : yang timbul pada ibu dengan bawaan emosional

3) Jenis-jenis Kecemasan

Jenis-jenis kecemasan dibagi menjadi tiga menurut Freud dalam Annisa (2016) antara lain :

- a) Kecemasan Objektif atau Realita. Suatu kecemasan yang bersumber dari adanya ketakutan terhadap bahaya yang mengancam di dunia nyata. Kecemasan seperti ini misalnya ketakutan terhadap kebakaran, angin tornado, gempa bumi, atau binatang buas.
 - b) Kecemasan Neurosis. Kecemasan neurotik yang muncul adalah ketakutan akan terkena hukuman karena memperlihatkan perilaku impulsif yang didominasi oleh Id. Hal yang perlu diperhatikan adalah ketakutan terjadi bukan karena ketakutan terhadap insting tersebut tapi merupakan ketakutan atas apa yang akan terjadi bila insting tersebut dipuaskan
 - c) Kecemasan ini merupakan hasil dari konflik antara ego dan superego. Secara dasar merupakan ketakutan akan suara hati individu sendiri. Ketika individu termotivasi untuk mengekspresikan impuls instingtual yang berlawanan dengan nilai moral yang termaksud dalam superego individu itu maka ia akan merasa malu atau bersalah.
- 4) Factor yang mempengaruhi kecemasan ibu hamil
- Menurut Setyaningsih (2011) dalam Rizqika (2018) mengemukakan bahwa factor yang mempengaruhi kecemasan pada ibu hamil adalah sebagai berikut :
- a) Stressor Internal
- Merupakan stressor yang berasal dari dalam diri ibu

sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan bayi dalam kandungan.

b) Stressor Eksternal

Merupakan pemicu stres yang berasal dari luar diri ibu, seperti: status social, *relationship*, kasih sayang, *support* mental, *broken home*, dan respon negatif dari lingkungan.

c) Dukungan Keluarga

Pada setiap tahap usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik fisik maupun psikologis. Ibu harus melakukan adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi. Ibu hamil sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

d) Kekerasan Masa Lalu

Kekerasan yang terjadi dapat membahayakan ibu dan bayinya. Efek psikologi yang muncul adalah gangguan rasa nyaman pada ibu. Sewaktu-waktu ibu akan mengalami perasaan terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi

e) Partner Abuse

Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap perempuan adalah wanita yang telah bersuami. Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan

harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai membahayakan kesehatan ibu dan bayi yang dikandung.

5) Cara Mengatasi Kecemasan Selama Kehamilan

Menurut Ismail (2014) kecemasan selama kehamilan dapat diatasi dengan berbagai cara antara lain:

- a) Relaksasi untuk menjernihkan dan memfokuskan pikiran mengenai kehamilan
- b) Istirahat yang cukup untuk mengurangi beban pikiran
- c) Menghadirkan seseorang yang penting
- d) Dukungan dari keluarga dan kerabat dekat
- e) Melakukan meditasi
- f) Memunculkan pikiran positif mengenai keadaan yang sedang dihadapi
- g) Berusaha menerima keadaan dan kenyataan

6) Skala Pengukuran Tingkat Kecemasan pada Ibu Hamil

Menurut Diana (2014) pengukuran kecemasan pada ibu hamil sangat mudah menggunakan 2 metode pengukuran skala HARS dan ZSAS

a) *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HARS)

Merupakan metode pengukuran tingkat kecemasan pada seseorang yang dikemukakan oleh Max Hamilton pada tahun 1959 berdasarkan tanda yang muncul pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS

terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skore.

b) *Zung-Self Rating Anxiety Scale (ZSAS)*

Skala yang di rancang oleh W.K. Zung ini merupakan penilaian tingkat kecemasan pada individu dewasa berdasarkan dengan kuesioner yang berisi 20 pertanyaan dengan kriteria penilaian 1-4.

g. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III

1) Bengkak pada bagian ekstremitas bawah

Pertumbuhan bayi akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu, kadang tangan bengkak juga. Ini disebut oedema, disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan (Aprilia, 2017).

Kaki bengkak terjadi pada hamil trimester ketiga. Gangguan pada kaki bengkak ada dua yaitu retensi (penahanan) air dan garam karena gestosis dan tertekannya pembuluh darah, karena bagian terendah bayi mulai masuk pintu atas panggul (Bandiyah, 2010).

Jika bengkak pada kaki terasa nyeri, bisa saja menjadi tanda adanya penyumbatan pada aliran darah di kaki. Jika pembengkakan kaki disertai dengan sakit kepala dan penglihatan menjadi buram, maka ini bisa menjadi tanda dari pre-eklampsia (kondisi tekanan darah tinggi pada ibu

hamil). Atau jika pembengkakan kaki diiringi oleh sakit pada dada atau kesulitan bernapas, ini dapat menjadi tanda adanya masalah pada jantung (Mochtar, 2011).

- 2) Faktor penyebab terjadinya bengkak menurut Johnson (2015)
 - a) Kurang asupan kalium. Kalium mampu menjaga cairan tetap di luar sel sehingga keseimbangan cairan elektrolit terjadi.
 - b) Berdiri atau berjalan terlalu banyak dapat memberi tekanan pada aliran darah di kaki.
 - c) Limfedema. Kondisi medis akibat gangguan pada pembuluh getah bening yang menghambat peredaran cairan pada kaki.
 - d) Kehamilan. Kaki bengkak pada wanita hamil adalah hal yang normal. Hal ini terjadi karena pembuluh darah besar di pangkal paha menerima tekanan dari bayi dalam kandungan yang tubuhnya kian membesar. Itu sebabnya di bulan-bulan terakhir kehamilan umumnya akan terjadi pembengkakan kaki.
 - e) Infeksi. Kaki bengkak akibat infeksi lebih sering dialami oleh penderita diabetes dan yang memiliki masalah saraf pada kaki.
 - f) Efek samping obat. Beberapa obat bisa menyebabkan kaki bengkak di antaranya obat diabetes, obat antiinflamasi

non-steroid, obat antidepresan, obat steroid, obat untuk tekanan darah, dan penggunaan alat kontrasepsi oral.

3) Cara mengatasi kaki bengkak pada ibu hamil menurut Aprilia (2017) yaitu :

- a) Taruh kaki lebih tinggi. Ambil bangku kecil untuk menempatkan kaki Anda di situ saat duduk.
- b) Jangan melipat kaki saat duduk.
- c) Jangan terlalu banyak berdiri dan juga jangan terlalu banyak duduk.
- d) Pakai sepatu yang nyaman dan jangan memakai kaos kaki atau *stocking* yang terlalu ketat.
- e) Banyak minum air. Ini dapat membantu mengurangi kelebihan air dalam tubuh.
- f) Batasi makan makanan yang mengandung garam. Makanan tinggi garam (natrium) dapat menyebabkan tubuh menahan cairan.
- g) Olahraga teratur, terutama berjalan dan berenang. Berenang dapat membantu mengurangi tekanan pada kaki.

h. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (Asrinah, 2010)

Perdarahan Pervaginam, Sakit Kepala yang Berat, Penglihatan Kabur, Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan, Keluar Cairan per Vagina, Gerakan Janin Tidak Terasa, Nyeri Perut yang Hebat

i. Standar Asuhan kebidanan

Standar asuhan minimal kehamilan termasuk dalam "10T" (Kemenkes, 2015)

1) Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1).

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Ada rumus tersendiri untuk menghitung IMT anda yakni:

$$\text{Rumus IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

Prinsip dasar yang perlu diingat: berat badan naik perlahan dan bertahap, bukan mendadak dan drastis.

Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

Tabel 2.4
Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan

IMT (<i>kg/m²</i>)	Total kenaikan berat badan yang disarankan	Selama trimester 2 dan 3
Kurus (IMT<18,5)	12,7–18,1 kg	0,5 kg/minggu
Normal (IMT 18,5-22,9)	11,3-15,9 kg	0,4 kg/minggu
Overweight (IMT 23-29,9)	6,8-11,3 kg	0,3 kg/minggu
Obesitas (IMT>30)	5-9 kg	0,2 kg/minggu
Bayi kembar	15,9-20,4 kg	0,7 kg/minggu

Sumber : Sukarni (2013)

2) Ukur Tekanan Darah (T2)

Diukur dan diperiksa setiap kali ibu datang dan berkunjung. Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah yaitu dengan cara menghitung MAP. MAP adalah tekanan darah antara sistolik dan diastolik, karena diastolik berlangsung lebih lama daripada sistolik maka MAP setara dengan 40 % tekanan sistolik ditambah 60 % tekanan diastolik (Woods et al 2010).

Adapun rumus MAP adalah tekanan darah sistolik ditambah dua kali tekanan darah diastolik dibagi 3. Rentang normal MAP adalah 70 mmHg - 99 mmHg. Kategori hipertensi berdasarkan nilai MAP:

Tabel 2.5

Klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia diatas 18 tahun berdasarkan nilai Mean Arterial Pressure.

Kategori	Nilai MAP
Normal	70-99 mmHg
Normal Tinggi	100-105
Stadium 1 (hipertensi ringan)	106 - 119 mmHg
Stadium 2 (hipertensi sedang)	120 - 132 mmHg
Stadium 3 (hipertensi berat)	133 - 149 mmHg
Stadium 4 (hipertensi maligna / sangat berat)	150 mmHg atau lebih

Sumber : Manuaba (2012)

3) Nilai Status Gizi (T3)

Pada ibu hamil (bumil) pengukuran LiLA merupakan suatu cara untuk mendeteksi dini adanya Kurang Energi Kronis (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrient ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak. Kurang Energi Kronis atau KEK (ukuran LILA < 23,5 cm).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

5) Tentukan Persentasi Janin Dan Hitung DJJ (T5)

Tujuan pemantauan janin itu adalah untuk mendeteksi dari dini ada atau tidaknya faktor-faktor resiko kematian prenatal tersebut (hipoksia/asfiksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi). Pemeriksaan denyut jantung janin adalah salah satu cara untuk memantau janin.

6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi TT (Tetanus Toxoid) bila diperlukan (T6)

Pada ibu hamil diberikan imunisasi TT sebanyak 2 kali selama kehamilan dengan interval waktu 4 minggu. Imunisasi ini dianjurkan pada setiap ibu hamil, karena diharapkan dapat menurunkan angka kematian bayi akibat tetanus neonatorum. Imunisasi ini diberikan dengan dosis 0,5 cc/IM dalam satu kali penyuntikan.

Tabel 2.6

Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu)	Lama perlindungan	Dosis
TT 1	-	-	0,5 cc
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	0,5 cc
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	0,5 cc
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	0,5 cc
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun	0,5 cc

Sumber : Kusmiyati (2010)

7) Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T7)

Tablet ini mengandung 200mg sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

Pemberian zat besi secara oral dapat menimbulkan efek samping pada saluran gastrointestinal pada sebagian orang, seperti rasa tidak enak di ulu hati, mual, muntah dan diare serta pusing yang terjadi akibat dari reaksi pemberian tablet fe.

Penyulit Ini dapat diredakan dengan cara memperbanyak minum, menambah konsumsi makanan yang kaya akan serat seperti roti, sereal, dan agar-agar.

Ada beberapa cara yang dianjurkan untuk mengurangi keluhan dari efek samping konsumsi tablet Fe menurut Hasanah (2012) antara lain; sebaiknya tablet Fe diberikan pada saat sebelum tidur malam karena akan mengurangi efek samping.

8) Tes laboratorium (T8)

Tes laboratorium sederhana yang dilakukan saat pemeriksaan kehamilan adalah pemeriksaan Hb untuk menilai status anemia atau tidak pada ibu hamil. Sebaiknya pemeriksaan Hb ini dilakukan sejak trimester I, sehingga apabila ditemukan kondisi anemia akan dapat segera diterapi dengan tepat.

9) Tes Terhadap Penyakit Menular Seksual (T9)

Ibu hamil resiko tinggi terhadap PMS, sehingga dapat mengganggu saluran perkemihan dan reproduksi. Upaya diagnosis kehamilan dengan PMS di komunitas adalah melakukan diagnosis pendekatan gejala, memberikan terapi, dan konseling untuk rujukan.

10) Temu wicara dan Tata Laksana Kasus (T10)

Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan tindakan yang harus dilakukan oleh bidan atau dokter dalam temu wicara, antara lain, merujuk ke dokter untuk konsultasi.

b) Resiko kehamilan menurut Poedji Rochjati (Rochjati, 2010)

Kehamilan resiko tinggi adalah suatu keadaan dimana kehamilan dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau sebaliknya. Penyakit ibu juga berpengaruh buruk pada janinnya atau keduanya saling berpengaruh.

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi tiga kelompok :

- 1) Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
Kehamilan tanpa masalah/ faktor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
 - 2) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10.
Kehamilan dengan satu atau lebih faktor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang member dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat
 - 3) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor \geq 12, kehamilan dengan faktor resiko : ibu dengan faktor resiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis.
- c) Kehamilan dengan Faktor Resiko Terlalu jauh jarak \geq 10 tahun

Ibu yang mengalami kehamilan dengan jarak persalinan sebelumnya \geq 10 tahun. Dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi. Kehamilan dapat terjadi pada ibu yang

mempunyai riwayat anak pertama mati atau ibu yang mempunyai anak terkecil hidup berumur 10 tahun (Mochtar, 2011).

d) Kehamilan dengan Faktor Resiko Tinggi Badan ≤ 145 cm

Sebagian besar ibu yang mempunyai tinggi badan kurang dari 145 cm juga mengalami komplikasi kebidanan. Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm memungkinkan memiliki panggul sempit sehingga menyulitkan pada saat persalinan dan beresiko mengalami komplikasi kebidanan. (Manuaba, 2012).

Beberapa risiko yang dikaitkan dengan ibu hamil berpostur pendek salah satunya adalah :

a) Kelahiran Prematur

Diketahui kelahiran prematur merupakan komplikasi utama yang terjadi bila ibu hamil memiliki postur tubuh pendek. Pada umumnya ibu yang bertubuh pendek juga memiliki ruang perut yang kecil, sehingga saat bayi tumbuh, ia mendorong panggul ibu dan organ internal lainnya. Inilah yang menyebabkan bayi lahir lebih cepat, karena dorongan tubuh bayi ke panggul ibu.

b) Obstetric Fistula

Suatu kondisi di mana lapisan tipis antara vagina dan saluran kemih ibu rusak. Alasan utamanya adalah bayi tumbuh dalam rahim yang kecil. Kondisi ini juga disebabkan karena persalinan yang lama, atau jika berat bayi lebih dari 3,5 kg.

c) Perdarahan

Wanita dengan postur pendek harus memberikan tekanan lebih selama persalinan alami yang dapat menyebabkan perdarahan berlebihan karena kerusakan jaringan yang lebih tinggi khususnya pada daerah jaringan lunak

d) Persalinan Lama

Kadang-kadang, karena tekanan pada bayi, pecahnya kantung ketuban mungkin tidak berkembang menjadi persalinan. Meskipun masalah ini tidak eksklusif untuk wanita pendek, mereka berisiko lebih tinggi untuk mendapatkan kantung ketuban mereka pecah karena gawat janin, seringkali tidak mengarah pada persalinan aktif. Ini dapat membahayakan nyawa ibu dan bayinya.

e) Asfiksia

Karena wanita yang pendek berisiko lebih tinggi mengalami disproporsi sefalopelvis, ada kemungkinan bayi tidak mendapatkan oksigen yang dibutuhkan karena persalinan yang lama. Ini mungkin membuat bayi tidak nyaman dan intervensi medis mungkin diperlukan untuk keselamatan bayi dan ibu.

f) Berat Badan Lahir Rendah

Wanita dengan perawakan pendek tidak memiliki ruang perut yang cukup untuk pertumbuhan janin yang benar dan lengkap dan ini mengakibatkan tidak dapatnya janin berkembang dengan sempurna.

m. Cephalopelvic Disproportion (CPD)

Disproporsi kepala panggul yaitu suatu keadaan yang timbul karenatidak adanya keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janindisebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul ataupun kombinasi keduanya (Cunningham, 2014).

Dalam kasus DKP, jika kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat term, mungkin akan dilakukan seksio sesarea karena risiko terhadap janin semakin besar apabila persalinan tidak semakin maju. Apabila kepala janin telah masuk ke dalam pintupanggul, pilihannya adalah seksio sesarea elektif atau percobaan persalinan (Mochtar, 2011).

1) Faktor yang mempengaruhi ukuran dan bentuk panggul

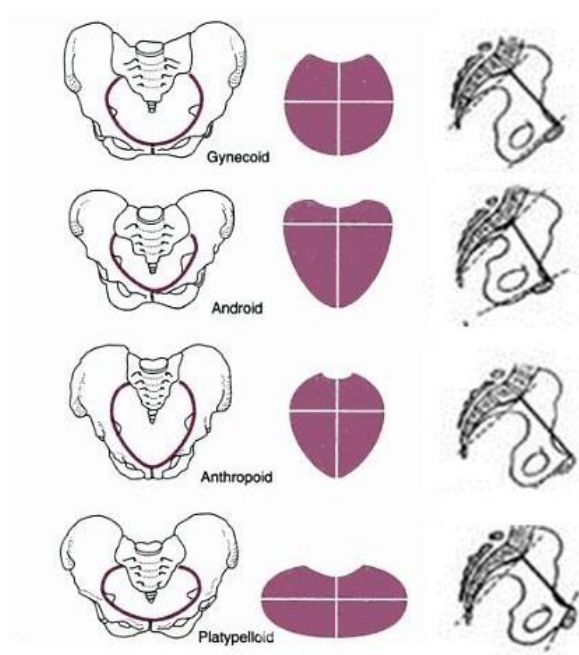
Perkembangan: bawaan lahir atau keturunan, suku bangsa. nutrisi: gangguan gizi (malnutrisi), faktor hormon: kelebihan androgen menyebabkan panggul jenis android, Metabolisme: ricketsia dan osteomalasia, trauma, penyakit atau tumor tulang panggul, kaki dan tulang belakang, wanita dengan tinggi kurang dari 1,5 meter dicurigai panggul sempit (ukuran barat). Pada pemeriksaan kehamilan, terutama kehamilan anak pertama, kepala janin belum masuk pintu atas panggul di 3-4 minggu terakhir kehamilan. Bisa juga ditemukan perutnya seperti pendulum serta ditemukan kelainan letak bayi (Manuaba, 2010).

Derajat panggul sempit ditentukan oleh ukuran/jarak antara bagian bawah tulang kemaluan (os pubis) dengan tonjolan tulang belakang (promontorium). Jarak ini dinamakan konjugata vera. Dikatakan sempit Ringan: jika ukurannya 9-10 cm, Sempit sedang: 8-9 cm, sempit berat: 6-8 cm dan sangat sempit jika kurang dari 6 cm (Mochtar, 2011).

Untuk panggul sempit ringan masih bisa dilakukan persalinan percobaan sedangkan mulai sempit sedang dan seterusnya dilakukan persalinan dengan operasi cesar (Manuaba, 2010) .

2) Bentuk bentuk panggul

Panggul *ginekoid* dianggap sebagai panggul normal wanita, sementara panggul android merupakan varian dari panggul pria. Panggul *android* lebih sering ditemukan pada wanita dengan aktivitas fisik yang berat selama masa remaja. Panggul *android* juga ditemukan pada wanita yang mengalami keterlambatan dalam posisi tegak, yaitu setelah usia 14 bulan, sementara panggul platipeloid lebih sering ditemukan pada wanita yang memiliki kemampuan posisi tegak sebelum umur 14 bulan (Cunningham, 2014).



Gambar 2.1
Bentuk-bentuk Panggul
Sumber : Cunningham (2014)

3) Klasifikasi Panggul Sempit

a) Kesempitan Pintu Atas Panggul (Pelvic Outlet)

Pembagian tingkatan panggul sempit

- (1) tingkat I : CV = 9 – 10 cm = borderline
- (2) tingkat II : CV = 8 – 9 cm = relative
- (3) tingkat III : CV = 6 – 8 cm = ekstrim
- (4) tingkat IV : CV = 6 cm = mutlak (absolut)

Pembagian menurut tindakan

- (1) CV = 8 – 10 cm = partus percobaan
- (2) CV = 6 – 8 cm = SC primer
- (3) CV = 6 cm = SC mutlak (absolut)
- (4) Inlet dianggap sempit bila CV <10>

b) Kesempitan Pintu Tengah Panggul (Mid Pelvis)

Terjadi bila diameter interspinorum 9 cm. Kesempitan midpelvis hanya dapat dipastikan dengan rontgen pelvinometri.

Ada kesempitan outlet Mid pelvic contraction dapat memberi kesulitan sewaktu partus sesudah kepala melewati pintu atas panggul.

c) Kesempitan outlet

Adalah bila diameter transversal dan diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm. Kesempitan outlet, meskipun tidak menghalangi lahirnya janin, namun dapat menyebabkan perineal ruptur yang hebat, karena arkus pubis sempit sehingga kepala janin terpaksa melalui ruangan belakang.

4) Komplikasi

a) Saat persalinan

- (1) Komplikasi panggul sempit pada persalinan tergantung pada kesempitan panggul.
- (2) Persalinan akan berlangsung lama
- (3) Maulage kepala berlangsung lama
- (4) Sering terjadi insertia uterus sekunder.
- (5) Dapat terjadi simfisiolisis, infeksi intra partal

b) Pada anak

- (1) Infeksi intra partal kematian janin intra partal
- (2) Prolaps funikuli
- (3) Perdarahan intrakranial
- (4) Caput succedaneum dan cepalohematoma yang besar

- (5) Robekan pada tentorium serebri dan perdarahan otak karena moulage yang hebat dan lama
- (6) Fraktur pada tulang kepala oleh tekanan yang hebat dari his dan oleh karena alat-alat yang dipakai

n. Obesitas dalam kehamilan

1) Pengertian

Obesitas dan overweight dapat meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular karena dapat menyebabkan sindrom metabolik yang terdiri dari hiperinsulinemia, intoleransi glukosa atau diabetes melitus, dislipidemia, hiperurisemia, gangguan fibrinolisis, hiperfibrinogenemia, dan hipertensi.

Peningkatan berat badan selama kehamilan sering menyebabkan rasa cemas pada wanita, terutama wanita pasca salin. Peningkatan berat badan ibu selama hamil normalnya 12,5–17,5 kg.⁵ Institute Of Medicine (IOM) Guidelines 2009 menyebutkan bahwa anjuran untuk penambahan berat badan total pada ibu hamil dengan kelebihan berat badan adalah 6,8-11,3 kg sedangkan dengan ibu obesitas adalah 5-9,1 kg tanpa memandang kelas obesitas.

Kekhawatiran ibu akan kekurangan nutrisi janin akan mengakibatkan terjadinya intake kalori yang berlebihan sehingga dapat meningkatkan berat badan lebih dari anjuran

Peningkatan berat badan berlebih pada ibu hamil dapat mengakibatkan berbagai risiko baik untuk ibu maupun janin. Pada ibu hamil dengan overweight dan obesitas meningkatkan risiko terjadinya diabetes

gestasional, hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, macrosomia, persalinan premature, persalinan dengan cara sectio caesaria dan retensi berat badan setelah persalinan

Secara umum kegemukan dan obesitas merupakan kelebihan berat badan karena penimbunan lemak tubuh yang berlebihan (dibandingkan dengan komponen tubuh lainnya) sebagai akibat dari ketidakseimbangan antara masukan energi dan pemakaiannya (Sudirtayasa dan Wayan, 2015).

2) Penyebab

Obesitas terjadi jika dalam suatu periode waktu, lebih banyak kilo kalori yang masuk melalui makanan daripada yang digunakan untuk menunjang kebutuhan energi tubuh, dengan kelebihan energi tersebut disimpan sebagai trigliserida di jaringan lemak (Vinter, 2012).

Obesitas dapat disebabkan oleh peningkatan masukan energi, penurunan pengeluaran energi, atau kombinasi keduanya. Menurut Farida (2009) dalam Hana (2018) obesitas disebabkan oleh banyak faktor, antara lain genetik, lingkungan, psikis, kesehatan, obat-obatan, perkembangan dan aktivitas fisik.

- a) Faktor genetik
- b) Faktor lingkungan
- c) Faktor psikis
- d) Aktivitas fisik

3) Patofisiologi

Menurut Rosen (2008) dalam Istiqamah (2013) obesitas terjadi akibat ketidakseimbangan masukan dan keluaran kalori dari tubuh serta

penurunan aktifitas fisik (*sedentary life style*) yang menyebabkan penumpukan lemak di sejumlah bagian tubuh.

Pengaturan keseimbangan energi diperankan oleh hipotalamus melalui 3 proses fisiologis, yaitu pengendalian rasa lapar dan kenyang, mempengaruhi laju pengeluaran energi dan regulasi sekresi hormon. Proses dalam pengaturan penyimpanan energi ini terjadi melalui sinyal-sinyal eferen (yang berpusat di hipotalamus) setelah mendapatkan sinyal aferen dari perifer (jaringan adiposa, usus dan jaringan otot). Sinyal-sinyal tersebut bersifat anabolik (meningkatkan rasa lapar serta menurunkan pengeluaran energi) dan dapat pula bersifat katabolik (anoreksia, meningkatkan pengeluaran energi) dan dibagi menjadi 2 kategori, yaitu sinyal pendek dan sinyal panjang (Vinter, 2012).

Apabila asupan energi melebihi dari yang dibutuhkan, maka jaringan adiposa meningkat disertai dengan peningkatan kadar leptin dalam peredaran darah. Kemudian, leptin merangsang *anorexigenic center* di hipotalamus agar menurunkan produksi *Neuro Peptida Y* (NPY) sehingga terjadi penurunan nafsu makan. Demikian pula sebaliknya bila kebutuhan energi lebih besar dari asupan energi, maka jaringan adiposa berkurang dan terjadi rangsangan pada *orexigenic center* di hipotalamus yang menyebabkan peningkatan nafsu makan. Pada sebagian besar penderita obesitas terjadi resistensi leptin, sehingga tingginya kadar leptin tidak menyebabkan penurunan nafsu makan.

4) Klasifikasi

Arora (2008) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa obesitas dapat dinilai dengan berbagai cara atau metode antara lain pengukuran IMT (Index Massa Tubuh). IMT Indeks massa tubuh (IMT) adalah ukuran yang menyatakan komposisi tubuh, perimbangan antara berat badan dengan tinggi badan. Metode ini dilakukan dengan cara menghitung BB/TB² dimana BB adalah berat badan dalam kilogram dan TB adalah tinggi badan dalam meter.

Tabel 2.7

Klasifikasi IMT selama hamil

Klasifikasi IMT menurut WHO	IMT (kg/m²)
Berat badan kurang	< 18,5
Kisaran Normal	18,5 – 22,9
Berat Badan Lebih	≥ 23,0
Berisiko	23,0 – 24,9
Obes I	25,0 – 29,9
Obes II	≥ 30,0

Sumber: Kusmiyati (2010)

5) Dampak Obesitas

a) Bagi Ibu

Obesitas meningkatkan risiko terjadinya kelainan medis dalam kehamilan seperti diabetes gestasional, preeklampsia, obstruksi saluran nafas (*sleep apneu*), asma, dan *low back pain*. (Sudirtayasa dan Wayan 2015).

Menurut De Paiva et al (2014) dalam Sanjaya (2015) berkaitan dengan proses persalinannya sendiri wanita tersebut akan membutuhkan waktu persalinan yang lebih lama dengan risiko tindakan seksio sesaria lebih tinggi.

Hal ini juga terkait dengan lamanya proses persalinan karena kontraktilitas otot uterus merupakan penentu utama dari kemajuan persalinan. Peningkatan prevalensi persalinan lama dan inersia uteri membutuhkan induksi dengan oksitosin karena wanita obesitas akan mengalami penurunan kontraktilitas uterus. Obesitas pada wanita hamil memiliki kecenderungan bawaan untuk memiliki kontraksi yang lemah sehingga menyebabkan gangguan kontraksi uterus (Gunatilake, 2011).

b) Bagi Janin

Menurut Rowland (2010) dalam Sanjaya (2015) risiko untuk terjadi komplikasi seperti kelainan kongenital, makrosomia, distosia bahu dan kemungkinan menderita obesitas dan diabetes pada saat dewasa menjadi lebih besar.

Distosia bahu ada hubungannya dengan obesitas ibu, penambahan berat badan yang berlebihan, bayi berukuran besar riwayat saudara kandung yang besar, dan diabetes pada ibu. Ibu yang mengalami obesitas sehingga ruang gerak janin ketika melewati jalan lahir lebih sempit karena ada jaringan berlebih pada jalan lahir dibanding ibu yang tidak mengalami obesitas (Oxorn, 2010).

Gunatilake (2011) dalam Hana (2018) bukan hanya bayi makrosomia yang ditemukan pada kehamilan dengan obesitas tetapi juga didapatkan bayi IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*) hal ini terjadi terlebih apabila sudah ada penyakit penyerta seperti diabetes mellitus dan hipertensi. Oleh karena sulitnya mengevaluasi pertumbuhan janin melalui pengukuran tinggi TFU sehubungan

dengan anatomi wanita obesitas maka pengukuran dengan USG sangat dianjurkan.

6) Asuhan Ibu Hamil dengan Obesitas

Gunatilake (2011) dalam Hana (2018) menyatakan bahwa idealnya intervensi yang dilakukan sehubungan dengan obesitas dan kehamilan dilakukan pada masa prakonsepsi yang kemudian dilanjutkan saat kehamilan dan persalinan, namun yang sering terjadi adalah kehamilan sudah terdiagnosa sebelum dilakukan intervensi prakonsepsi.

Menurut Vinter (2012) dalam Sanjaya (2015) berikut adalah tabel penambahan berat badan yang direkomendasikan selama kehamilan termasuk pada penderita obesitas.

Seneviratne (2014) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa walaupun begitu belum ada satupun teknik yang tepat untuk semua wanita obesitas karena hal tersebut tergantung dari masing-masing individu dan ahli yang menanganinya.

Seneviratne (2014) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwanamun ada beberapa prosedur yang direkomendasikan sehubungan dengan nutrisi dan aktivitas sebelum konsepsi dan selama kehamilan. Jika wanita hamil memiliki aktivitas yang rendah direkomendasikan untuk melakukan aktivitas ringan selama 15 menit 3 kali dalam seminggu kemudian dapat ditingkatkan selama 30 menit setiap hari sesuai yang dapat ditoleransi.

Tabel 2.8

Makanan sumber folat, zat besi, kalsium, iodium, dan vitamin B12

Zat gizi	Sumber makanan
Folat	sayuran hijau (bayam, kale, sawi hijau, selada, dsb), brokoli, asparagus, papaya, alpukat, kacang-kacangan, pasta, hati ayam
Zat besi	sayuran hijau (bayam, kale, sawi hijau, dsb), brokoli, asparagus, papaya, alpukat, kacang-kacangan, pasta, hati ayam
Kalsium	ikan teri, susu, kale, brokoli, yoghurt, bhokcoy
Iodium	Ikan laut, yoghurt, rumput laut, udang, kerang
Vit B12	Hati, ikan, tahu, susu kedelai, daging sapi, keju, telur

Sumber: Departemen Kesehatan RI (2016)

7) Manajemen Antenatal

Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa diperlukan manajemen yang tepat dan berkelanjutan dan melibatkan beberapa disiplin ilmu guna memperoleh hasil kehamilan yang optimal.

Berikut adalah manajemen praktis sehubungan dengan wanita hamil dengan berat badan lebih atau obesitas (Shaikh, 2010) :

(1) Antenatal

- (a) Dokumentasi tinggi dan berat badan selama kehamilan
- (b) Dokumentasikan obesitas sebagai faktor risiko dan konsultasikan pada disiplin ilmu lain secara tepat
- (c) Ukur tekanan darah dengan menggunakan ukuran cuff yang sesuai
- (d) Identifikasi faktor risiko tromboemboli dan berikan pencegahan yang tepat
- (e) Tawarkan pemeriksaan gula darah
- (f) Tawarkan untuk konsultasi dengan ahli anestesi dan rencana persalinan

(2) Perinatal

- (a) Perencanaan persalinan di fasilitas kesehatan yang tersedia ahli kebidanan dan anestesi
 - (b) Antisipasi terhadap kesulitan sehubungan dengan tindakan intubasi dan epidural
 - (c) Manajemen aktif kala III
 - (d) Pemberian antibiotik profilaksis sebelum tindakan bedah
 - (e) Identifikasi faktor risiko terjadinya tromboemboli dan gunakan pencegahan yang tepat
- (3) Postpartum
- (a) Motivasi untuk pemberian ASI
 - (b) Pemberian informasi dan edukasi sehubungan dengan perubahan pola hidup dan perencanaan kehamilan yang berikutnya
 - (c) Jika sebelumnya dengan diagnosa diabetes mellitus gestasional maka sarankan pemeriksaan rutin sehubungan dengan kemungkinan terjadinya diabetes mellitus tipe II.

2. Konsep Dasar Asuhan Persalinan (*Intranatal Care*)

a. Definisi

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR, 2012).

b. Tanda-tanda persalinan

Tanda persalinan menurut (Manuba, 2012) yaitu :

- 1) Terjadinya his persalinan.
- 2) Pengeluaran lendir darah
- 3) Pengeluaran cairan

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Seorang bidan harus mampu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab persalinan sehingga diharapkan dalam memberikan asuhan kebidanan pada proses persalinan yaitu passage (jalan lahir), power (his dan tenaga mengejan), dan passanger (janin, plasenta dan ketuban), serta factor lain seperti psikologi dan paktor penolong (Sumarah et al 2010).

maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah et al 2010).

d. Persiapan Asuhan Persalinan

Menurut JNPK-KR tahun 2012 :

- 1) Mempersiapkan tempat untuk persalinan
- 2) Persiapan perlengkapan persalinan
- 3) Persiapan rujukan

Singkatan **BAKSOKUDO** dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

e. Tahapan Persalinan

- 1) Kala I (Pembukaan)

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam (Manuba, 2012).

a) Fase laten pada kala satu persalinan

Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b) Fase Aktif pada kala satu persalinan

Frekuensi dan lama kontraksi terus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik).

2) Kala II Persalinan (Pengeluaran Bayi)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (JNPK-KR, 2012).

3) Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III yaitu waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR, 2012).

4) Kala IV (observasi)

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan (Saifuddin, 2010).

f. Mekanisme persalinan

Dalam mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi (Sulistiyawati, 2010).

- 1) Penurunan kepala
- 2) Penguncian (engagement)
- 3) Fleksi
- 4) Putaran paksi dalam
- 5) Lahirnya kepala dengan cara ekstensi
- 6) Restitusi
- 7) Putaran paksi luar
- 8) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

g. Kebutuhan dasar ibu bersalin

1) Kala I

Dukungan fisik dan fisiologis, kebutuhan cairan dan nutrisi, kebutuhan eliminasi, pengurangan rasa nyeri

2) Kala II

Memberikan dukungan, menjaga kebersihan diri, mengatur posisi dan kenyamanan ibu

3) Kala III

Ketertarikan ibu pada bayi, perhatian pada dirinya, Kondisi plasenta, dukungan mental dari bidan dan keluarga atau pendamping, bebas dari rasa risih akibat bagian bawah yang basah dari darah dan air ketuban

4) Kala IV

Hidrasi dan nutrisi, hygiene dan kenyamanan pasien, bimbingan dan dukungan untuk BAK, informasi dan bimbingan se jelas-jelasnya mengenai apa yang terjadi dengan tubuhnya, kehadiran bidan sebagai pendamping selama 2 jam paska persalinan serta keluarga atau orang-orang terdekatnya, dukungan untuk menjalin hubungan awal dengan bayinya terutama saat pemberian asi awal.

h. Persalinan Kala II lama

1) Pengertian

Partus lama dalam kala II adalah begitu cervix mencapai dilatasi penuh, jangka waktu sampai terjadinya kelahiran tidak boleh melampaui 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Oxom, 2010).

Kala II lama yaitu persalinan yang sudah dipimpin mengejan pada primigravida dibatasi 2 jam dan diperpanjang 3 jam apabila digunakan analgesi regional, sedangkan pada multigravida dibatasi 1 jam dan diperpanjang sampai 2 jam apabila digunakan analgesi regional. Kala II lama merupakan klasifikasi dari persalinan lama. Pengalaman menunjukkan bahwa setelah batas waktu ini,

morbiditas maternal dan fetal akan naik. Sekiranya terjadi gawat janin atau ibu tindakan segera meruakan indikasi.

Tanda gejala kala II pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mendedan, tetapi tak ada kemajuan penurunan (Prawirohardjo, 2010)

His yang tidak normal kekuatan atau sifatnya menyebabkan hambatan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, jika tidak dapat dilatasi mengakibatkan kemacetan persalinan. Baik atau tidaknya his dinilai dengan kemajuan persalinan, sifat dari his itu sendiri (frekuensinya, lamanya, kuatnya dan relaksainya) serta besarnya caput succedaneum.

Pimpinan persalinan yang salah dari penolong, teknik meneran yang salah, bahkan ibu bersalin yang kelelahan dan kehabisan tenaga untuk meneran dalam proses persalinan juga bisa menjadi salah satu penyebab terjadinya kala II lama.

2) Etiologi

Terjadinya kala II lama ini adalah multikomplek dan tentu saja bergantung pada pengawasan selagi hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya (Walyani, 2014).

Faktor-faktor penyebabnya menurut antara lain :

- a) Kelainan letak janin
- b) Kelainan-kelainan panggul
- c) Kelainan kekuatan his dan mengejan
- d) Pimpinan persalinan yang salah

- e) Janin besar atau ada kelainan kongenetal
- f) Primi tua primer dan sekunder
- g) Grandemulti
- h) Ketubah pecah dini ketika servik masih menutup, keras dan belum mendatar
- i) Analgesi dan anastesi yang berlebihan dalam fase laten
- j) Wanita yang dependen, cemas dan ketakutan.

3) Gejala Klinik

Gejala klinik pada partus lama yaitu (Walyani, 2014) :

a) Pada Ibu

- (1) Gelisah, letih, sushu badan naik, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus.
- (2) Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

b) Pada Janin

- (1) Denyut jantung janin cepat/tidak teratur, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.
- (2) Caput succedaneum yang membesar
- (3) Molase kepala yang hebat
- (4) Kematian janin dalam kandungan
- (5) Kematian janin intrapartum

4) Penatalaksanaan Kala II Lama

Penanganan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan kala II lama antara lain (Saifudin, 2010) :

- a) Ibu dianjurkan mengejan secara spontan
- b) Bila malpresentasi dan tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan oksitosin drip
- c) Bila pemberian oksitosin drip tidak ada kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan vakum atau forceps bila persyaratan dipenuhi
- d) Lahirkan dengan *sectio caesaria* bila persyaratan vakum dan forceps tidak dipenuhi.

Penatalaksanaan pada partus dengan kala II lama dapat dibagi menjadi dua yaitu (Oxorn, 2010) :

- a) Disproporsi atau cincin kontraksi

Dilakukan *section caesaria* merupakan indikasi

- b) Tanpa disproporsi

Melakukan infus *oxytocin* untuk memperbaiki kontraksi uterus, pemecahan ketuban diperlukan jika ketuban masih utuh, pasien dipimpin setiap mau mengejan ketika ada his, dilakukan episiotomi untuk mengatasi perineum kaku.

Care Unit) dan kebutuhan untuk dilakukan transfuse.

- i. Persalinan dengan Sectio Caesarea

Adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2010).

Sectio Caesarea didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi)

tindakan pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

1) Etiologi

Menurut Oxorn (2010) etiologi Sectio Caesarea ada dua yaitu sebagai berikut:

- a) Etiologi yang berasal dari ibu yaitu : pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/ panggul), riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solutio placenta tingkat I - II, serta komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).
- b) Etiologi yang berasal dari janin: fetal distress/ gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

2) Komplikasi

Komplikasi Sectio Caesarea sebagai berikut:

- a) Infeksi Puerperal komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas; atau bersifat berat, seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.

- b) Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala – gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya).
- c) Perdarahan. Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang – cabang arteri uterina ikut terbuka, atau karena atonia uteri.
- d) Komplikasi – komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru – paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri.
- e) Komplikasi pada bayi yang dilahirkan dengan Sectio Caesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan Sectio Caesarea.

3) Indikasi

Menurut Oxorn (2010) indikasi dan kontra indikasi dari Sectio Caesarea sebagai berikut:

- a) Indikasi mutlak: Panggul sempit absolut , kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi, tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi, stenosis serviks atau vagina, placenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptur uteri membat, kelainan letak, gawat janin, prolapsus placenta. perkembangan bayi

yang terhambat, mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklampsia.

- b) Indikasi relative Riwayat Sectio Caesarea sebelumnya: presentasi bokong, distosia Bahu, fetal distress, preeklampsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
- c) Indikasi Sosial : wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.

3. Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012)

b. Penilaian Pada Bayi Baru Lahir (JNPK-KR, 2012).

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan yaitu; apakah bayi cukup bulan, apakah air ketuban jernih, tidak bercampur meconium, apakah bayi menaangis atau bernapas, apakah tonus otot baik. Jika bayi tidak cukup bulan, air ketuban bercampur mekonium, tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan tonus otot tidak baik, segera lakukan tindakan resusitasi. Namun, apabila bayi dalam kondisi baik maka

lakukan penanganan asuhan bayi baru lahir normal. Penilaian awal secara cepat dan tepat (0-30 detik) untuk membuat diagnosa dan dilakukan asuhan berikutnya, penilaian selintas yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah (Sukarni, 2013) :

- 1) Usaha nafas
- 2) Warna kulit
- 3) Tonus otot atau gerakan

Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2012)

Tabel 2.9

Apgar Skor

Skor	0	1	2
Appearance color(warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/ bersin
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Sumarah et al (2010)

c. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal yaitu Jaga kehangatan bayi, Bersihkan jalan napas (bila perlu), Keringkan dan tetap jaga kehangatan, Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir, Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu, Beri salep

mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata, Beri suntikan vitamin K 1 mg intramuscular, di paha kairi anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD), Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 mL intramuskuar, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K (JNPK-KR, 2012).

d. Kebutuhan pada bayi baru lahir

- 1) Pastikan kamar hangat (tidak kurang dari 25°C dan tidak lembab).
- 2) Jelaskan pada ibu bahwa menjaga kehangatan bayi penting untuk membuat bayi tetap sehat.
- 3) Kenakan pakaian bayi atau selimuti dengan kain yang bersih, kering dan lembut. Kenakan topi pada kepala bayi selama beberapa hari pertama, terutama bila bayi kecil.
- 4) Pastikan bayi berpakaian atau diselimuti dengan selimut.
- 5) Menjaga bayi mudah dijangkau oleh ibu. Jangan pisahkan mereka (rooming-in).
- 6) Nilai kehangatan bayi setiap 4 jam dengan mereba kaki bayi : jika kaki bayi teraba dingin, hangatkan bayi dengan melakukan kontak kulit ke kulit.
- 7) Minta ibu atau orang yang menunggunya untuk mengawasi bayi dan mengingatkan Anda jika : kaki teraba dingin, terjadi perdarahan dan kesulitan bernapas, seperti merintih, napas cepat atau lambat, retraksi dinding dada bawah.
- 8) Dukung ASI eksklusif, siang dan malam.

- 9) Minta ibu mengingatkan Anda bila mengalami kesulitan memberi ASI.
 - 10) Periksa pemberian ASI pada semua bayi sebelum memulangkan, Jangan memulangkan bayi jika bayi belum bisa minum dengan baik.
 - 11) Ajarkan ibu untuk merawat bayi
 - a) Menjaga bayi tetap hangat.
 - b) Merawat tali pusat.
 - c) Memastikan kebersihan:
 - 12) Berikan obat sesuai resep menurut jadwal yang telah ditentukan.
 - 13) Periksa setiap bayi sebelum merencanakan ibu dan bayi pulang, Jangan perbolehkan pulang sebelum bayi berumur 24 jam.
- e. Pengawasan Bayi Baru Lahir dengan tindakan SC (Walyani, 2014)
- 1) Gangguan pernapasan TTNB (Transient Tachypnea of the New Born)
 - 2) Rendahnya sistem kekebalan tubuh.
 - 3) Rentan alergi
 - 4) Emosi cenderung rapuh
 - 5) Terpengaruh anestesi

4. Konsep Dasar Asuhan Nifas (*Post Natal Care*)

a. Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Suherni et al, 2010).

b. Perubahan Sistem Reproduksi Fisiologis Masa Nifas

Terjadi kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar. Ukuran uterus mengecil kembali setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi sekitar umbilikus, setelah 2 minggu masuk panggul, setelah 4 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil (Suherni et al, 2010).

Tabel 2.10

Involusi Uterus Mengenai tinggi fundus uterus

Involusi	Tinggi Fundus uterus	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu Minggu	Pertengahan pusat sympisis	500 gram
Dua Minggu	Tak teraba diatas sympisis	350 gram
Enam Minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan Minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Suherni et al (2010)

Segera setelah persalinan bekas implantasi plasenta berupa luka kasar dan menonjol kedalam *cavum uteri*. Penonjolan tersebut diameternya kira-kira 7,5 cm. Disamping itu, dari *cavum uteri* keluar cairan sekret disebut *lochea*. (Walyani, 2015) beberapa jenis lochea yang terdapat pada wanita masa nifas :

- 1) Lochea Rubra/merah (Cruenta)
- 2) Lochea Sanguinolenta
- 3) Lochea Serosa
- 4) Lochea Alba

c. Tanda Bahaya Masa Nifas

Pengeluaran vagina yang baunya membusuk, Rasa sakit di bagian bawah abdomen/punggung, Sakit kepala yang terus menerus, nyeri *epigastrik*, Gangguan masalah penglihatan/penglihatan kabur, Pembengkakan di wajah

atau tangan, Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK atau merasa tidak enak badan, Payudara yang berubah menjadi merah, panas atau terasa sakit, Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama, Rasa sakit, merah, lunak, atau pembengkakan pada kaki, Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri, Merasa sangat letih atau nafas terengah-engah (Prawirohardjo, 2010).

d. Asuhan kebidanan pada ibu nifas

1) Kunjungan I (6-8 jam postpartum) meliputi:

- a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
- b) Deteksi dan perawatan penyebablain perdarahan sertalakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
- c) Pemberian ASI awal.
- d) Konseling ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
- e) Mengajarkan cara mempererat hubungan ibu dan bayi baru lahir.
- f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

2) Kunjungan II (6 hari postpartum) meliputi:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
- c) Memastikan ibu cukup istirahat, makanan dan cairan.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.

- e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- 3) Kunjungan III (2 minggu postpartum)
- Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
- 4) Kunjungan IV (6 minggu postpartum) meliputi:
- a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
 - b) Memberikan konseling KB secara dini.
- e. Kebutuhan ibu nifas
- 1) Nutrisi dan cairan
- Kualitas dan jumlah makanan yang akan dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Selama menyusui, ibu dengan status gizi baik rata-rata memproduksi ASI sekitar 800cc yang mengandung 600 kkal.
- 2) Ambulasi dini
- Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi dini ini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam dan keadaan lain yang membutuhkan istirahat.
- 3) Eliminasi
- Biasanya dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah dapat buang air kecil. Semakin lama urine ditahan, maka dapat mengakibatkan infeksi. Segera buang air kecil setelah melahirkan

dapat mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi post partum. Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar.

4) Kebersihan Diri

Bidan harus bijaksana dalam memberikan motivasi ibu untuk melakukan personal hygiene secara mandiri dan bantuan dari keluarga.

5) Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang cukup untuk memulihkan kembali kekeadaan fisik.

6) Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

7) Latihan / Senam Nifas

Agar pemulihan organ-organ ibu cepat dan maksimal, hendaknya ibu melakukan senam nifas sejak awal (ibu yang menjalani persalinan normal) (Sulistyawati, 2011).

5. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus

a. Definisi

Neonatus adalah periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Walyani, 2014)

b. Periode Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 4 minggu terbagi menjadi 2 periode, antara lain periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 0–7 hari setelah lahir. Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir. Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan (Walyani, 2014).

c. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.

Pelaksanaan pelayanan neonatal adalah :

1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN1)

Dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah jaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI eksklusif, rawat tali pusat.

2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir jaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat.

3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir periksa ada atau tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit. Lakukan asuhan berupa Jaga kehangatan tubuh bayi,

Berikan ASI eksklusif dan rawat tali pusat. Perawatan Neonatus menurut (Walyani, 2014) yaitu :

- a) Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi.
- b) Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat.
- c) Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal.
- d) Meningkatkan Hubungan Interaksi antara Orangtua dan Bayi.

d. Tanda-tanda bahaya pada neonatus

Bayi tidak mau menyusu, kejang, lemah, sesak nafas, merintih, pusing kemerahan, demam atau tubuh merasa dingin, mata bernanah, kulit terlihat kuning. (Mochtar, 2011).

e. Asuhan bayi usia 2-6 hari

Perencanaan asuhan bayi usia 2-6 hari (Saifuddin, 2011) adalah :

1) Minum bayi

Beri minum segera mungkin setelah lahir yaitu dalam waktu 30 menit atau dalam 3 jam setelah masuk rumah sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu. Bila bayi di rawat dirumah sakit, upayakan ibu mendampingi dan tetap memberikan ASI.

2) BAB (Buang Air Besar)

Kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari pertama adalah mekonium. Mekonium adalah ekskresi gastro intestinal bayi baru lahir yang diakumulasikan dalam usus sejak

masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu. Warna mekonium adalah hijau kehitaman, lembut, terdiri atas : mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak, dan pigmen empedu. Mekonium ini keluar pertama kali dalam waktu 24 jam setelah lahir.

Warna feses akan berubah menjadi kuning pada saat bayi berumur 4-5 hari. Bayi yang diberi ASI feses menjadi lebih lembut, warna kuning terang, dan tidak berbau

3) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi lahir akan BAK dalam 24 jam setelah lahir. Selanjutnya bayi akan BAK 6 kali/hari.

4) Tidur

Bayi pada kehidupan pertamanya akan menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan dan tidur lelap.

5) Kebersihan kulit

Kulit bayi sangat sensitif. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi maka keutuhan kulit harus dijaga. Verniks caseosa bermanfaat untuk melindungi kulit bayi.

6) Perawatan tali pusat

Tali pusat harus selalu kering dan bersih. Tali pusat merupakan tempat koloni bakteri, pintu masuk kuman dan bisa terjadi infeksi lokal. Perlu perawatan tali pusat sejak manajemen aktif kala III pada saat menolong kelahiran bayi. Upaya untuk

mencegah terjadinya infeksi pada tali pusat antara lain dengan cara sebagai berikut :

- a) Mencuci tali pusat dengan bersih dan sabun.
- b) Menghindari membungkus tali pusat.
- c) Melakukan skin to skin contact.
- d) Pemberian ASI dini dan sering memberikan antibodi pada bayi

f. Asuhan bayi usia 6 minggu

Memeriksa tanda vital, menimbang berat badan, melakukan pemeriksaan fisik dan memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang perawatan bayi :

- 1) Tempat tidur yang tepat
 - a) Tempat tidur bayi harus hangat.
 - b) Tempat tidur bayi diletakkan didekat tempat tidur ibu.

2) Memandikan bayi

Bayi lebih baik dimandikan setelah minggu pertama yang bertujuan untuk mempertahankan *vernix caseosa* dalam tubuh bayi guna stabilisasi suhu tubuh.

3) Mengenakan pakaian

- a) Buat bayi tetap hangat.
- b) Baju bayi seharusnya tidak membuatnya berkeringat.
- c) Pakaian berlapis-lapis tidak dibutuhkan oleh bayi.
- d) Hindari kain yang menyentuh leher karena bisa mengakibatkan gesekan yang mengganggu.

4) Perawatan tali pusat

- a) Perawatan dengan tidak membubuhkan apapun pada pusar bayi.
- b) Menjaga pusar bayi agar tetap kering.
- c) Puntung bayi akan segera lepas pada minggu pertama.

5) Perawatan hidung, mata, telinga, dan kuku.

6) Pemeriksaan

Selama 1 tahun pertama bayi dianjurkan melakukan pemeriksaan rutin.

7) Pemantauan BB

Bayi yang sehat akan mengalami penambahan BB setiap bulannya.

g. Ikterus Neonatus

5) Pengertian

Ikterus berarti gejala kuning karena penumpukan bilirubin dalam aliran darah yang menyebabkan pigmentasi kuning pada plasma darah yang menimbulkan perubahan warna pada jaringan yang memperoleh banyak aliran darah tersebut. Ikterus biasanya baru dapat dilihat kalau kadar bilirubin serum mencapai 2-3 mg/dl sedangkan kadar bilirubin serum normal 0,3 mg/dl (Mochtar, 2011).

6) Klasifikasi

- a) Ikterus fisiologi adalah warna kekuningan pada kulit yang timbul pada hari kedua sampai dengan hari ke tiga setelah

lahir yang tidak mempunyai dasar patologis dan akan menghilang dengan sendirinya pada hari ke-10 (Prawirohardjo, 2010). Ikterus Fisiologi mempunyai tanda-tanda sebagai berikut; Warna kuning akan timbul pada hari kedua atau ketiga setelah bayi lahir dan tampak jelas pada hari ke-5 sampai ke-6 dan menghilang sampai hari ke-10, bayi tampak biasa, minum baik, berat badan naik biasa, kadar bilirubin serum pada bayi cukup bulan tidak lebih dari 12 mg/dl dan pada BBLR 10 mg/dl dan akan hilang pada hari ke-14

- b) Ikterus patologis adalah ikterus yang mempunyai dasar patologis atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang di sebut hiperbilirubinemia (Walyani, 2014). Ikterus patologis mempunyai tanda-tanda sebagai berikut ; Ikterus timbul dalam 24 jam pertama kehidupan, serum bilirubin total lebih dari 12 mg/dl, peningkatan bilirubin 5 mg/dl atau lebih dari 24 jam, konsentrasi bilirubin serum melebihi 10 mg/dl pada bayi < 37 minggu (BBLR) dan 12,5 mg/dl pada bayi cukup bulan, ikterus yang disertai proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi enzim glukosa-6-fosfat dehidrogenase (G6PD) dan sepsis, ikterus yang disebabkan oleh bayi kurang dari 2000 gram yang disebabkan karena usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dan

kehamilan pada remaja, masa gestasi kurang dari 36 minggu, asfiksia, hipoksia, syndrome gangguan pernapasan, infeksi, hipoglikemia, hiperkopnia dan hiperosmolitas darah sepsis

7) Etiologi (Walyani, 2014)

Penyebab ikterus neonatorum, menurut waktu kemudian

- a) Dua empat jam pertama : Penyakit hemolysis, Inkompatibilitas rhesus, Inkompatibilitas ABO, Sferositosis, Infeksi konginetal
- b) Hari kedua sampai kelima : Fisiologis, Infeksi, Hematoma, Galaktosemia dan kelainan metabolik lain, Ikterius non-hemolitik familial, Bayi dari ibu diabetes
- c) Setelah akhir minggu kedua : Ikterus air susu ibu (breast milk jaundice), Hipotrioidisme, Hepatitis. Atresia bilier dan masalah traktus biliaris lainnya.

8) Patofisiologis

Sel-sel darah merah yang telah tua dan rusak akan di pecah menjadi bilirubin, yang oleh hati akan di metabolisme dan akan di buang melalui feses. Di dalam usus juga terdapat banyak bakteri yang mampu mengubah bilirubin sehingga mudah di keluarkan oleh feses. Hal ini terjadi secara normal pada orang dewasa. Pada bayi baru lahir , jumlah bakteri pemetabolisme bilirubin yang masih belum mencukupi sehingga di tentukan

bilirubin yang masih beredar dalam tubuh tidak di buang bersama feses. Begitu pula dalam usus bayi terdapat enzim glukronil tranferase yang mampu mengubah bilirubin dan menyerap kembali bilirubin dalam badannya. Akibatnya pigmen tersebut akan di disimpan di bawah kulit, sehingga kulit bayi menjadi kuning, biasanya di mulai dari wajah, dada, tungkai dan kaki menjadi kuning. Biasanya hiperbilirubinemia dan sakit kuning akan menghilang setelah seminggu pertama. Kadar bilirubin yang tinggi biasanya di sebabkan pembentukan yang berlebihan atau gangguan pembuangan bilirubin. Kadang bayi cukup umur yang diberi susu asi, kadar bilirubin meningkat secara progresif pada minggu pertama, keadaan ini di sebut jaundice ASI. Penyebabnya tidak di ketahui dan hal ini tidak berbahaya, jika kadar bilirubin sangat tinggi mungkin perlu dilakukan terapi sinar dan tranfusi tukar (Prawirohardjo, 2010)

9) Derajat Ikterus

Derajat ikterus dikemukakan oleh Kramer (Walyani, 2014)

- a) Derajat I : Daerah kepala hingga leher (5 mg %)
- b) Derajat II : Derajat I+bagian dada (9 mg %)
- c) Derajat III : Derajat I+II+perut+lutut (11 mg %)
- d) Derajat IV : Derajat I+II+III+ekstremitas atas dan tungkai (12,4 mg%)
- e) Derajat V : Derajat IV+ telapak tangan dan kaki (16 mg%)

6. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas (Saifuddin, 2010).

1) Penggunaan Alat Kontrasepsi pada Ibu dengan Obesitas

Menurut Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) penggunaan alat KB pada ibu dengan obesitas mengingat obesitas berhubungan dengan kesulitan dalam tindakan ligasi tuba apabila dilakukan setelah persalinan pervagina maka penggunaan IUD (*Intra Uterine Device*) merupakan pilihan yang tepat, selain itu dapat juga menggunakan implant.

2) Resiko Penggunaan Alat Kontrasepsi Pada Wanita Obesitas

Pemilihan metode kontrasepsi pada wanita obesitas merupakan tantangan tersendiri. Kontrasepsi hormonal sering kali diragukan karena efektifitasnya yang dapat menurun dan risiko peningkatan berat badan lebih lanjut.. Risiko terjadinya tromboemboli vena pada wanita obesitas yang menggunakan kontrasepsi hormonal juga sangat minimal.

Kontrasepsi hormonal juga tetap efektif dalam mencegah kehamilan pada wanita dengan obesitas. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

a) Pengertian

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat digunakan oleh semua perempuan usia reproduksi, haid menjadi lama dan lebih banyak, namun tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (Walyani, 2014)

b) Indikasi

Prinsip pemasangan adalah menempatkan IUD setinggi mungkin dalam rongga rahim (cavum uteri). Saat pemasangan yang paling baik adalah pada waktu mulut rahim masih terbuka dan rahim dalam keadaan lunak. Misalnya 40 hari setelah bersalin dan pada akhir haid (Sukarni, 2013).

c) Kontra Indikasi

Adanya perkiraan hamil, Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti perdarahan yang tidak normal, perdarahan di leher rahim, dan kanker rahim. Perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya. Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim. Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Sukarni, 2013).

d) Waktu Pemasangan

Pemasangan IUD sebaiknya dilakukan pada saat 2 – 4 hari setelah melahirkan, 40 hari setelah melahirkan, Setelah terjadinya keguguran, Hari ke 4 haid sampai hari ke 10 (Sukarni, 2013).

BAB III

SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS

1. Rancangan Studi Kasus yang Berkesinambungan dengan COC.

1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian atau ada yang menyebut “model penelitian” adalah rencana atau struktur dan strategi penelitian yang disusun demikian rupa agar dapat memperoleh jawaban mengenai permasalahan penelitian dan juga untuk mengontrol *varians* (Machfoedz, 2011).

Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Metode yang digunakan untuk data primer yaitu dengan menggunakan metode pengamatan (*Observation*), wawancara (anamnesa), maupun hasil pengukuran fisik dan pemeriksaan kebidanan langsung kepada klien. Data sekunder diperoleh dengan melakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya (USG, foto *rontgen* dll) data kesehatan penduduk kota dan provinsi, buku KIA sebagai buku catatan perkembangan klien. Selain itu dapat dilakukan melalui studi kepustakaan (*Library research*).

2. Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di rumah Ny. E di Jl. Askit Rt 13 No. 20 dan dilaksanakan mulai bulan November 2019 - Januari 2020.

3. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda ataupun lembaga (Notoadmodjo, 2015).

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Proposal Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G₂P₀₁₀₂₁ dengan usia kehamilan 30 - 31 minggu diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

4. Pengumpulan Dan Analisis Data

a) Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan selama proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif (*continuity of care*) berlangsung. Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

1) Observasi

Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu. Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan (Nursalam, 2011).

2) Wawancara

Wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek. Penulis mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga (Nursalam, 2011).

3) Pemeriksaan fisik

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

4) Studi Dokumentasi

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

5) Analisis Data

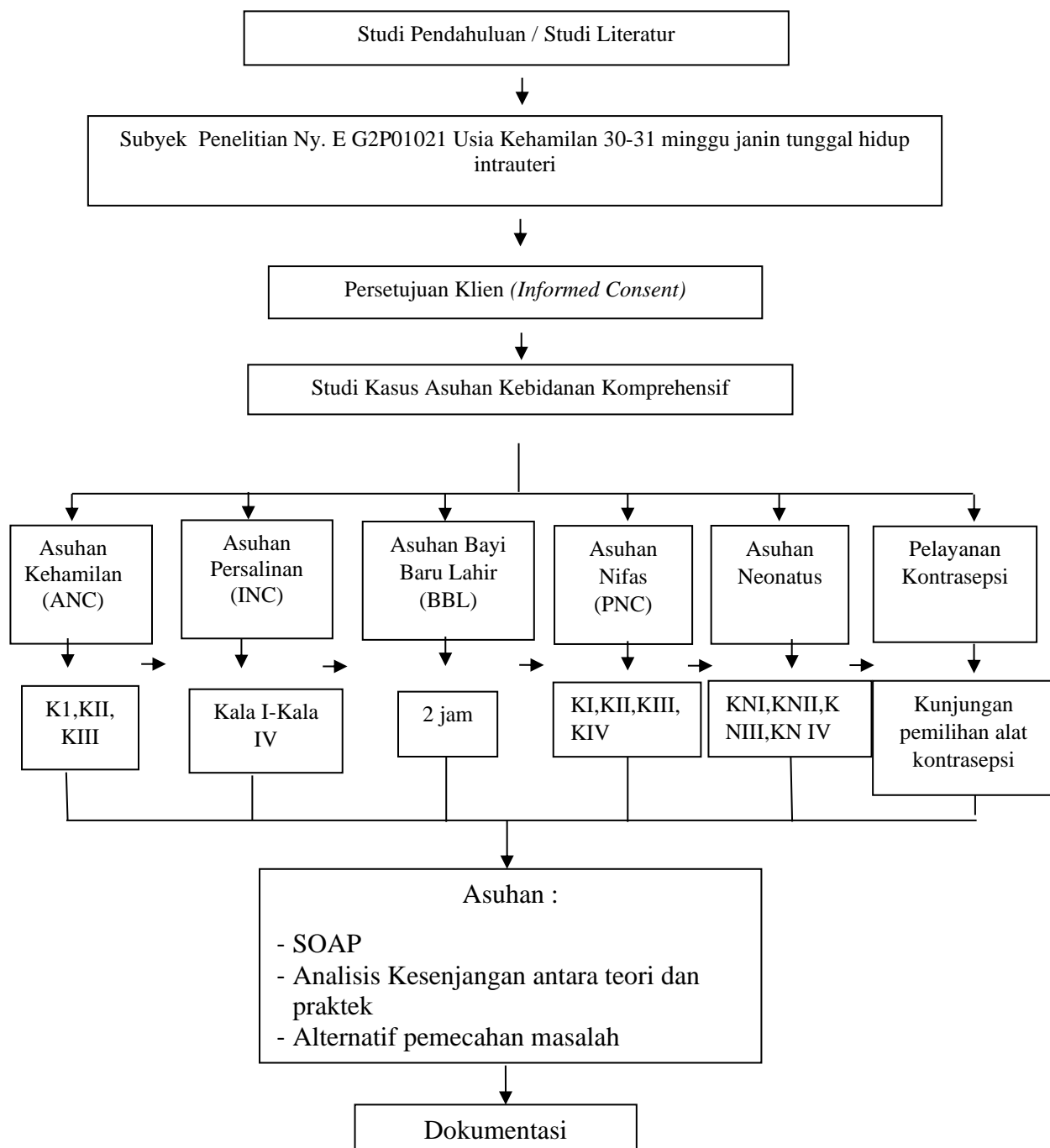
Analisis data yang digunakan pada studi kasus ini mengubah data hasil studi kasus menjadi suatu informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan adalah menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP

a) Instrumen Penelitian

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

b) Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2015).



Bagan 3.1 Skema Kerangka Kerja

B. Etika Studi Kasus

1. *Respect for person*

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, ibu bebas menolak untuk ikut studi kasus ini atau dapat mengundurkan diri kapan saja.

Ny. E mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan dan bersedia ikut dalam studi kasus ini secara sadar tanpa paksaan dan telah membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan.

2. *Beneficence dan non maleficence*

Ny. E sebagai peserta dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif ini akan mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan bersalin/nifas. Penulis juga pada saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan telah meminimalkan bahaya risiko yang terjadi, yaitu melakukan mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti *handscoon*.

3. *Justice*

Risiko dan ketidaknyamanan secara fisik yaitu akan menyita waktu ibu selamamemberikan asuhan, mulai dari pengkajian yang dilakukan di rumah klien sampai dengan pelaksanaan asuhan dengan perkiraan waktu 60-120 menit (atau sesuai dengan kebutuhan) pada saat kunjungan rumah atau kunjungan ke fasilitas kesehatan. Seluruh kegiatan dalam memberikan asuhan dilakukan dibawah bimbingan dari bidan yang telah ditunjuk sebagai pembimbing dari Prodi DIII Kebidanan Balikpapan.

C. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif (sesuai 7 langkah Varney)

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I (Pengkajian awal)

Tanggal/Waktu pengkajian : 01 November 2019 / Pukul:14.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. E

Oleh : Nur Reyena

Pembimbing : Ernani Setyawati M.Keb

Langkah I (Pengkajian)

a. Identitas

Nama klien	: Ny. E	Nama suami	: Tn. A
Umur	: 31 th	Umur	: 35 th
Suku	: Bugis	Suku	: Banjar
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan swasta
Alamat	: Jl. Askit, RT 13 No. 20, Balikpapan Kota		

b. Keluhan

Kadang tiba-tiba pusing. Sebelum bidan datang ibu makan siang dan baru minum tablet Fe sejak 1 minggu yang lalu dan bengkak pada kaki kanan dan kiri sejak 1 minggu yang lalu.

c. Riwayat obstetrik dan ginekologi

Tabel 3.1
Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ Tgl lahir	Tempatlahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keada- an
1	2008	Bidan Sundry	Pre-term	Gameli	Spt	Bidan	Gameli	L	1500	45	Hidup
								L	1500	45	Hidup
2	HAMIL INI										

d. Riwayat menstruasi

HPHT / TP : ? April 2019 / 4 Januari 2019(USG)

Umur kehamilan : 30 - 31 minggu

Lamanya : 4 hari

Banyaknya : 2 kali ganti pembalut/hari

Konsistensi : Cair dan ada gumpalan darah

Siklus : 28 hari

Menarche : 13 tahun

Teratur / tidak : Tidak teratur

Dismenorrhea : Tidak

Keluhan lain : Tidak ada

e. Flour albus

Banyaknya : Tidak ada

Warna : Tidak ada

Bau/gatal : Tidak ada

f. Tanda – tanda kehamilan

Ibu mengatakan melakukan test kehamilan pada bulan Juni dengan hasil positif. Ibu merasakan gerakan janin pertama kali pada usia kehamilan 4 bulan. Dan ibu merasakan gerakan janin aktif kurang lebih 10 kali dalam 24 jam.

g. Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

Ibu mengatakan memiliki riwayat kehamilan kembar tetapi tidak pernah memiliki riwayat penyakit/gangguan reproduksi seperti mioma uteri, kista, mola hidatidosa, PID, endometriosis, KET.

h. Riwayat imunisasi

Imunisasi TT : TT5 (imunisasi lengkap)

- c) Bayi dan Balita
- d) SD
- e) Sebelum menikah
- f) Saat kehamilan pertama

i. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti hipertensi, jantung hepar, DM, PMS/HIV/AIDS, TBC.

2) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga ibu dan suami ada yang menderita penyakit Hipertensi, tetapi tidak ada yang menderita penyakit seperti DM, TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, serta penyakit keturunan seperti buta warna dan penyakit kelainan darah.

3) Alergi

Ibu tidak memiliki alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

j. Keluhan selama hamil

Selama hamil ibu mengatakan tiba tiba kadang mengalami pusing sejak 1 minggu yang lalu apabila setelah mengkonsumsi tablet Fe, sudah tidak ada mual dan muntah.

k. Riwayat menyusui

Ibu mengatakan menyusui tidak eksklusif karna bayi didalam incubator dan ibu tidak berani terlalu banyak memberi ASI dan bila bibir bayi kering diberikan madu untuk mengolesi disekitar bibir bayi

l. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB yaitu KB Suntik 3 bulan, KB pil dan Implant selama ± 11 tahun ibu mengalami keluhan yaitu haid kurang teratur saat penggunaan KB suntik 3 bulan

m. Kebiasaan sehari – hari

1) Merokok dan penggunaan alcohol sebelum / selama hamil

Ibu tidak memiliki kebiasaan merokok atau memakai alcohol baik sebelum atau selama hamil.

2) Obat- obatan atau jamu sebelum / selama hamil

Selama hamil ibu tak mengonsumsi jamu-jamuan, ibu mengonsumsi obat Fe yang diberikan oleh bidan puskesmas.

3) Makan / diet

Makan / diet ibu selama hamil yaitu sehari 2-3 kali porsi sedang dan dihabiskan yaitu satu piring tidak penuh dengan takaran nasi 2-3 centong, lauk pauk seperti ikan, ayam, telur, tempe, sayur, dan

kadang buah-buahan. Ibu suka makan makanan yang manis guna menghilangkan rasa pahit yang ada saat mengkonsumsi tablet Fe. Pada kehamilan ini ibu berusaha agar bayinya sehat dan tidak prematur. Pola makan saat kehamilan ini pun ibu lebih banyak makan daripada kehamilan sebelumnya.

4) Defekasi / miksi

a) BAB

Frekuensi : 1x/ hari

Konsistensi : Lunak

Warna : Kuning kecoklatan

Keluhan : Tidak ada

b) BAK

Frekuensi : >6 x/hari

Konsistensi : Cair

Warna : Kuning jernih

Keluhan : Tidak ada

n. Pola istirahat dan tidur

1) Siang : jika ibu jualan cepat habis, \pm 2 jam bisa tidur siang.

Namun jika jualan belum habis, ibu tidak tidur siang. Karna sekarang ibu sedang hamil besar, frekuensi dagangan lebih di kurangi mengingat ibu butuh istirahat

2) Malam : \pm 7 jam

o. Pola aktivitas sehari – hari

Selama hamil, ibu masih sering beraktivitas di dalam rumah maupun diluar rumah. Ibu berjualan dari pagi hari pukul 10.00 sampai pukul 3 sore, mengurus rumah dengan anggota keluarga 3 orang, memcuci, masak, melipat dan menggosok pakaian anak dan periksa kandungan.

p. Pola seksualitas

Tidak melakukan seksualitas sejak usia kehamilan \pm 4 bulan

q. Riwayat Psikososial

1) Pernikahan

Status : Menikah

Yang ke : 1

Lamanya : 11 tahun

Usia pertama kali menikah: 21 tahun

2) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan

Cukup, ibu memahami pentingnya memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan.

3) Respon ibu terhadap kehamilannya

Ibu merasa senang dengan kehamilannya saat ini. dirumah tidak ada suami, dan masih bingung untuk transportasi saat persalinan kelak karna suami tidak mendampingi saat dirumah

4) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak

Ibu mengatakan perempuan atau laki-laki sama saja.

5) Respon suami/keluarga terhadap jenis kelamin anak

Senang, suami mengatakan perempuan atau laki – laki sama saja.

6) Keperayaan yang berhubungan dengan kehamilan

Ibu tidak ada suatu kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan.

r. Pantangan selama kehamilan

Tidak ada

s. Persiapan persalinan

Rencana tempat bersalin : RSKB Sayang Ibu

Persiapan ibu dan bayi : Ada, Ibu telah mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi, sudah mempersiapkan BPJS jika memang dibutuhkan untuk melakukan tindakan saat persalinan nanti

t. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Baik

a) Berat badan

Sebelum hamil : 56 kg

Saat hamil : 66 kg

Penurunan : Tidak ada.

$IMT : 56/(1,43)^2 = 56/2,0449 = 27,38$ IMT masuk dalam kategori overweight.

b) Tinggi badan : 143 cm,

c) Lila : 28 cm

d) Kesadaran : Compos Mentis

e) Ekspresi wajah : Bahagia

f) Keadaan emosional : Stabil

2) Tanda – tanda vital

- a) Tekanan darah : 110/80 mmHg MAP : 90
- b) Nadi : 84 x/menit
- c) Suhu : 37,2°C
- d) Pernapasan : 20x/menit

3) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a. Kepala

Kulit kepala: Bersih, Kontriksi rambut: Kuat, Distribusi rambut : Merata, tidak ditemukan kelainan.

b. Mata

Kelopak mata: Tidak oedema, Konjungtiva: anemis, Sklera: Tidak ikterik.

c. Muka

Kloasma gravidarum: Tidak ada, Oedema: Tidak ada, Pucat / tidak: Tidak pucat.

d. Mulut dan gigi

Gigi geligi: ada lubang, Mukosa mulut: Lembab, Caries dentis: Ada sedikit, Geraham: Tidak lengkap, Lidah: Bersih, tidak ada stomatitis.

e. Leher

Tonsil: Tidak ada peradangan, Faring: Tidak ada peradangan, Vena jugularis: Tidak ada pembesaran, Kelenjar tiroid: Tidak

ada pembesaran, Kelenjar getah bening: Tidak ada pembesaran.

f. Dada

Bentuk mammae: tidak sama besar, Tidak ada retraksi pada mammae, Puting susu: kiri dan kanan menonjol, Terjadi hiperpigmentasi pada aerola mammae, tak ada pengeluaran kolostrum.

g. Punggung ibu

Bentuk /posisi: Lordosis akibat kehamilan.

h. Panggul

Distansia Spinarum : 22 cm (24-26 cm)

Distansia Cristarum : 29 cm (28-32 cm)

Conjungata Eksterna : 20 cm (18-20)

Lingkar Panggul : 100 cm (80-90 cm)

i. Perut

Bekas operasi: tidak ada, Striae: ada , Pembesaran: tak sesuai usia kehamilan, Asites: Tidak ada, Linea nigra : ada.

j. Vagina

Varises: Tidak Ada, Pengeluaran: Tidak Ada, Oedema: Tidak Ada.

k. Perineum

Perineum ada bekas jahitan, Luka parut: Tidak Ada, Fistula : Tidak Ada.

l. Ekstremitas

Oedema: Ada pada ekstremitas bawah, Varises: Tidak ada,

Turgor: Baik, kapiler repile (+)

Palpasi

a) Leher

Vena jugularis: Tidak ada pembesaran, Kelenjar getah bening:

Tidak ada pembesaran, Kelenjar tiroid: Tidak ada pembesaran.

b) Dada

Mammae: tidak sama besar, Massa: Tidak ada, Konsistensi:

Kenyal, Pengeluaran Colostrum : tak ada.

c) Perut

Leopold I : TFU pertengahan pusat px (27 cm), bagian fundus pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Teraba bagian memanjang, melengkung, ada tahanan keras seperti papan, dibagian kiri perut teraba bagian kecil- kecil janin (punggung kanan).

Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala).

Leopold IV : Belum masuk pintu atas panggul. Konvergen.

$$(TBJ) = (27 - 12) \times 155 = 2.325 \text{ gram.}$$

d) Tungkai

(1) Oedema

Tangan Kanan: Tidak oedema

Kiri: Tidak oedema

Kaki Kanan : Oedema, Kiri: Oedema

(2) Varices

Kanan: Tidak ada varices, Kiri: Tidak ada varices

e) Kulit

Turgor: Baik, Lain – lain : tak ada.

Auskultasi

a) Paru – paru

Wheezing: Tidak ada, Ronchi: Tidak ada

b) Jantung

Irama: Teratur, Frekuensi: 84 x/menit, Intensitas: Baik.

c) Perut

Bising usus ibu: (+) DJJ : Punctum maksimum: 1/3 kuadran kanan bawah, Frekuensi: 146x/ menit, Irama: Teratur, Intensitas: Kuat.

Perkusi

a) Dada: Tidak dilakukan

b) Perut: Tidak dilakukan

c) Ekstremitas: Refleks patella Kanan: Positif , Kiri: Positif.

u. Pemeriksaan laboratorium

a) Darah

Hb: 11,5 gr

Golongan darah: O.

b) Urine

Tanggal: tidak dilakukan, Protein: tidak dilakukan, Albumin: Tidak dilakukan pemeriksaan, Reduksi: tidak dilakukan.

c) Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 15 September 2019

Usia Kehamilan 24-25 minggu TBJ 770 gr, panjang 29 cm, plasenta terletak di segmen bawah rahim, presentasi kepala, tidak ada lilitan tali pusat, ketuban cukup dan jernih.

Langkah II Interpretasi data dasar

Tabel 3.2

Diagnosa dan data dasar

DIAGNOSA	DATA DASAR
G ₂ P ₀₁₀₂₁ hamil 30-31 minggu Janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan Suspect CPD	<p>S : Ibu mengatakan hamil kedua, tidak pernah keguguran, hamil kembar 1x dengan berat lahir 1500 gr. HPHT : ? April 2019. TP : 4 Januari 2020 Ibu mengatakan PP test bulan Juni (+).</p> <p>O : Ku : Baik, Kes : Composmentis, TD : 110/80 mmHg MAP : 90 Nadi : 84x/ menit, Pernafasan : 22x/ menit, Temp : 37,2°C. Tinggi Badan ≤ 145 cm, ukuran panggul Distansia Spinarum : 22 cm (24-26 cm), Distansia Cristarum : 29 cm (28-32 cm), Conjugata Eksterna : 20 cm (18-20), Lingkar Panggul : 100 cm (80-90 cm)</p> <p>Pemeriksaan Fisik : tidak ada kelainan</p> <p>Palpasi Abdomen :</p> <p>Leopold I : TFU pertengahan pusat px (27 cm), bagian fundus pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong)</p> <p>Leopold II : teraba bagian memanjang, melengkung, ada tahanan keras seperti papan, dibagian kiri perut teraba bagian kecil- kecil janin (punggung kanan). DJJ (+) 146 x/ menit, irama teratur,</p> <p>Leopold III : pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala)</p> <p>Leopold IV : belum masuk pintu atas panggul. Konvergen.</p> <p>(TBJ) = (27 - 12) X 155 = 2.325 gram.</p> <p>Skor resti yang ada pada pasien ini adalah 10 antara lain; skor awal kehamilan skor 2, tinggi badan < 145 cm skor 4, kehamilan >10 tahun skor 4.</p>

Tabel 3.3
Masalah dan data dasar

Masalah	Data Dasar
Obesitas	S : Kenaikan berat badan selama hamil sudah 11 kg. Ibu suka makan makanan yang manis guna menghilangkan rasa pahit yang ada saat mengkonsumsi tablet Fe. Pada kehamilan ini ibu berusaha agar bayinya sehat dan tidak prematur. Pola makan saat kehamilan ini pun ibu lebih banyak makan daripada kehamilan sebelumnya. O : IMT 27,38 kg TBJ : 2.325 gr
Pusing	S : Merasa kadang pusing tidak tentu kapan waktunya setelah makan dan minum tablet Fe. Kejadian pusing ini sudah ada sejak 1 minggu yang lalu.
Oedema pada kaki	S : Bengkak timbul sejak 1 minggu yang lalu, dibawa jalan jalan tetap ada O : tampak bengkak pada daerah kaki kanan dan kiri
Kecemasan selama kehamilan	S : dirumah tidak ada suami, dan masih bingung untuk transportasi saat persalinan kelak karna suami tidak mendampingi saat dirumah. Karna ibu lama baru hamil lagi,pada kehamilan ini ibu berusaha agar bayinya sehat dan tidak prematur

Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial)

1. Diagnosa Potensial

a. Persalinan Kala II Lama

Dasar : Ukuran panggul tidak normal dan TBJ 2.325 gr pada usia kehamilan 30-31 minggu

b. Makrosomia

Dasar : ibu mengalami kenaikan berat badan mencapai batas akhir kenaikan sesuai IMT 27,3 kg dengan usia kehamilan 30-31 mg dengan TBJ 2.325gr

Antisipasi :

Menganjurkan ibu untuk mengontrol pola makan dan asupan nutrisi dengan diet sehat untuk menghindari terjadinya masalah potensial yang tidak diinginkan.

Langkah IV (Menetapkan Terhadap Tindakan Segera dan Kolaborasi)

Tidak ada

Langkah V (Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh)

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Lakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu meliputi pemeriksaan tekanan darah, suhu, pernafasan, nadi, pemeriksaan *head to toe* serta pemeriksaan leopold
3. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
4. Beri support mental kepada ibu mengenai kehamilannya dengan cara meminta ibu melibatkan keluarga terdekat untuk membantu proses kehamilan, persalinan, hingga KB
5. Anjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dan pengurangan karbohidrat serta kalori dan anjurkan konsultasi ke dokter spesialis mengenai kenaikan berat badan.
6. KIE Faktor resiko terjadinya kenaikan berat badan
7. KIE keadaan bengkak pada kaki selama kehamilan dan cara mengatasi kaki yang bengkak
8. KIE tanda bahaya kehamilan TM III pada ibu
9. Ajarkan ibu cara mengkonsumsi tablet Fe
10. KIE tentang pemilihan KB yang cocok dengan keadaan ibu
11. Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urin pada saat kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan,
12. Lakukan Pendokumentasian

Langkah VI (Melakukan Intervensi)

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu dan pemeriksaan fisik pada ibu meliputi pemeriksaan tekanan darah, suhu, pernafasan, nadi, pemeriksaan *head to toe* serta pemeriksaan leopard
3. Memberitahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
4. Memberi support mental kepada ibu mengenai kehamilannya dengan cara meminta ibu melibatkan keluarga terdekat untuk membantu proses kehamilan, persalinan, hingga KB. Menentukan tempat persalinan dan keperluan persalinan mengingat dengan keadaan dan kondisi ibu sekarang apabila tindakan operatif dilakukan.
5. Menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dan pengurangan karbohidrat serta kalori dalam menjaga kenaikan BB yang ada pada ibu selama masa hamil. Menganjurkan pada ibu untuk mengurangi porsi nasi dan diganti dengan sayur yang banyak untuk mengurangi kadar karbo dan kalori kalori dan anjurkan konsultasi ke dokter spesialis mengenai kenaikan berat badan.
6. KIE Faktor resiko terjadinya kenaikan berat badan dan konsultasikan atau kolaborasi apabila ada indikasi. Factor resiko terjadinya kenaikan berat badan yang berhubungan dengan kondisi ibu adalah pertumbuhan bayi yang besar sehingga memungkinkan ibu akan mengalami kesulitan saat persalinan mengingat postur tubuh ibu yang sangat rendah. Selain itu selama hamil mungkin saja dapat terjadi kelahiran yang lewat bulan karena kepala lama memasuki panggul.

7. KIE keadaan bengkak pada kaki selama kehamilan dan cara mengatasi kaki yang bengkak. Bengkak yang terjadi akibat aktivitas dan proses pertumbuhan janin yang semakin membesar sehingga menekan bagian bagian bawah tubuh sehingga terjadinya penumpukan cairan pada daerah kaki. Cara mengatasinya dengan meninggikan posisi kaki lebih tinggi yang disanggah menggunakan bantal dan menganjurkan ibu untuk rajin mengkonsumsi air putih dan menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas aktivitas berat.
8. KIE tanda bahaya kehamilan TM III meliputi, perdarahan pervaginam, sakit kepala yang berat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, gerakan janin berkurang, nyeri perut hebat.
9. Mengajarkan ibu cara mengkonsumsi tablet Fe. Diminum saat malam hari dengan air putih sehingga tidak menimbulkan efek mual dan pusing.
10. KIE tentang pemilihan KB yang cocok dengan keadaan ibu. Menganjurkan ibu untuk menggunakan metode MKJP berhubung ibu sudah mencoba semua KB hormonal dan ibu banyak mengalami keluhan.
11. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urin pada saat kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan,
12. Melakukan Pendokumentasian

Langkah VII (Evaluasi)

1. Terbinanya hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Telah dilakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu
3. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
4. Ibu sudah melibatkan keluarga terdekat ada ipar dan tante yang berdekatan dengan rumah, dan ibu sudah mulai sedikit tidak cemas karna sudah merasa siap

menghadapi keadaan apapun selama masa hamil hingga saat masa nifasnya kelak. Ibu memutuskan untuk bersalin di RS Sayang Ibu untuk memudahkan ibu dan keluarga yang mendampingi. Jaminan Kesehatan juga sudah dipersiapkan guna menghadapi tindakan operatif jika ada indikasi

5. Ibu bersedia untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dan pengurangan karbohidrat serta kalori dan mengurangi konsumsi teh manis dan akan melakukan konsultasi jika bersamaan dengan rencana USG
6. Ibu mengetahui resiko terjadinya kenaikan berat badan yang berlebih selama kehamilan dengan postur tubuh ibu yang <145 cm.
7. Ibu mengetahui keadaan bengkak pada kakinya selama kehamilan dan cara mengatasi kaki yang bengkak
8. Ibu mengetahui item item yang telah dijelaskan mengenai tanda bahaya kehamilan dan dapat menyebutkan beberapa item yang di pahami.
9. Ibu mengetahui cara mengkonsumsi tablet Fe
10. Ibu paham dan mulai memilih KB yang akan digunakan
11. Ibu bersedia untuk melakukan pemeriksaan protein urin pada saat kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan,
12. Pendokumentasian telah dilakukan

DOKUMENTASI SOAP ANC KUNJUNGAN KE-1

Subjektif :

Ibu mengatakan hamil kedua, tidak pernah keguguran, HPHT : ? April 2019 ibu lupa tanggal terakhir haid TP (USG) 4 Januari 2020 . Ibu mengatakan PP test bulan Juni (+).Ibu merasa khawatir karna tidak ada suami di rumah untuk membantu proses persalinan, karna ibu lama baru hamil lagi, pada kehamilan ini ibu berusaha agar bayinya sehat dan tidak prematur. Ibu mengatakan merasa kadang- kadang pusing tidak tentu waktunya kapan saya walaupun kadang habis makan, kejadian ini sudah sejak 1 minggu yang lalu, kakinya sudah bengkak sejak 1 minggu yang lalu. Baru saja minum tablet Fe setelah makan siang

Objektif :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg MAP 90 suhu tubuh 37,2°C, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 66 Kg, TP: 4 Januari 2020 (USG), Tinggi badan: 143 cm, Lila: 28 cm. Ukuran panggul Luar: DS : 22 cm (24-26 cm) DC : 29 cm (28-32 cm) CE : 20 cm (18-20) LP : 100 cm (80-90 cm)

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva anemis, tampak

putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.

- Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.
- Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Mulut : Mukosa mulut lembab, ada sedikit caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham tidak lengkap dan lidah bersih.
- Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening
- Dada : Bentuk dada tidak sama besar, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan
- Payudara : Payudara bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, belum ada pengeluaran ASI, tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, tinggi fundus uteri 27 cm. Pada pemeriksaan palpasi :
- Leopold I : TFU pertengahan pusat px (27 cm), bagian fundus pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : Teraba bagian memanjang, melengkung, ada tahanan keras seperti papan, dibagian kiri perut teraba bagian kecil- kecil janin (punggung kanan).
- Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat

dan melenting (kepala).

Leopold IV : Belum masuk pintu atas panggul. Konvergen.

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 146 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) =
 $(27 - 12) \times 155 = 2.325$ gram.

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema

Bawah : Tampak Oedema, tidak ada varices, reflek patella positif.

Pemeriksaan Laboratorium:

Hb : 11,5 gr/dl%

USG : Tanggal : 15 September 2019

Usia Kehamilan 24-25 minggu TBJ 770 gr, panjang 29 cm, plasenta terletak di segmen bawah rahim, presentasi kepala, tidak ada lilitan tali pusat, ketuban cukup dan jernih.

Assasment:

Diagnosis : G₂P₀₁₀₂₁ Usia kehamilan 30-31 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan Suspect CPD

Masalah :

1. Obesitas
2. Pusing yang hilang timbul
3. Oedema pada kaki
4. Kecemasan selama kehamilan

Diagnosa Potensial :

1. Persalinan Kala II Lama
2. Makrosomia

Antisipasi :

Menganjurkan ibu untuk mengontrol pola makan dan asupan nutrisi dengan diet sehat karbohidrat untuk menghindari terjadinya masalah potensial yang tidak diinginkan

Penatalaksanaan:

K-1 Tanggal 01 November 2019

Tabel 3.4

Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan

No.	Waktu	Rencana/ Intervensi
1.	14.30 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Terbinanya hubungan baik dengan keluarga
2.	14.50 WITA	Melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu. Telah dilakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu.
3.	15.35 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
4.	15.43 WITA	Memberi support mental kepada ibu mengenai kehamilannya dengan cara meminta ibu melibatkan keluarga terdekat untuk membantu proses kehamilan, persalinan, hingga KB. Menentukan tempat persalinan dan keperluan persalinan mengingat dengan keadaan dan kondisi ibu sekarang apabila tindakan operatif dilakukan. Ibu sudah melibatkan keluarga dan ingin bersalin di RS Sayang Ibu dan sudah menyiapkan BPJS.
5.	15.48 WITA	Menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dan pengurangan karbohidrat serta kaloridalam menjaga kenaikan BB yang ada pada ibu selama masa hamil. Menganjurkan pada ibu untuk mengurangi porsi nasi dan diganti dengan sayur yang banyak untuk mengurangi kadar karbo dan kalori. Ibu bersedia menjaga pola nutrisi dan akan rencana melakukan konseling saat bersamaan dengan USG.
6.	15.50 WITA	KIE Faktor resiko terjadinya kenaikan berat badan dan konsultasikan atau kolaborasi apabila ada indikasi. Faktor resiko terjadinya kenaikan berat badan yang berhubungan dengan kondisi ibu adalah pertumbuhan bayi yang besar sehingga memungkinkan ibu akan mengalami kesulitan saat persalinan mengingat postur tubuh ibu yang sangat rendah. Selain itu selama hamil mungkin saja dapat terjadi kelahiran yang lewat bulan karena kepala lama memasuki panggul. Ibu mengetahui resiko kenaikan bb yang berlebih jika dengan tinggi badan kurang 145 cm
7.	15.55 WITA	KIE keadaan bengkak pada kaki selama kehamilan dan cara mengatasi kaki yang bengkak. Bengkak yang terjadi akibat aktivitas dan proses pertumbuhan janin yang semakin membesar sehingga menekan bagian bagian bawah tubuh sehingga terjadinya penumpukan cairan pada daerah kaki. Cara mengatasinya dengan meninggikan posisi kaki lebih tinggi yang disanggah menggunakan bantal dan menganjurkan ibu untuk rajin mengkonsumsi air putih dan

		menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas aktivitas berat. Ibu paham dan bersedia mengikuti anjuran
8.	16.00 WITA	KIE tanda bahaya kehamilan TM III meliputi, perdarahan pervaginam, sakit kepala yang berat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, gerakan janin berkurang, nyeri perut hebat. Ibu mengetahui item item yang dijelaskan
9.	16.08 WITA	Mengajarkan ibu cara mengkonsumsi tablet Fe. Diminum saat malam hari dengan air putih sehingga tidak menimbulkan efek mual dan pusing. Ibu mengetahui cara minum tablet Fe
10.	16.10 WITA	KIE tentang pemilihanKB yang cocok dengan keadaan ibu. Menganjurkan ibu menggunakan metode MKJP berhubung ibu sudah mencoba semua KB hormonal dan ibu banyak mengalami keluhan. Ibu paham dan mulai memilih KB yang cocok untuk digunakan
11.	16.15 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urin pada saat kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 2 mg lagi
12	16.20 WITA	Melakukan Pendokumentasian. Dokumentasi telah dilakukan

2. Perencanaan Asuhan Komprehensif

Tabel 3.5

Perencanaan Asuhan Komprehensif

N O	Periode Asuhan	Rencana Pelaksanaan	Rencana Asuhan
1	Kehamilan	Kunjungan 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan TTV 2. Beritahu hasil pemeriksaan 3. Lakukan pemeriksaan gula darah 4. Pantau kenaikan BB pada ibu secara ketat 5. Pantau tingkat kecemasan ibu apakah berulang atau tidak 6. Anjurkan untuk mengurangi aktivitas berat 7. Anjurkan untuk mengurangi asupan kalori dan karbohidrat 8. Lakukan evaluasi mengenai pemilihan KB 9. Anjurkan ibu untuk konsul ke ahli gizi saat kunjungan ulang ke puskesmas 10. Buat kesepakatan ulang untuk kunjungan selanjutnya 11. Lakukan Pendokumentasian
		Kunjungan 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan TTV 2. Beritahu hasil pemeriksaan 3. KIE persiapan persalinan seperti merencanakan tempat bersalin, transportasi yang akan digunakan, perencanaan dana, dan antisipasi kesulitan sehubungan dengan tindakan apabila ada indikasi sesuai kasus penyebab tinggi badan < 145 cm dan kenaikan berat badan yang berlebih 4. KIE persiapan kemungkinan SC pada ibu dengan tinggi badan < 145 cm dan kenaikan berat badan yang berlebihbaik secara fisik, psikologi dan keuangan. 5. KIE tanda tanda persalinan seperti kontraks yang semakin sering, adanya pengeluaran lendir darah dan adanya pengeluaran air ketuban. 6. Lakukan konseling KB yang cocok untuk ibu.
2	Persalinan	Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV dan Asuhan Sayang Ibu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri support mental mengenai persalinannya 2. Observasi TTV dan kemajuan persalinan secara ketat guna untuk menghindari terjadinya partus lama 3. Lakukan pertolongan persalinan 4. Manajemen aktif kala III 5. Asuhan kala IV dan antisipasi jika ada indikasi dan masalah 6. Lakukan pendokumentasian pada partograf
3	Bayi Baru Lahir		<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penanganan bayi baru lahir 2. Lakukan IMD 3. Lakukan pemeriksaan fisik pasca IMD 4. Jaga kondisi agar tetap hangat 5. Pemberian Imunisasi awal Vit-K dan Hep-B 6. Pengawasan bayi baru lahir jika dilakukan tindakan SC 7. Pemantauan tanda bahaya bayi baru lahir

4	Nifas	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut. 3. Berikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal, 1 jam setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) berhasil dilakukan 5. Lakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama sudah kelahiran atau sampai bayi dan ibu dalam keadaan stabil 7. Lakukan pemeriksaan darah pada masa nifas 8. Lakukan perawatan masa nifas apabila dengan tindakan SC 9. Ajarkan posisi menyusui 10. Ajarkan mobilisasi 11. Ajarkan perawatan luka perineum
		2-6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Nilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada bagian payudara ibu 4. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
		2-6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Pastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Berikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari 6. KIE perubahan pola hidup dan perencanaan kehamilan selanjutnya

	Neonatus	<p>Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.</p> <p>Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.</p> <p>Kunjungan Neonatal ke-3 (KN-3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan suhu tubuh 2. Pemeriksaan fisik bayi 3. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu 4. Lakukan perawatan tali pusat 5. Berikan Imunisasi HB-0 6. Lakukan pemeriksaan GDS jika ada indikasi masalah neonatus dari ibu dengan obesitas <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan TTV 2. Timbang bayi 3. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering 4. Jaga kebersihan bayi, keamanan dan suhu tubuh bayi 5. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI 6. Berikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan fisik 2. Jaga kebersihan bayi 3. Beritahu ibu tentang tanda-tanda bahaya Bayi baru lahir 4. Berikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan. 5. Jaga keamanan bayi 6. Jaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Konseling terhadap ibu mengenai Imunisasi BCG dan imunisasi selanjutnya 9. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
4	KB	Kunjungan KB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan TTV 2. Lakukan pemeriksaan fisik 3. Berikan konseling untuk menggunakan KB secara dini dengan KB MKJP.

BAB IV
TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care (ANC) Kunjungan ke-1

Tanggal / Waktu Pengkajian : 1 November 2019 / 14.00

Tempat : Rumah Ny. E

Subjektif :

Ibu mengatakan hamil kedua, tidak pernah keguguran, HPHT : ? April 2019
ibulupa tanggal terakhir haid TP (USG) 4 Januari 2020. Ibu mengatakan PP test
bulan Juni (+).Ibu merasa khawatir karena tidak ada suami di rumah untuk
membantu proses persalinan, karena ibu lama baru hamil lagi, pada kehamilan ini
ibu berusaha agar bayinya sehat dan tidak prematur. Ibu mengatakan merasa
kadang- kadang pusing tidak tentu waktunya kapan saya walaupun kadang habis
makan, kejadian ini sudah sejak 1 minggu yang lalu, kakinya sudah bengkak sejak
1 minggu yang lalu. Baru saja minum tablet Fe setelah makan siang

Objektif :

Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, hasil pengukuran tanda vital
yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg MAP 90 suhu tubuh 37,2°C, nadi 84 x/menit,
pernafasan 20 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 66 Kg, TP: 4
Januari 2020 (USG), Tinggi badan: 143 cm, Lila: 28 cm. Ukuran panggul Luar:
DS : 22 cm (24-26 cm) DC : 29 cm (28-32 cm) CE : 20 cm (18-20) LP : 100 cm
(80-90 cm)

Pemeriksaan fisik

- Kepala** : Tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.
- Wajah** : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.
- Mata** : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva anemis, tampak putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.
- Telinga** : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.
- Hidung** : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Mulut** : Mukosa mulut lembab, ada sedikit caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham tidak lengkap dan lidah bersih.
- Leher** : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada** : Bentuk dada tidak sama besar, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara** : Payudara bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, belum ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra

Pada pemeriksaan palpasi :

Leopold I : TFU pertengahan pusat px (27 cm), bagian fundus pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Teraba bagian memanjang, melengkung, ada tahanan keras seperti papan, dibagian kiri perut teraba bagian kecil- kecil janin (punggung kanan).

Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala).

Leopold IV : Belum masuk pintu atas panggul. Konvergen.

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 146 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) = $(27 - 12) \times 155 = 2.325$ gram.

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema

Bawah : Tampak Oedema, tidak ada varices, reflek patella positif.

Pemeriksaan Laboratorium:

Hb : 11,5 gr/dl%

USG : Tanggal : 15 September 2019

Usia Kehamilan 24-25 minggu TBJ 770 gr, panjang 29 cm, plasenta terletak di segmen bawah rahim, presentasi kepala, tidak ada lilitan tali pusat, ketuban cukup dan jernih.

Assasment :

Diagnosis : G₂P₀₁₀₂₁ Usia kehamilan 30-31 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan Suspect CPD

Masalah :

1. Obesitas
2. Pusing yang hilang timbul
3. Oedema pada kaki
4. Kecemasan selama kehamilan

Diagnosa Potensial :

1. Persalinan Kala II Lama
2. Makrosomia

Antisipasi :

Menganjurkan ibu untuk mengontrol pola makan dan asupan nutrisi dengan diet sehat karbohidrat untuk menghindari terjadinya masalah potensial yang tidak diinginkan

Penatalaksanaan :

K-1 Tanggal 01 November 2019

Tabel 4.1

Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan

N o.	Waktu	Rencana/ Intervensi
1.	14.30 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Terbinanya hubungan baik dengan keluarga
2.	14.50 WITA	Melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu. Telah dilakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu.
3.	15.35 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
4.	15.43 WITA	Memberi support mental kepada ibu mengenai kehamilannya dengan cara meminta ibu melibatkan keluarga terdekat untuk membantu proses kehamilan, persalinan, hingga KB. Menentukan tempat persalinan dan

		keperluan persalinan mengingat dengan keadaan dan kondisi ibu sekarang apabila tindakan operatif dilakukan. Ibu sudah melibatkan keluarga dan ingin bersalin di RS Sayang Ibu dan sudah menyiapkan BPJS.
5.	15.48 WITA WITA	Menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dan pengurangan karbohidrat serta kalori dalam menjaga kenaikan BB yang ada pada ibu selama masa hamil. Menganjurkan pada ibu untuk mengurangi porsi nasi dan diganti dengan sayur yang banyak untuk mengurangi kadar karbo dan kalori. Ibu bersedia menjaga pola nutrisi dan akan rencana melakukan konseling saat bersamaan dengan USG.
6.	15.50 WITA	KIE Faktor resiko terjadinya kenaikan berat badan dan konsultasikan atau kolaborasi apabila ada indikasi. Faktor resiko terjadinya kenaikan berat badan yang berhubungan dengan kondisi ibu adalah pertumbuhan bayi yang besar WITA sehingga memungkinkan ibu akan mengalami kesulitan saat persalinan mengingat postur tubuh ibu yang sangat rendah. Selain itu selama hamil mungkin saja dapat terjadi kelahiran yang lewat bulan karena kepala lama memasuki panggul. Ibu mengetahui resiko kenaikan bb yang berlebih jika dengan tinggi badan kurang 145 cm
7.	15.55 WITA	KIE keadaan bengkak pada kaki selama kehamilan dan cara mengatasi kaki yang bengkak. Bengkak yang terjadi akibat aktivitas dan proses pertumbuhan janin yang semakin membesar sehingga menekan bagian bagian bawah tubuh sehingga terjadinya penumpukan cairan pada daerah kaki. Cara mengatasinya dengan meninggikan posisi kaki lebih tinggi yang disanggah menggunakan bantal dan menganjurkan ibu untuk rajin mengkonsumsi air putih dan menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas aktivitas berat. Ibu paham dan bersedia mengikuti anjuran
8.	16.00 WITA	KIE tanda bahaya kehamilan TM III meliputi, perdarahan pervaginam, sakit kepala yang berat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, gerakan janin berkurang, nyeri perut hebat. Ibu mengetahui item item yang dijelaskan
9.	16.08 WITA	Mengajarkan ibu cara mengkonsumsi tablet Fe. Diminum saat malam hari dengan air putih sehingga tidak menimbulkan efek mual dan pusing. Ibu mengetahui cara minum tablet Fe
1 0.	16.10 WITA	KIE tentang Penggunaan KB yang cocok dengan keadaan ibu. Dengan keadaan ibu yang sekarang lebih baik menggunakan metode MKJP berhubung ibu sudah mencoba semua KB hormonal dan ibu banyak mengalami keluhan. Ibu paham dan mulai memilih KB yang cocok
1 1.	16.15 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urin pada saat kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 2 mg lagi
1 2	16.20 WITA	Melakukan Pendokumentasian. Dokumentasi telah dilakukan

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care (INC)

Tanggal / Waktu Pengkajian : 27 Desember 2019 pukul 16.00

Tempat : RSKB Sayang Ibu Balikpapan

Dokumentasi Asuhan Intranatal ini didapat melalui data sekunder dikarenakan penulis tidak melakukan pertolongan persalinan dikarenakan keterbatasan izin untuk menolong

Pada saat memasuki persalinan usia kehamilan Ny. E yaitu 38-39 minggu. Ny. E datang ke RSKB dengan keluhan mules-mules yang sering sejak jam 11.00 WITA, disertai adanya pengeluaran lendir darah pada pukul 13.00 WITA.

Kala I dimulai pada pukul 11.00 WITA tanggal 27 Desember 2019 Ny. E mengeluh merasakan kencang – kencang pada perut dan nyeri hingga kepinggang dan ada pengeluaran lendir darah saat pukul 13.00 WITA. Pukul 15.30 WITA ibu dibawa ke Rumah Sakit Bersalin Sayang Ibu oleh penulis dan pukul 15.35 WITA di lakukan pemeriksaan dalam dengan hasil Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tebal dan lembut, pembukaan 2 cm, effacement 20%, ketuban (+), Hodge II, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 149 x/menit, irama teratur, His 3x dalam 10 menit lamanya 20-25 detik. Pada pemeriksaan dalam, tidak teraba promontorium sehingga berdasarkan hasil tersebut di ungkapkan bahwa bayi bisa lahir normal dan mengingat kesan panggu dalam teraba luas.

Pada tanggal 28 Desember 2019 pukul 04.30 WITA ibu mengeluh perut semakin mules, terasa ingin BAB dan ingin mengejan. Dilakukan pemeriksaan

dalam dengan hasil Vulva/uretra tidak ada kelainan, porsio tidak teraba, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban amniotomi (+), warna ketuban jernih, hodge III, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. His 5x10 menit lamanya 45-50 detik, intensitas kuat. DJJ 137x/menit, irama teratur.

Pada saat pemeriksaan dalam, keadaan panggul dalam baru bisa dideteksi. Dalam hal ini penulis tidak bisa melakukan pemeriksaan dalam oleh karena itu penulis meminta bantuan kepada bidan mengenai pengukuran panggul dalam apakah terkesan luas atau sebaliknya. Saat bidan melakukan VT, panggul promontorium tidak teraba dan spina ischiadica tidak menonjol serta luas tepi simpisis memiliki kesan luas dan tidak sempit. Saat proses persalinan pun tidak terdapat masalah saat proses penurunan kepala.

Ny. E menjalani kala I fase laten selama 4 jam dan fase aktif selama 8 jam. Pembukaan lengkap terjadi pada tanggal 28 Desember 2019 pukul 04.30 WITA.

a. Kala II

Pada tanggal 28 Desember 2019 pukul 04.30 WITA, ibu tampak ingin mengejan, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah dan air-air, tidak ada luka parut dari vagina, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, effacement 100 %, ketuban amniotomi (+), warna ketuban jernih, hodge III, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 137 x/menit, irama teratur. His 5x dalam 10 detik lamanya 45-50 detik.

Lama kala II Ny. E berlangsung selama 15 menit dan proses persalinan Ny. E berjalan lancar dikarenakan his yang adekuat dan perkembangan persalinan dipantau menggunakan partograf. Ny. E diberikan tindakan sesuai dengan APN dalam proses persalinannya. Pada saat persalinan Ny. E tidak mengalami kesulitan dan masalah terhadap proses penurunan bayi dan rongga panggul.

b. Kala III

Pukul 04.45 WITA bayi Ny. E telah lahir dengan A/S 7/9 berat 2.830 gr PB 51 cm C/C -/- Lk 31 cm LD 33cm LP 29 cm PB 51 cm. dan secara garis besar pemeriksaan fisik bayi tidak didapatkan adanya kelainan pada bayi., plasenta belum keluar, penulis segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. E dimulai dari memastikan tidak adanya janin kedua didalam rahim, kemudian penyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir, uterus menjadi keras dan membesar. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta bidan melakukan PTT, lahirkan plasenta, kemudian melakukan masase uteri.

Perdarahan yang terjadi pada klien dalam keadaan normal yaitu ± 150 cc dan kontraksi uterus berlangsung baik, uterus teraba keras. Pukul 04.50 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat marginalis, panjang tali pusat ± 50 cm, tebal plasenta ± 2 cm, lebar plasenta ± 20 cm. Lama kala III Ny. E berlangsung ± 5 menit.

c. Kala IV

Pukul 04.50 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat ruptur. Bidan melakukan penjahitan perineum dengan lokasi jahitan hingga derajat II dengan jumlah jahitan 8.

Penulis melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Bayi lahir dengan berat 2.830 gr Lk 31 cm LD 33cm LP 29 cm PB 51 cm. dan secara garis besar pemeriksaan fisik bayi tidak didapatkan adanya kelainan pada bayi.

Dilakukan pemantauan Kala IV persalinan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke 2 dengan hasil keadaan Ny. E dalam keadaan baik. 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

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL)

Tanggal / Waktu Pengkajian : 28 Desember 2019 04.45 WITA

Tempat : RSKB Sayang Ibu

Dokumentasi Asuhan bayi baru lahir ini didapat melalui data sekunder dikarenakan penulis tidak melakukan Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dikarenakan keterbatasan izin.

Pukul 04.30 WITA bayi lahir spontan pervaginam, segera menangis, usaha napas baik, tonus otot baik, tubuh bayi tampak kemerahan, jenis kelamin perempuan. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor, didapatkan hasil APGAR skor bayi Ny. E dalam keadaan normal yaitu 7/9.

Melakukan asuhan bayi baru lahir dan bayi dalam kondisi normal dengan cara dikeringkan dan dilakukan pembersihan jalan nafas pada bayi dan dengan segera bayi dilakukan IMD untuk menjalin kontak kulit dalam menjaga kehangatan bayi serta By. Ny. E diberikan injeksi vitamin K 1 mg secara intramuskular dan antibiotik berupa salep mata, setelah 1 jam pasca kelahiran By.Ny.E diberikan imunisasi HB-0 sebagai imunisasi awal pencegahan penyakit hepatitis B.

By. Ny. E lahir spontan pada pukul 04.45 WITA dengan kondisi A/S 7/9, bayi cukup bulan, bernafas spontan dan bergerak aktif. Setelah lahir By. Ny. E dilakukan penanganan bayi baru lahir dengan cara dikeringkan dan dilakukan pembersihan jalan nafas pada bayi dan dengan segera bayi dilakukan IMD untuk menjalin kontak kulit dalam menjaga kehangatan bayi.

Pada hasil pemeriksaan fisik, penulis membantu dalam melakukan pemeriksaan fisik pada By.Ny. E lahir dengan BB 2.830 gr Lk 31 cm LD 33cm LP 29 cm PB 51 cm, Anus (+) dan secara garis besar pemeriksaan fisik bayi tidak didapatkan adanya kelainan pada bayi.

Data ini di dapat dari partisipasi secara langsung yang dilakukan oleh penulis sedangkan untuk Proses Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir secara komprehensif termuat dalam lampiran Laporan Tugas Akhir ini.

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care (PNC)

1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan Ke 1

Tanggal / Waktu Pengkajian : 28 Desember 2019 11.00 WITA

Tempat : RSKB Sayang Ibu

Subjektif :

Ibu bahagia bayi lahir dengan selamat, ibu merasa lelah setelah melewati persalinan karena tidak ada istirahat, sudah BAK 2x sejak pindah ruangan perawatan nifas, sudah mulai menyusui bayinya, nafsu makan kembali dan sudah makan siang.

Objektif :

Keadaan umum: baik kesadaran: composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, MAP : 83, suhu tubuh 36,3°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, BB sekarang 64 kg

Pemeriksaan fisik :

Mata : Konjungtiva tidak anemis, dan penglihatan tidak kabur

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

Abdomen : TFU 1 jari bawah pusat, kontraksi baik dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran

lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tampak jahitan perineum yang masih basah dan sudah mulai menyatu

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas : Masih tampak oedema dibagian kaki, kapiler refill baik

Assasment :

Diagnosa : P₁₁₀₃₁ 6 jam post partum

Penatalaksanaan :

KF-1 Pada tanggal 28 Desember 2019

Tabel 4.2
Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Nifas KF-1

No.	Waktu	Tindakan
1.	11.15 WITA	Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan yaitu Keadaan umum: baik kesadaran: composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, MAP : 83,3, suhu tubuh 36,3°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, BB sekarang 64 kg, tampak pengeluaran lochea normal dan luka jahitan masih tampak basah.Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.
2.	12.35 WITA	Mecegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. Dengan cara mengajarkan keluarga dan ibu untuk melakukan masase uterus guna membantu kontraksi uterus agar tidak terjadi perdarahan pada ibu selama masa nifas. Ibu dan keluarga mengerti dan mau melakukan anjuran yang diberikan untuk melakukan masase uterus.
3.	12.40 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara 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. Keadaan ini juga memperlancar produksi ASI, karena refleks let-down bersifat psikosomatis serta mengajarkan teknik menyusui yang baik dan benar. Memberikan konseling bahwa proses menyusui juga dapat membantu perlekatan batin antara ibu dan bayi. Ibu mengerti dan mau mempraktikan cara menyusui yang benar
4.	12.45 WITA	Menganjurkan ibu mobilisasi dini. Ibu mengerti dan sudah bisa jalan ke kamar mandi dan sudah 2x BAK sejak pindah keruang perawatan nifas
5.	12.55 WITA	Mengajarkan ibu cara merawat bayi. Menjaga bayi tetap hangat untuk mencegah hipotermi dan merawat tali pusat bayi dengan prinsip bersih dan kering. Ibu dapat melakukan perawatan tali pusat dan mengerti prinsip dalam perawatan tali pusat

6.	13.00 WITA	Memberikan KIE tentang nutrisi Dengan makan makanan yang mengandung zat besi seperti sayuran hijau-hijauan, kacang-kacangan, setelah persalinan nutrisi ibu menyusui juga lebih besar dibanding sebelumnya. nutrisi yang cukup juga dapat membantu ibu memulihkan keadaan pasca bersalin. Ibu mengerti penjelasan tentang nutrisi dan perawatan bayi
7.	13.10 WITA	Memberikan KIE mengenai pola istirahat bagi ibu nifas. Pentingnya istirahat bagi ibu nifas dapat membantu memulihkan tubuh setelah proses bersalin. Istirahat yang cukup juga dapat membantu kelancaran dari proses menyusui karena dari istirahat yang cukup dapat membantu produksi ASI lebih baik. Ibu mengerti dan akan istirahat dulu beberapa hari hingga pulih total baru akan memikirkan waktu untuk berjualan lagi.
8.	13.15 WITA	Memberikan KIE tentang perawatan luka perineum. Menganjurkan ibu untuk mengganti kassa dan diberi bethadine setiap kali berkemih dan menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut sesering mungkin untuk menghindari terjadinya infeksi. Ibu paham mengenai penjelasan yang diberikan dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan
9.	13.20 WITA	Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya pada hari ke 3. Pada tanggal 31 Desember 2019. Ibu bersedia di lakukan kunjungan pada tanggal 31 Desember 2019

2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care (PNC) Kunjungan Ke 2

Tanggal / Waktu Pengkajian : 31 Desember 2019 Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. E

Subjektif :

Ibu mengeluh BAB Agak keras sejak pulang dari RS warna kecoklatan dan keluar hanya sedikit. Pola makan nasi, sayur lauk pauk (tahu, tempe, telur,ikan) , 3x/hari dengan porsi 2-3 piring di habiskan, tidak ada keluhan pada BAK. Ibu istirahat siang cukup pada malam hari ibu tidur \pm 5 jam. Ibu masih belum beraktifitas diluar rumah karna masih mengurus anak.

Objektif :

Keadaan umum: baik kesadaran: composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit. BB : 64 kg.

Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva tidak anemis, dan penglihatan tidak kabur

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

Abdomen : TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi baik dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran

lochea serosa, tidak terdapat luka parut, tampak jahitan perineum yang masih basah dan sudah mulai menyatu

Anus : Tidak tampak hemoroid

Assasment :

Diagnosa : P₁₁₀₃₁ post partum hari ke-3

Masalah : Eliminasi BAB yang sedikit dan agak keras

Penatalaksanaan :

KF-2 pada tanggal 31 Desember 2019

Tabel 4.3
Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Nifas KF-2

No.	Waktu	Tindakan
1.	09.10 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu dengan cara memastikan involusi uterus berjalan dengan baik, serta menilai adanya tanda-tanda infeksi atau perdarahan abnormal pada ibu. Telah dilakoukan pemeriksaan pada Ny. E
2.	09.15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa ibu dalam keadaan normal. Hasil TTV ibu dalam keadaan normal, wajah tidak nampak pucat, payudara tidak ada bendungan, kontraksi uterus baik, posisi uterus sudah berada dibawah umbilicus, kandung kemih dalam keadaan kosong, tampak lochea sesuai dengan hari nifas, jahitan perineum masih tampak basah namun sudah mulai menyatu.Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.
3.	09.20 WITA	Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada bagian payudara ibu. Menganjurkan ibu untuk memerah ASI ketika keluar dari rumah dan menjelaskan tat cara penyimpanan ASI yang ada di buku KIA. Ibu maupun bayi tidak mengalami kesulitan saat proses menyusui. ibu sudah mulai memerah ASI saat ingin mengurus pekerjaan di luar rumah
4.	09.25 WITA	Menjelaskan pada ibu mengenai perubahan eliminasi selama masa nifas dan menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi buah-buahan dan sayur yang banyak mengandung serat untuk memperlancar BAB seperti papaya muda dan banyak mengkonsumsi sayur. Ibu mengerti penjelasan dan bersedia untuk mengkonsumsi buah-buahan guna memperlancar BAB ibu
5.	09.30 WITA	Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya pada hari ke 26. Pada tanggal 23 Januari 2020. Ibu setuju dilakukan kunjungan ulang.

3. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care (PNC) Kunjungan Ke 3

Tanggal / Waktu Pengkajian : 23 Januari 2020 Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. E

Subjektif :

Ibu tidak ada keluhan. BAB sudah lancar dan tidak keras, ibu sudah melakukan aktifitas diluar rumah berjalan sejak 3 hari yang lalu. Bayi masih disusui ASI dan tidak pernah bengkak pada payudara karna ibu selalu memompa ASI

Objektif :

Keadaan umum: baik kesadaran: composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit. BB : 64 kg.

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva tidak anemis, dan penglihatan tidak kabur

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

Abdomen : TFU sudah tidak teraba dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea alba, tidak terdapat luka parut, tampak jahitan perineum yang sudah kering dan sudah mulai menyatu

Anus : Tidak tampak hemoroid

Assasment :

Diagnosa : P₁₁₀₃₁ post partum hari ke- 25

Penatalaksanaan :

KF-3 pada tanggal 23 Januari 2020

Tabel 4.4
Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Nifas KF-3

No.	Waktu	Tindakan
1.	09.10 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu dengan cara memastikan involusi uterus berjalan dengan baik, serta menilai adanya tanda-tanda infeksi atau perdarahan abnormal pada ibu. Telah dilakukan pemeriksaan pada Ny. E
2.	09.15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, hasil TTV ibu dalam keadaan normal, wajah tidak nampak pucat, payudara tidak ada bendungan, posisi uterus sudah tidak teraba lagi, tampak lochea sesuai dengan hari nifas, jahitan perineum sudah kering sudah mulai menyatu. Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.
3.	09.20 WITA	Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada bagian payudara ibu. Menganjurkan ibu untuk memerah ASI ketika keluar dari rumah dan menjelaskan tata cara penyimpanan ASI yang ada di buku KIA. Ibu maupun bayi tidak mengalami kesulitan saat proses menyusui. ibu sudah mulai memerah ASI saat ingin mengurus pekerjaan di luar rumah
4.	09.25 WITA	Menjelaskan mengenai KB IUD yang telah digunakan oleh ibu meliputi letak pemasangan KB, efek samping KB, serta kapan ibu harus periksa ke dokter. Ibu paham dan mengerti penjelasan yang diberikan
5	09.30 WITA	Memberi support mental pada ibu dalam menghadapi masa nifasnya. Ibu berusaha kuat dan tegar menghadapi kehidupannya

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke 1

Tanggal / Waktu Pengkajian : 28 Desember 2019 / 11.00

Tempat : RSKB Sayang Ibu

Subjektif :

Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK, mau menyusu dan tidak ada muntah

Objektif :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan ttv berupa nadi 128 x/menit, pernafasan 42 x/menit dan suhu 36,8 °C c/c: -/- m/d: +/- BB: 2830 gram LK31 cm LD33 cm LP 29 cm, PB : 51 cm reflek premitif bayi (+)

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tak nampak caput succedaneum, tidak tampak molase, sutura sagitalis belum menyatu UUK membuka dan berdenyut

Mata : Tidak ada pengeluaran cairan ataupun perdarahan, gerak mata aktif, dan tidak oedema

Mulut : Mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.

Abdomen : Tidak kembung dan tali pusat tidak ada tanda tanda infeksi

Kulit : Berwarna merah muda

Anus : Terdapat lubang anus

Assasment :

Diagnosa : NCB SMK usia 6 jam

Penatalaksanaan :

KN-1 pada tanggal 28 Desember 2019

Tabel 4.5
Penatalaksanaa Asuhan Kebidanan Neonatus KN-1

No	Waktu	Tindakan
1.	11.10 WITA	Mempertahankan suhu tubuh dengan cara tetap menjaga kehangatan bayi dengan selimut, pakaian, dan topi untuk membantu bayi menyesuaikan suhu di sekitarnya dan mencegah bayi dari hipotermi. Bayi dipakaikan selimut, topi dan pakaian yang hangat
2.	11.15 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik bayi kemudian menjelaskan hasil pada ibu. Pemeriksaan fisik sudah dilakukan dan tidak terdapat kelainan pada bayi ibu mengetahui hasil pemeriksaan
3.	11.20 WITA	Menjelaskan beberapa tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu antara lain bayi tiba-tiba muntah, bayi tidak mau menyusu, bayi rewel, merintih, pusar kemerahan dan keluar darah, demam atau tubuh terasa dingin, mata bernanah banyak, kulit terlihat kuning.
4.	11.30 WITA	Melakukan perawatan tali pusat dengan prinsip bersih dan kering. Perawatan tali pusat telah dilakukan
5.	11.35 WITA	Memberikan Imunisasi HB-0. Imunisasi telah diberikan 1 jam setelah bayi lahir

2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke 2

Tanggal /Waktu Pengkajian : 31 Desember 2019 / 09.00

Tempat : Rumah Ny. E

Subjektif :

Ibu khawatir warna kulit bayi tampak kuning, bayi menyusu kuat dan tidak ada muntah, BAB dan BAK bayi tidak ada masalah.

Objektif :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan ttv berupa nadi 112 x/menit, pernafasan 42 x/menit dan suhu 37 °C reflek premitif bayi (+) meliputi glabella, blinking,rooting, sucking, moro, tonic neck, palmar grasping,dan galan

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tak nampak caput succedaneum, tidak tampak molase,
UUK membuka dan berdenyut

Mata : Tidak ada pengeluaran cairan ataupun perdarahan, gerak
mata aktif, dan tidak oedema

Mulut : Mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting
dan sucking baik.

Abdomen : Tidak kembung dan tali pusat tidak ada tanda tanda infeksi

Kulit : Tampak kuning pada bagian wajah, leher dan dada

Anus : Terdapat lubang anus

Assasment :

Diagnosa : NCB SMK usia 3 hari

Penatalaksanaan :

KN-2 pada tanggal 31 Desember 2019

Tabel 4.6
Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Neonatus KN-2

No	Waktu	Tindakan
1.	11.10 WITA	Mempertahankan suhu tubuh dengan cara tetap menjaga kehangatan bayi dengan selimut, pakaian, dan topi untuk membantu bayi menyesuaikan suhu di sekitarnya dan mencegah bayi dari hipotermi. Bayi dipakaikan selimut, topi dan pakaian yang hangat
2.	11.15 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik bayi serta mendeteksi adanya tanda bahaya pada bayi kemudian menjelaskan hasil pada ibu. Ppemeriksaan fisik sudah dilakukan dan tidak terdapat kelainan pada bayi, hanya saja warna kulit bayi sedikit berwarna kuning pada bagian wajah, leher hingga dada dan ibu mengetahui hasil pemeriksaan
3.	11.20 WITA	Menjelaskan keadaan kuning pada bayi merupakan keadaan normal yang muncul pasca kelahiran. Keadaan kuning pada bayi ini bersifat normal karna muncul pada usia 3 hari kelahiran. Menjelaskan beberapa penyebab kuning yang terjadi pada bayi salah satunya karena kurangnya asupan ASI dan paparan sinar matahari. Ibu mengerti penjelasan yang diberikan
4.	11.30 WITA	Menganjurkan ibu untuk mengatasi masalah kuning pada bayi dengan cara a. menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin untuk membantu mengurangi kadar bilirubin yang terdapat dalam darah dan dikeluarkan melalui feses, urin ataupun keringat. b. Menganjurkan ibu untuk menjemur bayi pada pagi hari minimal 15 menit pada pudul 07.30- 08.00 WITA dengan keadaan bayi tidak menggunakan apapun selain popok dan penutup mata Ibu mengerti dan berencana untuk menjemur bayi nya besok hari
5.	11.35 WITA	Melakukan perawatan tali pusat dengan prinsip bersih dan kering. Perawatan tali pusat sudah dilakukan
6	11.35 WITA	Menjelaskan mengenai pentingnya imunisasi BCG dan imunisasi lainnya pada bayi. Ibu paham dan mau melakukan imunisasi BCG yang telah dianjurkan

3. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke 3

Tanggal /Waktu Pengkajian : 23 Januari 2019 / 09.00

Tempat : Rumah Ny. E

Subjektif :

Bayi menyusu kuat dan tidak ada muntah, BAB dan BAK bayi tidak ada masalah,, tali pusat bayi sudah lepas pada hari ke 7

Objektif :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan ttv berupa nadi 114 x/menit, pernafasan 42 x/menit dan suhu 36,9 °C BB 2900 gr

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tak nampak caput succedaneum, tidak tampak molase, sutura sagitalis belum menyatu UUK membuka dan berdenyut

Mata : Tidak ada pengeluaran cairan ataupun perdarahan, gerak mata aktif, dan tidak oedema

Mulut : Mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.

Abdomen : Tidak kembung dan tali pusat tidak ada tanda tanda infeksi

Kulit : Berwarna merah muda

Anus : Terdapat lubang anus

Assasment :

Diagnosa : NCB SMK usia 25 hari

Penatalaksanaan :

KN-3 pada tanggal 23 Januari 2020

Tabel 4.7

Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Neonatus KN-3

No	Waktu	Tindakan
1.	11.10 WITA	Mempertahankan suhu tubuh dengan cara tetap menjaga kehangatan bayi dengan selimut, pakaian, dan topi untuk membantu bayi menyesuaikan suhu di sekitarnya dan mencegah bayi dari hipotermi. Bayi dipakaikan selimut, topi dan pakaian yang hangat
2.	11.13 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik bayi serta mendeteksi adanya tanda bahaya pada bayi kemudian menjelaskan hasil pada ibu. Pemeriksaan fisik sudah dilakukan dan tidak terdapat kelainan pada bayi, warna kulit bayi sudah tidak berwarna kuning dan ibu mengetahui hasil pemeriksaan
3.	11.15 WITA	Meningatkan kembali mengenai pentingnya imunisasi BCG dan imunisasi lainnya pada bayi. Ibu paham dan mau melakukan imunisasi BCG yang telah dianjurkan
4	11.20 WITA	Melakukan pendokumentasian. Pendokumentasian telah dilakukan.

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi

Tanggal / Waktu Pengkajian : 31 Desember 2019 / 10.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. E

Subjektif :

Ibu mengatakan melahirkan pada 28 Desember 2019 dan sudah menggunakan IUD, belum melakukan USG untuk melihat letak IUD. Rencana USG pada tanggal 5 Januari 2020

Objektif :

Keadaan umum baik; kesadaran *composmentis*; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

Assasment :

Diagnosa : P₁₁₀₃₁ Akseptor KB IUD

Penatalaksanaan :

Kunjungan KB pada tanggal 31 Desember 2019

Tabel 4.8

Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Kunjungan KB

No	Waktu	Tindakan
1.	11.15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny. E, hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal. Ibu mengerti mengenai kondisinya.
2.	11.20 WITA	Menjelaskan kembali pada ibu mengenai Kontrasepsi IUD meliputi cara pengecekan dan perawatan benang IUD, efek samping IUD, dan waktu kontrol ke dokter yaitu seminggu setelah pemasangan IUD, 3 bulan setelah pemasangan, 6 bulan setelah pemasangan dan setelah itu jika ada keluhan selama pemasangan IUD. Ibu mengatakan sudah mengerti mengenai Kontrasepsi IUD dan sudah ditentukan jadwal kontrol USG pada tanggal 5 januari 2020.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan kebidanan komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. E G₂P₀₁₀₂₁ sejak kontak pertama pada tanggal 1 November 2019 yaitu dimulai pada masa kehamilan 30-31 minggu, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pada saat bulan September penulis sudah mulai menjanging ibu hamil untuk diberikan asuhan. Dari semua ibu hamil, penulis tertarik untuk melakukan asuhan komprehensif pada Ny.E. Ny.E merupakan ibu hamil yang sedang memasuki usia kehamilan 30-31 minggu. Setelah itu penulis melakukan kontrak waktu dan persetujuan kepada Ny.E dalam melakukan asuhan kebidanan komprehensif dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan penggunaan kontrasepsi.

Pada tanggal 1 November 2019 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan pada Ny. E dengan didampingi oleh Bidan dan didapatkan bahwa Ny. E berusia 31 tahun G₂P₀₁₀₂₁ HPHT ? April 2019 dan taksiran persalinan tanggal 4 Januari 2020.

Berdasarkan pada hasil pengkajian dan pemeriksaan pada kunjungan pertama tanggal 01 November 2019 , didapatkan data Ny. E berusia 31

tahun yang memiliki riwayat kehamilan gameli yang menyebabkan kehamilan dengan partus prematurus dengan BB bayi 1,5 kg, kedua anak lahir selamat dan hidup. Dari riwayat kehamilan yang lalu pada Ny.E kemungkinan CPD masih ada yang dikarenakan persalinan dengan partus prematurus dengan berat badan bayi dibawah normal atau berkisar dibawah 2500 gr. Saat kehamilan sekarang, dilakukan pemeriksaan pada Ny. E dan didapatkan hasil pemeriksaan yaitu tinggi badan < 145 cm, ukuran panggul luar yang kurang dari ukuran normal, TBJ bayi 2.325 gr dengan usia kehamilan 30-31 minggu. Saat kehamilan sekarang Ny.E sudah mengalami kenaikan 11 kg dengan IMT 27,38 kg kategori overweighth. Dari data yang didapatkan diatas penulis mencurigai terjadinya keadaan CPD akan dialami oleh Ny. E dengan data pendukung bahwa Ny. E belum pernah melahirkan bayi dengan BB yang normal, ukuran panggul luar yang kurang dari normal dan TB yang < 145 cm dan TBJ bayi 2.325 gr saat usia kehamilan 30-31 minggu.

Dari data yang didapat, penulis mendapatkan beberapa masalah yang menjadi prioritas untuk dilakukannya asuhan untuk mencegah atau mengurangi terjadinya kejadian yang tidak diinginkan kedepannya.

Diagnosa yang diangkat dalam kasus ini adalah suspect CPD, selain dari pengukuran panggul luar, data penunjang pengukuran tinggi badan, berat badan selama hamil, riwayat persalinan prematur Ny.E juga menjadi acuan untuk menegakkan diagnose CPD. Tetapi dalam hal penting panggul sempit dapat dikatakan sempit jika dilakukan pengukuran panggul dalam dengan cara pemeriksaan dalam atau *Vaginal Touche*.

Hal senada juga dikemukakan oleh Marmi (2016) bahwa pada wanita hamil dengan ukuran tinggi badan yang kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi karena kemungkinan besar persalinan berlangsung kurang lancar. Oleh karena itu penulis berusaha untuk memberikan asuhan dengan menyiapkan beberapa alternatif sehingga dapat mengantisipasi terjadinya partus macet saat persalinan kelak.

Selain itu, ukuran berat badan Ny.E tidak sesuai dengan tinggi badan yang ada. Dimana TB Ny.E <145 cm sedangkan BB sudah mengalami kenaikan 11 kg dengan IMT 27,38 kg kategori overweight. Wanita hamil dengan overweight juga dapat menyebabkan kelahiran bayi besar atau makrosomia.

Menurut Rowland (2010) dalam Sanjaya (2015) risiko untuk terjadi komplikasi dari ibu hamil dengan obesitas adalah kelainan kongenital pada bayi, makrosomia, distosia bahu dan kemungkinan menderita obesitas dan diabetes pada saat dewasa menjadi lebih besar. Dan pada bayi makrosomia dapat menyebabkan partus lama bagi ibu yang dikarenakan bayi tidak masuk PAP.

Selain tinggi badan <145 cm dan berat badan berlebih, CPD juga didukung dengan adanya riwayat persalinan premature. Dengan adanya riwayat tersebut berarti belum ada persalinan bayi dengan berat normal yang melewati panggul.

Hal ini dikemukakan oleh Manuaba (2010) Contohnya panggul ukuran normal tetapi bayi ukurannya besar sehingga tidak seimbang antara

ukuran bayi dengan jalan lahir. Panggul sempit tetap bayinya kecil/prematur maka masih bisa bayinya lahir secara normal.

Dikatakan panggul sempit jika ditentukan oleh ukuran/jarak antara bagian bawah tulang kemaluan (os pubis) dengan tonjolan tulang belakang (promontorium). Jarak ini dinamakan konjugata vera. Dikatakan sempit Ringan: jika ukurannya 9-10 cm, Sempit sedang: 8-9 cm, sempit berat: 6-8 cm dan sangat sempit jika kurang dari 6 cm (Mochtar, 2011).

Bagian inlet pelvis/ pintu atas panggul (PAP) merupakan bidang yang dibatasi oleh krista pubis di bagian anterior, linea inominata di bagian lateral, dan sakrum yang membatasi bagian posterior. Diameter anteroposterior PAP atau konjugata obstetrik/ konjugata vera adalah jarak antara promontorium sakrum dan bagian tengah dalam simfisis pubis (Mochtar, 2011)

PAP dikatakan sempit jika jarak konjugata vera <10 cm atau diameter transversal PAP (tegak lurus konjugata vera) <12 cm. Konjugata vera akan dilalui oleh diameter biparietal janin dengan ukuran $\pm 9,5-10$ cm. Ukuran konjugata vera yang <10 cm akan mempersulit janin untuk lewat.

Konjugata diagonalis diukur dari promontorium sakrum hingga tepi bawah simfisis pubis. Ukuran normal konjugata diagonalis yang normal adalah 12,5 cm. PAP dikatakan sempit bila konjugata diagonalis $<11,5$ cm. Ukuran PAP yang sempit menyebabkan kepala tertahan di atas PAP sehingga apabila ada kontraksi uterus tekanan akan mengarah ke daerah kantung amnion di daerah serviks yang sudah mengalami dilatasi (Saifuddin, 2010).

Dari kategori panggul sempit diatas, untuk menentukan klasifikasi kesempitannya bidan perlu melakukan pemeriksaan panggul dalam dengan cara *Vaginal Touche* (VT). Sedangkan pemeriksaan VT hanya boleh dilakukan saat usia kehamilan aterm atau saat menjelang inpartu (Mochtar, 2011)

Dari proses asuhan kehamilan, penulis tidak melakukan pemeriksaan dalam dikarenakan usia kehamilan yang belum mencapai aterm, dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan implementasi dalam melakukan pemeriksaan dalam. Karena pada saat ini pemeriksaan dalam memang tidak dilakukan oleh penulis untuk mencegah terjadinya kontraksi.

Dari penjelasan diatas penulis berinisiatif untuk melakukan asuhan alternative sehingga dapat mengantisipasi terjadinya partus macet yang disebabkan oleh CPD saat persalinan kelak. Salah satu asuhan yang diberikan oleh penulis adalah dengan melakukan pemantauan ketat pada kenaikan BB ibu hamil untuk mengurangi BB yang berlebih pada bayi sehingga dapat mencegah terjadinya partus lama yang disebabkan oleh CPD pada saat persalinan kelak dengan cara menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dan pengurangan karbohidrat serta kalori dalam menjaga kenaikan BB yang ada pada ibu selama masa hamil. Menganjurkan pada ibu untuk mengurangi porsi nasi dan diganti dengan sayur yang banyak untuk mengurangi kadar karbohidrat dan kalori kalori dan anjurkan konsultasi ke dokter spesialis mengenai kenaikan berat badan. Manajemen untuk pasien hamil dengan obesitas seharusnya adalah melakukan konsultasi dengan ahli gizi dimana ahli gizi bertanggung jawab

sebagai pilar utama dalam menentukan menu diet sehat bagi pasien dengan obesitas. Selain mengontrol berat badan dan pola nutrisi adapun asuhan lain yang dapat diberikan pada pasien dengan obesitas adalah menganjurkan ibu untuk melakukan aktivitas ringan selama 15-30 menit dalam sehari. Anjuran untuk aktivitas ini tidak penulis berikan dikarenakan pasien sudah cukup melakukan beberapa aktivitas. Selain itu sebagai pemeriksaan penunjang ibu juga perlu dilakukan pemeriksaan gula darah.

Selain itu masalah lain yang didapatkan oleh penulis adalah, bengkak pada daerah kaki sejak 1 minggu yang lalu. Masalah bengkak pada kaki saat memasuki TM III merupakan hal yang fisiologis terjadi karena pada saat dilakukan pengkajian Ny. E tidak merasakan adanya keluhan lain seperti sakit kepala berat, pandangan kabur dan tidak ada tekanan darah tinggi yang mengarah terjadinya preeklamsi. Penulis hanya memberikan beberapa asuhan normal mengenai keadaan bengkak pada kaki Ny. E mengingat Ny. E melakukan aktifitas lebih sering berjalan naik dan turun tangga karena Ny. E berjualan untuk menghidupi kedua anaknya.

Hal ini disampaikan oleh Jonshon (2015) dimana berjalan dan berdiri terlalu lama dapat memberi tekanan darah pada aliran di kaki dan Bengkak yang terjadi akibat aktivitas dan proses pertumbuhan janin yang semakin membesar sehingga menekan bagian bagian bawah tubuh sehingga terjadinya penumpukan cairan pada daerah kaki.

Oleh karena itu asuhan yang diberikan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan meninggikan posisi kaki lebih tinggi yang disanggah

menggunakan bantal dan menganjurkan ibu untuk rajin mengkonsumsi air putih dan menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas aktivitas berat.

Masalah selanjutnya adalah pusing yang hilang timbul saat setelah mengkonsumsi tablet Fe. Pada saat kunjungan Ny.E merasa pusing saat dalam posisi duduk, setelah dikaji ternyata Ny.E baru saja makan siang setelah itu mengkonsumsi tablet Fe. Pusing yang dirasakan pada Ny.E merupakan reaksi fisiologis dari efek samping tablet Fe yang di karenakan kurang tepatnya mengkonsumsi tablet Fe. Oleh karena itu penulis mengajarkan ibu cara mengkonsumsi tablet Fe. Diminum saat malam hari dengan air putih sehingga tidak menimbulkan efek mual dan pusing.

Selain masalah yang berkaitan dengan fisik selama kehamilan Ny.E juga memiliki kecemasan selama kehamilan sekarang, menjelang kehamilan TM III dan akan melalui proses persalinan ibu merasa cemas terhadap dirinya dan keluarganya. Suami yang sedang tidak dirumah dan keluarga yang bertempat tinggal jauh dengan rumah Ny.E membuat dirinya semakin cemas dan takut menghadapi persalinan karena khawatir tidak ada yang bisa membantunya. Pada proses asuhan dalam mengatasi masalah kecemasan seharusnya penulis sudah mengkaji sejak awal pertemuan. Rencana dalam mengkaji kecemasan ini baru akan dimasukan saat kunjungan selanjutnya.

Dalam hal ini, peran keluarga memang yang paling penting untuk mendukung kehamilan Ny.E hal ini juga merupakan salah satu factor yang menyebabkan kecemasan pada ibu hamil sesuai yang dikemukakan oleh Rizqika (2018) bahwa stressor eksternal dari wanita hamil adalah support mental dan *relationship* dari keluarga.

Dalam menangani kasus ini penulis berusaha untuk menjalin hubungan baik dengan Ny.E sehingga Ny.E merasa nyaman saat dilakukan asuhan kebidanan dan berusaha memberikan support mental bagi Ny.E dengan cara meminta ibu melibatkan keluarga terdekat untuk membantu proses kehamilan, persalinan, hingga KB. Menentukan tempat persalinan dan keperluan persalinan mengingat dengan keadaan dan kondisi ibu sekarang.

Skoring kecemasan dilakukan setelah melakukan perbaikan laporan proposal yang telah disarankan oleh penguji. Penulis melakukan pengukuran skoring pada Ny.E secara mandiri karena tidak dilakukannya kunjungan ke 2 dan ke 3 oleh karena itu asuhan yang diberikan untuk mengatasi kecemasan tidak dapat dievaluasi ketika kunjungan ke 2. Hasil skoring kecemasan yang dilakukan, Ny.E memiliki nilai 21 dengan masing masing soal dijawab dengan skor 1 atau kejadian tersebut tidak pernah terjadi pada Ny.E dan menjawab 1 soal dengan skor 2 pada pernyataan “sering merasakan pusing” skor 2 dinyatakan dalam keadaan kadang kadang. Hasil dari skoring kecemasan yang dilakukan Ny.E terlampir.

Dalam hal ini, kecemasan yang dirasakan oleh Ny.E masih dalam batas normal dengan nilai skor 21 dari 20-24 yang menunjukkan keadaan normal. Oleh karena itu asuhan yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan pada Ny.E adalah melibatkan peran keluarga dalam berpartisipasi dalam masa kehamilan hingga penggunaan KB, mengingat keluarga Ny.E berada jauh dari lingkungan rumah.

Rencana yang sudah disusun dan akan diimplementasikan saat kunjungan ke 2 dan ke 3 tidak dilakukan oleh penulis dikarenakan keterbatasan waktu dalam penyusunan laporan. Semua rencana yang seharusnya dijadikan prioritas untuk asuhan pada Ny.E tidak terlaksanakan.

Penulis menyadari banyaknya kekurangan yang terjadi dalam proses asuhan COC yang dilakukan tidak sejalan dengan rencana yang sudah disusun. Dalam kunjungan awal atau saat pengkajian seharusnya penulis sudah melakukan asuhan kolaborasi dengan ahli gizi terkait kenaikan berat badan Ny.E dan bagaimana pengaturan pola diet yang seharusnya dilakukan oleh Ny.E.

Pada saat melakukan implementasi selama kehamilan untuk mengatasi obesitas hanya dilakukan sebatas memberikan KIE mengenai pola diet dan pengontrolan BB, anjuran lain yang seharusnya dilakukan adalah menganjurkan ibu untuk melakukan aktivitas selama 15-30 menit. Untuk anjuran ini penulis tidak berikan dalam asuhan karena pasien dirasa sudah cukup untuk melakukan aktivitas sehari hari karna pasien berdagang.

Asuhan kolaborasi dengan ahli gizi saat masa kehamilan juga seharusnya menjadi prioritas dalam pemberian asuhan kepada Ny.E terkait dengan diagnose dan masalah yang diangkat sesuai dengan keadaan Ny.E.

Semua asuhan selama masa kehamilan tidak dapat dijalankan sesuai kesepakatan penulis dan pembimbing. Oleh karena itu asuhan yang diberikan pada pengkajian awal tidak dapat dievaluasi keseluruhan saat kunjungan ke 2 karena kunjungan ke2 tidak dilakukan oleh penulis.

Selain kesalahan dalam pemberian asuhan, penulis juga menyadari bahwa prioritas masalah yang diangkat tidak memiliki tindakan kolaborasi yang seharusnya dilakukan.

Tetapi dalam hal lain, walaupun penulis tidak melakukan kunjungan ke 2 untuk melakukan asuhan selanjutnya, penulis menyarankan kepada Ny.E untuk melakukan pemeriksaan protein urin karena dengan keadaan kaki yang bengkak dan menganjurkan untuk konsultasi ke ahli gizi saat kunjungan ke puskesmas. Ny. E mengikuti anjuran yang diberikan oleh penulis dan melakukan konsultasi saat berkunjung ke puskesmas. Dari hasil konsultasi kepada ahli gizi. Ny.E menyampaikan bahwa kenaikan berat badan Ny.E selama trimester akhir setelah kunjungan terakhir kali dilakukan mengalami kenaikan 1 kg saat usia kehamilan mencapai 37 minggu. Dalam hal ini ahli gizi menyampaikan bahwa kenaikan berat badan sudah cukup dan tidak perlu khawatir. Ahli gizi juga menyampaikan bahwa karbohidrat memang harus dikurangi sedikit demi sedikit menjelang persalinan guna menghindari terjadinya kenikan badan yang berlebih mengingat postur tubuh Ny.E < 145 cm. setelah berkonsultasi dengan ahli gizi Ny.E kembali ke bidan untuk melanjutkan pemeriksaan kehamilan.

Dari hasil pemeriksaan protein Ny.E memiliki hasil negative (-). Pada asuhan ini juga penulis tidak bisa dokumentasikan dalam bentuk SOAP karena data ini semua didapat dari data sekunder.

Oleh karena itu selama kehamilan terdapat kesenjangan selama asuhan kunjungan ke 2 dan ke 3 terhadap rencana yang sudah disusun tidak

dilakukan. Semua asuhan yang sudah direncanakan dan seharusnya dilakukan pada kunjungan ke 2 dan ke 3 tidak dapat terealisasi.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. E yaitu 38-39 minggu. Menurut teori persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit dan komplikasi pada ibu serta janin (Manuaba, 2010). Penulis sependapat dengan pernyataan tersebut karena Ny. E menunjukkan tanda-tanda persalinan saat usia kehamilan 38-39 minggu.

Asuhan kebidanan persalinan tidak dapat terealisasi kepada Ny. E dikarenakan keterbatasan izin dari pihak kampus dan pihak Rumah Sakit. Dari pihak Rumah Sakit tidak memperkenankan mahasiswa untuk melakukan perolongan persalinan namun mahasiswa tetap boleh masuk sebagai keluarga atau pendamping pasien. Oleh karena itu semua data dan asuhan yang diberikan selama proses persalinan penulis dapatkan secara tidak langsung atau dari data sekunder.

Dalam hal ini penulis hanya mendapatkan data sekunder dari proses persalinan dan meminta bantuan kepada bidan untuk membantu memastikan keadaan panggul dalam.

Pada proses persalinan, bidan penolong melakukan pemeriksaan dalam untuk mengkaji keadaan panggul dalam serta kemajuan persalinan. Saat bidan penolong melakukan VT, panggul promontorium tidak teraba dan spina ischiadica tidak menonjol serta luas tepi simpisis memiliki kesan luas

dan tidak sempit. Saat proses persalinan pun tidak terdapat masalah saat proses penurunan kepala.

Ny. E menjalani kala I fase laten selama 4 jam dan fase aktif selama 8 jam. Pembukaan lengkap terjadi pada tanggal 28 Desember 2019 pukul 04.30 WITA. Lama kala II Ny. E berlangsung selama 15 menit dan proses persalinan Ny. E berjalan lancar, tidak adanya tanda tanda persalinan partus macet pada Ny.E

Ny. E diberikan tindakan sesuai dengan APN dalam proses persalinannya. Pada saat persalinan Ny. E tidak mengalami kesulitan dan masalah terhadap proses penurunan bayi dan rongga panggul.

Kala III Pukul 04.45 WITA bayi Ny. E telah lahir, plasenta belum keluar dan segera dilakukannya asuhan manajemen aktif kala III oleh bidan.

Kala IV dilakukan oleh bidan pada pukul 04.50 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat ruptur. Bidan melakukan penjahitan perineum dengan lokasi jahitan hingga derajat II dengan jumlah jahitan 8 dan dilanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Bayi lahir dengan berat 2.830 gr Lk 31 cm LD 33cm LP 29 cm PB 51 cm. dan secara garis besar pemeriksaan fisik bayi tidak didapatkan adanya kelainan pada bayi.

Dalam hal ini asuhan kebidanan persalinan kepada Ny. E juga mengalami kesenjangan antara rencana dan pelaksanaan. Karena penulis

tidak dapat melakukan asuhan yang telah direncanakan sehingga semua asuhan tidak bisa terealisasi.

Dalam hal ini pasien dengan tinggi badan < 145 cm tidak selamanya memiliki ukuran panggul dalam yang sempit. Diagnosa potensial yang diangkat yaitu partus lama dan makrosomia tidak terjadi.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Pukul 04.30 WITA bayi lahir spontan pervaginam, segera menangis, usaha napas baik, tonus otot baik, tubuh bayi tampak kemerahan, jenis kelamin perempuan. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor, didapatkan hasil APGAR skor bayi Ny. E dalam keadaan normal yaitu 7/9. Melakukan asuhan bayi baru lahir dan bayi dalam kondisi normal, serta By. Ny. E diberikan injeksi vitamin K 1 mg secara intramuskular dan antibiotik berupa salep mata.

By.Ny. E lahir dengan A/S 7/9 jenis kelamin perempuan BB 2.830 gr Lk 31 cm LD 33cm LP 29 cm PB 51 cm, anus (+) dan secara garis besar pemeriksaan fisik bayi tidak didapatkan adanya kelainan pada bayi

Dalam hal ini asuhan kebidanan bayi baru lahir kepada By.Ny. E juga mengalami kesenjangan antara rencana dan pelaksanaan. Karena penulis tidak dapat melakukan asuhan yang telah direncanakan sehingga semua asuhan tidak bisa terealisasi.

Dari diagnose potensial yang diangkat selama suhan kehamilan untuk bayi yaitu makrosomia tidak terjadi karena pada saat proses persalinan bayi tidak mengalami hambatan dalam proses penurunan kepala. Dalam hal ini

juga dapat di simpulkan bahwa ibu dengan obesitas tidak selalu melahirkan bayi dengan makrosomia. Pengukuran TBJ juga bukan merupakan suatu petunjuk pasti dalam menentukan berat badan bayi selama didalam rahim

4. Asuhan Kebidanan Nifas

Kunjungan selama masa nifas pada Ny. Edilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam post partum , kunjungan kedua pada hari ke 3, kunjungan ketigapada minggu ke 4.

Dalam hal ini tidak ada kesenjangan pada teori yang mengatakan bahwa pada kunjungan nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum (Suherni, 2010).

Tanggal 28 Desember 2019 pukul 11.00 WITA dilakukan kunjungan pertama yaitu saat 6 jam post partum. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh yaitu keadaan ibu telah membaik. Ibu dapat beristirahat setelah proses persalinannya, ibu dapat menghabiskan makan dan minum yang telah disediakan, ibu sudah BAK secara mandiri, dari hasil pemeriksaan keadaan ibu dalam batas normal.

Pada saat kunjungan awal, penulis memberikan beberapa asuhan pada nifas untuk kunjungan awal antaranya mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat

dengan cara mencegah hipotermi hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh (Prawiroharjo, 2010).

Tanggal 31 Desember 2019 pukul 09.00 WITA dilakukan kunjungan kedua yaitu asuhan 3 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi Ny. E secara umum dalam batas normal. Proses pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU 3 jari bawah pusat, lochea serosa, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda howfman sign negatif. Namun ada sedikit masalah pada proses eliminasi yaitu BAB yang sedikit dan agak keras. Pada kejadian ini asuhan yang diberikan pada Ny. E yaitu Menjelaskan pada ibu mengenai perubahan eliminasi selama masa nifas dan menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi buah-buahan yang mengandung serat untuk memperlancar BAB seperti pepaya muda dan banyak mengkonsumsi sayur. Mengevaluasi teknik menyusui dan menganjurkan klien agar menyusui bayinya sesering mungkin secara eksklusif karena ibu beraktifitas diluar penulis menganjurkan ibu untuk melakukan perah ASI agar bayi tetap disusui dengan ASI.

Hal ini sesuai dengan teori, tujuan pada asuhan kunjungan 6 hari yaitu 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 ibu cukup makan, minum dan istirahat, dan memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi (Walyani, 2014).

Penulis berpendapat, involusi uterus Ny. E berjalan dengan normal karena pola mobilisasi yang baik dan klien terus menyusui bayinya, selain itu kekoperatifan klien yang mau mengikuti saran dari penulis dan bidan.

Tanggal 23 Januari 2020 pukul 09.00 WITA dilakukan kunjungan ketiga yaitu asuhan 4 minggu post partum. Dan pada kunjungan ini ibu tidak ada keluhan. Asuhan yang diberikan kepada Ny. E yaitu menjelaskan bahwa saat ini ibu dalam kondisi normal. Lochea alba muncul setelah 4 minggu postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati (Sukarni, 2013).

Pada kunjungan ini penulis menambahkan konseling KB secara dini. Pada saat pasca bersalin ibu sudah menggunakan KB IUD. Pilihan ini sudah ibu tentukan saat masa kehamilan. pemilihan KB IUD ini juga didukung karna factor eksternal dari ibu yang mengharuskan untuk menunda kehamilan lagi karna ibu menjadi tulang punggung keluarga dan membesarkan anak dengan seorang diri.

Dalam hal ini asuhan kebidanan Nifas kepada Ny. E juga tidak mengalami kesenjangan antara rencana dan pelaksanaan. Karena penulis melakukan asuhan yang telah direncanakan.

5. Asuhan Kebidanan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam, 3 hari, dan 4 minggu. Sesuai dengan teori, 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 setelah bayi lahir (Walyani, 2014).

Penulis berpendapat bahwa pentingnya dilakukan kunjungan neonatus sebagai deteksi bila terdapat penyulit pada neonatus. Tanggal 28 Desember 2019. Pukul 11.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus I yaitu pada 1 hari setelah bayi lahir. Keadaan umum neonatus baik, neonatus menangis kuat, refleks bayi baik, tali pusat yang masih basah dan bersih, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI sebagai asupan nutrisi bayi, bayi telah mendapat injeksi vitamin K, bayi tidak mendapat imunisasi Hepatitis B 0 hari, bayi telah diberi salep mata antibiotik, bayi sudah BAK dan BAB.

Sesuai dengan teori, bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat tekanan pada dinding vagina saat proses persalinan, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis. Penulis berpendapat, karena kondisi bayi yang telah stabil penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL sebagai upaya untuk mencegah defisiensi vitamin K, memberikan kekebalan tubuh pada bayi terhadap penyakit hepatitis, mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi (JNPK-KR 2012).

Pada kunjungan ini didapatkan bayi telah diimunisasi sehingga sesuai dengan dasar teori yang ada.

Tanggal 31 Desember 2019, pukul 09.00 WITA, dilakukan kunjungan Neonatus II yaitu pada 3 hari setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan neonatus di temukan bayi dalam keadaan normal dan tidak

ada kelainan hanya saja warna kulit bayi nampak berwarna kuning dari wajah, leher hingga dada tetapi bayi tetap menyusu kuat, tidak ada muntah, BAB dan BAK lancar. Penulis menjelaskan keadaan kuning pada bayi merupakan keadaan normal yang muncul pasca kelahiran. Keadaan kuning pada bayi ini bersifat normal karna muncul pada usia 3 hari kelahiran. Menjelaskan beberapa penyebab kuning yang terjadi pada bayi dapat dikarenakan kurangnya asupan ASI dan paparan sinar matahari.

Dan menganjurkan untuk memberikan ASI sedini dan sesering mungkin menjemur menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin untuk membantu memecahkan kadar bilirubin yang terdapat dalam darah dan dikeluarkan melalui feses, urin ataupun keringat. Menganjurkan ibu untuk menjemur bayi pada pagi hari minimal 15 menit pada pudul 07.30- 08.00 WITA dengan keadaan bayi tidak menggunakan apapun selain popok dan penutup mata. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Rukiah (2013).

Tanggal 23 Januari 2020, pukul 16.30 WITA dilakukan kunjungan Neonatus III yaitu pada 25 hari setelah bayi lahir. Keadaan neonatus dalam batas normal. Pemenuhan nutrisi dari awal bayi lahir hingga kunjungan ke III berupa ASI dan ibu pun berencana untuk menyusui bayinya secara eksklusif. Keadaan bayi Ny. E yang normal hingga akhir kunjungan didukung dengan usaha ibu yang baik dalam merawat bayinya, selalu mengikuti saran yang disampaikan penulis dan bidan, serta dukungan dari suami dan keluarga yang ikut membantu kelancaran perawatan bayi.

Dalam hal ini asuhan kebidanan neonatus kepada By.Ny. E juga tidak mengalami kesenjangan antara rencana dan pelaksanaan. Karena penulis melakukan asuhan yang telah direncanakan.

6. Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi

Penggunaan Kontrasepsi yang dipilih oleh Ny. E adalah MKJP dengan IUD. Ny.E melakukan pemasangan kontrasepsi pascalin dimana IUD dipasang saat plasenta telah lahir. Penggunaan KB ini juga sudah diputuskan oleh Ny. E saat masih dalam kehamilan atas saran dan kondisi dari Ny.E.

Ny. E berencana terlebih dahulu untuk focus merawat bayi nya yang baru lahir dan 2 anak nya. Karena Ny.E merawat anak-anak hanya seorang diri untuk sementara ini karena suami tidak sedang dirumah.

Pada proses kunjungan KB, penulis hanya menjelaskan beberapa point penting yang sudah sering dibahas dengan Ny.E selama masa kehamilan dalam memilih KB IUD ini mulai dari efek samping, cara kerja, dan keadaan yang seperti apa Ny.E harus memeriksa kan IUD nya.

Sebelum pulang Ny. E sudah diberikan jadwal kunjungan ulang yaitu pada tanggal 5 januari 2020 untuk USG. Dan pada saat konseling penulis menganjurkan untuk kontrol ulang sebaiknya dilakukan saat 1 minggu setelah pemasangan, 3 bulan setelah pemasangan, 6 bulan setelah pemasangan dan 1 tahun setelah pemasangan. Untuk selanjutnya ibu bisa melakukan kontrol 6 bulan atau 1 tahun sekali.

Dalam hal ini asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi kepada Ny. E juga tidak mengalami kesenjangan antara rencana dan pelaksanaan. Karena penulis melakukan asuhan yang telah direncanakan.

Dari asuhan yang telah dilakukan selama masa kehamilan hingga KB, penulis banyak melewatkan beberapa asuhan penting yang seharusnya dijadikan prioritas selama asuhan kehamilan berlangsung.

Pada saat kunjungan awal seharusnya penulis sudah mulai menganalisis bahwa diagnose yang diangkat adalah suspect CPD sehingga asuhan prioritas yang harus dilakukan adalah melakukan konsultasi dengan ahli gizi dalam mengontrolan berat badan dan pengaturan diet sehat mengingat ibu juga memiliki obesitas. Tindakan segera juga seharusnya dilakukan sudah sejak awal saat pengkajian.

Pada saat melakukan implementasi selama kehamilan untuk mengatasi obesitas hanya dilakukan sebatas memberikan KIE mengenai pola diet dan pengontrolan BB, anjuran lain yang seharusnya dilakukan adalah menganjurkan ibu untuk melakukan aktivitas selama 15-30 menit. Untuk anjuran ini penulis tidak berikan dalam asuhan karena pasien dirasa sudah cukup untuk melakukan aktivitas sehari hari karna pasien berdagang.

Pada saat kunjungan awal juga penulis tidak melakukan skoring dalam pengukuran kecemasan sehingga tidak dapat dievaluasi keberhasilan asuhan atau tidak.

Kunjungan ANC 2 dan 3 tidak dilakukan karena keterbatasan waktu dalam penyusunan laporan sehingga rencana yang seharusnya sudah disusun tidak bisa terealisasikan dengan baik dan menyeluruh. Namun, pada saat penulis mengetahui pasien akan melakukan pemeriksaan ke puskesmas, penulis menganjurkan beberapa

point mengenai asuhan yang seharusnya diberikan pada kunjungan ke 2 dan ke 3 antara lain menganjurkan pasien untuk melakukan pemeriksaan protein untuk memastikan apakah bengkak yang dialami pasien merupakan keadaan fisiologis. Hasil dari pemeriksaan protein urin (-). Selain pemeriksaan urin pemeriksaan gula darah juga sudah dilakukan oleh pasien dengan hasil gula darah normal. Adapun asuhan yang seharusnya melakukan evaluasi kecemasan pada pasien apakah berkurang atau bertambah juga tidak bisa dilakukan karena kunjungan ke 2 tidak terealisasi. Saat pasien melakukan kunjungan ke puskesmas penulis juga menganjurkan pasien untuk langsung menemui ahli gizi atas rujukan bidan untuk pengaturan diet karena pasien sudah mengalami kenaikan berat badan yang berlebih. Semua asuhan yang ada di kunjungan ke 2 dan ke 3 mengalami kesenjangan karena tidak dapat terealisasi.

Pada saat persalinan, penulis juga tidak dapat melakukan asuhan menyeluruh pada proses persalinan dikarenakan keterbatasan izin dari pihak Rumah Sakit. Pada saat persalinan ini penulis hanya mampu mendampingi pasien sebagai pihak keluarga dan tidak diperkenankan untuk melakukan pertolongan persalinan begitupun juga pada asuhan bayi baru lahir. Semua asuhan pada saat persalinan dan bayi baru lahir juga tidak dapat terealisasi.

Asuhan selama masa nifas dan neonatus serta pelayanan kontrasepsi dapat berjalan dengan baik, semua asuhan yang sudah disusun di implementasikan keseluruhan. Masalah yang terdapat selama masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan evaluasi hingga akhir dan masalah tersebut dapat diatasi. Oleh karena itu tidak ada kesenjangan selama pemberian asuhan nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. E Di Kelurahan Baru Ilir Balikpapan Barat, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis:

1. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.E pada kunjungan 1. Namun asuhan kehamilan 2 dan 3 tidak sempat terlaksana dikarenakan keterbatasan waktu yang telah ditentukan. Sehingga beberapa rencana asuhan tidak bisa terealisasikan sehingga terjadi banyak kesenjangan pada proses asuhan kebidanan kehamilan. Sehingga asuhan kebidanan kehamilan kunjungan ke 2 dan ke 3 tidak dapat didokumentasikan dalam bentuk SOAP
2. Melakukan partisipasi dalam asuhan persalinan yang tidak dapat dilakukan secara mandiri dikarenakan keterbatasan izin antara pihak kampus dan pihak Rumah Sakit. Sehingga kesenjangan juga terjadi pada proses asuhan kebidanan persalinan ini dan tidak dapat didokumentasikan dalam bentuk SOAP dan data yang didapat dalam bentuk data sekunder
3. Melakukan partisipasi asuhan bayi baru lahir yang tidak dapat dilakukan secara mandiri dikarenakan keterbatasan izin antara pihak kampus dan pihak Rumah Sakit. Sehingga kesenjangan juga terjadi pada proses asuhan kebidanan bayi baru lahir ini dan tidak dapat didokumentasikan dalam bentuk SOAP dan data yang didapat dalam bentuk data sekunder

4. Melakukan asuhan masa nifas secara komprehensif. Asuhan kebidanan nifas dilakukan pada tanggal 28 Desember, 31 Desember dan pada tanggal 23 Januari 2020. Pada saat masa nifas Ny.E mengalami perubahan eliminasi saat hari ketiga masa nifas. Asuhan yang diberikan adalah dengan menganjurkan untuk mengkonsumsi sayur dan buah yang banyak untuk membantu kelancaran proses eliminasi Ny.E. Masalah yang dialami Ny.E telah teratasi.
5. Melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Kunjungan neonatus dilakukan bersamaan dengan saat kunjungan dengan ibu nifas. Pada kunjungan dilakukan saat bayi berusia 6 jam, 3 hari dan saat berusia 23 hari. Pada kunjungan neonatus tidak ditemukan masalah apapun. Bayi dalam keadaan baik dan sehat serta telah diberikan asuhan sesuai dengan dasar teori.
6. Melakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif. Klien sudah menggunakan KB IUD pada saat pascasalin. Pada proses kunjungan KB, penulis hanya menjelaskan beberapa point penting yang sudah sering dibahas dengan Ny.E selama masa kehamilan dalam memilih KB IUD ini mulai dari efek samping, cara kerja, dan keadaan yang seperti apa Ny.E harus memeriksa IUD nya.

Dalam pemberian asuhan ini peran Ny.E sangat kooperatif dalam pemberian asuhan. Ny.E selalu memahami penjelasan yang diberikan dan berusaha semaksimal mungkin untuk mengikuti anjuran yang diberikan sehingga beberapa masalah dapat diatasi dan proses asuhan berjalan dengan lancar.

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif dan lebih mengajarkan kepada mahasiswa untuk menganalisis kasus - kasus yang terjadi dalam laporan tugas akhir yang dilakukan.

2. Bagi Tenaga Kesehatan / Bidan

- a. Diupayakan bimbingan dan asuhan yang diberikan lebih sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang telah diberikan untuk menghasilkan asuhan kebidanan yang tepat, bermutu dan memuaskan klien.
- b. Bidan diupayakan mampu menjalin komunikasi yang baik dengan pasien agar tercipta suasana yang terbuka dan harmonis, sehingga dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan pelayanan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta keluarga berencana.
- c. Bidan diupayakan melakukan penyuluhan tentang jarak/interval kehamilan yang terlalu dekat karena hal tersebut merupakan resiko tinggi terhadap kehamilan berikutnya.

3. Bagi klien

Saran bagi klien adalah :

- a. Membawa bayi ke fasilitas kesehatan untuk diimunisasi sesuai dengan jadwal yang terdapat di buku KIA

4. Bagi penulis

Bagi penulis diupayakan dapat memenejemen waktu agar asuhan kebidanan komprehensif bisa dilakukan secara maksimal. Mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif melalui pendidikan dan penatalaksanaan 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

- Adamo, Kristi. 2013. *The Maternal Obesity Management (MOM) Trial Protocol: A lifestyle intervention during pregnancy to minimize downstream obesity. Contemporary Clinical Trials*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. Obesitas dalam kehamilan. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Ajeng, S. 2012. *Perubahan Adaptasi Fisiologis Ibu Hamil Trimester III*. Tersedia di http://midwifemana.blogspot.com/2012/02/perubagan-dan-adaptasi-fisiologi_09.html .
- Annisa,P.F.2016. *Konsep Kecemasan*. Jurnal UNPAD. <http://jurnal.unpad.ac.id>. Diakses 13 Februari 2020
- Aprilia, Yesi. 2017. *Edema Pada Kehamilan*. <http://www.bidankita.com>. Diakses 20 November 2019
- Aris. 2019. *Hubungan Tingkat Kecemasan pasien dengan tindakan pencabutan gigi di Poli Gigi*. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id> . Diakses Februari 2020
- Arora, Malaika. et al. 2008. *A Study on Lipid Profile And Body Fat in Patients with Diabetes Melitus*. Anthropologist, Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. Obesitas dalam kehamilan. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Asrinah. 2010. *Konsep kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Aviram, Amitai. Harousn, Hod. dan Yogevev, Yau. 2010. *Maternal obesity: Implications for pregnancy outcome and long-term risks a link to maternal nutrition*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Dalam :

- Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Balsells, Mercedes. 2012. *Miscarriage and Malformations. Maternal Obesity in Pregnancy*. Springer. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta .
- Bandiyah, Siti. 2010. *Kehamilan, Persalinan dan Gangguan Kehamilan*. Jakarta. Nuha Medika
- Buschur, Edbert dan Kim, Cellulose. 2012. *Guidelines and interventions for obesity during pregnancy*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Jakarta.
- Cunningham. 2014. *Obstetri William Edisi 21*. Jakarta: EGC.
- De Paiva. et al. 2014. *Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum infectious complications*. *Rev Assoc Med Bras. Elsevier*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Jakarta.
- Depkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Depkes RI
- Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Diana S. 2014. *Latar Belakang Psikologis Kecemasan Ibu Hamil Usia 35 Tahun ke atas*. Fakultas Psikologi. <http://ejournal.umm.ac.id>. Diakses 8 Januari 2020

- Dinas Kesehatan Balikpapan. 2017. *Angka Kematian Ibu*. Balikpapan: DKK Balikpapan.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. 2017. *Profil Kesehatan Balikpapan 2016*.
- Direktorat Bina Kesehatan Ibu. 2015. *SDGs (Sustainable Development Goals). Target MDGs*.
- Farida, 2009. *Impact of Obesity and Body Fat Distribution on Pulmonary Function og Egyptian Children*. Egyptian Journal of Bronchology. Dalam : W, Hana (eds). 2018. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada kehamilan dengan masalah obesitas*. Poltekkes Kemenkes Kaltim. Balikpapan.
- Fauci, Anthony Scot. *et al.* 2009. *Obesity*. Dalam : Harisson's. 2009. *Manual Of Medicine 17th*. The McGraw - Hill Companies, USA : 939.
- Gunatilake, Roytman Fernando. 2011. *Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravid*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Dalam : Wulandari, Hana (eds). 2018. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada kehamilan dengan masalah obesitas*. Poltekkes Kemenkes Kaltim, Balikpapan.
- Gunatilake. 2011. *Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravid*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Huda. 2010. *Obesity in pregnancy: prevalence and metabolic consequences*. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. Elsevier.

- Ismail. 2014. *Pengaruh Pelatihan Relaksasi terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Melahirkan anak pertama*. <https://eprints.ums.ac.id>
- JNPK-KR. 2012. *Asuhan Kebidanan Fisiologis*. Jakarta: JNPK-KR.
- Johnson, Ruth. 2015. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. EGC. Jakarta.
- Kemenkes RI . 2015. *Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs)*. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta:Kementerian Kesehatan RI
- Kither, 2012. *The implications of obesity on pregnancy*. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 22.Elsevier. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran
- Kusmiyati dan Wahyuningsih. 2010. *Perawatan Ibu Hamil*. Fitramaya. Yogyakarta.
- Machfoedz dan Mahmud. 2011, *Komunikasi Pemasaran Modern*. Cetakan Pertama, Cakra Ilmu, Yogyakarta.
- Malaika. et al. 2008. *A Study on Lipid Profile And Body Fat in Patients with Diabetes Melitus*. *Anthropologist*, Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Manuaba, Ida Bagus Gede. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, Ida Bagus Gede. 2012. *Buku Ajar Patologi Obstetri untuk Mahasiswa*

Kebidanan. Jakarta: EGC.

Marmi,dkk.2016.*Asuhan Kebidanan Patologi*, Yogyakarta. Pustaka Pelajar

Mochtar, Rustam. 2011.*Sinopsis Obstetri*. Jakarta. EGC

Notoatmodjo, Soekidjo. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka

Cipta

Nursalam. (2009). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi Kedua. Salemba Medika, Jakarta.

Oxorn, Harry. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yayasan Essentia Medica. Yogyakarta.

Prawirohardjo. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono

Prawirohardjo.

Pramita, EV. 2015. *Konsep Kebidanan berdasarkan Kajian Filosofi sejarah, mengetahui Forum Ilmu Kesehatan*. Yogyakarta

Rizqika, Pradewi Hasim. 2018. *Gambaran Kecemasan Ibu Hamil*.

<http://eprints.ums.ac.id> Diakses 8 Januari 2020

Rochjati, Poedji. 2010. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil “Pengenalan Faktor*

Resiko. Surabaya: Airlangga Universitas Press

Rosen, Sharma dan Shapouri. 2008. *Obesity in the midst of unyielding food insecurity in developing countries*. Amberwaves USDA ERS. Dalam : Istiqamah, et al.

2013. *Hubungan Pola Hidup Sedentarian Dengan Kejadian Obesitas Sentral*

Pada Pegawai Pemerintahan Di Kantor Bupati Kabupaten Jeneponto, Sulawesi. 1-3 hlm.

Rowlands, Ingol. 2010. *Obesity in pregnancy: outcomes and economics. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 15. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. Obesitas dalam kehamilan. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.*

Saifuddin, Abdul Bari. 2010. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawiroharjo. Jakarta : Trisada Printer.*

Saifuddin. 2011. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. EGC. Jakarta.*

Sarbattama, Sen. 2015. *Obesity impairs cell-mediated immunity during the second trimester of pregnancy. American Journal Obstetric and Gynecology. 2013.*

Sari Puspita, E., dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care). Jakarta: CV. Trans Info Media*

Seneviratne, Suranjith. 2014. *Exercise in pregnancies complicated by obesity: achieving benefits and overcoming barriers. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. Obesitas dalam kehamilan. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta*

Setyani, RY. 2018. *Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Mahasiswa Baru. <http://ejournal.uinsuka.ac.id> Diakses 8 Januari 2020*

- Shaikh, Hasina. Robinson. dan Teoh, Teik Goe. 2010. *Management of maternal obesity prior to and during pregnancy*. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine. 15:77–82
- Sudirtayasa dan wayan . 2015. *Pengaruh Obesitas Terhadap Hipertensi Pada Kehamilan*. Buku Kedokteran. Jakarta.
- Suherni, Widyasih Hesti, A. R. 2009. *Perawatan Ibu Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sukarni. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sulistiyawati. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sumarah, Widyastuti Yani, N. W. 2010. *Perawatan Ibu Bersalin* (3rd ed.). Yogyakarta: Fitramaya
- Varney, Helen. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta. EGC.
- Vaswani, Pinnacle Resale dan Balachandran, Law. 2013. *Pregnancy outcomes in a population with high prevalence of obesity: How bad is it?. Clinical Epidemiology and Global Health*. Elsevier.
- Vinter, California. 2012. *Gestational Weight Gain. Maternal Obesity in Pregnancy*. Springer. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Walyani, E. S. 2014. *Materi Ajar Kebidanan* (1st ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.
- Yao, Ren. 2014. *Obesity and the risk of stillbirth: a population-based cohort study*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Dalam : Sanjaya Nyoman

Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Jakarta.

WHO. *World Health Statistics 2015*: World Health Organization; 2015

Woods, S. L., Froelicher, E. S., Motzer, S. U., & Bridges, J. E. 2010. *Cardiac Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Wuntakal, 2011. R.; Hollingworth, T. *The implications of obesity on pregnancy*. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 19. Elsevier

Lampiran 6.1

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care (ANC)

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke 2

Tanggal / Waktu Pengkajian : 24 Januari 2020 / 09.00
Tempat : Rumah Ny. N

Subjektif :

Ibu mengatakan hamil pertama, tidak pernah keguguran, HPHT : 15 Mei 2019 TP 22 Februari 2020. Ibu mengatakan PP test bulan Juni (+). Ibu tidak merasa ada keluhan saat kehamilan ini.

Objektif :

Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/80 mmHg MAP 86 suhu tubuh 36,8°C, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/menit; BB sebelum hamil 58 serta hasil pengukuran berat badan saat ini 68 Kg, TP: 1 Februari 2020 (USG), Tinggi badan: 150 cm, IMT 23 (Normal) Lila: 28 cm.

Pemeriksaan fisik :

Kepala : Tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi merata tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.
Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.
Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva anemis, tampak putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.
Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.
Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung
Mulut : Mukosa mulut lembab, ada sedikit caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham tidak lengkap dan lidah bersih.
Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
Dada : Bentuk dada tidak sama besar, tidak ada retraksi dinding dada
Suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
Payudara : Payudara bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, Putting susu kiri dan kanan menonjol, tidak ada retraksi.
Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra.

Pada pemeriksaan palpasi :

- Leopold I : TFU pertengahan pusat px (33 cm), bagian fundus pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : Teraba bagian memanjang, melengkung, ada tahanan keras seperti papan, dibagian kiri perut teraba bagian kecil kecil janin (punggung kanan)
- Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala).
- Leopold IV : Kepala sudah masuk pintu atas panggul. Divergen.
- Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 146 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) = (33 – 12) X 155 = 3.355 gram.
- Ekstermitas
- Atas : Tidak oedema
- Bawah : Tampak Oedema, tidak ada varices, reflek patella positif.
- Pemeriksaan Laboratorium:
- Hb : 11,6 gr/dl%
- USG : TP USG 1 Februari 2020, USG terakhir tanggal 23 Januari 2020 dengan usia kehamilan 38w-39w, TBJ 3.100 gr, ketuban cukup, tidak ada lilitan tali pusat, plasenta terletak di segmen atas rahim, posisi janin dengan presentasi letak kepala.

Assasment:

- Diagnosis : G₁P₀₀₀₀ Usia kehamilan 36 minggu janin tunggal hidup Intrauterine presentasi kepala

Penatalaksanaan:

K-2 Tanggal 24 Januari 2020

Tabel 6.1
Penatalaksanaan Asuhan Antenatal Care K-2

No.	Waktu	Rencana/ Intervensi
1.	09.10 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Terbinanya hubungan baik dengan keluarga
2.	09.15 WITA	Melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu. Telah dilakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu.
3.	09.30 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
4.	09.45 WITA	Memberi support mental kepada ibu mengenai kehamilannya dengan cara meminta ibu melibatkan keluarga terdekat untuk membantu proses kehamilan, persalinan, hingga KB. Menentukan tempat persalinan dan keperluan persalinan mengingat dengan keadaan dan kondisi ibu sekarang apabila tindakan operatif dilakukan. Ibu sudah melibatkan keluarga dan ingin bersalin di RS Sayang Ibu dan sudah menyiapkan BPJS.

5.	10.00WIT A	KIE persiapan persalinan meliputi dana yang akan digunakan, persiapan surat-surat untuk mengurus akte kelahiran, kendaraan dan pendamping persalinan, kerabat yang akan dihubungi jika suatu saat membutuhkan donor darah, pakaian ibu dan bayi secukupnya, dan tempat bersalin yang akan dituju. Ibu bersedia menyiapkan keperluan persalinan sejak saat ini.
6	10.10 WITA	KIE tanda bahaya kehamilan TM III meliputi, perdarahan pervaginam, sakit kepala yang berat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, gerakan janin berkurang, nyeri perut hebat. Ibu mengetahui item item yang dijelaskan
7	10.15 WITA	Melakukan Pendokumentasian. Dokumentasi telah dilakukan

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care kunjungan ke 2

Tanggal / Waktu Pengkajian : 16 Februari 2020 / 14.30 WITA
Tempat : Rumah Ny. N

Subjektif :

Ibu merasa sesak seperti terasa penuh pada bagian dada sudah sejak 1 minggu yang lalu jika dibawa terlentang, tetapi saat diposisikan miring perasaan sesak mulai berkurang, sudah mulai sering berkemih saat malam hari. Janin bergerak aktif >10x sehari.

Objektif :

Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/70 mmHg MAP 80 suhu tubuh 36,8°C, nadi 90 x/menit, pernafasan 22 x/menit;

Pemeriksaan fisik :

- Kepala : Tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi merata tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.
- Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.
- Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva anemis, tampak putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.
- Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.
- Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Mulut : Mukosa mulut lembab, ada sedikit caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham tidak lengkap dan lidah bersih.
- Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada tidak sama besar, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara : Payudara bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra.
- Pada pemeriksaan palpasi :
- Leopold I : TFU pertengahan pusat px (31 cm), bagian fundus pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : Teraba bagian memanjang, melengkung, ada tahanan keras, seperti papan, dibagian kiri perut teraba bagian kecil- kecil janin (punggung kanan).

Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala).

Leopold IV : Kepala sudah masuk pintu atas panggul. Divergen.

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 146 x/menit dan taksiran berat janin(TBJ) = (31 – 12) X 155 = 2.945 gram.

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema

Bawah : Tampak Oedema, tidak ada varices, reflek patella positif.

Assesment:

Diagnosis : G₁P₀₀₀₀ Usia kehamilan 36 minggu janin tunggal hidup intra uterine presentasi kepala

Penatalaksanaan:

K-3 pada tanggal 7 Februari 2020

Tabel 6.2

Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Antenatal Care K-3

No.	Waktu	Rencana/ Intervensi
1.	14.30 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Terbinanya hubungan baik dengan keluarga
2.	14.32 WITA	Melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu. Telah dilakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik pada ibu.
3.	14.50 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
4.	14.55 WITA	KIE tanda-tanda persalinan meliputi, adanya kontraksi seperti mules-mules yang intens setiap 10 menit yang lebih kuat dan saat dibawa aktivitas tidak hilang, adanya pengeluaran lendir bercampur darah, dan adanya pengeluaran air-air yang merembes melalui jalan lahir yang diduga air ketuban. Ibu mengerti dan mampu mengulang point yang dijelaskan.
5.	15.00 WITA	KIE tanda bahaya persalinan meliputi, perdarahan pervaginam ang banyak, mengalami kejang, tidak kuat mengejan, air ketuban keruh dan berbau, gelisah dan sakit yang hebat Ibu mengetahui item item yang dijelaskan
6	15.05 WITA	Melakukan evaluasi terhadap persiapan persalinan meliputi biaya yang digunakan yaitu menggunakan jaminan kesehatan, surat –surat juga sudah disiapkan untuk keperluan mengurus akte, kendaraan yang digunakan adalah mobil keluarga dan akan didampingi oleh suami, nomor telpon dan nama kerabat sudah dicantumkan di lembar persiapan persalinan (hal.19), pakaian bayi dan pakaian ibu sudah disiapkan, dan tempat bersalin yang dituju adalah RS Sayang Ibu
7	15.10 WITA	Melakukan Pendokumentasian. Dokumentasi telah dilakukan

Lampiran 6.2

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intra Natal Care

Tanggal/Waktu pengkajian : 16 Februari 2020 / Pukul 08.00 WITA
Tempat : RS Dr. R. Hardjanto Balikpapan

Persalinan Kala I

Subjektif :

Ibu mengatakan kehamilan kedua tidak pernah keguguran. Ibu datang ke UGD RST pada tanggal 16 Februari 2020 pukul 08.00 WITA ibu mengeluh mules-mules sejak subuh disertai adanya lendir darah. HPHT : 15 Juni 2019 TP : 22 Februari 2020

Objektif :

Keadaan umum ibu sedang. Hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : TD 110/70 mmHg, suhu tubuh 37,1°C, nadi 79x/menit, pernafasan 20x/menit, dan hasil pengukuran berat badan saat ini adalah 60 kg.

Pemeriksaan Fisik :

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong

Pemeriksaan palpasi

Leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ px-pusat dan secara *Mc Donald* 32 cm, pada fundus teraba lebar, tidak bulat, dan tidak melenting.

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

Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini sudah tidak dapat di goyangkan.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk ke dalam PAP (*Divergent*).

DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 131 x/menit. HIS frekuensi 3x10 menit durasi 30-35 detik intensitas sedang.

TBJ (32-12) x 155 = 3100 gram.

Genetalia : Ada pengeluaran cairan atau lendir darah, tidak ada varises, dan tidak ada kelainan.

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

Ekstremitas : Simetris, tidak ada varices, dan tidak ada oedema.

Pemeriksaan Dalam

Vagina : Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis dan lembut, pembukaan 5-6 cm, effacement 50%, ketuban (+), Hodge II, tidak

teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung..

Assasment :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 39-40 minggu inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauteri

Penatalaksanaan :

Tabel 6.3

Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I

No.	Waktu	Tindakan
1.	08.10 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Terbinanya hubungan baik dengan keluarga
2.	08.15 WITA	Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat. Suami dan ibu dari pasien menemami dalam proses persalinan
3.	08.20 WITA	Menjelaskan tentang hasil pemeriksaan Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis dan lembut, pembukaan 5-6 cm, efficement 50%, ketuban (+), Hodge III, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. Ibu dan keluarga mengetahui kondisinya.
4.	08.25 WITA	Mengajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri. Menarik nafas panjang melalui hidung dan menghembuskan secara perlahan melalui mulut. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan.
5.	08.27 WITA	Menganjurkan ibu untuk miring kiri dalam membantu proses penurunan kepala, miring kiri bertujuan untuk memasok oksigen didalam jaringan tubuh ibu maupun bayi. Ibu berbaring dengan posisi miring kiri.
6.	08.30 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki dorsal recumbent, tangan memegang kedua mata kaki, mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong. Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.
7.	08.31 WITA	Menyiapkan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk obat-obatan, mencuci tangan, mendekatkan alat partus set, meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan sarung tangan steril pada satu tangan untuk mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkan kembali kedalam partus set lalu memakai sarung tangan steril dibagian tangan satunya. Partus set telah lengkap, alat partus set didekatkan, ampul oksitosin telah di patahkan dan masukkan spuit 3 ml steril kedalam partus set
8.	08.35 WITA	Mengobservasi kemajuan persalinan pada ibu meliputi djj per 30 menit, his per 30 menit, TD per 4 jam, nadi per 30 menit, suhu per 1 jam , dan pemeriksaan dalam per 4 jam. Kemajuan persalinan dipantau menggunakan partograf. 08.00 : Djj : 139x/m His : 4x10 40-45” TD : 110/70 N: 79x/m S: 37.1 R : 20x/m PD : v/v tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina,portio tipis dan lembut, pembukaan 5-6 cm,efficement 50%, ketuban (+), Hodge II, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba talipusat

		menumbung. 08.30 : Djj : 148x/m His : 4x10 40-45” N : 88x/m 09.00 : Djj : 140x/m His : 4x10 40-45” N : 80x/m 09.30 : Djj : 143x/m His : 4x10 45” N : 98x/m 10.00 : Djj : 145x/m Hia : 5x10 45” N : 99x/m tampak tanda-tanda persalinan. Ada dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.
--	--	---

Persalinan Kala II

Subjektif :

Ibu mengatakan perut mules-mules semakin kencang, seperti ingin mengejan serta terasa ingin BAB.

Objektif :

Ada dorongan meneran, adanya tekanan pada anus hingga anus membuka, perineum tampak menonjol dan vulva membuka.

10.00 Pemeriksaan dalam : vagina /uretra tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah,tidak ada luka parut pada vagina, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, *effacement* 100%,ketuban (+)Hodge III, tidak teraba bagian kecil dan tidak ada tali pusat menumbung. DJJ 131x/menit, irama teratur. His dalam 5x10 menit selama 4 detik

Assasment :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ hamil 39-40 minggu inpartu kala II janin tunggal hidup intrauteri presentasi kepala

Penatalaksanaan :

Penatalaksanaan Asuhan pada tanggal 16 Februari 2020

Tabel 6.4
Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala II

No.	Waktu	Tindakan
1	10.00 WITA	Menjelaskan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan akan dilakukan pertolongan persalinan. Ibu mengetahui bahwa dirinya akan bersalin dan ibu sudah siap untuk bersalin.
2	10.01 WITA	Melakukan amniotomi dan pengecekan Djj ulang. Amnoitomi dilakukan pada pukul 10.01. warna ketuban jernih mengalir. Djj 145x/m setelah amniotomi
3	10.03 WITA	Memimpin ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran. Ibu mengikuti instruksi yang diberikan.
4	10.05 WITA	Menggunakan APD meliputi; mencuci tangan, menggunakan celemek, masker dan menggunakan APD lainnya. APD sudah terpasang.

5	10.06 WITA	Menganjurkan kepada pendamping untuk memberi ibu minum saat tidak ada HIS untuk menambah tenaga saat meneran. Ibu minum air putih dan teh manis.
6	10.10 WITA	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan episiotomi saat kepala tampak dengan diameter 5-6 cm karena didapati perineum kaku. Episiotomi dilakukan secara mediolateral. - Melindungi perineum ibu ketika kepala nampak diameter 5-6 cm saat membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan <i>defleksi</i> dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran. - Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu - Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan - Tunggu putaran paksi, kemudian pegang kepala bayi secara biparietal dengan lembut arahkan kepala bayi kebawah hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu untuk melahirkan bahu belakang. - Melakukan sanggah susur, dengan memindahkan tangan penolong kebawah arah perineum ibu untuk menganggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menyusuri dan memegang tangan serta siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; - Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil mengeringkan tubuh bayi mulai dari kepala, muka, badan, dan kaki kecuali telapak tangan. Mengganti handuk basah dengan kain kering. - Bayi lahir spontan pukul 10.23, bayi cukup bulan, segera menangis, gerakan aktif, ada usaha bernafas, jenis kelamin laki-laki A/S 7/8 C/C -/-

Persalinan Kala III

Subjektif :

Ibu mengatakan lega dan bahagia telah melahirkan anaknya berjenis kelamin perempuan dan masih merasakan mules pada perutnya

Objektif :

Bayi lahir spontan cukup bulan, segera menangis kuat, A/S 7/8, jenis kelamin laki-laki, BB 3490 gr PB 50 cm LK 35 cm LD 32 cm LL 12 cm LP 31 cm, C/C -/-, M/D +/- Anus (+) , TFU setinggi pusat, plasenta belum lahir, tampak adanya tanda-tanda pelepasan plasenta.

Assasment :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁inpartu kala III

Penatalaksanaan :

Tabel 6.5
Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III

No.	Waktu	Tindakan
1.	10.24 WITA	Memeriksa <i>uterus</i> untuk memastikan tidak ada janin kedua dalam uterus. Tidak ada janin kedua didalam <i>uterus</i> .
2.	10.24 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik. Ibu bersedia untuk disuntikkan oksitosin.
3.	10.25 WITA	Menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM di sepertiga paha atas. Oksitosin telah disuntikkan.
4.	10.26 WITA	Menjepit tali pusat dengan klem umbilical 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah <i>distal</i> (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
5.	10.26 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan menggantung tali pusat diantara 2 klem. Tali pusat telah di potong.
6.	10.27 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari <i>vulva</i> .
7.	10.28 WITA	Mengecek tanda-tanda pelepasan plasenta (Tali pusat tambah memanjang, ada nya semburan darah secara tiba-tiba dan uterus membesar). Tampak tanda-tanda pelepasan plasenta
8.		Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah <i>dorso kranial</i> hingga plasenta terlepas, penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir. Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah jarum jam untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban. Plasenta lahir lengkap pukul 10.28 WITA
9.	10.29 WITA	Melakukan masase uterus searah jarum jam segera setelah plasenta lahir dengan memegang <i>fundus uteri</i> secara <i>sirkuler</i> hingga kontraksi baik. Kontraksi <i>uterus</i> baik teraba keras dan membulat.
11.	10.30 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap dan memasukkan plasenta kedalam tempat yang tersedia. Kotiledon dan selaput ketuban pada plasenta lengkap, insersi tali pusat marginalis, panjang tali pusat 60 cm, tebal plasenta 2cm diameter plasenta 20 cm. Terdapat laserasi pada perineum pasca episiotomi
15.	10.35 WITA	Mengevaluasi perdarahan kala III. Perdarahan ± 150 cc

Persalinan Kala IV

Subjektif :

Ibu mengatakan lega telah melewati masa persalinan dan mengatakan perut masih terasa mules-mules.

Objektif :

Plasenta lahir spontan, pukul 10.28 Kotiledon dan selaput ketuban pada plasenta lengkap, *insersi* tali pusat *marginalis*, panjang tali pusat 25 cm, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm. Terdapat laserasi pada perineum pasca episiotomi.

Assasment :

Diagnosa : P₂₀₀₂ parturen kala IV

Penatalaksanaan :

Tabel 6.6

Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV

No	Waktu	Tindakan
1.	10.36 WITA	Mengajarkan ibu cara melakukan masasse uterus dan menilai kontraksi. Dengan cara menggosok fundus uteri secara sirkuler searah jarum jam menggunakan telapak tangan hingga teraba keras. Ibu dapat mempraktekkan cara memassase uterus dan uterus teraba keras.
2.	10.37 WITA	Melakukan heacting perineum pasca episiotomi. Laserasi derajat 2 sudah dilakukan heacting, terdapat 8 jahitan luar dan dalam.
3.	10.38 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi. Alat-alat sudah diletakkan di larutan klorin
4.	10.40 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu mengenakan pakaian. Ibu sudah di bantu untuk memakai pakaian bersih
5.	10.42 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam laruratan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendanya dalam larutan klorin 0,5%.
6.	10.43 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Tekanan darah 120/80 mmHg, N 92 x/menit, R 19x/menit, T 36,9°C, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 15 cc. (Data terlampir pada partograf)
7.	10.45 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi. Alat-alat telah di cuci dan dikeringkan
8.	10.46 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum untuk memulihkan energy pasca bersalin. Ibu di bantu suami memakan menu yang telah disediakan.
9.	10.47 WITA	KIE kebutuhan masa nifas meliputi; <ul style="list-style-type: none"> - Kebutuhan nutrisi dengan makan makanan yang mengandung zat besi seperti sayuran hijau-hijauan, kacang-kacangan, setelah persalinan nutrisi ibu menyusui juga lebih besar disbanding sebelumnya. nutrisi yang cukup juga dapat membantu ibu memulihkan keadaan pasca bersalin. - Pola istirahat bagi ibu nifas. Pentingnya istirahat bagi ibu nifas dapat

		<p>membantu memulihkan tubuh setelah proses bersalin. Istirahat yang cukup juga dapat membantu kelancaran dari proses menyusui karena dari istirahat yang cukup dapat membantu produksi ASI lebih baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisasi dini. Melakukan mobilisasi secara bertahap dapat membantu proses involusi uterus dan dapat membantu mempercepat sembuh luka jahitan. - Perawatan luka perineum. Menganjurkan ibu untuk mengganti kassa setiap kali berkemih dan menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut sesering mungkin untuk menghindari terjadinya infeksi. Ibu paham mengenai penjelasan yang diberikan dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan <p>Ibu mengeti mengenai penjelasan yang diberikan, dan bersedia mengikuti anjuran yang telah disarankan.</p>
10.	10.50 WITA	<p>Melakukan dokumentasi di partograf</p> <p>11.05 : TD : 110/70 N:78x/m S: 36,4 TFU : 1 jbpst UC : Baik KK: Kosong Perdarahan : ±30 cc</p> <p>11.20 : TD : 109/72 N:88x/m TFU : 1 jbpst UC : Baik KK: Kosong Perdarahan : ±30 cc</p> <p>11.35 : TD : 111/70 N:89x/m TFU : 1 jbpst UC : Baik KK: Kosong Perdarahan : ±30 cc</p> <p>11.50 : TD : 119/72 N:88x/m TFU : 1 jbpst UC : Baik KK: Kosong Perdarahan : ±30 cc</p> <p>12.20 : TD : 121/82 N:74x/m S: 36,8 TFU : 1 jbpst UC : Baik KK: Kosong Perdarahan : ±20 cc</p> <p>12.50 : TD : 110/80 N:89x/m TFU : 1 jbpst UC : Baik KK: Kosong Perdarahan : ±20 cc</p> <p>Partograf telah dilengkapi</p>

Lampiran 6.3

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 16 Februari 2020 /Pukul: 10.48 WITA
Tempat : Rs. Dr.R Hardjanto Balikpapan

Subjektif :

Ibu hamil anak kedua dengan usia kehamilan 39-40 minggu, tidak pernah mengalami abortus, dan jenis persalinan yaitu partus spontan pervaginam pada tanggal 16 Desember 2019 pukul 10.23 WITA.

Objektif :

Bayi lahir spontan pukul 10.23, bayi cukup bulan, segera menangis, gerakan aktif, ada usaha bernafas A/S 7/8, jenis kelamin laki-laki, BB 3490 gr PB 50 cm LK 35 cm LD 32 cm LL 12 cm LP 31 cm, C/C +/-, M/D +/- Anus (+)

Tabel 6.7

Apgar Skor By. Ny. R

Kriteria	0	1	2	Jumlah	
				1 menit	5 menit
Frekuensi Jantung	tidak ada	< 100	> 100	2	2
Usaha Nafas	tidak ada	lambat/tidak teratur	menangis dengan baik	2	2
Tonus Otot	tidak ada	beberapa fleksi ekstremitas	gerakan aktif	0	1
Refleks	tidak ada	Menyeringai	menangis kuat	1	1
Warna Kulit	biru/ pucat	tubuh merah muda, ekstremitas biru	merah mudaseluruh nya	2	2
Jumlah				7	8

d. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 142 x/menit, pernafasan 44 x/menit, suhu 36,7°C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3490 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala : 35 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar lengan 12 cm, lingkar perut 31 cm.

2) Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada molase, tidak terdapat caput succadeneum, tidak ada cephal hematoma, distribusi rambut bayi merata, warna kehitaman, teraba ubun ubun besar berbentuk berlian & ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Wajah : Simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu

	telinga tidak terdapat kelainan.
Mata	: Simetris, terdapat 2 bola mata, tidak ada <i>sekret</i> , tidak terdapat perdarahan dan tidak terdapat <i>strabismus</i> .
Hidung	: Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret.
Telinga	: Simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, dan tidak terdapat kulit tambahan
Mulut	: Simetris, tidak tampak sianosis, tidak ada Laboipalatoskhizis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat dan lidah tampak bersih
Leher	: Tidak teraba pembesaran kelenjar <i>tiroid</i> , tidak ada pembesaran kelenjar <i>limfe</i> , tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak ada selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.
Dada	: Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada simetris.
Payudara	: Tidak ada pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran cairan
Abdomen	: Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.
Punggung	: Tampak simetris, tidak teraba <i>skeliosis</i> , dan tidak ada <i>meningokel</i> , <i>spina bifida</i> .
Genitalia	: Tampak testis sudah turun,
Anus	: Tidak ada kelainan, terdapat lubang anus.
Kulit	: Terlihat kemerahan, tidak ada ruam, bercak, memar, pembengkakan. Terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung. Terdapat <i>verniks</i> pada daerah lipatan leher dan selangkangan.
Ekstremitas	: Pergerakan leher aktif, <i>klavikula</i> teraba utuh, jari tangan dan jari kaki simetris, tidak terdapat penyeloputan, jari-jari lengkap dan bergerak aktif, tidak ada <i>polidaktili</i> dan <i>sindaktili</i> . Adanya garis pada telapak kaki dan tidak ada kelainan posisi pada kaki dan tangan.
Refleks	: <i>Glabella</i> (+), Mata boneka (+), <i>Blinking</i> (+), <i>Rooting</i> (+) <i>Sucking</i> (+), <i>Tonick neck</i> (+), <i>Moro</i> (+), <i>Grasping</i> (+)

Assasment :

Diagnosa : NCB Sesuai Masa Kehamilan usia 0 hari

Penatalaksanaan :

Tabel 6.8
Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan pada BBL

No.	Waktu	Tindakan
1.	10.48 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi ibu baik. Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital normal, berat badan 3490 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala : 35 cm, lingkar dada 32 cm, dan lingkar lengan atas 12 cm, lingkar perut 31 cm. Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini.
2.	10.49 WITA	Meminta persetujuan orang tua untuk pemberian injeksi vitamin K untuk mencegah perdarahan otak dan HB 0 untuk mencegah Hepatitis B. Orang tua bersedia untuk diberikan injeksi vit K dan HB 0 pada bayinya.
3.	10.51 WITA	Memberi injeksi vitamin K pada paha sebelah kiri. Kejadian perdarahan otak karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara IM dan injeksi HB 0 pada kaki kanan secara IM dengan dosis 0,5 mg Telah diberikan injeksi vitamin K dan HB 0 setelah dilakukannya IMD
4.	10.53 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara 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. Keadaan ini juga memperlancar produksi ASI, karena refleks let-down bersifat psikosomatis. Ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin dan berencana akan menyusui selama 2 tahun seperti anak pertama.
5.	10.55 WITA	Menganjurkan ibu menjaga kehangatan bayi. Ketika bayi lahir, bayi berada pada lingkungan bersuhu lebih rendah dari pada dalam rahim ibu. Bila dibiarkan dalam suhu kamar, maka bayi akan kehilangan panas dan terjadi hipotermi. Ibu mengerti dan menjaga kehangatan bayi dengan cara menggunakan pakaian hangat serta bedong untuk menghangatkan bayi serta topi dan sarung tangan.
6.	10. 56 WITA	Menjelaskan pada ibu pemantauan tanda bahaya bayi baru lahir antara lain, bayi muntah, bayi malas menyusui, bayi kejang, frekuensi nafas lambat, bayi merintih, kulit bayi berwarna kuning keseluruhan. Ibu mengerti dan memperhatikan keadaan bayinya.
7.	10.58 WITA	Melakukan dokumentasi. Dokumentasi telah dilakukan

Lampiran 6.4 Kuesioner Skoring Kecemasan

Kuesioner *Zung-Self Rating Anxiety Scale (ZSAS)*

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya	1
2.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	1
3.	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur	1
4.	Saya mudah marah, tersinggung, dan panik	1
5.	Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi	1
6.	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar	1
7.	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher dan nyeri otot	1
8.	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah	1
9.	Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang	1
10.	Saya merasa jantung saya berdebar- debar dengan keras dan cepat	1
11.	Saya sering merasakan pusing	2
12.	Saya sering pingsan atau merasa seperti pingsan	1
13.	Saya mudah sesak nafas tersengal-sengal	1
14.	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya	1
15.	Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan	1
16.	Saya sering kencing dari biasanya	1
17.	Saya merasa tangan saya dingin dan sering basah oleh keringat	1
18.	Wajah saya terasa panah dan kemerahan	1
19.	Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam	1
20.	Saya mengalami mimpi-mimpi buruk	1
TOTAL		21

Skor :

Tidak Pernah : 1

Kadang-kadang : 2

Sering : 3

Selalu mengalami : 4

Total Skor :

Normal : 20-24

Kecemasan Ringan : 45-59

Kecemasan Parah : 60-74

Kecemasan Ekstrim : > 75

Lampiran 6.5

60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

No	Keterangan
1	Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II.
2	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitrosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam partus set.
3	Memakai celemek plastik.
4	Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.
5	Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk periksa dalam.
6	Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitrosin dan letakkan dan letakkan kembali kedalam partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan ½ koher pada partus set.
7	Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran).
8	Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9	Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka srung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal.
10	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran.
11	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
12	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 sampai 6 cm, letakkan handuk bersih, pada perut ibu untuk mengeringkan bayi.
13	Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
14	Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
15	Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
16	Saat Sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan diaalas lipatan kain dibawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal saat kepala lahir. Minta ibu untuk tidak meneran dengan nafas pendek-pendek. Bila didapatkan mekonium pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung bayi menggunakan penghisap lendir De Lee.
17	Menggunakan kassa/kain bersih untuk membersihkan muka bayi dari lendir dan darah.
18	Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
19	Menunggu hingga kepala bayi selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
20	Setelah bayi menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala bayi, tarik secara hati-hati ke arah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati ke atas sampai bahu posterior/belakang lahir. Bila terdapat lilitan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara kedua klem tersebut.
21	Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher, dan bahu bayi bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada/punggung bayi, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu bayi bagian anterior saat badan dan lengan lahir.

22	Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah bayi untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut bayi).
23	Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke penolong. Nilai bayi, kemudian letakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan).
24	Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat.
25	Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari umbilicus bayi.
26	Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama.
27	Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat diantara 2 klem. Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala.
28	Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki / dilakukan IMD jika bayi tidak Asfiksia
29	Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal.
30	Memberitahu ibu akan disuntik.
31	Menyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular pada bagian 1/3 atas luar paha kanan setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah.
32	Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
33	Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kassa dengan jarak 5-10 cm dari vulva.
34	Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso cranial. Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
35	Jika dengan peregangan tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
36	Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati.
37	Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
38	Segera setelah plasenta lahir, melakukan massase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus terasa keras).
39	Sambil tangan kiri melakukan massase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan dalam kantong plastic yang tersedia.
40	Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menyebabkan perdarahan aktif. Bila ada lakukan penjahitan.
41	Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik.
42	Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah didalam larutan klorin 0,5% kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya.
43	Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati.
44	Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya.
45	Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%.
46	Membungkus kembali bayi.
47	Berikan bayi pada ibu untuk disusui.

48	Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu.
49	Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa uterus yang memiliki kontraksi baik dan
50	mengajarkan massase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik.
51	Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi.
52	Memeriksa nadi ibu.
53	Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%.
54	Membuang barang-barang yang terkontaminasi ke tempat sampah yang di sediakan.
55	Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah dan menggantikan pakainnya dengan pakaian yang kering/bersih.
56	Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
57	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
58	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
59	Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.
60	Melengkapi partograf.

Lampiran 6.6

Tabel Skor Pudji Rochjati

KEL F.R	N O.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	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 lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9		Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum	4			
		uri dirogoh	4				
		diberi infus/transfuse	4				
	10	Pernah operasi <i>Caesar</i>	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang Darah e. Malaria	4				
		b.TBC Paru f. Payah Jantung	4				
		c. Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)	4				
		d. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	<i>Hydramnion</i>	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					

KEHAMILAN				KEHAMILAN RESIKO TINGGI				
JML SKOR	STAT US KEHA MILA N	PERAWA TAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLON G	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TDK DIRUJUK	POLINDES	BIDAN			
6 s/d 10	KRT	BIDAN DOKTER	DIRUJUK PKM/RS	PKM/RS	BIDAN DOKTER	√	√	√
8 s/d 12	KRST	DOKTER	RS	RS	DOKTER	√	√	√

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 16/2/2020
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan : Rt. Tentara
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y/T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi : Ancaman Ruptur perineum/
 Ya, Indikasi Perineum Kaku
 Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : 5 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Pepegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	1.05	110/70	78	36,4	1jbpst	baik	kosong	± 30 cc
	11.20	109/72	88		1jbpst	baik	kosong	± 30 cc
	11.35	111/70	89		1jbpst	baik	kosong	± 30 cc
	11.50	119/72	88		1jbpst	baik	kosong	± 30 cc
2	12.20	121/82	84	36,8	1jbpst	baik	kosong	± 20 cc
	12.50	110/80	89		1jbpst	baik	kosong	± 20 cc

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana Perineum + 0fst perineum
 Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ± 150 ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 3990 gram
35. Panjang : 50 cm
36. Jenis kelamin : L/P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
40. Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu : segera, jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 6.8

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
Cara Mengatasi Keluhan-Keluhan Ibu Hamil**



Nama :

**NUR REYENA
NIM. P07224117021**

**PRODI D-III KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KALIMANTAN
TIMUR
TAHUN 2020**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik	Cara Mengatasi Keluhan-Keluhan Ibu Hamil
Sub pokok bahasan	1. Menjelaskan Keluhan-Keluhan selama Kehamilan 2. Menjelaskan Penyebab adanya Keluhan dan Ketidaknyamanan selama Kehamilan 3. Menjelaskan Cara Mengatasi Keluhan-Keluhan selama Kehamilan
Sasaran	: Ibu Hamil
Target	: Ibu hamil dengan usia kehamilan TM III
Hari / tanggal	: Jumat, 1-November-2019
Waktu	: 45 menit (09.00-09.45)
Tempat	: Poltekkes Kemenkes Kaltim
Penyuluh	: Nur Reyena

A. LATAR BELAKANG

Ketidaknyamanan merupakan suatu perasaan yang kurang ataupun yang tidak menyenangkan bagi kondisi fisik ataupun mental pada ibu hamil. (Hidayat, 2008: 120)

Keluhan selama kehamilan memang tak pernah sedikit dirasakan oleh ibu. Apalagi pada awal-awal kehamilan yang juga bersamaan dengan peningkatan hormone. Perubahan-perubahan tersebut akan membuat tubuh bumil dirasakan berbeda dan menimbulkan berbagai macam keluhan-keluhan. Seringkali keluhan-keluhan tersebut menimbulkan kekhawatiran pada bumil dan pasangannya. Tapi tidak selamanya keluhan-keluhan tersebut bersifat normal, jika keluhan tersebut terjadi terus menerus dan semakin parah maka dapat mengarah pada keadaan patologis.

Varney (1997) dan Prawirohardjo (2002) mengemukakan bahwa selama masa kehamilan, banyak wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang wanita mengatakan betapa bahagiannya dia karena akan menjadi seorang ibu. Namun tidak jarang ada beberapa wanita yang merasa khawatir akan terjadi masalah dalam kehamilannya, khawatir akan kehilangan kecantikannya atau nantinya akan melahirkan bayi yang tidak normal.

Penyebab dari kematian ibu di indonesia masih merupakan trias klasik,yaitu perdarahan,eklamsia dan infeksi (Manuabe,2007). Komplikasi tersebut terjadi karena faktor tiga terlambat dan empat terlambat. Salah satu dari faktor tiga terlambat adalah terlambat dalam mengambil keputusan dikarenakan ketidakmampuan ibu maupun keluarga mengenai tanda bahaya dalam kehamilan(Depkes,2006). Sedangkan empat faktor terlalu yaitu terlalu

muda,terlalu tua,terlalu sering,terlalu banyak. Penundaan keputusan akan berakibat meningkatnya resiko morbiditas dan mortalitas. (Abdullah,2007).

Deteksi dini mengenai faktor resiko merupakan suatu kegiatan untuk menemukan ibu hamil dengan faktor resiko dan komplikasi kebidanan (Depkes,2009). Setiap kehamilan merupakan sesuatu yang normal dialami seorang wanita dalam proses reproduksinya tetapi ada kalanya terjadi suatu komplikasi.

B. TUJUAN INTRUKSI UMUM

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan tentang cara mengatasi ke;uhan-keluhan pada ibu hamil selama 45 menit, sasaran diharapkan mampu memahami tentang cara mengatasi keluhan – keluhan selama hamil

C. TUJUAN INTRUKSI KHUSUS

1. Memahami tentang Keeluhan-Keluhan yang biasa timbul pada Ibu Hamil
2. Memahami Penyebab adanya keluhan dan ketidaknyamanan selama kehamilan
3. Memahami tentang Cara Mengatasi keluhan-Keluhan pada Ibu Hamil

D. MATERI PENYULUHAN

Terlampir

E. METODE

Penyuluhan (ceramah)

Diskusi

Tanya Jawab

F. MEDIA

Leaflet

G. EVALUASI

1. Menyimpulkan materi penyuluhan secara ringkas
2. Mengevaluasi apakah ibu memahami materi yang disampaikan
 - a. Peserta memahami tentang Keluhan-Keluhan yang sering timbul selama kehamilan
 - b. Peserta mengetahui penyebab adanya keluhan dan ketidaknyamanan selama kehamilan
 - c. Peserta memahami cara mengatasi keluhan-keluhan tersebut selama kehamilan

H. PENGORGANISASIAN & URAIAN TUGAS

1. Penyuluh : Nur Reyena

I. PROSES PELAKSANAAN

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1.		Pra Kegiatan : 1. Menyiapkan media 2. Menyiapkan tempat/ ruangan 3. Mengontrak waktu	1. Menyiapkan alat tulis 2. Menyiapkan alat bahan 3. Menyetakati kontrak waktu
2.	5 menit	Pembukaan : 1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Mengingat kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Menyimak 3. Mengingat kontrak
3.	30 menit	Pelaksanaan : 1. Memahami tentang Keeluhan-Keluhan yang biasa timbul pada Ibu Hamil 2. Memahami Penyebab adanya keluhan dan ketidaknyamanan selama kehamilan 3. Memahami tentang Cara Mengatasi keluhan-Keluhan pada Ibu Hamil	Menyimak
4.	10 menit	Penutup : 1. Menyimpulkan materi penyuluhan 2. Melakukan evaluasi subjektif dan objektif	1. Mendengarkan 2. Menjawab pertanyaan

J. SUMBER

Prawihardjo, Sarwono.2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka
Sarwono Prawihardjo

Elisabeth, Silwi.2011. *Kebutuhan Pada Ibu Hamil*.Yogyakarta: TIM Pustaka

Trysik. 2016. *Ketidaknyamanan Selama Kehamilan*.

<http://materikuliahkebidanankokom.blogspot.com/2016/04/makalah-ketidaknyamanan-kehamilan.html>. Diakses pada tanggal 23 Juli 2018

Ketidaknyamanan dan Keluhan yang dirasakan Selama Kehamilan

Keluhan selama kehamilan memang tak pernah sedikit dirasakan oleh ibu. Apalagi pada awal-awal kehamilan yang juga bersamaan dengan peningkatan hormone. Perubahan-perubahan tersebut akan membuat tubuh bumil dirasakan berbeda dan menimbulkan berbagai macam keluhan-keluhan. Seringkali keluhan-keluhan tersebut menimbulkan kekhawatiran pada bumil dan pasangannya.

Keluhan-keluhan yang sering dialami pada ibu hamil Usia Kehamilan 0-40 minggu

1. Ngidam
2. Morning Sickness (Mual pagi hari)
3. Nyeri ulu Hati
4. Sakit Kepala
5. Keputihan
6. Sering BAK
7. Mudah lelah

Cara mengatasi Keluhan-keluhan yang sering dialami ibu hamil

1. Ngidam
Keluhan ngidam selama hamil, memang wajar dirasakan saat ibu hamil. Namun ngidam bukan berarti ibu tidak memperhatikan apa yang tidak baik bagi dirinya dan bagi janinnya
2. Morning Sickness
Morning sickness atau biasa dikenal dengan mual dan muntah pada pagi hari khususnya, merupakan hal yang wajar bagi ibu karna ada reaksi peningkatan hormone progesterone, esterogen, dan HCG (hormone kehamilan)
Cara mengatasi keadaan tersebut ibu bisa melakukan beberapa cara yaitu:
 - a. Hindari bau bau yang menyengat dan yang menjadi factor mual Konsumsi minum-minuman yang hangat
 - b. Istirahat yang cukup
3. Nyeri ulu hati
Nyeri ulu hati juga merupakan salah satu keluhan yang sering dirasakan ibu, penyebab nyeri ulu hati ini adalah penekanan dari uterus yang membesar.
Cara mengatasi keadddaan tersebut ibu bisa melakukan beberapa cara yaitu:
 - a. Usahakan makan-makanan selagi hangat,
 - b. Hindari minum-minuman yang bersoda, kafein.
 - c. Dapat makan dengan porsi yang sedikit namun sering
4. Sakit kepala
Meski merupakan hal yang umum terjadi, namun banyak ibu hamil yang kebingungan karena khawatir obat sakit kepala berisiko membahayakan bayi.

Berikut beberapa cara alami yang dapat dilakukan ibu hamil untuk meredakan sakit kepala.

- a. Berbaring dan tempatkan kompres dingin pada kepala.
- b. Rutin berolahraga ringan, seperti berjalan kaki atau aerobik ringan.
- c. Hindari pemicu sakit kepala yang mungkin dikenali, seperti akibat minum kopi atau makan makanan manis.
- d. Makan dan istirahat teratur serta mengonsumsi cukup air mineral dapat mengurangi risiko sakit kepala.

5. Keputihan

Meskipun sering dialami bumil, namun harus waspada. Semua keputihan harus diwaspadai, terutama meskipun tidak disertai gatal dan bau. Keputihan akibat infeksi dapat menimbulkan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya serta persalinan prematur. Cara mengatasi keputihan pada ibu adalah:

- a. Meningkatkan kebersihan genetalia.
- b. Menghindari pencucian vagina dengan bahan kimia yang membahayakan
- c. Menghindari celana dalam yang terlalu ketat.
- d. Sering ganti celana dalam setiap kali basah.

6. Sering BAK

Seiring pembesaran uterus karna pertumbuhan janin, kandung kemih pun semakin tertekan. Cara meringankan:

- a. Tetaplah berkemih segera setiap ada keinginan untuk berkemih.
- b. Meningkatkan asupan cairan siang hari dan kurangi asupan cairan malam hari, hindari cafein.

7. Mudah lelah

Pembentukan plasenta, perubahan kadar hormon dan metabolisme secara alami menyebabkan tubuh menjadi mudah merasa lelah. Anda dapat tiba-tiba merasa sulit tidur di malam hari atau justru menjadi selalu mengantuk sepanjang hari.

Cara-cara berikut dapat dicoba untuk mengurangi lelah:

- a. Tidurlah lebih awal di malam hari.
- b. Manfaatkan waktu istirahat siang sebagai saatnya tidur untuk membantu mengurangi rasa kantuk saat bekerja.
- c. Konsumsi makanan dengan nutrisi cukup dan seimbang untuk menjaga kesediaan energi.
- d. Konsumsi setidaknya lima porsi buah dan sayur segar tiap hari. Jika memungkinkan, mintalah bantuan orang lain untuk mengerjakan pekerjaan yang sekiranya tidak sanggup Anda kerjakan sendiri, seperti mencuci dan menyetrika pakaian.
- e. Olahraga ringan secara teratur dapat membantu tubuh mendapatkan energi yang cukup dan stabil.

Keluhan selama kehamilan memang tak pernah sedikit dirasakan oleh ibu. Apalagi pada awal-awal kehamilan yang juga bersamaan dengan peningkatan hormone. Perubahan-perubahan tersebut akan membuat tubuh bumil dirasakan berbeda dan menimbulkan berbagai macam keluhan-keluhan. Seringkali keluhan-keluhan tersebut menimbulkan kekhawatiran pada bumil dan pasangannya

Keluhan-keluhan yang sering dialami pada ibu hamil

✓ Usia Kehamilan 0-40 minggu

- ✓ Ngidam
- ✓ Morning Sickness (Mual pagi hari)
- ✓ Nyeri ulu Hati
- ✓ Sakit Kepala
- ✓ Keputihan
- ✓ Sakit piggang
- ✓ Sering BAK
- ✓ Mudah lelah
- ✓ Kram-kran otot



Cara mengatasi Keluhan-keluhan yang sering dialami ibu hamil

✓ Ngidam

keluhan ngidam selama hamil, memang wajar dirasakan saat ibu hamil. Namun ngidam bukan berarti ibu tidak memperhatikan apa yang tidak baik bagi dirinya dan bagi janinnya.



✓ Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati juga merupakan salah satu keluhan yang sering dirasakan ibu, penyebab nyeri ulu hati ini adalah penekanan dari uterus yang membesar. Cara mengatasi keadaan tersebut ibu bisa melakukan beberapa cara yaitu

- Usahakan makan-makanan selagi hangat,
- Hindari minum-minuman yang bersoda, kafein.

- Dapat makan dengan porsi yang sedikit namun sering

✓ Sakit kepala

Meski merupakan hal yang umum terjadi, namun banyak ibu hamil yang kebingungan. Berikut beberapa cara alami yang dapat dilakukan ibu hamil untuk meredakan sakit kepala.

- Rutin berolahraga ringan, seperti berjalan kaki atau aerobik ringan.
- Hindari pemicu sakit kepala yang mungkin dikenali, seperti akibat minum kopi atau makan makanan manis.
- Makanan dan istirahat teratur serta mengonsumsi cukup air mineral

✓ Keputihan

Meskipun sering dialami bumil, namun harus waspada. Semua keputihan harus diwaspadai. Keputihan akibat infeksi dapat menimbulkan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya serta persalinan prematur.

Cara mengatasi keputihan pada ibu adalah

- Meningkatkan kebersihan genetalia.
- Menghindari pencucian vagina dengan bahan kimia yang membahayakan
- Menghindari celana dalam yang terlalu ketat.



✓ Sering BAK

Seiring pembesaran uterus karna pertumbuhan janin, kandung kemih pun semakin tertekan.

Cara meringankan:

- Tetaplah berkemih segera setiap ada keinginan untuk berkemih.
- Meningkatkan asupan cairan siang hari dan kurangi asupan cairan malam hari, hindari cafein.

✓ Mudah Lelah

Pembentukan plasenta, perubahan kadar hormon dan metabolisme secara alami menyebabkan tubuh menjadi mudah merasa lelah. Anda dapat tiba-tiba merasa sulit tidur di malam hari

atau justru menjadi selalu mengantuk sepanjang hari.



cara-cara berikut dapat dicoba

untuk mengurangi lelah:

- Tidurlah lebih awal di malam hari.
- Manfaatkan waktu istirahat siang sebagai saatnya tidur
- Konsumsi makanan dengan nutrisi cukup dan seimbang untuk menjaga kesediaan energi.
- Olahraga ringan



CARA MENGATASI KELUHAN-KELUHAN PADA SAAT KEHAMILAN

NOR REYENA

PO7224117021

POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR 2020

B. Barang Kebutuhan Bayi Baru Lahir

1. Baju untuk pulang dari rumah sakit, (min.2-3 buah)
2. Bedongan bayi (min. 5-6 buah)
3. Selimut bayi (min. 5-6 buah)
4. Popok (min. 12-18 buah)
5. Topi, sarung tangan, dan sarung kaki bayi (masing- masing min. 4 buah)
6. Tisu basah untuk mengganti popok bayi (min. 2 pack)



PENTINGNYA PERAN PENDAMPING SAAT PERSALINAN

Kehadiran suami tanpa tekanan dari luar pada proses persalinan akan sangat penting dalam membantu istri, terutama jika suami tahu banyak tentang proses melahirkan. Para suami sering mengeluhkan betapa tertekannya mereka kerana sama sekali tidak tahu apa yang harus dikerjakan untuk menolong istri mereka.

Oleh karena itu, seorang perempuan yang bersalin harus ditemani orang yang ia percayai dan dapat membuatnya merasa nyaman, bisa pasangan/suami, sahabat, atau anggota keluarga dekat lainnya.



PERSIAPAN PERSALINAN DAN KELAHIRAN BAYI



Oleh :

Nur Reyena

P07224117021

**POLTEKES KEMENKES KALTIM
D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2017-2018**

PENGERTIAN

Persiapan persalinan merupakan rencana yang disusun oleh ibu, suami, dan keluarga meliputi persiapan fisik dalam menghadapi persalinan, persiapan psikologis terhadap rasa takut serta persiapan materi yang mendukung kelancaran persalinan dari aspek finansial



FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSIAPAN PERSALINAN

1. Umur
2. Pendidikan
3. Ekonomi
4. Psikologis

HAL-HAL YANG PERLU DIPERSIAPKAN SAAT PERSALINAN

- 1) Dimana ibu akan bersalin (desa, fasilitas kesehatan, rumah sakit)
- 2) Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdarutan.
- 3) Kefasilitas kesehatan mana ibu akan dirujuk.
- 4) Bagaimana cara mendapatkan dana jika terjadi kegawatdarutan.
- 5) Bagaimana cara mencari donor darah.
- 6) Membuat rencana / pola menabung.
 - a) Keluarga dianjurkan untuk menabung sejumlah uang untuk persediaan dana guna asuhan selama kehamilan dan jika kegawatdarutan.
 - b) Menabung sesuai kemampuan dan terprogram.
 - c) Kesepakatan bersama dalam keluarga.
 - d) Program tabulin.
- 7) Mempersiapkan peralatan yang yang diperlukan untuk persalinan

BEBERAPA BARANG YANG DIPERLUKAN SAAT PERSALINAN:

A. Barang Kebutuhan Ibu

1. Baju Ganti atau daster dengan kancing depan (min. 4)
2. Perlengkapan Mandi
3. Sarung (min. 2 buah)
4. Dokumen Penting (Jaminan Kesehatan, KK, KTP)
5. Pembalut Nifas (min. 7 buah)
6. Bra Menyusui (min. 4 buah)
7. Gurita ibu (min.2)



*Perlengkapan melahirkan
untuk Ibu ke RS*



Pembalut Bersalin



Beju ganti kancing depan



Kain jarit



BH Menyusui



CD



Gurita atau korse
lahiran



Peralatan Mandi