

**HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY."Y"G₃P₁₀₁₁ USIA KEHAMILAN 39 MINGGU
DENGAN MASALAH TFU TIDAK SESUAI USIA KEHAMILAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MARGASARI
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2020**



OLEH

**WAHYU KARINA LESTARI
NIM. PO7224117038**

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

**HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY."Y"G₃P₁₀₁₁ USIA KEHAMILAN 39 MINGGU
DENGAN MASALAH TFU TIDAK SESUAI USIA KEHAMILAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MARGASARI
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2020**



OLEH

**WAHYU KARINA LESTARI
NIM. PO7224117038**

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

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

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA
NY. Y G₃P₁₀₁₁ USIA KEHAMILAN 39 MINGGU
DENGAN MASALAH TFU TIDAK SESUAI
DENGAN USIA KEHAMILAN DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MARGASARI KOTA
BALIKPAPAN

Nama Mahasiswa : WAHYU KARINA LESTARI

No. Induk Mahasiswa : P07224117038

Hasil Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan
Balikpapan, 28 Maret 2020

MENYETUJUI

Pembimbing Utama

Anggota Pembimbing

Dra. Meity Albertina, SKM.,SST.,M.Pd
NIP. 195708121979092001

Hj. Suryani, SST

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “Y” G₃P₁₀₁₁
USIA KEHAMILAN 39 MINGGU DENGAN MASALAH TFU TIDAK
SESUAI USIA KEHAMILAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MARGASARI KOTA BALIKPAPAN**

WAHYU KARINA LESTARI

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

pada Tanggal 28 Maret 2020

Penguji Utama

Faridah Hariyani, M.Keb
NIP. 198005132002122001

(.....)

Penguji I

Dra. Meity Albertina, SKM,SST.,MPd
NIP. 195708121979092001

(.....)

Penguji II

Suryani, SST

(.....)

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan

Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Inda Corniawati, M. Keb
NIP. 197508242006042002

Ernani Setyawati, M. Keb
NIP. 198012052002122001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



- Nama : Wahyu Karina Lestari
- NIM : P0.7224117038
- Tempat, Tanggal Lahir : Sepaku, 25 Agustus 1998
- Agama : Islam
- Alamat : Jalan Cempaka, RT 14, Kecamatan Sepaku,
Kabupaten Penajam Paser Utara
- Riwayat Pendidikan :
- SD Negeri 005 Sepaku PPU, Lulus Tahun 2011.
 - SMP Negeri 2 PPU, Lulus Tahun 2014.
 - SMA Negeri 3 PPU, Lulus Tahun 2017.
 - Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Tahun 2017 – sekarang.

KATA PERSEMBAHAN



Alhamdulillah, Puji dan syukur kepada Allah SWT dan Nabi Muhammad SAW. Dengan hanya ridho-Nya saya dapat menjalani pendidikan Diploma III Kebidanan sampai akhir titik ini, saya ucapkan kata persembahan ini

untuk orang yang selalu ada dan berkesan dalam menjalani masa pendidikan:

- ✚ Mamaku tersayang (Kartini). Terima kasih sudah melahirkan dan membesarkan Karin sampai sebesar ini, walaupun tanpa ada seorang suami yang mendampingi. dari umur 5 tahun sampai 21 tahun mama membesarkan Karin seorang diri, membanting tulang dari subuh sampai magrib, panas kehujanan setiap hari tanpa ada keluhan sedikitpun, bukan waktu yang singkat pasti berat rasanya, Karin minta maaf mungkin jadi anak yang sangat menyusahkan dan merepotkan, sering minta yang aneh-aneh dan selalu dituruti, terima kasih ma selalu support dan mendukung karin. Dan Karin juga minta maaf mungkin belum bisa membahagiakan mama, Doakan Karin semoga bisa sukses dan membahagiakan mama selalu, Amin. Dan untuk papaku (Alm. Tonaji) di alam sana, terima kasih banyak, walaupun singkat Karin bisa liat papa, tapi Karin tau papa pasti orang yang hebat, semoga papa tenang disana selalu ditempatkan disisi yang terbaik, amin.
- ✚ Keluarga besar Karin. Pakdhe, Bude, kakak. Terima kasih untuk segala dukungan dan doa kalian selama ini. Semoga Karin selalu bisa menjadi kebanggaan keluarga.
- ✚ Pembimbing Akademik, pembimbing Lapangan, sekaligus pembimbing satu LTA Karin yang paling tersayang Mami Meity. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu mami selama 3 tahun ini. Karin minta maaf sudah sering merepotkan mami, dan mungkin sering buat mami kecewa. Banyak hal yang ga bisa Karin lupain dari mami, mami yang selalu sabar membimbing Karin dan selalu mendukung Karin, terima kasih mami, akan selalu Karin ingat, Karin sudah menganggap mami seperti orang tua Karin

sendiri, semoga mami sehat dan bahagia terus ya. Amin. Dan terima kasih untuk pembimbing dua LTA Karin Ibu Suryani, walaupun kedekatan Karin dan ibu terbilang singkat tapi menurut Karin sangat berkesan. Banyak hal yang Karin belajar dari ibu terutama tentang kedisiplinan dan perjuangan, Karin minta maaf kalo sering buat ibu kecewa. Terima kasih ibu sudah mau berbagi pengalaman ke Karin dan sudah membimbing Karin sampai seperti ini. Sehat dan bahagia terus ya bu. Untuk dosen-dosen Prodi D-III Kebidanan Poltekes Kaltim terima kasih sudah memberikan ilmunya dan insya Allah dapat menjadi amal bagi ibu dan bapak.

🌈 Sahabatku yang Tercantik (Widy, Alfi, Siera). Terimakasih kalian sudah menjadi salah satu penyemangatkan, penghiburku. Kalau lagi sama kalian seketika beban hidup langsung hilang, banyak hal yang sudah kita lewatin sama sama dari nangis bareng sampai ngakak bareng dan Insya Allah bakal sukses bareng jadi Bidan Cantik yang Profesional dan bermanfaat bagi semua orang.

🌈 Untuk teman seperjuanganku dari awal daftar sampai sekarang (Houly Riskiyana Putri, Melinda rahmawati), terima kasih kalian sudah andil dalam semua ini, teman dari ga tau tempat sama sekali, nyasar bareng, gila bareng, nangis bareng, enjoy bareng lah pokoknya.

Semoga kalian juga selalu sukses ya.

🌈 Untukmu orang special di hidupku Chairul Hisyam Tamani Amd. Kep. Terima kasih sudah ada dalam kehidupanku, terima kasih selama 9 tahun ini sudah mau mendengarkan keluh kesahku, selalu membimbing dan ngasih saran, support dan juga ikut andil dalam menyelesaikan tugas akhir ini, setia menemaniku di saat susah maupun senang. Terima kasih atas semua bantuan yang kamu berikan.

Support darimu adalah salah satu semangatkan.

🌈 Terakhir aku sangat berterimakasih kepada teman-temanku Bidan Cantik angkatan 2017 atas kebersamaan selama 3 tahun ini banyak suka duka yang sudah kita lewati bersama. Wiwin, muti, Farah, Cilsilia, Anggel, Dinda, Hae, Hajrah, Ika, Indah, Lisa, Rani, Maya, Hikmah, Risma, Yana, Yena, Nisa,

Sely, Sendang, Sarah, Rusyda, Safira, Regi, Gea, Vira Ramadani, Vira Firda, Ajeng, Sabil, Maera, Diah, Ulfah, Intan, Putri, Halipah. Terima kasih kalian sudah saling membantu satu sama lain, walaupun kadang ada selisih paham di antara kita, tapi kalian luar biasa hebatnya. Jangan pernah berubah yah teman-teman jangan pernah sombong dan selalu rendah hati. Semangat terus buat kalian Pokoknya, perjuangan kita masih panjang, semoga kita bisa lulus bareng dan wisuda sama sama yah. Sedikit sedih karena kelulusan kita dibarengi dengan wabah corona ini. Bertambah lagi satu cerita kita untuk dikenang dan mungkin akan indah kalo diingat suatu saat nanti. Semoga kita selalu bahagia seperti slogan kita wkwk. Semangat terus ya kita semoga kalian selalu dalam lindungan Allah. Aamiin.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan, berkat rahmat dan karuniaNya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Hasil Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Ny.Y G₃P₁₀₁₁ Usia Kehamilan 39 Minggu dengan masalah TFU tidak sesuai usia kehamilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Margasari Kota Balikpapan”.

Hasil Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan sebelum meneruskan Proposal Laporan Hasil Tugas Akhir di pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Tahun Akademik 2020.

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

1. H. Supriadi B, S.Kp, M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Tmur.
2. Inda Corniawati, M. Keb, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Tmur.
3. Ernani Setyawati, M. Keb, selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.
4. Dra. Meity Albertina, SKM,SST.,MPd, selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Hasil Laporan Tugas Akhir ini.
5. Suryani,SST, selaku pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Hasil Laporan Tugas Akhir.
6. Faridah Hariyani, M.Keb, selaku penguji utama Hasil Laporan Tugas Akhir.

7. Para dosen dan staf pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.
8. Orang tua, serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis
9. Ny “Y” selaku Klien Laporan Tugas Akhir dan keluarga yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi klien untuk menyelesaikan LTA ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.
10. Rekan-rekan Mahasiswi Kebidanan angkatan Tahun 2017 yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

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

Balikpapan, Maret 2020

Wahyu Karina Lestari

ABSTRAK

Asuhan kebidanan komprehensif pada Ny."Y" G₃P₁₀₁₁ Usia kehamilan 39 minggu dengan masalah TFU tidak sesuai usia kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Margasari kota Balikpapan.

Setiap wanita akan melalui proses kehamilan, bersalin dan nifas, hal tersebut merupakan proses fisiologis. Selama menjalani proses tersebut kemungkinan terjadi masalah kesehatan yang dapat meningkatkan kesakitan bahkan kematian baik pada ibu dan bayi. Oleh sebab itu, diperlukan solusi untuk mencegah maupun mengatasi masalah tersebut, salah satunya adalah asuhan berkelanjutan (Continuity of Care). Tujuan penelitian ini adalah memberikan asuhan komprehensif dari masa kehamilan sampai nifas.

Penulis laporan tugas akhir ini dalam bentuk studi kasus yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP. Sampel yang digunakan sebanyak 1 sampel yaitu Ny."Y" di wilayah kerja Puskesmas Margasari Kota Balikpapan.

Hasil penelitian ini diperoleh diagnosis Ny. "Y" usia 39 Minggu G₃P₁₀₁₁ dengan Masalah TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, dan anemia ringan, pada masa persalinan, nifas, dan pada kunjungan neonatus tidak ditemukan masalah.

Hasil penelitian dapat disimpulkan terdapat kesenjangan antara teori dan praktik pada penerapan asuhan kebidanan, yaitu pada proses asuhan dan perubahan fisiologi. Setiap individu memiliki keunikan sehingga asuhan yang diberikan juga disesuaikan dengan kondisi pasien.

Kata Kunci : (TFU, IUGR)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat Studi Kasus	6
E. Ruang Lingkup.....	7
F. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	8
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	13
BAB III SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS	
A. Rancangan Studi Kasus	113
B. Kerangka Kerja Studi Kasus	114
C. Subjek Studi Kasus	115
D. Pengumpulan dan Analisis Data	115
E. Etika Penelitian	117

BAB IV SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI

KASUS

A. Antenatal Care.....	152
B. Asuhan Kebidanan Intranatal Care	170
C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	191
D. Asuhan Kebidanan Post natal Care	199
E. Asuhan Kebidanan Neonatus	211
F. Asuhan Kebidanan KB	222

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	224
B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan.....	235

BAB VI PEMBAHASAN

A. Kesimpulan	237
B. Saran.....	239

DAFTAR PUSTAKA	241
-----------------------------	------------

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold	16
Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri dalam cm	16
Tabel 2.3 Taksiran Berat Janin.....	17
Tabel 2.4 Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan.....	26
Tabel 2.5 Klasifikasi Tekanan Darah Berdasarkan Nilai MAP	27
Tabel 2.6 Jadwal Pemberian Imunisasi TT	29
Tabel 2.7 Menu Gizi Seimbang untuk Ibu Hamil	44
Tabel 2.8 Skor Poedji Rochjati	51
Tabel 2.9 Pola Fungsional Kesehatan Pada Ibu bersalin	76
Tabel 3.0 Memantau Kemajuan Persalinan Menggunakan Partograf.....	87
Tabel 3.1 Frekuensi Penilaian Dan Intervensi Dalam Persalinan Normal.....	88
Tabel 3.2 Apgar Scor	90
Tabel 3.3 Pola Fungsional Bayi Baru Lahir Normal.....	95
Tabel 3.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu	123
Tabel 3.5 Diagnosa dan Data Dasar	134
Tabel 3.6 Masalah dan Data Dasar	136
Tabel 3.7 Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh	145
Tabel 3.8 Intervensi Asuhan Kehamilan Kunjungan 1	155
Tabel 3.9 Pola Fungsional Kesehatan II	157
Tabel 4.0 Intervensi Asuhan Kehamilan Kunjungan II	162
Tabel 4.1 Pola Fungsional Kunjungan III.....	163
Tabel 4.2 Intervensi Asuhan Kehamilan Kunjungan III	168
Tabel 4.3 Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I Fase Laten	172
Tabel 4.4 Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I Fase Aktif.....	176
Tabel 4.5 Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala II	178
Tabel 4.6 Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III.....	182

Tabel 4.7 Observasi Kala IV	186
Tabel 4.8 Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV.....	187
Tabel 4.9 Nilai Apgar.....	192
Tabel 5.0 Pola Fungsional Kesehatan BBL	193
Tabel 5.1 Intervensi Asuhan Kebidanan Pada BBL.....	196
Tabel 5.2 Intervensi Asuhan Kebidanan Pada Nifas kunjungan I	201
Tabel 5.3 Intervensi Asuhan Kebidanan Pada Nifas kunjungan 2	206
Tabel 5.4 Pola Fungsional Pada Nifas kunjungan 3	209
Tabel 5.5 Intervensi Asuhan Kebidanan Pada Nifas kunjungan 3	210
Tabel 5.6 Pola Fungsional Neonatus Kunjungan I.....	212
Tabel 5.7 Intervensi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan I	212
Tabel 5.8 Pola Fungsional Neonatus Kunjungan 2	217
Tabel 5.9 Intervensi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan 2	218
Tabel 6.0 Pola Fungsional Neonatus Kunjungan 3.....	220
Tabel 6.1 Intervensi Asuhan Kebidanan Pada Neonatus kunjungan 3	225
Tabel 6.2 Intervensi Asuhan Kebidanan Kunjungan KB.....	223

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Perubahan Fisiologis Trimester III	18
Bagan 2.2 Skema Kerangka Kerja	114

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APD	: Alat Pelindung Diri
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory
ASI	: Air Susu Ibu
A/S	: Apgar Score
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
CM	: Compos mentis
Cm	: Centimeter
COC	: Continuity Of Care
Depkes	: Departemen Kesehatan
DHA	: Docosehaxaenoic Acid
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Mellitus
DMG	: Diabetes Mellitus Gestasional

DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
Fe	: Ferum
gr	: Gram
GPAPAH	: Gravida, Partus, Aterm, Prematur, Abortus, dan Anak Hidup
HB	: Hemoglobin
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HDL	: High Density Lipoprotein Cholesterol
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMT	: Indeks Masa Tubuh
INC	: Intranatal Care
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IUD	: Intra Uteri Device
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi

LILA	: Lingkar Lengan Atas
m	: Meter
MDGs	: Millenium Development Goals
Mg	: Miligram
ml	: Mililiter
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
NST	: Non Stress Test
Ny.	: Nyonya
KB	: Keluarga Berencana
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
PAP	: Pintu Atas Pinggul
PB	: Panjang Badan
Penkes	: Pendidikan Kesehatan
PNC	: Postnatal Care
PP	: Post Partum
PBP	: Pintu Bawah Rahim
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
Pusdiknakes	: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan
Px	: Prosesus xiploideus
REM	: Rapid Eye Movement
RI	: Republik Indonesia
SAR	: Segmen Atas Rahim
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: Sectio Caesarea

SDGs	: Sustainable Development Goals
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOAP	: Subjek, Objek, Assesmen, Pelaksanaan
TBC	: Tuberkulosis
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
Tn.	: Tuan
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
USG	: Ultrasonografi
VDRL	: Veneral Disease Resesrch Lab
WBC	: White Blood Cell
WHO	: World Health Organization
WITA	: Waktu Indonesia Tengah

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Informasi Kepada Subjek Penelitian	227
Surat Persetujuan Setelah Penjelasan.....	229
Lembar Konsultasi	230
Partograf.....	235
Dokumentasi	236

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penelitian yang dilakukan WHO di seluruh dunia, terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun dan kematian bayi khususnya neonatus sebesar 10.000.000 jiwa per tahun. Kematian maternal dan bayi tersebut menjadi trauma di negara berkembang sebesar 99%. WHO memperkirakan jika ibu hanya melahirkan 3 bayi, maka kematian ibu dapat diturunkan menjadi 300.000 jiwa dan kematian bayi sebesar 5.000.000 jiwa per tahun (Manuaba, 2010).

Angka Kematian Ibu (AKI) Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2017, dari data yang dilaporkan yaitu 110 kasus kematian ibu. (Profil kesehatan, 2017). Sedangkan 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.(Profil Kesehatan, 2017).

AKB Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2015, dari data yang dilaporkan menurun pada tahun 2013 yaitu 414 , pada tahun 2014 sebesar 329 dan meningkat pada tahun 2015 menjadi 762. Sementara itu Angka Kematian Bayi pada tahun 2015 di kota Balikpapan yaitu 78 kasus. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000

kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDG's 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan, 2015).

Indonesia terus menyerukan dan mengupayakan peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) melalui program 1000 hari pertama kehidupan (HPK), karena kualitas manusia ditentukan sejak awal janin bertumbuh di dalam tubuh seorang ibu. Seorang ibu hamil harus berjuang menjaga asupan nutrisinya agar pembentukan, pertumbuhan dan perkembangan janinnya optimal. Idealnya, berat badan bayi saat dilahirkan adalah tidak kurang dari 2500 gram, dan panjang badan bayi tidak kurang dari 48 cm. Inilah alasan mengapa setiap bayi yang baru saja lahir akan diukur berat dan panjang tubuhnya, dan dipantau terus menerus terutama di periode emas pertumbuhannya, yaitu 0 sampai 2 tahun.(Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah melaksanakan asuhan secara komprehensif atau *Continuity of Care* (Kemenkes, 2015).

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, 2015).

Salah satu indikator bayi sehat adalah berat lahir yang normal. Pada kehamilan presentasi bokong, penentuan TBJ merupakan hal yang penting dilakukan untuk menentukan metode persalinan. Pemeriksaan USG merupakan

metode yang selama ini digunakan dan menjadi pedoman untuk memperkirakan berat janin pada kehamilan presentasi bokong.

Pengukuran TFU dilakukan secara rutin dengan tujuan mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Indikator pertumbuhan berat janin intra uterine, tinggi fundus uteri dapat juga mendeteksi secara dini terhadap terjadinya molahidatidosa (kehamilan mola/kehamilan anggur), janin ganda atau hidramnion dimana ketiganya dapat mempengaruhi terjadinya kematian maternal (Mufdlilah, 2011).

Pertumbuhan janin terhambat (PJT) adalah suatu keadaan yang dialami oleh janin yang mempunyai berat badan di bawah batasan tertentu dari umur kehamilannya (Lausman *et al.*, 2012).

Pertumbuhan janin dalam kandungan merupakan hasil interaksi antara potensi genetik dari ayah maupun ibu dan lingkungan intrauterine (Soetjaningsih, 2014). Berat badan lahir rendah (BBLR) dapat terjadi pada bayi yang dilahirkan prematur kehamilannya (<37 minggu) sesuai untuk masa kehamilannya dan bayi yang lahir aterm kehamilannya (> 37 minggu) kecil untuk masa kehamilannya tetapi terdapat gangguan IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*) atau pertumbuhan janin terhambat (PJT). Di negara maju, sekitar dua per tiga BBLR disebabkan oleh prematuritas, sedangkan di negara berkembang sebagian besar BBLR disebabkan oleh PJT (Robert, 2002; Kosim *et al.*, 2010; Cunningham *et al.*, 2014).

Penyebab kematian perinatal cenderung meningkat sepertiga dari seluruh kasus bayi dengan berat badan lahir < 2500 gram mengalami PJT, dimana hampir 4–8% bayi yang lahir ini berasal dari negara berkembang dan 6–30% bayi yang

lahir dikategorikan dengan PJT. PJT merupakan 10% komplikasi dari seluruh kehamilan dimana hal ini berhubungan dengan angka kematian perinatal yaitu 6 sampai 10 kali lebih tinggi dibanding bayi dengan pertumbuhan yang normal dan merupakan penyebab kedua terpenting kematian perinatal setelah persalinan prematuritas (Lam *et al.*, 2002; Cunningham *et al.*, 2014).

Bidan berperan sangat penting dalam menurunkan AKI dan AKB. Karena bidan sebagai ujung tombak atau tenaga kesehatan yang berada di garis terdepan dan berhubungan langsung dengan masyarakat, dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan paripurna berfokus pada aspek pencegahan melalui pendidikan kesehatan dan konseling, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan perempuan serta melakukan dini pada kasus – kasus rujukan kebidanan (Depkes RI, 2013).

Pemeriksaan yang dilakukan pada tanggal 29 Oktober 2019 ditemukan keadaan umum baik, hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 37°C nadi 84 x/menit, pernafasan 22 x/menit, serta hasil pengukuran berat badan saat ini adalah 63 kg, janin tunggal hidup intrauteri, letak kepala, DJJ: 142 x/menit, TFU: 17 cm, Hb: 10,9 gr%. Hasil pemeriksaan USG pada 29 Oktober 2019, TBJ: 775 gr, usia kehamilan 24 minggu, TP: 23 Februari 2019, ketuban Utuh, tak ada lilitan tali pusat dan plasenta terletak di segmen atas rahim. Keluhan Ny. Y yaitu nyeri pada pinggang, dan nyeri bagian perut bawah. Ibu mengatakan ini anak ke-3 dan pernah keguguran 1 kali pada tanggal 10 Januari 2019.

Berdasarkan pada hasil pengkajian dan pemeriksaan pada kunjungan pertama tanggal 29 Oktober 2019, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny.'Y" selama masa hamil dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. Y G₃P₁₀₁₁. Usia Kehamilan 24 Minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Margasari Balikpapan Barat Tahun 2019"

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah "Bagaimana Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif Pada Ny. Y G₃P₁₀₁₁.Usia Kehamilan 24 Minggu Di Wilayah Kerja Puskesmas Margasari Balikpapan Barat Tahun 2019 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. Y.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- e. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- f. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada keluarga berencana 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. Y usia 21 tahun G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 24 minggu yang bertempat tinggal di Jl. Sepaku Laut, RT 06, Gang Manuntung, Balikpapan Barat. Pelaksanaan asuhan kebidanan yang komprehensif akan dilakukan pada periode bulan Oktober 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 penulisan disusun sesuai dengan sistematika penulisan.

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, 1997).

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 *Mamae*, Presentasi Bokong, Asma *Bronchiale*, Presentasi Daggu, Disproporsi *Sevalo Pelvik*, Hipertensi Kronik, *Koagilopati*, Presentasi Ganda, *Cystitis*, Eklampsia, Kelainan Ektopik, *Ensephalitis*, 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 : Menetapkan 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 : Menyusun 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 (Varney, 2010).

3. Konsep SOAP

Menurut Helen Varney, 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 fokus 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. 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 :

1) Tujuan umum

Tujuan umum 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.

2) Tujuan khusus

Tujuan khususnya adalah mempersiapkan ibu agar memahami pentingnya pemeliharaan kesehatan selama hamil, bersalin, nifas, bayi dan anak, mempersiapkan dan merencanakan persalinan sesuai dengan 10 faktor resiko yang dihadapi, mendeteksi dini dan menangani masalah secara dini, mempersiapkan ibu untuk merawat

bayi, menyusui bayi secara eksklusif dan dilanjutkan sampai usia dua tahunan, mempersiapkan ibu agar ikut keluarga (Manuaba, 2011).

c. Kunjungan Antenatal

Pelayanan Antenatal adalah pelayanan terhadap individu yang bersifat preventif care untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu maupun janin agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman, diperlukan kesiapan fisik dan mental ibu sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal, karena dengan keadaan kesehatan ibu yang optimal sangat berpengaruh bagi pertumbuhan janin yang dikandungnya (Departemen Kesehatan RI, 2012).

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 (Saifuddin, 2010).

a) Tujuan Pelayanan Antenatal adalah sebagai berikut :

(a).Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.

(b).Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu.

- (c). Mengenali dan mengurangi secara dini adanya penyulit/komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- (d). Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal mungkin.
- (e). Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI secara eksklusif.
- (f). Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran janin agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- (g). Mengurangi bayi lahir prematur, kelahiran mati dan kematian neonatal.

b) Keuntungan ANC

Dapat mengetahui berbagai resiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit (Manuaba, 2013).

d. Menentukan Usia Kehamilan

(a). 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, dkk, 2012).

(b).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

(Penentuan Usia Kehamilan menurut leopod, 2012)

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

(Penentuan Usia Kehamilan menurut Mc-Donald,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.

Trimester tiga adalah triwulan terakhir dari masa kehamilan yakni usia 7 bulan sampai 9 bulan atau 28 minggu – 40 minggu (Saifuddin, 2010).

Trimester tiga adalah trimester terakhir kehamilan, pada periode ini pertumbuhan janin dalam rentang waktu 28-40 minggu. Janin ibu sedang berada di dalam tahap penyempurnaan (Manuaba, 2010).

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penentuan. Pada periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk melihat bayinya (Kusmiyati, 2009).

e. Taksiran Berat Janin

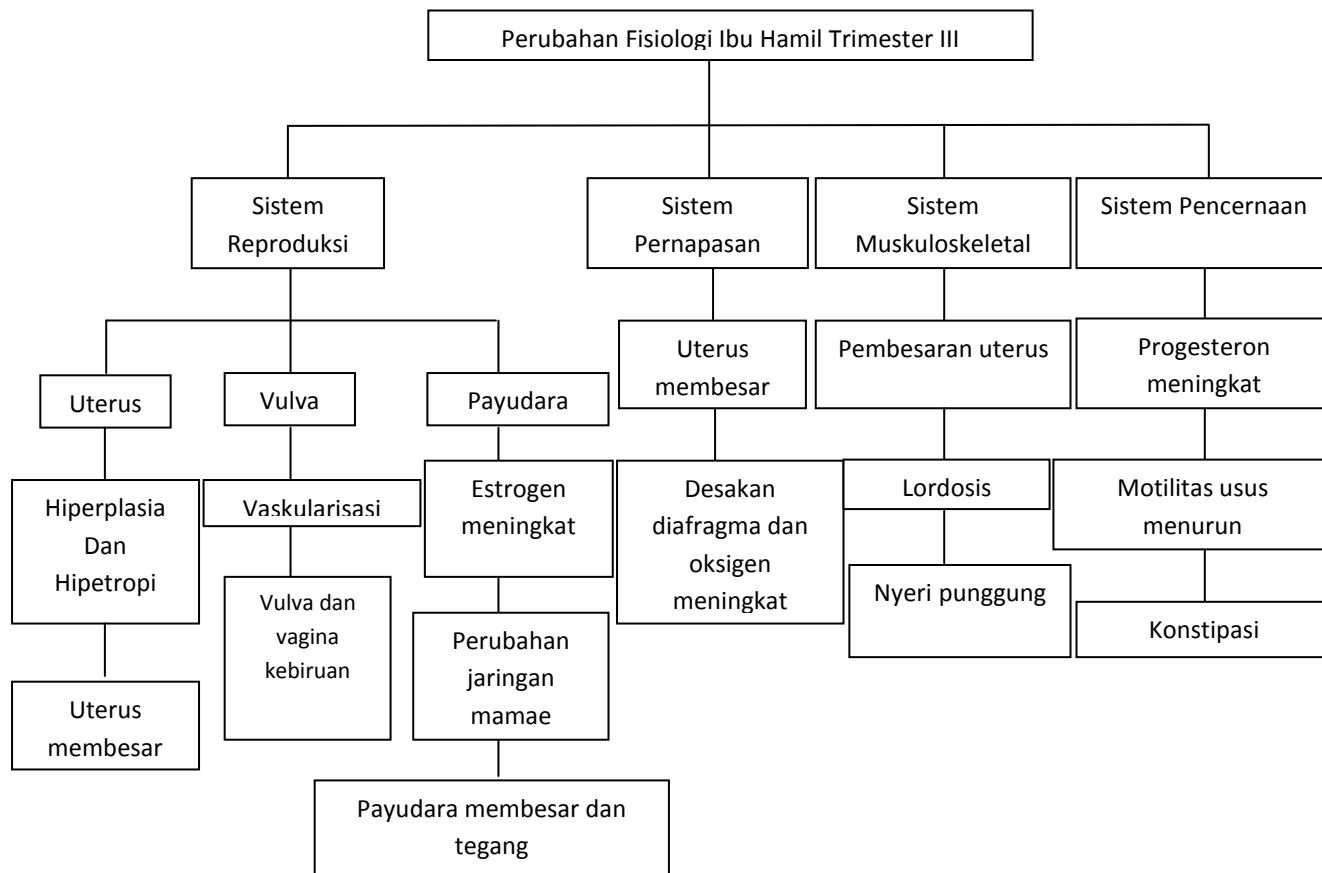
Tabel 2.3 Perkembangan Berat dan Panjang Janin Sesuai Usia Kehamilan

Usia (Minggu)	Panjang Janin (cm)	Berat Janin (gr)
4	0,4-0,5 2,5-3	0,4
8	6-9 11,5-13,5	2
12	16-18,5 23	19
16	27 31	100
20	35	300
24	40	600
28		1100
30-31		1800-2100
36		2900
40		3200

(Sumber : Bobak, dkk. 2010)

f. Perubahan Fisiologis Trimester III

Bagan 2.1 Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Pada TM 3



g. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III

(Syafrudin, 2011).

a) Sakit Punggung

Sakit pada punggung hal ini karena meningkatnya beban berat yang ibu bawa yaitu bayi dalam kandungan. Pakailah sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, berdiri dan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, mintalah pertolongan untuk melakukan pekerjaan rumah ibu sehingga ibu tak perlu membungkuk terlalu sering dan pakailah kasur yang nyaman.

b) Payudara

Keluarnya cairan dari payudara yaitu colustrum adalah makanan bayi pertama yang kaya akan protein.

c) Konstipasi

Pada trimester ke tiga ini konstipasi juga karena tekanan rahim yang membesar kedaerah usus selain peningkatan hormon progesteron. Atasi dengan makanan yang berserat seperti buahan dan sayuran serta minum air yang banyak, serta olahraga.

d) Napas Sesak

Pada kehamilan 33-36 banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas hal ini karena tekanan bayi yang berada dibawa diafragma menekan paru ibu. Tetapi setelah kepala bayi sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang pertama kali hamil maka ibu akan merasa lega dan bernafas lebih mudah . Selain itu juga rasa terbakar didada (heart burn) biasanya juga ikut hilang. Karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi dibawah tulang iga ibu. Napas sesak juga disebabkan Progesteron yang membuat bernapas lebih dalam dan lebih sering juga bisa karena Anemia sehingga pengangkutan oksigen keseluruhan tubuh berkurang. Penanganan :

(a) Gunakan bantal tambahan di malam hari.

(b) Duduklah ketika merasa sesak napas.

(c) Untuk bantuan sementara, letakkan lengan di atas kepala.

- (d) Ketika berbaring, berbaringlah miring (miring kiri lebih baik).
- (e) Ambil vitamin prenatal atau pil besi, seperti yang ditentukan.
- (f) Makan-makanan kaya zat besi seperti daging merah tanpa lemak, hati, kacang kering, dan gandum atau roti diperkaya.
- (g) Dapat bernapas lebih leluasa pada bulan terakhir kehamilan jika bayi turun rendah di panggul.

(h) Sering Kencing

Pembesaran rahim dan ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu.

(i) Masalah Tidur

Setelah perut ibu besar ibu dan bayi ibu menendang di malam hari ibu akan menemukan kesulitan untuk dapat tidur nyenyak, Cobalah untuk menyesuaikan posisi tidur ibu.

(j) Varises

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang menyebabkan vena menonjol. Dan pada akhir kehamilan kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul, varises juga dipengaruhi faktor keturunan. Angkatlah kaki ke atas ketika ibu istirahat atau tiduran, pakailah celana atau kaos kaki yang dapat mensupport ibu, pakai dipagi hari dan lepaskan ketika ibu pergi tidur. Jangan berdiri atau duduk terlalu lama, cobalah untuk berjalan-jalan.

(k) Kontraksi Perut

Braxton-Hicks kontraksi atau kontraksi palsu. Kontraksi berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk atau istirahat.

(l) Bengkak

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.

(m) Nyeri Punggung dan nyeri perut bagian bawah

Nyeri punggung dan perut pada ibu hamil trimester III disebabkan oleh pembesaran uterus sehingga terjadi perubahan postur tubuh yang mengakibatkan perubahan pusat gravitasi berpindah kedepan. Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri punggung dan perut pada ibu hamil yaitu menghindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban dan berjalan tanpa istirahat, kompres hangat pada punggung dan perut, serta dengan melakukan olah raga fisik secara teratur (Varney, 2011).

(n) Cairan Vagina Meningkat

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan mendekati persalinan lebih cair. Yang terpenting adalah tetap

menjaga kebersihan ibu. Hubungi dokter ibu bila cairan berbau, terasa gatal dan sakit.

(o) Rasa Khawatir & Cemas

Gangguan hormonal : penyesuaian hormonal, khawatir jadi ibu setelah kelahiran. Relaksasi, masase perut, minum susu hangat, tidur pakai ganjal bagian tubuh.

h. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

(a). Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010).

Pada Kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Asrinah, 2010).

(b). Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi.

(c). Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklampsia.

(d). Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

(e). Keluar Cairan per Vagina

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm (< 37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum.

(f). Gerakan Janin Tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakan bayi akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Bayi harus bergerak 3x dalam 1 jam atau minimal 10x dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin.

(g). Nyeri Perut yang Hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalian. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio placenta. Nyeri perut yang hebat bisa berarti apendiksitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio placenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Asrinah, 2010).

i. Standar Asuhan Kebidanan(Depkes RI, 2009)

Standar asuhan minimal kehamilan di Kota Balikpapan termasuk dalam "10T", yaitu:

a) 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. Pada trimester II dan III perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambahkan berat badan 0,4 kg. Perempuan dengan gizi kurang 0,5 kg gizi baik 0,3 kg. Indeks masa tubuh adalah suatu metode untuk mengetahui penambahan optimal, yaitu 20 minggu pertama mengalami penambahan BB sekitar 2,5 kg, 20 minggu berikutnya terjadi penambahan sekitar 9 kg, Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg (Sari, dkk, 2015).

Tabel 2.4 Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan

IMT (kg/m^2)	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)		0,2 kg/minggu
Bayi kembar	15,9-20,4 kg	0,7 kg/minggu

(Sumber: (Sukarni. 2013))

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

b) 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, Froelicher, Motzer, & Bridges, 2010).

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

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)	150Hg atau lebih

c). 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), yang menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka panjang baik dalam jumlah maupun kualitasnya. Cara melakukan pengukuran lila:

- (a) Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan meteran
- (b) Lingkarkan dan masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LiLA. Baca menurut tanda panah
- (c) Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan pita LiLA.

d) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T4)

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.

e) 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.

Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil. Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu / 4 bulan. Gambaran DJJ:

- (a) Takikardi berat; detak jantung diatas 180x/menit
- (b) Takikardi ringan: antara 160-180x/menit
- (c) Normal: antara 120-160x/menit
- (d) Bradikardia ringan: antara 100-119x/menit
- (e) Bradikardia sedang: antara 80-100x/menit
- (f) Bradikardia berat: kurang dari 80x/menit

- f) 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 : Depkes RI,2009)

- g) 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.

h) 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.

Apabila didapatkan resiko penyakit lainnya saat kehamilan seperti darah tinggi/hipertensi dan kencing manis/diabetes melitus, maka dapat dilakukan tes laboratorium lainnya seperti tes fungsi ginjal, kadar protein (albumin dan globulin), kadar gula darah dan urin lengkap.

Tes laboratorium dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi ibu hamil saat melakukan pemeriksaan kehamilan dan bertujuan untuk mengatasi risiko penyakit lain selama kehamilan. Sehingga ketika waktu persalinan dapat berlangsung dengan aman dan sehat.

i). 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. Hal ini bertujuan untuk melakukan pemantauan terhadap adanya PMS agar perkembangan janin berlangsung normal.

j). 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 :

- (a) Merujuk ke dokter untuk konsultasi ke gizi dan gigi, menolong ibu menentukan pilihan yang tepat.
- (b) Melampirkan kartu kesehatan ibu beserta surat rujukan
- (c) Meminta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat hasil rujukan
- (d) Meneruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan
- (f) Memberikan asuhan Antenatal (selama masa kehamilan)
- (g) Perencanaan dini jika tidak aman melahirkan dirumah
- (h) Menyepakati diantara pengambil keputusan dalam keluarga tentang rencana proses kelahiran
- (i) Persiapan dan biaya persalinan

j. Jarak Kehamilan

a). Pengertian Jarak Kehamilan

- (a). Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan (Manuaba,2010)
- (b). Jarak adalah ruang sela (panjang jauh) antara dua benda atau tempat (Tim penyusun kamus pusat bahasa Indonesia, 2011).
- (c). Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan yang pertama dengan kehamilan berikutnya (Depkes RI,2013)

(d). Jarak kehamilan merupakan interval antara dua kelahiran yang berurutan dari seorang wanita. Jarak kehamilan yang cenderung singkat dapat menimbulkan beberapa efek negatif baik pada kesehatan wanita tersebut maupun kesehatan bayi yang dikandungnya. Setelah melahirkan, wanita memerlukan waktu yang cukup untuk memulihkan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan serta persalinan selanjutnya (Sawitri dkk, dalam Rifdiani, 2017).

b). Jarak Kehamilan dan kelahiran Ideal

Rutstein (2011, dalam Fajarningtyas 2012) menyebutkan bahwa besarnya resiko kehamilan dan kelahiran adalah karena jarak kelahiran yang tidak ideal. Dalam hal ini adalah kelahiran yang kurang dari 24 bulan atau lebih dari 59 bulan.

Terdapat beberapa alasan perlunya jarak kelahiran menurut Ummah (2015), diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Belum pulihnya kondisi rahim ibu setelah kehamilan sebelumnya.
2. Dapat timbulnya beberapa resiko dalam kehamilan, salah satunya adalah anemia.
3. Resiko terjadinya pendarahan pasca persalinan.
4. Waktu yang disediakan ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang karena harus terbagi.

c). Dampak Jarak kehamilan dan kelahiran terlalu dekat

Ruswandiani dan Mainase (2015, dalam Monita, et.al, 2016) mengatakan bahwa jarak kelahiran yang ideal adalah lebih dari dua tahun, karena tubuh memerlukan kesempatan untuk memperbaiki persediaan, selain itu pertumbuhan dan perkembangan janin juga akan terhambat jika organ-organ reproduksi terganggu. Dari permasalahan tersebut juga akan muncul beberapa resiko, misalnya kematian janin saat dilahirkan, BBLR, dan Kematian di usia bayi.

Ruswandiani dan Mainase (2015, dalam Monita, et.al, 2016) mengatakan bahwa jarak kelahiran yang ideal adalah lebih dari dua

tahun, karena tubuh memerlukan kesempatan untuk memperbaiki persediaan, selain itu pertumbuhan dan perkembangan janin juga akan terhambat jika organ-organ reproduksi terganggu. Dari permasalahan tersebut juga akan muncul beberapa resiko, misalnya kematian janin saat dilahirkan, BBLR, dan Kematian di usia bayi.

Menurut Ammirudin (2017) proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1 – 3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukkan proporsi kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat beresiko terjadi anemia dalam kehamilan. Karena cadangan zat besi ibu hamil pulih. Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya.

k. Abortus

a) Pengertian Abortus

Abortus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram dan masih ada sisa yang tertinggal di dalam uterus (Cunningham, *et al.*, 2014). Pada abortus inkomplit ini didapatkan kanalis servikalis yang membuka (Cunningham, *et al.*, 2014).

b) Klasifikasi Abortus

Secara umum, jenis-jenis abortus ialah sebagai berikut:13

- (a). Abortus Imminens adalah peristiwa perdarahan dari *intrauteri* pada kehamilan kurang dari 20 minggu tanpa adanya dilatasi serviks dengan hasil konsepsi masih di dalam uterus.
- (b) Abortus Insipiens adalah peristiwa perdarahan dari *intrauteri* pada kehamilan kurang dari 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks secara kontinu dan progresif, keguguran tidak akan dapat dicegah lagi.

- (c) Abortus Inkompletus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi dari uterus pada kehamilan kurang dari 20 minggu.
 - (d) Abortus Kompletus adalah pengeluaran seluruh hasil konsepsi dari uterus sehingga rongga rahim kosong pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.
 - (e) *Missed Abortion* (Abortus Tertahan) adalah abortus yang ditandai dengan fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan.
 - (f) Abortus Berulang/Habitualis adalah abortus spontan yang terjadi tiga kali atau lebih berturut-turut.
 - (g) Abortus Infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada alat genitalia.
 - (h) Abortus Septik adalah abortus yang disertai penyebaran infeksi pada peredaran darah tubuh atau peritoneum (septikemia atau peritonitis)
- c). Komplikasi Abortus

Risiko komplikasi akibat abortus inkompletus antara lain:

(a) Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

(b) Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlukaan pada uterus.

(c) Syok

Syok adalah suatu keadaan klinis yang akut akibat berkurangnya perfusi jaringan dengan darah karena gangguan pada sirkulasi mikro. Kekurangan perfusi apabila berlangsung terlalu lama dapat menimbulkan hipoksia jaringan yang akan merusak sel-sel dan pada akhirnya menyebabkan kematian.

(d) Infeksi

Infeksi dari bakteri yang merupakan flora normal dari genitalia eksterna dan vagina dapat juga menyebabkan syok yang dinamakan syok septik atau syok endotoksin. Peristiwa infeksi yang dapat menimbulkan syok septik adalah abortus infeksiosa terutama yang dilakukan pada abortus kriminalis.

1. Pertumbuhan Janin Terhambat

a). Definisi

Pertumbuhan janin terhambat (PJT) adalah suatu keadaan yang dialami oleh janin yang mempunyai berat badan di bawah batasan tertentu dari umur kehamilannya. Secara definisi, PJT adalah janin yang berat badannya sama atau kurang dari 10 persentil yang tidak dapat mencapai pertumbuhan yang optimal karena terhambat oleh faktor maternal, fetal atau plasenta (Lausman *et al.*, 2012).

Ada klinisi yang menggunakan titik potong (cut-off point) 5 persentil, ataupun 2 Standar deviasi (SD) (kurang lebih 3 persentil).

Selain melalui berat badan beberapa mendefinisikan dengan lingkaran perut kurang atau sama dengan 5 persentil atau femur length (FL)/abdominal circumference (AC) > 24 (Steinborn dan Varkonyi, 2012).

Sulitnya mengetahui angka pasti insiden PJT karena pencatatan tentang usia gestasi yang masih sering tidak tersedia di negara yang sedang berkembang (Wiknjosastro, 2010).

Janin dengan PJT mempunyai morbiditas dan mortalitas yang tinggi, bahkan juga morbiditas jangka panjang. Kematian perinatal sering disebabkan oleh asfiksia saat lahir, aspirasi mekonium, perdarahan paru, hipotermia dan hipoglikemia. Pada PJT terdapat peningkatan kematian janin empat sampai delapan kali dalam masa kehamilan dan lima kali dalam masa persalinan (Wiknjosastro, 2010).

b). Klasifikasi

Klasifikasi pertumbuhan janin terhambat (Karkata dan Kristanto, 2012):

(a). Pertumbuhan janin terhambat simetris:

Jika ukuran badan janin secara proporsional kecil, gangguan pertumbuhan janin terjadi sebelum umur kehamilan 20 minggu, sering disebabkan oleh kelainan khromosom atau infeksi.

(b). Pertumbuhan janin terhambat asimetris:

Jika ukuran badan janin tidak proporsional, gangguan pertumbuhan janin terjadi pada kehamilan trimester III. Keadaan ini sering disebabkan oleh isufisiensi plasenta.

Jika faktor yang menghambat pertumbuhan terjadi pada awal kehamilan, saat hiperplasi (biasanya karena kelainan kromosom dan infeksi), akan menyebabkan PJT yang simetris. Jumlah sel berkurang

dan secara permanen akan menghambat pertumbuhan janin dan prognosinya jelek. Penampilan klinisnya proporsinya tampak normal karena berat dan panjangnya sama-sama terganggu, sehingga ponderal indeksinya normal. Jika faktor yang menghambat pertumbuhan terjadi pada saat kehamilan lanjut, saat hipertrofi (biasanya gangguan fungsi plasenta, misalnya preeklampsia), akan menyebabkan ukuran selnya berkurang, menyebabkan PJT yang asimetris yang prognosinya lebih baik. Lingkaran perutnya kecil, skeletal dan kepala normal, ponderal indeksinya abnormal.

Data yang diperoleh dari Depkes RI pada tahun 2012 menunjukkan 75% adalah Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) atau IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*), BBLR (Berat Badan lahir Rendah), dan tidak berkembangnya janin dalam kandungan, dalam artian bayi baru lahir berukuran lebih kecil dengan usia kehamilannya, 15-25% terjadi karena *infusio uteroplacenta* dan 5-10% terjadi karena infeksi selama kehamilan atau kecacatan bawaan.

c). Faktor Resiko dan Etiologi

Untuk membedakan adanya PJT dengan berat bayi lahir rendah, diperlukan pengamatan yang seksama mengenai faktor risiko. Skrining terhadap PJT berdasarkan faktor risiko klinis telah secara rutin diterapkan oleh para ahli (Lausman *et al.*, 2012).

Faktor risiko pertumbuhan janin terhambat tersebut antara lain (Karkata dan Kristanto, 2012):

- (a) Lingkungan sosio-ekonomi rendah
- (b) Riwayat PJT dalam keluarga
- (c) Riwayat obstetri yang buruk
- (d) Berat badan sebelum hamil dan selama kehamilan yang rendah
- (e) Komplikasi obstetri dalam kehamilan
- (f) Komplikasi medik dalam kehamilan

Meskipun sekitar 50% pertumbuhan janin terhambat belum diketahui penyebabnya, ada beberapa faktor yang diketahui dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat.

Etiologi PJT terdiri dari faktor maternal, fetal dan plasental:

d) Faktor maternal

- (a) Riwayat berat badan lahir rendah atau PJT pada persalinana sebelumnya.
- (b) Ibu yang kecil atau berat badan ibu yang rendah sebelum hamil.
 - i. Gizi maternal buruk (< 1500 kalori / hari)
 - ii. Status sosioekonomi yang rendah
 - iii. Merokok, alkohol dan narkoba
 - iv. Usia maternal ekstrim, < 16 tahun atau > 35 tahun
 - v. Menggunakan teknologi reproduksi
 - vi. Partner yang berbeda
 - vii. Teratogen: anti kejang, methotrexate, warfarin
 - viii. Penyakit vaskuler
 - xi. Hipoksia – hidup di ketinggian (>10.000 kaki)
 - x. Anemia termasuk hemoglobinopati

(c) Faktor fetus

- i. Infeksi kongenital: CMV, sifilis, rubela, varisela, toksoplasma, tuberkulosis, HIV, malaria kongenital
- ii. Aneuploidi: trisomi 13, 18, 21, triploidi
- iii. Microdeletions: 4p-
- iv. Sindrom genetik atau kelainan fetal
- v. Diskordansi pada kehamilan ganda

(d) Faktor plasenta

- i. Insufisiensi vaskuler plasenta
- ii. Separasi korionik (abrupsi, hematoma)
- iii. Infark villi
- iv. Regresi korion
- v. Malformasi uterus mayor
- vi. Placental mosaicism (Lausman *et al.*, 2012)

e). Patofisiologis Pertumbuhan Janin Terhambat

PJT disebabkan oleh insufisiensi plasenta, meskipun beberapa kondisi seperti kelainan kongenital, infeksi, penyalahgunaan obat dan bahan kimiawi juga dapat menyebabkan kondisi tersebut (Figueras dan Gardosi, 2011).

Insufisiensi plasenta sering dihubungkan dengan adanya suatu kondisi dimana terjadi gangguan toleransi sistem imun maternal pada *materno-feto interface* yang berakibat pada gangguan *invasi trofoblas*

ke desidua pada saat proses plasentasi sehingga terjadi gangguan invasi plasenta yang akan menyebabkan *perfusi uteroplacenta* yang buruk. *Invasi trofoblas* yang tidak adekuat akan menyebabkan terjadinya komplikasi-komplikasi kehamilan seperti preeklampsia, PJT, Abortus berulang, solutio plasenta sedangkan proses *invasi* yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya plasenta *akreta*, *perkreta*, *inkreta*, penyakit *trofoblas gestasional*, *choriocarcinoma* (Eastabrook, 2010).

Faktor penyebab terjadinya pertumbuhan janin terhambat adalah produksi berlebihan dari sitokin proinflamasi. Didapatkan bahwa ekspresi sitokin proinflamasi tumor *necrosis factor α* (TNF- α) dan *interferon- γ* (IFN- γ) meningkat secara signifikan pada wanita hamil dengan PJT dibandingkan dengan hamil normal. TNF α , salah satu *sitokin proinflamasi* tersebut, menghambat penyerapan asam amino oleh fetus sehingga menyebabkan terjadinya hipoksia intra uterin. Mekanisme TNF α dalam menghambat perkembangan janin adalah dengan cara apoptosis sel trofoblas dan mengakibatkan terjadinya disfungsi plasenta (Raghupathy, 2012).

Dan PJT juga bisa disebabkan oleh Wiknjosastro (2012):

- (a) Pada kondisi awal kehamilan pertumbuhan embrio dan trofoblas dipengaruhi oleh makanan. Studi pada binatang menunjukkan bahwa kondisi kekurangan nutrisi sebelum implantasi bisa menghambat pertumbuhan dan perkembangan. Kekurangan nutrisi pada awal kehamilan dapat mengakibatkan janin berat lahir

rendah yang simetris. Hal sebaiknya terjadi kondisi percepatan pertumbuhan pada kondisi hiperglikemia pada kehamilan lanjut.

(b) Kondisi kekurangan nutrisi pada pertengahan kehamilan.

Defisiensi makanan mempengaruhi pertumbuhan janin dan plasenta, tapi bisa juga mempengaruhi pertumbuhan plasenta sebagai kompensasi. Didapat ukuran plasenta yang luas.

(c) Kondisi kekurangan nutrisi pada akhir kehamilan. Terjadi

pertumbuhan janin yang lambat yang mempengaruhi interaksi antara janin dengan plasenta. Efek kekurangan makan tergantung pada lamanya kekurangan. Pada kondisi akut terjadi perlambatan pertumbuhan dan kembali meningkat jika nutrisi yang diberikan membaik. Pada kondisi kronis mungkin telah terjadi proses perlambatan pertumbuhan yang *irreversible*.

f). Penegakan Diagnosis

Kecurigaan adanya suatu PGT jika didapatkan satu atau lebih dari beberapa tanda berikut, yaitu: Tinggi fundus uteri (TFU) lebih dari atau sama dengan 3 cm lebih dibawah normal, penambahan berat badan kurang dari 5 kg pada usia kehamilan (UK) 24 minggu atau kurang dari 8 kg pada usia kehamilan 32 minggu (untuk ibu dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) < 30), estimasi berat badan < 10 persentil, dari pemeriksaan ultrasonografi HC/AC > 1, AFI kurang dari atau sama dengan 5 cm, sebelum UK 34 minggu plasenta grade 3 dan ibu merasa gerakan janin berkurang (Figueras dan Gardosi, 2011).

Diagnosis baru dapat ditegakkan bila usia kehamilan telah mencapai 28 minggu ke atas. Pertumbuhan janin dinyatakan terhambat bila secara klinis dan ultrasonografi (USG) didapatkan taksiran berat sama atau kurang dari 10 persentil (Ada yang menggunakan titik potong 5 persentil, ada pula yang menggunakan 2 SD /kira-kira 3 persentil) dan lingkar perut (AC) yang sama atau kurang dari 5 persentil atau $FL/AC > 24$ atau biometri tidak berkembang setelah 2 minggu (Karkata dan Kristanto, 2012).

g) Komplikasi

(a) Janin

- Antenatal : gagal nafas dan kematian janin
- Intranatal : hipoksia dan asidosis
- Setelah lahir

i. Secara Langsung : Asfiksia, hipoglikemi, hipotermi, perdarahan paru, gangguan gastroinstenstinal, Sindroma Aspirasi Meconium (SAM) adalah kumpulan gejala yang diakibatkan oleh terhisapnya mekonium ke dalam saluran pernafasan bayi. SAM seringkali dihubungkan dengan suatu keadaan yang kita sebut fetal distress, Disebarluaskan pembekuan intravascular (DIC), juga dikenal sebagai konsumtif coagulopathy, adalah patologi aktivasi pembekuan (darah), mekanisme yang terjadi dalam respon terhadap berbagai penyakit.

ii. Tidak langsung

Pada simetris IUGR keterlambatan perkembangan dimulai dari lambat dari sejak kelahiran, sedangkan asimetris IUGR dimulai sejak bayi lahir di mana terdapat kegagalan neurologi dan intelektualitas. Tapi prognosis terburuk ialah IUGR yang disebabkan oleh infeksi kongenital dan kelainan kromosom.

iii.Ibu : Mengalami preeklampsi, penyakit jantung, dan malnutrisi.

h). Penatalaksanaan Pertumbuhan Janin Terhambat

- (a) Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran.
- (b) Kita mengenali terlebih faktor apa yang mengakibatkan Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT).
- (c) Jika karena rendahnya asupan nutrisi, anjurkan ibu untuk tirah baring dengan posisi miring ke kiri. Perbaiki nutrisi dengan menambah 300 kal perhari dan meminum susu dan suplemen.

Tabel 2.7 Tabel Menu Gizi Seimbang Untuk Ibu Hamil

Bahan Makanan	Porsi Hidangan Sehari	Jenis Hidangan
1. Nasi. 2. Sayuran. 3. Buah. 4. Tempe. 5. Daging. 6. Susu. 7. Minyak. 8. Gula.	6 porsi. 3 mangkuk. 4 potong. 3 potong. 3 potong. 2 gelas. 5 sendok. 2 sendok teh.	Makan pagi : Nasi 1,5 porsi (150 gr). Ikan/daging 1 potong sedang (40 gr) Tempe 2 potong sedang (50gr). Sayur 1 mangkuk. Buah 1 potong. Selingan : susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang. Makan siang : Nasi 3 porsi (300 gr). Lauk, sayur, dan buah sama dengan pagi Selingan: buah 1 potong sedang. Makan malam: Nasi 2,5 porsi (250 gr). Lauk, buah dan sayur sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas.

Sumber : Bardosono (2014)

m. Anemia

Anemia adalah Kondisi dimana berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau massa hemoglobin sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen keseluruhan jaringan (Wasnidar, 2010).

n. Anemia pada Kehamilan

a). Pengertian

Pengertian anemia adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11g/dl pada trimester 1 dan 3 atau kadar

<10,5g/dl pada trimester 2. Nilai batas tersebut terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Prawirohardjo, 2011).

b). Gejala Awal Anemia Zat Besi

Berupa badan lemah, lelah, kurang energi, kurang nafsu makan, daya konsentrasi menurun, sakit kepala, mudah terinfeksi penyakit, stamina tubuh menurun, dan pandangan berkunang-kunang terutama bila bangkit dari duduk. Selain itu, wajah, selaput lendir kelopak mata, bibir dan kuku penderita tampak pucat. Apabila anemia sangat berat, dapat berakibat penderita sesak napas, bahkan lemah jantung (Depkes RI, 2010).

c). Patofisiologi

Selama kehamilan terjadi peningkatan volume darah (hypervolemia). Hypervolemia merupakan hasil dari peningkatan volume plasma dan eritrosit (sel darah merah) yang berada dalam tubuh tetapi peningkatan ini tidak seimbang yaitu volume plasma peningkatannya jauh lebih besar sehingga memberi efek yaitu konsentrasi hemoglobin berkurang dari 12 g/100 ml. (Prawirohardjo, 2010).

Pengenceran darah (hemodilusi) pada ibu hamil sering terjadi dengan peningkatan volume plasma 30%-40%, peningkatan sel darah 18%-30% dan hemoglobin 19%. Secara fisiologis hemodilusi untuk membantu meringankan kerja jantung.

Hemodilusi terjadi sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya pada kehamilan 32-36 minggu. Bila hemoglobin ibu sebelum hamil berkisar 11 gr% maka dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis dan Hb ibu akan menjadi 9,5-10 gr%.

d). Jenis-Jenis Anemia

Menurut Prawirohardjo tahun 2014 anemia dapat digolongkan menjadi :

- (a). Anemia Defisiensi Besi (Fe).
- (b). Anemia Megaloblastik.
- (c). Anemia Hipoplastik.

e). Diagnosis Anemia Pada Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda.

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat suhu. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Klasifikasi Derajat Anemia (Prawiharjo, ,2010):

- (a). Hb 10gr% - 8gr% : Ringan
- (b). Hb 8gr% - 5gr% :Sedang
- (c). Hb < 5 gr% : Berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa setiap ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu-ibu hamil di puskesmas.

f). Bahaya Anemia dalam Kehamilan

Resiko terjadi abortus, persalinan prematurus, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah menjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ gr } \%$), mengancam jiwa dan kehidupan ibu, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, dan ketuban pecah dini (KPD).

Bahaya anemia terhadap janin yaitu sekalipun janin mampu menyerap berbagai keutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dan bentuk: Abortus, terjadi kematian intra uteri, persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal, dan intelengensi rendah, oleh karena kekurangan oksigen dan nutrisi yang menghambat pertumbuhan janin.

g). Penanganan pada Anemia

(a). Anemia Ringan

Pada kehamilan dengan kadar Hb 8-10 gr% masih di anggap ringan sehingga hanya perlu di perlukan kombinasi 60 mg/hari zat besi dan 500 mg asam folat peroral sekali sehari (Arisman, 2010).

(b). Anemia Sedang

Pengobatan dapat di mulai dengan preparat besi ferus 600-1000 mg/hari seperti sulfat ferusus atau glukonas ferusus (Wiknjosastro, 2011).

(c). Anemia Berat

Pemberian preparat besi 60 mg dan asam folat 400 mg, 6 bulan selama hamil, dilanjutkan sampai 3 bulan setelah melahirkan (Arisman, 2012).

h). Pencegahan

Untuk mencegah anemia pada ibu hamil menurut Depkes RI, (2010) yang harus dilakukan adalah:

- (a). Mengonsumsi makanan bergizi seimbang dengan asupan zat besi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh.
- (b). Makan-makanan yang banyak mengandung bahan pembentuk protein sel darah merah .
- (c). Berhati-hati dalam mengonsumsi makanan, karena kombinasi tertentu dapat mempengaruhi proses penyerapan zat besi oleh tubuh. Misalnya minum teh atau kopi bersamaan dengan makan

akan mempersulit penyerapan zat besi, untuk itu tablet zat besi sebaiknya diminum tidak bersamaan waktunya dengan minum susu, teh, kopi, atau antasida. Karena kandungan tanin dalam teh dapat mempersulit proses penyerapan zat besi sehingga tubuh tidak maksimal dalam penyerapan zat besi.

- (d). Mengonsumsi tablet besi, pada wanita hamil dan menyusui disarankan 18 mg suplemen zat besi perhari.
 - (e). Periksa secepat mungkin apabila terdapat tanda-tanda anemia agar langkah-langkah pencegahan bisa segera dilakukan.
 - (f). Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan anemia (Robson, 2013).
- i). Penatalaksanaan pada ibu hamil dengan anemia :
- (a). Memeriksa kadar Hb semua ibu hamil pada kunjungan pertama pada trimester pertama dan trimester III untuk mengetahui kadar Hb ibu dibawah 11 gr%.
 - (b). Pemenuhan kalori 300 kalori/hari dan suplemen zat besi 60 mg/hari.
 - (c). Pada anemia defisiensi zat besi yaitu dan preparat besi: ferro sulfat, gluconat atau Na-feri bisitrat. Pemberian preparat 60 mg/hari dapat meningkatkan kadar Hb sebanyak 1 gr%/bulan.
 - (d). Beri penyuluhan gizi pada setiap kunjungan antenatal tentang perlunya mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi dan perlunya minum tablet Fe.
 - (e). Sarankan ibu untuk tetap minum tablet Fe setiap hari.

o. Resiko kehamilan menurut Poedji Rochjati

Kehamilan dengan faktor resiko adalah kehamilan dimana ditemukannya suatu keadaan yang mempengaruhi optimalisasi pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2011).

Resiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, seperti kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan, atau ketidakpuasan (5 K) pada ibu dan bayi. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi tiga kelompok:

a). Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Kehamilan tanpa masalah atau factor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

b). Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

Kehamilan dengan satu atau lebih factor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat.

c). Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 ,

kehamilan dengan factor resiko: ibu dengan factor resiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis (Poedji Rochjati, 2011).

Tabel 2.8
Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO .	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKO R	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	4				
		b. TBC Paru	4				
		c. Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)	4				
		d. Penyakit Menular Seksual	4				
		e. Malaria	4				
f. Payah Jantung	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	6				

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu dan janin (Dwi setiawati, dkk,2012).

Bentuk persalinan berdasarkan teknik :

- 1) Persalinan spontan, yaitu persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.
- 2) Persalinan buatan, yaitu persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan section sesaria.
- 3) Persalinan anjuran, yaitu persalinan tidak dimulai dengan sendirinya tetapi berlangsung setelah memecahkan ketuban, pemberian pitocin prostaglandin. (Ai yeyeh, dkk,2014).

Beberapa istilah yang berkaitan dengan usia kehamilan dan berat janin yang dilahirkan adalah sebagai berikut.

- 1) Abortus, terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, usia kehamilan sebelum 28 minggu.
- 2) Persalinan prematuritas, UK 28-36 minggu, berat janin < 1000 gram.
- 3) Persalinan aterm, UK 37-42 minggu, berat janin > 2500 gram.
- 4) Persalinan serotinus, melampaui usia kehamilan 42 minggu.
- 5) Persalinan presipitatus, berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

(Ai yeyeh, dkk,2014)

b. Tanda-tanda Persalinan

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifat sebagai berikut : Nyeri melingkar dari punggung memancar keperut bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat, dan mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks (Dewi Setiawati, 2012).

2) *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina).

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena pembuluh darah pecah. (Ai Nursiah, dkk, 2014)

3) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini disebut dengan ketuban pecah dini. (Dewi Setiawati, 2013).

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (power, passage, psikologis), faktor janin, plasenta dan air ketuban (passenger), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini salah satu dari faktor-faktor tersebut.

1) Power (Tenaga/Kekuatan)

a) His (Kontraksi uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominal, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat *involunter* karena berada dibawah saraf intrinsic. (Ai Nursiah, 2014).

b) Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha *volunteer*. Keinginan mendedan ini disebabkan karena kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan *intra abdominal* dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar, tenaga ini serupa dengan tenaga mendedan sewaktu BAB tapi jauh lebih kuat, saat kepala sampai kedasar panggul timbul reflek yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah, tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his dan tanpa tenaga mendedan bayi tidak akan lahir. (Ai Nursiah, dkk, 2014).

2) Passage (Jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. (Widia, 2015).

3) Passenger (Janin, plasenta, dan air ketuban)

a) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. (Ai Nursiah, dkk, 2104).

b) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka plasenta dianggap sebagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal. (Widia, 2015).

c) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin, dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah rupture atau robekan. Penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga saat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi di awal persalinan, dapat juga karena tekanan

yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh (Widia, 2015).

4) Faktor Psikis (Psikologi)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.

- a) Psikologis meliputi : Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
- b) Sikap negatif terhadap persalinan di pengaruhi oleh : Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada *self-image*, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran. (Widia, 2015).

5) Pysician (penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan memberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga (Ai Nursiah, dkk, 2014).

d. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu :

1) Kala I (Pembukaan)

a) Pengertian Kala I

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. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Manuaba, 2011). Kebutuhan Ibu Bersalin Kala I (Sumarah, 2012):

- (1) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat.
- (2) Mengatur aktivitas dan posisi ibu.
- (3) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his.
- (4) Menjaga privasi ibu.
- (5) Penjelasan tentang kemajuan persalinan.
- (6) Menjaga kebersihan diri.
- (7) Mengatasi rasa panas.
- (8) Masase.
- (9) Pemberian cukup minum.
- (10) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong.
- (11) Sentuhan.

Terdapat 2 fase pada Kala 1 ini, yaitu :

- (1) Fase laten : pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam.
- (2) Fase aktif : pembukaan dari 3 cm sampai lengkap (+ 10 cm), berlangsung sekitar 6 jam. Fase aktif terbagi atas :
 - (3) Fase akselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 3 cm sampai 4 cm.
 - (4) Fase dilatasi maksimal (sekitar 2 jam), pembukaan 4 cm sampai 9 cm.
 - (5) Fase deselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 9 cm sampai lengkap 10 cm (Manuaba, 2011).

b) Perubahan Fisiologi Kala I

Selama rentan waktu dari adanya his sampai pembukaan lengkap 10 cm terjadi beberapa perubahan yang fisiologis. Perubahan fisiologis kala I meliputi :

- (1) Perubahan pada serviks
 - (a) Pendataran pada serviks/effacement

Pendataran pada serviks adalah pendekatan dari kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran panjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

- (b) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks disebabkan kerana pembesaran Ostium Uteri Eksternum (OUE) karena otot yang

melingkar di sekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir portio tidak terba lagi.

(2) Perubahan sistem kardiovaskuler

(a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi jika terjadi kontraksi.

Posisi tidur terlentang selama persalinan akan mengakibatkan adanya penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta), yang menyebabkan sirkulasi darah baik ibu maupun janin akan terganggu, ibu biasanya mengalami hipotensi dan janin mengalami asfiksia. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(b) Denyut jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi terlentang denyut jantung akan menurun. Denyut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selam periode segera sebelum persalinan. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(3) Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan, kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(4) Perubahan sistem respirasi

Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan sebelum persalinan, hal ini disebabkan adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(5) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesterone yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(6) Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen Atas Rahim (SAR) dibentuk oleh corpus uteri yang sifatnya aktif yaitu berkontraksi, dan dinding tambah tebal dengan majunya persalinan serta mendorong anak keluar. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(7) Perubahan hematologist

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan kembali ketingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Jumlah sel darah putih meningkat secara progresif selama kala I persalinan sebesar 5000 s/d 15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(8) Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, di karenakan oleh kardiak out-put yang meningkat serta disebabkan oleh glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang yang mengurangi aliran urine selama kehamilan. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(9) Perubahan gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang, menyebabkan pencernaan hampir berhenti disela persalinan dan menyebabkan konstipasi.

Makanan yang masuk ke lambung selama fase pendahuluan atau fase kemungkinan besar akan tetap berada dalam perut selama persalinan. Rasa mual-muntah bukanlah hal yang jarang, hal ini menunjukkan berakhirnya kala I persalinan. (Ai Nursiah, dkk 2014).

j) Perubahan suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tingkat tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5 – 10 C. Suhu badan yang naik sedikit merupakan yang wajar namun jika keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu mengindikasikan dehidrasi. (Ai Nursiah, dkk 2014).

k) Perubahan pada vagina dasar panggul

Pada kala I ketuban ikut meregang, bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa akan bisa dilalui bayi, setelah ketuban pecah segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan anak, bagian depan yang maju tersebut kedasar panggul di regang menjadi saluran dengan dinding yang tipis, waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan dari luar peregangan oleh bagian depan tampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis, sedangkan anus semakin terbuka, regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul. Tetapi saat jaringan tersebut robek, akan menimbulkan perdarahan yang banyak. (Ai Nursiah, dkk 2014).

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

a) Pengertian kala II

Kala II persalinan disebut juga kala pengeluaran yang merupakan peristiwa terpenting dalam proses persalinan karena objek yang dikeluarkan adalah objek utama yaitu bayi (Widia, 2015).

b) Tanda Dan Gejala Kala II

Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II adalah :

- (1) Adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir portio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk kedalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga portio membuka secara perlahan. (Widia, 2015)
- (2) His yang lebih sering dan kuat (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedan. (Widia, 2015).
- (3) Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, di sebabkan oleh adanya robekan *serviks* yang meregang. (Widia, 2015).
- (4) Pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam *uterus* dan diluar *uterus* sehingga kantung

ketuban tidak dapat menahan tekanan isi *uterus* akhirnya kantung ketuban pecah. (Widia, 2015).

(5) Anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan *rectum* dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka. (Widia, 2015).

(6) Vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk ke Pintu Bawah Panggul (PBP) dan ditambah pula dengan adanya his serta kekuatan mengedan menyebabkan *vulva* terbuka dan *perineum* menonjol, karena *perineum* bersifat elastis. (Widia, 2015).

(7) Bagian terdepan anak kelihatan pada *vulva*, karena *labia* membuka, *perineum* menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di *vulva*, karena ada his dan tenaga mengedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan (Widia, 2015).

c) Mekanisme Persalinan Normal

Pada akhir kala 1, *segmen uterus*, *serviks*, dasar panggul, dan pintu keluar *vulva* membentuk satu jalan lahir yang *continue*. Gaya yang diperlukan untuk mengeluarkan janin berasal dari aktifitas otot uterus dan dari otot *abdomen* sekunder dan diafragma, yang memperkuat kontraksi sewaktu kepala janin melewati panggul, kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi :

(1) Turunnya kepala

Turunnya kepala di bagian dalam :

(a) Masuknya kepala dalam Pintu Atas Panggul (PAP)/
Engagement

Masuknya kepala kedalam PAP pada *primigravida* terjadi di bulan akhir kehamilan sedangkan pada *multigravida* biasanya terjadi pada awal persalinan. Kepala masuk ke PAP biasanya dengan *sutura sagitalis* melintang dan dengan *flexi* yang ringan. Masuknya kepala melintasi PAP dalam kuadran *syinclitismus*, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP atau *sutura sagitalis* terdapat ditengah-tengah jalan lahir/ tepat diantara simpisis dan promotorium sehingga, dari parietal depan dan belakang sama tingginya. Kepala yang masuk dengan keadaan *asyinclitismus* yaitu arah kepala janin miring dengan bidang PAP atau sutura sagitalis agak kedepan mendekati simpisis/agak kebelakang mendekati *promotorium*. *Asyinclitismus* posterior bila *sutura sagitalis* mendekati simpisis dari parietal biasa lebih rendah dari parietal depan, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip kebelakang dengan PAP. *Asyinclitismus anterior* yaitu bila sutura sagitalis mendekati *promontorium* sehingga parietal depan lebih rendah dari parietal belakang, atau apabila arah sumbu kepala

membuat sudut lancip ke depan PAP. (Ai Nursiah,dkk 2014).

(b) Majunya kepala

Pada *primigravida* majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kerongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada *multipara* majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan fleksi, putaran faksi dalam, dan *extensi*. Penyebab majunya kepala : Meningkatnya cairan *intra uterin*, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan mengedan, melurusnya badan anak oleh pelurusan bentuk rahim. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(c) Flexi

Dengan majunya kepala, biasanya flexi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya flexi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir : diameter *sub occipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan *sub occipito frontalis* (11 cm).(Ai Nursiah,dkk 2014).

(d) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan kebawah *symfisis*. Pada

presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang memutar kedepan kebawah *symfisis*. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(e) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala terjadi dua kekuatan, yang satu mendesaknya kebawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultannya ialah kekuatan kearah depan atas.

Setelah *subociput* tertahan pada pinggir bawah *symfisis* maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan *subociput*, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas *perineum* ubun-ubun besar, dahi hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. *Subociput* yang menjadi pusat pemutaran disebut *hypomochilion*. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(f) Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala bayi memutar kembali kearah punggung bayi untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.

Gerakan ini disebut putaran retribusi (putaran balasan). Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan *tuber ischiadicum* sepihak (disisi kiri). Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter *anteroposterior* dari pintu bawah panggul. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(g) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah *symphysis* dan menjadi *hypomochilion* dan kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir. (Ai Nurasiah, dkk 2014).

3) Kala III (kala uri)

a) Pengertian Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Partus kala III disebut juga kala uri. Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus (Ina Kuswanti, dkk 2014).

b) Tanda – Tanda Lepasnya Plasenta

(1) Berubahan Bentuk dan Tinggi Fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segi tiga, atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan). (Ai Nursiah, dkk 2014).

(2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld). (Ai Nursiah, dkk 2014).

(3) Semburan darah yang mendadak dan singkat.

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacenta pooling*) dalam ruang daintara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang lepas. (Ai Nursiah, dkk 2014)

c) Pengeluaran Plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui serviks, vagina dan dikeluarkan ke introitus vagina (Ina Kuswanti, dkk 2014).

Dari tempat ini plasenta di dorong keluar oleh tenaga mengejan, 20% secara spontan dan selebihnya memerlukan pertolongan. Plasenta dikeluarkan dengan melakukan tindakan manual apabila : Perdarahan lebih dari 400 sampai 500 cc, terjadi restensio plasenta, bersamaan dengan tindakan yang di sertai narkosa, dari anamnese terdapat perdarahan hibitualis. (Ina Kuswanti, dkk 2014).

d) Pemeriksaan Plasenta

Pemeriksaan plasenta meliputi hal-hal sebagai berikut :

- (1) Selaput ketuban utuh atau tidak
- (2) Plasenta (ukuran plasenta) yang terdiri atas : Bagian maternal, jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon, bagian fetal, utuh atau tidak.
- (3) Tali pusat, meliputi : Jumlah arteri dan vena, adakah arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia, dan insersi tali pusat apakah sentral, marginal, panjang tali pusat (Nurul Jannah, 2017).

4) Kala IV (Kala pemantauan)

Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan postpartum dapat dikurangi atau dihindarkan (Dwi Asri,dkk 2012).

Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam uterus akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan. Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri. Oleh karena itu, diperlukan tindakan rangsangan taktil

(masase) fundus uteri, dan bila perlu dilakukan kompresi bimanual (Widia, 2014).

a) Pemeriksaan Serviks, Vagina dan Perineum

Untuk mengetahui apakah ada tidaknya robekan jalan lahir, periksa darah perineum, vagina dan vulva. Setelah bayi lahir, vagina akan mengalami peregangan, oleh kemungkinan edema dan lecet. Introitus vagina juga akan tampak terluka dan terbuka. Sedangkan vulva bisa berwarna merah, bengkak dan mengalami lecet (Ai Nursiah, dkk 2014).

b) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Sebagian besar kematian ibu pada periode pasca persalinan terjadi pada 6 jam pertama setelah persalinan. Kematian ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklampsia. Oleh karena itu pemantauan selama dua jam pertama persalinan postpartum sangat penting (Ai Nursiah, dkk 2014)

Pemantauan dan evaluasi lanjut dapat berupa :

(1) Tanda Vital

Pemantauan dan evaluasi lanjut tanda vital meliputi usaha untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik, tidak terjadi perdarahan vagina atau alat genitalia lainnya, plasenta dan selaput ketuban telah lahir lengkap, kandung kemih kosong, luka pada perineum terawat baik

dan tidak terjadi hematoma. Selain itu ibu dan bayi berada dalam keadaan baik.

Tanda syok pada ibu harus diperhatikan seperti nadi cepat dan lemah (110 kali/menit), tekanan darah rendah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat, dingin kulit lembab, napas cepat, kesadaran menurun, dan protein urin sangat sedikit. Perhatikan pula tanda dehidrasi, gejala infeksi, gejala preeklamsi hingga eklamsi dan pemantauan suhu tubuh untuk mencurigai terjadinya infeksi. (Nurul Jannah, 2017).

(2) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang baik pada uterus adalah bahwa uterus teraba keras dan tidak lembek dan tinggi fundus uteri berada 1-2 jari dibawah pusat setelah melahirkan.

Pemeriksaan kontraksi dilakukan 15 menit pada satu jam pertama pascapartum, dan 30 menit satu jam kedua pasca post partum. (Nurul Jannah, 2017).

(3) Lokea

Selama beberapa hari persalinan, lokea tampak merah kerana ditemukan eritrosit atau disebut juga lokea rubra. Setelah 3 sampai 4 hari, lokea menjadi pucat atau lokea serosa, dan hari ke 10, lokea tampak putih atau putih kekuning-kuningan atau lokea alba. Lokea yang berbau

busuk menjadi indikasi dugaan endometrosis. (Nurul Jannah, 2017).

(4) Kandung Kemih

Kandung kemih harus terus dipertahankan dalam keadaan kosong, kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi maksimal sehingga perdarahan dapat terjadi. Pemantauan kontraksi selama satu jam pertama dilakukan empat kali dalam 15 menit dan pada jam kedua, dua kali dalam 30 detik. (Nurul Jannah, 2017).

(5) Perineum

Setelah persalinan, keadaan perineum harus juga menjadi perhatian. Apabila terjadi luka jahit, perlu diperhatikan tanda-tanda infeksi, menjaga kebersihan area luka jahitan. Kebersihan luka yang tidak terjaga dapat memicu infeksi (Nurul Jannah, 2017).

e. Aspek 5 Benang Merah

Menurut Sumarah 2012 Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yang harus diperhatikan oleh bidan adalah asuhan sayang ibu, pencegahan infeksi, pengambilan keputusan klinik, pencatatan dan rujukan.

1) Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu sangat membantu ibu dan keluarganya untuk merasa aman dan nyaman selama dalam proses persalinan.

- 2) Pencegahan Infeksi
- 3) Membuat Keputusan Klinik
- 4) Pencatatan (dokumentasi)
- 5) Rujukan

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan seringkali disingkat BAKSOKUDA :

- a) Bidan, pastikan ibu didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.
- b) Alat, Bawa perlengkapan dan bahan bahan yang diperlukan seperti spuit, infuse set, tensimeter, stetoskop dll.
- c) Keluarga, Anggota keluarga harus menemani klien ke tempat rujukan
- d) Surat, Beri surat ke tempat rujukan yang berisi, identifikasi klien, alasan dirujuk, asuhan atau obat-obatan yang telah diterima klien.
- e) Obat, Bawa obat-obatan esensial diperlukan selama perjalanan merujuk.
- f) Kendaraan, siapkan kendaraan yang cukup baik untuk membawa klien ke tempat rujukan
- g) Uang, ingatkan keluarga untuk membawa uang yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan ditempat rujukan.
- h) Darah, Siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan

f. Pola Fungsional Kesehatan pada Ibu Besalin

Tabel 2.9
Pola Fungsional Kesehatan Persalinan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Cairan yang adekuat harus disediakan untuk mencegah terjadinya dehidrasi.
Eliminasi	Pada kala I, sering buang air kecil akibat rasa tertekan pada area pelvis.
Istirahat	Ketidakmampuan untuk merasa nyaman dalam posisi apa pun dalam waktu yang lama.
Aktivitas	Pada primi ataupun multi akan memberikan perhatian pada kontraksi, timbul kecemasan, tegang, perasaan tidak enak atau gelisah.
Personal hygiene	Ibu hamil selalu mandi dan menggunakan baju yang bersih selama persalinan.

Sumber : Varney (2010)

g. Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

Dalam melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman sesuai standar APN maka dirumuskan 60 langkah APN sebagai berikut:

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam wadah 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 di gunakan untuk periksa dalam
- 6) Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali kedalam wadah partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan $\frac{1}{2}$ kocher pada partus set
- 7) Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan dari vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu yang keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran),
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah
- 9) Menceleupkan tangan kanan yang bersarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran

- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran, (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setelah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- 14) Saat kepala janin terlihat di vulva dengan diameter 5-6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu
- 15) Mengambil kain bersih, melipat $\frac{1}{3}$ bagian dan meletakkannya dibawah bokong ibu
- 16) Membuka tutup partus set
- 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- 18) Saat sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan dialas lipatan kain di bawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat 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 janin menggunakan penghisap lendir De Lee.
- 19) Menggunakan kasa/kain bersih untuk membersihkan muka janin dari lendir dan darah
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan

- 22) Setelah janin menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala janin, 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 lipatan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar atau lahirnya bahu, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri, pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 23) Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher dan bahu janin bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada / punggung janin, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu janin bagian anterior saat badan dan lengan lahir
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin)
- 25) Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke arah penolong. nilai bayi, kemudian letakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi di tempat yang memungkinkan)
- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat

- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama.
- 28) Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat di antara kedua klem. Bila bayi tidak bernafas spontan lihat penanganan khusus bayi baru lahir
- 29) Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala
- 30) Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki.
- 31) Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal
- 32) Memberi tahu ibu akan disuntik
- 33) Menyutikan Oksitosin 10 unit secara intra muskuler pada bagian luar paha kanan $\frac{1}{3}$ atas setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan tangan kiri di atas simpisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kasa dengan jarak antara 5-10 cm dari vulva
- 36) Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso kranial. Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu

- 37) 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.
- 38) Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
- 40) Sambil tangan kiri melakukan masase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotelidon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia
- 41) Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perenium yang menimbulkan perdarahan aktif. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan

- 42) Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik
- 43) Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah di dalam larutan klorin 0,5 %, kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya
- 44) Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati
- 45) Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya
- 46) Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0, 5%
- 47) Membungkus kembali bayi
- 48) Berikan bayi pada ibu untuk disusui
- 49) Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu.
- 50) Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan masase 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 pakaiannya dengan pakaian bersih/kering
- 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 dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- 60) Melengkapi partograf dan memeriksa tekanan darah (Depkes, 2012)

h. Partograf

1) Pengertian

Partograf adalah suatu alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I (Sumarah, dkk, 2012).

Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin. Partograf dapat dianggap sebagai “system peringatan awal” yang akan membantu pengambilan keputusan lebih awal kapan seorang ibu harus dirujuk, dipercepat, atau diakhiri persalinannya. (Ujiningtyas, 2012).

2) Tujuan

Menurut Sumarah, dkk (2012). tujuan partograf adalah:

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan periksa dalam.
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama.

3) Komponen Partograf

- a) Catatan janin
- b) Catatan kemajuan persalinan
- c) Catatan ibu (Ujiningtyas, 2011).

4) Pengamatan yang dicatat dalam partograf

Selama persalinan berlangsung perlu pemantauan kondisi kesehatan ibu maupun bayi, yaitu:

a) Kemajuan persalinan

(1)Pembukaan serviks

Bidan menilai pembukaan serviks dengan melakukan periksa dalam. Periksa dalam dilakukan setiap 4 jam sekali (indikasi waktu). Pemeriksaan dalam yang dilakukan kurang dari 4 jam harus atas indikasi. Bidan harus memeriksa adanya tanda gejala kala II, ketuban pecah sendiri, atau gawat janin. Penulisan pembukaan serviks di partograf dengan tanda (x). (Sumarah, dkk, 2012).

(2) Penurunan bagian terendah

Bidan menilai turunnya bagian terendah janin dengan palpasi perlimaan yang dilakukan setiap 4 jam, yaitu sesaat sebelum melakukan pemeriksaan dalam. Penulisan turunnya bagian terendah dipartograf dengan tanda (o) (Sumarah, dkk, 2012).

(3) His

Bidan menilai his dengan cara palpasi, menghitung frekuensi his (berapa kali) dalam waktu 10 menit dan dirasakan berapa lama his tersebut berlangsung (dalam detik). Observasi his dilakukan setiap 30 menit (Sumarah, dkk, 2012).

b) Memantau kondisi janin (Sumarah, dkk, 2012)

(1) Denyut jantung janin

Bidan menilai frekuensi Denyut Jantung Janin (DJJ) menggunakan doppler atau stetoskop, dihitung selama 1 menit. Observasi DJJ dilakukan setiap 30 menit. Bila DJJ menunjukkan <100 x/menit atau >180 x/menit, menunjukkan gawat janin hebat, dan bidan harus segera bertindak.

(2) Ketuban

Bidan mengidentifikasi pecahnya selaput ketuban dan menilai keadaan air ketuban bila sudah pecah (volume, warna

dan bau). Pengamatan dilakukan setiap pemeriksaan dalam. Yang dicatat di partograf bila selaput ketuban utuh ditulis (U), bila selaput ketuban pecah ditulis (J) untuk air ketuban jernih, (M) untuk ketuban bercampur mekonium, (D) untuk ketuban bercampur darah, dan (K) untuk ketuban yang kering.

(3) Moulase kepala janin

Bidan menilai adanya penyusupan kepala janin pada setiap periksa dalam. Penyusupan yang hebat dengan kepala diatas PAP menunjukkan adanya *disproporsi sefalopelfik*. Pencatatan di partograf dengan tulisan:

- (a) 0 bila tulang-tulang kepala terpisah dan sutura mudah diraba (tidak ada *moulase*).
 - (b) 1 bila tulang-tulang kepala saling menyentuh satu sama lain.
 - (c) 2 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
 - (d) 3 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih berat, tidak dapat dipisahkan.
- c) Memantau kondisi ibu hal yang perlu dikaji:
- (1) Tanda-tanda vital, tekanan darah diukur setiap 4 jam, nadi dinilai setiap 30 menit, suhu di ukur setiap 2 jam.
 - (2) Urine dipantau setiap 2-4 jam untuk volume, protein, dan aseton, serta dicatat dipartograf pada kotak yang sesuai.

(3) Obat-obatan dan cairan infuse. Catat obat ataupun cairan infuse yang diberikan pada ibu selama persalinan.

Tabel 3.0
Memantau Kemajuan Persalinan Menggunakan Partograf

Kemajuan Persalinan	Keadaan Ibu	Keadaan Bayi
1. His/kontraksi (frekuensi, lamanya, kekuatan, dikontrol tiap 30 menit pada fase aktif. 2. Pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan bagian terendah, moelase), dikontrol 4 jam. 3. Pemeriksaan abdomen, pemeriksaan kepala, kecuali dievaluasi selama pemeriksaan dalam, dikontrol tiap 2 jam pada fase aktif.	1. Tanda-vital 2. Status kandung kemih 3. Pemberian makanan/ minum tiap 4 jam sekali	1. Periksa DJJ tiap 30 menit pada fase aktif. 2. Jika selaput ketuban pecah periksa : a. Warna cairan (adanya mekonium) b. Kepekatan jumlah cairan

Sumber : Saifuddin (2011)

Tabel 3.1

Frekuensi Penilaian Dan Intervensi Dalam Persalinan Normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Produksi urin, aseton dan protein	Setiap 2-4 jam	Setiap 2-4 jam

Sumber : JNPK-KR (2011)

i. Perdarahan pasca persalinan

1) Pengertian

Perdarahan Postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Termasuk perdarahan karena rest plasenta. Perdarahan postpartum adalah perdarahan dalam kala IV

lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir (Rukiyah, 2012).

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram. Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin (Muslihatun, 2011).

b. Penanganan Bayi Baru Lahir

a). Pencegahan infeksi

Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi seperti berikut

- (a). Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi.
- (b). Pakai sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- (c). Semua peralatan dan perlengkapan yang akan di gunakan telah di DTT atau steril. Khusus untuk bola karet penghisap lender jangan dipakai untuk lebih dari satu bayi.
- (d). Handuk, pakaian atau kain yang akan digunakan dalam keadaan bersih (demikian juga dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dll).

Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK-KR, 2010).

b). Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah lahir lakukan penilaian awal secara cepat dan tepat (0-30 detik) buat diagnose untuk dilakukan asuhan berikutnya.

Yang dinilai (Sukarni, 2013):

- (a). Bayi cukup bulan atau tidak ?
- (b). Usaha nafas bayi menangis keras ?
- (c). Warna kulit cyanosis atau tidak ?
- (d). Gerakan aktif atau tidak
- (e). Frekuensi jantung normal/ tidak

Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2010).

Tabel 3.2 Apgar Skor

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

(Sumber : Saifuddin, 2010)

Klasifikasi (Saifuddin, 2014) :

- (1) Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
- (2) Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
- (3) Asfiksia berat (apgar skor 0-3)
- (4) Memotong dan merawat tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil maka lakukan pengikatan pada tali pusat. Yang pertama dilakukan adalah mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam klorin 0,5% untuk membersihkan dari darah dan sekret lainnya. Kemudian bilas dengan air DTT, lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering. Ikat tali pusat 1cm dari perut bayi (pusat). Gunakan benang atau klem plastik DTT/ steril. Kunci ikatan tali pusat dengan simpul mati atau kuncikan penjepit plastik tali pusat. Kemudian selimuti bayi dengan menggunakan kain yang bersih dan kering (Sumarah, dkk, 2012).

1) Mempertahankan suhu

Mekanisme pengaturan temperatur bayi baru lahir belum berfungsi sempurna oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia (Sumarah, dkk, 2012).

a) Mekanisme kehilangan panas

Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui (Sukarni, 2013):

- (1) Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- (2) Konduksi, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- (3) Konveksi, yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin (misalnya melalui kipas angin, hembusan udara, atau pendingin ruangan).
- (4) Radiasi, yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

b) Mencegah Kehilangan Panas

Keringkan bayi segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernafasan), dan untuk tidak memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir untuk mencegah hipotermi (Depkes RI, 2014).

c) Kontak dini dengan ibu

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin, kontak dini diantara ibu dan bayi penting untuk (Saifuddin, 2012):

(1) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir

(2) Ikatan batin pemberian ASI

a. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011).

Dalam waktu 24 jam, apabila bayi tidak mengalami masalah apapun, segeralah melakukan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap. Pada saat melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemeriksa hendaknya memperhatikan beberapa hal penting berikut ini :

- 1) Periksa bayi di bawah pemancar panas dengan penerangan yang cukup, kecuali ada tanda-tanda jelas bahwa bayi sudah kepanasan.
- 2) Untuk kasus bayi baru lahir rujukan, minta orang tua/keluarga bayi hadir selama pemeriksaan dan sambil berbicara dengan keluarga bayi serta sebelum melepaskan pakaian bayi, perhatikan warna kulit, frekuensi nafas, postur tubuh, reaksi terhadap rangsangan dan abnormalitas yang nyata.
- 3) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan.
- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan.
- 5) Bersikap lembut pada waktu memeriksa.
- 6) Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah pemeriksaan head to toe secara sistematis.
- 7) Jika ditemukan faktor risiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
- 8) Catat setiap hasil pengamatan

Pemeriksaan Umum (Saifuddin, 2012) :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital
 - a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)
 - b) Suhu tubuh (36,5oC-37oC)
 - c) Pernafasan (40-60 kali per menit)
- 2) Pemeriksaan antropometri
 - a) Berat badan (2500-4000 gram)
 - b) Panjang badan (44-53 cm)
 - c) Lingkar kepala (31-36 cm)
 - (1) Fronto-oksipito (34 cm)
 - (2) Bregma-oksipito (32cm)
 - (3) Subment-oksipito (35 cm)
 - d) Lingkar dada (30-33 cm)
 - e) Lingkar lengan (>9,5 cm)
- 3) Berikan vitamin K 1 mg *Intra Muscular* (IM) dipaha kiri anterolateral dan setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.
- 4) Pola pemenuhan kebutuhan pada bayi baru lahir

Tabel 3.3
Pola fungsional Bayi baru lahir Normal

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	<p>Pada hari – hari pertama kelahiran bayi, apabila pengisapan puting susu cukup adekuat maka akan dihasilkan secara bertahap 10 – 100 ml ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10 – 14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700 – 800 ml ASI per hari (kisaran 600 – 1000 ml) untuk tumbuh kembang bayi.</p>
Pola Eliminasi	<p>Minggu pertama; neonatus normal akan berkemih hingga tiga puluh kali sehari. BAK: 24 jam pertama 15-60 ml dengan frekuensi lebih dari 20 x.</p>
Pola eliminasi	BAB: turun 5-10% pada hari ke 4-5
Pola Istirahat	<p>Status sadar mungkin 2-3 jam beberapa hari pertama. Bayi tampak semi-koma saat tidur dalam; meringis atau tersenyum adalah bukti tidur dengan gerakan mata cepat (REM); tidur sehari rata-rata 20 jam.</p>
Pola Personal Hygiene	<p>Neonatus perlu mandi setiap hari. Kepala dan popok neonatus perlu di bersihkan/diganti setiap</p>

	kali area tersebut kotor dan perawatan tali pusat yang sesuai dapat mencegah infeksi neonatorum.
Pola Aktivitas	Neonatus banyak tidur

Sumber : Doenges (2012)

b. Refleks pada bayi baru lahir (Ladewig. 2009).

1) Refleks Moro (menghilang usia 3-6 bulan)

Jika bayi dikagetkan oleh suara keras, gerakan mendadak atau seperti memeluk bila ada rangsangan, cahaya atau posisi secara mendadak, seluruh tubuhnya bereaksi dengan gerakan kaget , yaitu gerakan mengayunkan/merentangkan lengan dan kaki seolah ia akan meraih sesuatu dan menariknya dengan cepat ke arah dada dengan posisi tubuh meringkuk seperti berpegangan dengan erat, mendorong kepala ke belakang, membuka mata, dan mungkin menangis. Terjadi pada usia 1-2 minggu dan akan menghilang ketika berusia 6 bulan.

2) Reflek Rooting (menghilang usia 3-4 bulan, ada yang menetap sampai usia 1 tahun)

Jika seseorang mengusapkan sesuatu di pipi bayi, ia akan memutar kepala ke arah benda itu dan membuka mulutnya. Refleks ini terus berlangsung selama bayi menyusui.

3) Refleks sucking (menghilang usia 3-4 bulan)

Menyetuhkan/ memasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit bayi. Bayi langsung melakukan gerakan menghisap

4) Refleks Swallowing (menghilang di usia 3-4 bulan, dapat menetap sampai usia 1 tahun)

Muncul ketika benda-benda yang dimasukkan kedalam mulut, seperti puting susu ibu dan bayi akan berusaha menghisap lalu menelan. Proses menelan ini yang disebut reflek swallowing.

5) Reflek Glabella

Ketukan halus pada glabella (bagian dahi antara 2 alis mata) menyebabkan mata menutup dengan rapat

6) Refleks tonic neck (mehilang usia 2-3 bulan)

Ketika kedua tangan bayi diangkat, bayi akan berusaha mengangkat kepalanya. Jika bayi baru lahir tidak mampu untuk melakukan posisi ini atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, bayi dimungkinkan mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian, reflek tonic neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyiapkan bayi untuk mencapai gerak sadar.

7) Refleks palmar grasping (melemah di usia 3-4 bulan, menghilang usia 1 tahun)

Bayi baru lahir menggenggam/merenggut jari ibu jika ibu menyentuh telapak tangannya. Genggaman tangan ini sangat kuat hingga ia bisa menopang seluruh berat badan jika ibu mengangkatnya dengan satu jari terenggam dalam setiap tangannya. Gerakan refleks ini juga terdapat ditelapak kaki yang melengkung saat di sentuh. Gerakan refleks ini hilangs etelah beberapa bulan. Ia harus belajar menggenggam dengan sengaja. Menurun setelah 10 hari dan biasanya menghilang setelah 1 bulan. Untuk gerakan kaki berlanjut hingga 8 bulan

8) Refleks Stepping (berjalan dan melangkah) (menghilang usia 3-4 bulan)

Jika ibu atau seseorang menggendong bayi dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, ibu/orang tersebut akan melihat refleks berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti akan melangkahi benda tersebut. Refleks berjalan ini akan hilang dan berbeda dengan gerakan berjalan normal, yang ia kuasai beberapa bulan berikutnya. Menurun setelah 1 minggu dan akan lenyap sekitar 2 bulan.

9) Reflex Babinski (menghilang usia 1 tahun)

Jari-jari mencengkram/hiperekstensi ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal.

10) Refleks blinking (menetap)

Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya

11) Reflek Plantar (berkurang usia 8 bulan, menghilang usia 1 tahun)

Reflek ini juga disebut reflek plantar grasp, muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Reflek plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jarinya akan melekuk secara erat.

12) Reflek Swimming (menghilang usia 4-6 bulan)

Reflek ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam yang berisi air, ia akan mulai mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang. Reflek ini akan menghilang pada usia empat sampai enam bulan. Reflek ini berfungsi untuk membantu bayi bertahan jika ia tenggelam. Meskipun bayi akan mulai mengayuh

dan menendang seperti berenang, namun meletakkan bayi di air sangat berisiko.

Bayi akan menelan banyak air pada saat itu

- 13) Reflek leher asimetrik tonik (mudah terlihat usia 2 bulan, menghilang di usia 3-4 bulan)

Caranya : baringkan sekecil , lalu miringkan kekiri misalnya

reaksi : tangan kiri bayi akan merentang lurus keluar dan tangan kanannya akan menekuk kearah kepala atau muka

- 14) Reflek magnet (menghilang usia 3-6 bulan)

Bayi ditelentangkan, agak fleksian kedua tungkaibawah dan beri tekanan pada telapak kaki bayi.

Reaksi: kedua tungkai bawah ekstensi melawan tekanan pemeriksa

- 15) Reflek Galant (menghilang usia 4-6 bulan)

Bayi ditengkurapkan pada permukaan datar, goreskan jari ke arah bawah sekitar 4-5 cm lateral terhadap tulang belakang, mula-mula pada satu sisi kemudian sisi yang lain.

Reaksi: tubuh fleksi dan pelvis diayunkan ke arah sisi yang terstimulasi.

c. Pemantauan bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2010). Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

- 1) 2 jam pertama sesudah kelahiran

Hal-hal yang perlu dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah kelahiran, meliputi:

- a) Kemampuan menghisap bayi kuat atau lemah
 - b) Bayi tampak aktif atau lunglai
 - c) Bayi kemerahan atau biru
- 2) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti:

- a) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau kurang bulan
- b) Gangguan pernafasan
- c) Hipotermi
- d) Infeksi
- e) Cacat bawaan atau trauma lahir

(Saifuddin,2010)

d. Inisiasi menyusui dini

Inisiasi menyusui dini dilakukan untuk mempererat ikatan batin antara ibu- anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi itu dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam antar ibu dan anak. Penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan memang baik bagi bayi. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. (Sumarah, dkk, 2012).

e. Pemberian Air Susu Ibu (ASI Eksklusif)

Pemberian ASI eksklusif adalah pemberian ASI (air susu ibu) sedini mungkin setelah persalinan, diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan lain, walaupun hanya air putih, sampai bayi berumur 6 bulan. Setelah 6 bulan, bayi mulai dikenalkan dengan makanan lain dan tetap diberi ASI sampai bayi berumur 2 tahun (Purwanti, 2011).

Sebagian besar pertumbuhan dan perkembangan bayi ditentukan oleh pemberian ASI eksklusif. ASI mengandung zat gizi yang tidak terdapat dalam susu formula. Komposisi zat dalam ASI antara lain 88,1% air, 3,8% lemak, 0,9% protein, 7% laktosa serta 0,2% zat lainnya yang berupa DHA, DAA, shpynogelin dan zat gizi lainnya (Prasetyono, 2010).

g. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Pinem (2012), tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- 1) Sulit menyusu
- 2) Letargi (tidur terus sehingga tidak menyusu)
- 3) Demam (suhu badan $> 38^{\circ}\text{C}$ atau hipotermi $< 36^{\circ}\text{C}$)
- 4) Tidak BAB atau BAK setelah 3 hari lahir (kemungkinan bayi mengalami atresia ani), tinja lembek, hijau tua, terdapat lendir atau darah pada tinja
- 5) Sianosis (biru) atau pucat pada kulit atau bibir, adanya memar, warna kulit kuning (ikterus) terutama dalam 24 jam pertama
- 6) Muntah terus menerus dan perut membesar
- 7) Kesulitan bernafas atau nafas lebih dari 60 kali per menit

- 8) Mata bengkak dan bernanah atau berair
- 9) Mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah
- 10) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah

4. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2012).

b. Tahapan Masa nifas

- 1). Puerperium dini (immediate puerperium) : waktu 0-24 jam postpartum.
Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2). Puerperium Intermedial (early puerperium) : waktu 1-7 hari postpartum.
- 3). Remote Puerperium (later puerperium) : waktu 6-8 minggu postpartum.

c. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1). Nutrisi dan cairan

Pada mereka yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan perempuan boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil.

2). Ambulasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan pada hari

ke 4 atau 5 sudah boleh pulang. Mobilisasi diatas mempunyai variasi yang berbeda, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

3). Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur, karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan perdarahan dari rahim. Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya.

4). Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstifasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau per rectal. Jika masih belum bisa dilakukan klisma. Konsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum.

5). Menjaga kebersihan diri

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.

6). Kebersihan genetalia

Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomi, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gentilah pembalut minimal 3 kali sehari. Pada persalinan yang terdapat

jahitan, jangan khawatir untuk membersihkan vulva, justru vulva yang tidak dibersihkan dapat menyebabkan infeksi. Bersihkan vulva setiap buang air besar, buang air kecil dan mandi.

7). Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat pada ibu nifas akan lebih banyak. Sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dibagian dada, sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea.

8). Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan dalam tubuh akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Usahakan mandi lebih sering dan menjaga agar kulit tetap dalam keadaan kering.

9). Istirahat

Untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga yang lain jika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik pada saat ibu dan bayi istirahat untuk menghilangkan tegang dan lelah.

10). Seksual

Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam

vagina tanpa ada rasa nyeri. Begitu ibu merasa aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

11). Rencana kontrasepsi

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung hormone, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI. Hubungan suami istri pada masa nifas tidak terganggu.

12). Senam nifas

Senam nifas yaitu gerakan untuk mengembalikan otot perut yang kendur karena peregangan selama hamil. Senam nifas ini dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu

d. Menurut Suherni, dkk (2013), frekuensi kunjungan, waktu kunjungan yaitu:

- 1). Kunjungan pertama, waktu 6-48 jam setelah post partum
- 2). Kunjungan kedua, waktu 3-7 hari post partum
- 3). Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum
- 4). Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum

5. Konsep Dasar Neonatal

a. Pengertian

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Wahyuni, 2012).

b. Periode Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampaidengan usia 4 minggu terbagi menjadi 2 periode, antara lain:

- (a). Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 0–7 hari setelah lahir.
- (b). Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir.

Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupan (Ambarwati, 2012).

c. Kunjungan Neonatal

a). Pengertian

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali untuk mendapatkan pelayanan dasar dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah. Bentuk pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahaninfeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi) pemberian vitamin K dan penyuluhan neonatal di rumah menggunakan buku KIA (DepKes RI, 2015).

Kunjungan neonatal (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan minimal dua kali.

- (a). Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ke tujuh (sejak 6 jam setelah lahir).
- (b). Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai hari kedua puluh delapan (Syarifudin, 2012).

b. Tujuan

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah. Pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan konfeherensif, meliputi:

- (a). Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- (b). Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
- (c). Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (*Family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha mengajarkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012).

b. Penapisan Klien KB

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi adalah untuk menentukan apakah ada kehamilan, keadaan yang

membutuhkan perhatian khusus, dan masalah yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut (BKKBN, 2012).

c. Jenis Kontrasepsi (BKKBN, 2012)

a). MAL

Metode amenorrhea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI). Syarat MAL sebagai kontrasepsi adalah menyusui secara penuh (*full breast feeding*), belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan. Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Bekerja dengan penundaan ovulasi.

b). Kontrasepsi Metode Sederhana

(a). Metode pantang berkala atau yang lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami-istri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur.

(b). Metode kontrasepsi suhu basal berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai sehari sebelum menstruasi berikutnya. Untuk mengetahui bahwa suhu tubuh benar-benar naik, maka harus selalu diukur dengan termometer yang sama dan pada tempat yang sama setiap pagi setelah bangun tidur sebelum mengerjakan pekerjaan apapun dan dicatat pada tabel.

(c). Metode lendir serviks atau Metode Ovulasi Billings (MOB) adalah suatu cara/metode yang aman dan ilmiah untuk mengetahui kapan masa subur wanita. Cara ini dapat dipakai baik untuk menjadi hamil

maupun menghindari atau menunda kehamilan. Metode ini sangat sederhana, murah, dan mudah diterapkan karena berdasarkan pengamatan diri sendiri terhadap gejala-gejala yang secara alamiah dialami oleh setiap wanita yang normal.

(d). Coitus Interruptus juga dikenal dengan metode senggama terputus. Teknik ini dapat mencegah kehamilan dengan cara sebelum terjadi ejakulasi pada pria, seorang pria harus menarik penisnya dari vagina sehingga tidak setetes pun sperma masuk ke dalam rahim wanita. Dengan cara ini, kemungkinan terjadinya pembuahan dapat dikurangi.

(e). Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma.

(f). Kontrasepsi Oral

Kontrasepsi oral/pil mencakup pil kombinasi dan sekuensial yang berisi esterogen dan progesteron dan pil yang berisi progesteron saja (mini pil). Cara kerja dari kontrasepsi pil adalah menghambat ovulasi, membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi, membuat lendir serviks tidak bisa ditembus sperma, dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi ovum terganggu.

(g). Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntik terdiri dari suntikan kombinasi dan suntikan progestin. Suntikan kombinasi adalah kombinasi antara 25 mg

medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat. Cara kerjanya pada prinsipnya sama dengan cara kerja pil kombinasi. Suntikan kombinasi efektif bekerja selama 30 hari. Efektivitasnya tinggi, namun pengembalian kesuburan membutuhkan waktu yang lebih lama dibanding dengan kontrasepsi pil. Untuk suntikan progestin, mengandung Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) dan diberikan 3 bulan sekali pada bokong yaitu *musculus gluteus maximus*. Kontrasepsi ini cocok untuk ibu yang sedang menyusui.

(h). Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus. AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena adanya perubahan pada tuba dan cairan uterus.

(i). Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi berupa batang silastik yang dipasang dibawah kulit. Cara kerjanya adalah dengan menekan ovulasi, menurunkan motilitas tuba, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, dan mengentalkan lendir serviks sehingga mengganggu transportasi sperma. Saifuddin (2010), menyatakan bahwa keuntungan implan dibagi atas dua yaitu keuntungan sebagai kontrasepsi dan nonkontrasepsi. Adapun keuntungan implan sebagai kontrasepsi menurut Yuhedi dan Kurniawati (2013: 105), yaitu daya

guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. Keuntungan nonkontrasepsi yaitu mengurangi rasa nyeri dan jumlah darah haid serta menurunkan angka kejadian endometriosis (Saifuddin, 2010).

Kerugian implan menurut Tresnawati (2013: 124), yaitu tidak memberikan efek protektif terhadap penyakit menular seksual, termasuk AIDS, membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, akseptor tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai keinginan akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, memiliki semua resiko sebagai layaknya setiap tindak bedah minor (infeksi, hematoma dan perdarahan), pada kebanyakan klien dapat menyebabkan terjadinya perubahan pola haid. Keluhan-keluhan yang mungkin berhubungan dengan pemakaian susuk norplan seperti peningkatan/penurunan berat badan, dermatitis atau jerawat (Saifuddin, 2010).

Indikasi implan menurut Yuhedi dan Kurniawati (2013: 105), adalah wanita usia reproduksi, wanita nulipara atau yang sudah mempunyai anak atau yang belum mempunyai anak, wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas yang tinggi, wanita yang setelah keguguran dan setelah

melahirkan, yang menyusui atau tidak menyusui, wanita yang tidak menginginkan anak lagi tapi menolak untuk sterilisasi, wanita yang tekanan darahnya kurang dari 180/110 mmHg, wanita yang sering lupa meminum pil kontrasepsi.

Kontra indikasi menurut Tresnawati (2013: 123), yaitu hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, menderita mioma uterus, penyakit jantung, hipertensi, diabetes militus, penyakit *tromboemboli*, gangguan toleransi glukosa.

(j). Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP)

Kontrasepsi ini bisa disebut juga kontrasepsi mantap, pada wanita disebut tubektomi, yaitu tindakan memotong tuba falopii. Sedangkan pada pria, kontrasepsi mantap disebut vasektomi, yaitu tindakan memotong vas deferens.

BAB III
SUBJEK DAN KERANGKA KERJA
PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

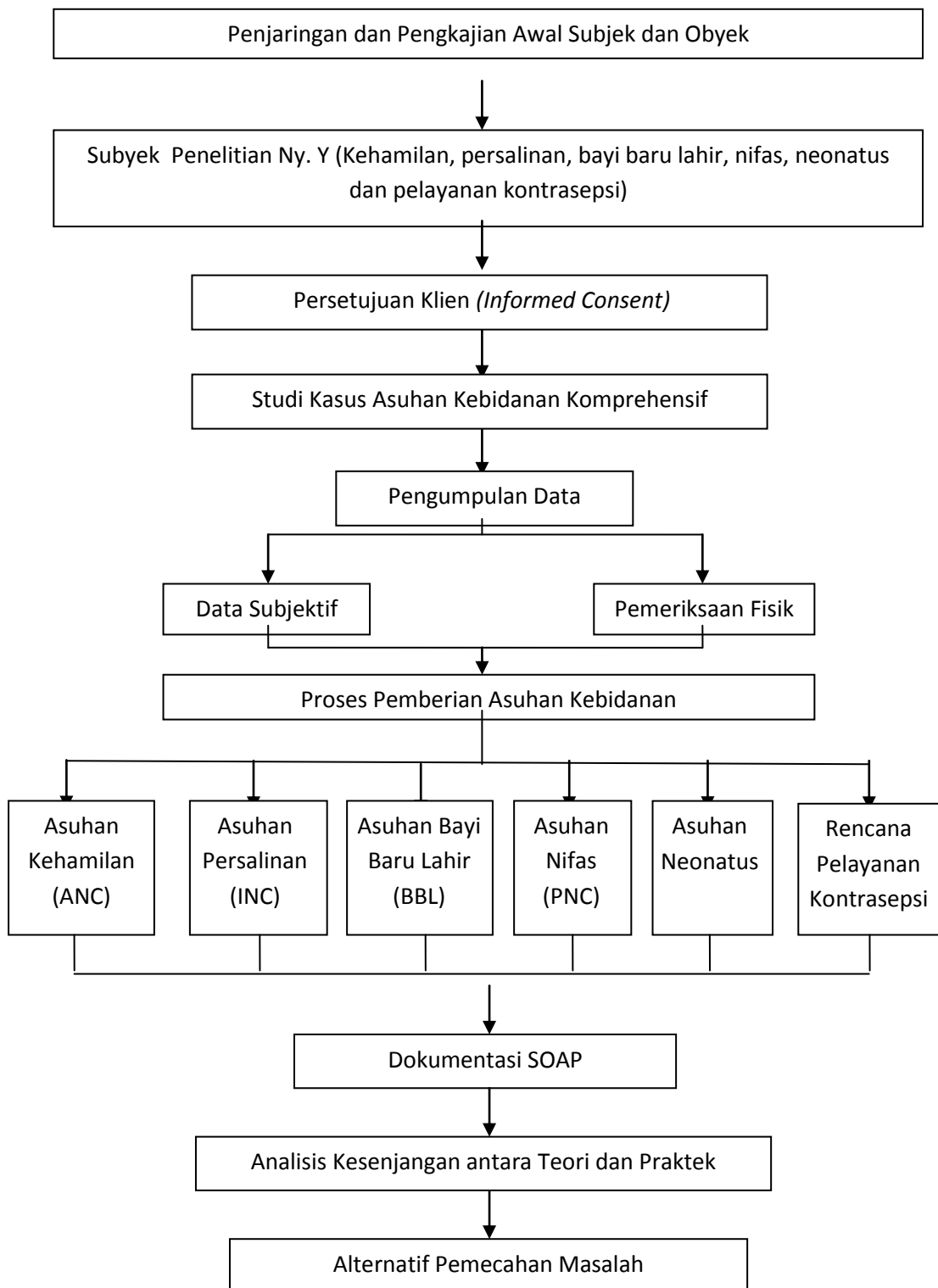
Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan penelitian itu (Nasution, 2011).

Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Studi kasus atau *case study* dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Meskipun di dalam studi kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas, serta penggunaan berbagai teknik secara integratif (Notoatmodjo, 2015).

Studi kasus atau *case study* pada penelitian ini menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

B. Kerangka Kerja Studi Kasus

Bagan 2.2 Kerangka Kerja Studi Kasus



C. Subjek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi (Amirin, 2010).

Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau tanpa faktor risiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatus serta calon akseptor kontrasepsi.

Subjek penelitian yang akan dibahas dalam LTA ini adalah Ny. “Y” usia 21 tahun, hamil anak kedua dan pernah keguguran sekali sebelumnya, usia kehamilan 24 minggu. Pekerjaan sehari-hari yaitu sebagai Ibu Rumah Tangga, beragama islam, pendidikan terakhir SMP bertempat tinggal di Kelurahan Margasari kota Balikpapan.

D. Pengumpulan dan Analisis Data

a. Pengumpulan Data

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

Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

1) Observasi

Menurut Kriyantono (2008) mengatakan bahwa “Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu”.

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

2) Wawancara

Menurut Berger dalam Kriyantono (2008) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek.

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

3) Pemeriksaan fisik

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

4) Studi Dokumentasi

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

5) Analisis Data

Menurut Sugiyono (2014) Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

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

E. Etika Penelitian

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

Menurut Hidayat (2010) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah-langkah:

1. Informed Consent (Lembar Persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuannya adalah supaya subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika subjek bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan, jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

Peneliti menjelaskan proses asuhan yang akan diberikan dan memberikan lembar persetujuan kepada klien sebagai bukti kesediaan klien untuk diberikan asuhan pada penelitian ini.

2. Anonymity (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, lembar pengumpulan data tidak mencantumkan nama responden, lembar pengumpulan data cukup diisi dengan inisial klien.

Peneliti dalam pendokumentasian hasil asuhan kebidanan hanya menuliskan inisial dari huruf depan nama klien maupun keluarga.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan menjelaskan masalah ataupun data klien yang harus dirahasiakan. Semua informasi yang diberikan klien akan dijamin kerahasiannya oleh peneliti.

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya yang berhubungan dengan responden.

F. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif

1. Langkah I (Pengkajian)

Data subjektif

a. Identitas

Nama klien	: Ny.Y	Nama suami	: Tn.B
Umur	: 21 Tahun	Umur	: 30 Tahun
Suku	: Bugis	Suku	: Bugis
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: D3
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Pedagang
Alamat	: Jalan Sepaku Laut, Gang Manuntung, RT 06		

b. Anamnesa

Tanggal : Selasa, 29 Oktober 2019 Pukul : 15.00 WITA
Oleh : Wahyu Karina Lestari

c. Alasan kunjungan saat ini : Pemeriksaan Kehamilan

d. Keluhan : Nyeri punggung dan nyeri bawah perut

e. Riwayat obstetric dan ginekologi

1) Riwayat menstruasi

- a) HPHT / TP : 16 Mei 2019/23 Februari 2020
- b) Umur kehamilan : 24 minggu
- c) Lamanya : 3-5 hari
- d) Banyaknya : 4 x / hari (mengganti pembalut)
- e) Konsistensi : Cair
- f) Siklus : 28 hari

- g) Menarche : 10 Tahun
 - h) Teratur / tidak : Teratur
 - i) Dismenorrhea : Ada
 - j) Keluhan lain : Tidak ada
- 2) Flour albus
- a) Banyaknya : Sedikit hanya bercak-bercak pada celana dalam
 - b) Warna : Kadang kuning
 - c) Bau/gatal : Kadang gatal
- 3) Tanda – tanda kehamilan
- a) Test kehamilan : Test Pack
 - b) Tanggal : 20-07-219
 - c) Hasil : +
 - d) Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu : 20 Minggu
 - e) Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : $\geq 10x/$ menit
- 4) Riwayat penyakit/gangguan reproduksi
- a) Mioma uteri : Tidak ada
 - b) Kista : Tidak ada
 - c) Mola hidatidosa : Tidak ada
 - d) PID : Tidak ada
 - e) Endometriosis : Tidak ada
 - f) KET : Tidak ada
 - g) Hydramnion : Tidak ada
 - h) Gemelli : Tidak ada
 - i) Lain – lain : Tidak ada

5) Riwayat kehamilan

G 3 P 1 A 1

Kehamilan I : 2017

Kehamilan II : Abortus

Kehamilan III : Kehamilan ini

6) Riwayat imunisasi

a). Imunisasi DPT I, DPT 2, DPT 3 : Diberikan saat bayi

b). Imunisasi DT : Diberikan saat kelas 1 SD

c). Imunisasi TT : Diberikan saat kelas 2,3 SD

d). Imunisasi TT Booster : Diberikan saat Catin

Hasil : Skrining TT-V (Lengkap)

7) Riwayat kesehatan :

Riwayat penyakit yang pernah dialami

a) Penyakit jantung : Tidak ada

b) Hipertensi : Tidak ada

c) Hepar : Tidak ada

d) DM : Tidak ada

e) Anemia : Tidak ada

f) PSM/HIV/AIDS : Tidak ada

g) Campak : Tidak ada

h) Malaria : Tidak ada

i) TBC : Tidak ada

j) Gangguan mental : Tidak ada

k) Operasi : Tidak ada

- l) Hemorrhoid : Tidak ada
 - m) DHF : Tidak Ada
 - n) Lain-lain : Tidak Ada
- 8) Alergi
- a) Makanan : Tidak ada
 - b) Obat – obatan : Tidak ada
- 9) Keluhan selama hamil
- a) Rasa lelah : Ada di awal kehamilan sampai sekarang
 - b) Mual dan muntah : Ada di awal kehamilan
 - c) Tidak nafsu makan : Ada di awal kehamilan
 - d) Sakit kepala/pusing : Tidak ada
 - e) Penglihatan kabur : Tidak ada
 - f) Nyeri perut : Ada
 - g) Nyeri waktu BAK : Tidak ada
 - h) Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
 - i) Perdarahan : Tidak ada
 - j) Haemorrhoid : Tidak ada
 - k) Nyeri pada tungkai : Tidak ada

 - l) Oedema : Tidak ada
 - m) Lain-lain : Tidak ada

10) Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke			Kehamilan			Persalinan			Anak		
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Kedaaan
1.	20-04-2017	RS. Sayan g Ibu	39-40 Mg	Tidak Ada	Sontan	Bidan	Tidak Ada	Prematur	3000 gram	47 CM	Normal
2.	10-01-2019	RS. Restu Ibu	4 Minggu	Abortus Inkomplit	Curate						
3.	Hamil Sekarang										

11) Riwayat menyusui

Anak I : Asi Lamanya : 6 Bln Alasan : -
 Anak II : - Lamanya : - Alasan : -
 Anak III : - Lamanya : - Alasan : -
 Anak IV : - Lamanya : - Alasan : -
 Anak V : - Lamanya : - Alasan : -

12) Riwayat KB

a) Pernah ikut KB : Ya
 b) Jenis kontrasepsi yang : Suntik 3 Bulan
 c) Lama pemakaian : 1 Tahun
 d) Keluhan selama pemakaian : Haid Tidak Teratur
 e) Tempat pelayanan KB : Puskesmas Margasari

- f) Alasan ganti metode : Ibu mengatakan haidnya tidak teratur
- g) Ikut KB atas motivasi : Ya

13) Kebiasaan sehari – hari

- a) Merokok sebelum / selama hamil : Tidak ada
- b) Obat – obatan /jamu, sebelum / selama hamil : Vitamin, penguat kandungan
- c) Alkohol : Tidak ada
- d) Makan / diet
 - Jenis makanan : Nasi, sayur, lauk pauk ,buah
 - Frekuensi : 3x/hari
 - Porsi : Piring penuh
 - Pantangan : Tidak Ada
- e) Perubahan makan yang dialami : Meningkatkan
- f) Defekasi / miksi

(1) BAB

- (a) Frekuensi : 2x/hari
- (b) Konsistensi : Padat
- (c) Warna : Kecoklatan
- (d) Keluhan : Tidak ada

(2) BAK

- (a) Frekuensi : $\pm 8x$ /hari
- (b) Konsistensi : Cair
- (c) Warna : Kekuning kuningan
- (d) Keluhan : Nyeri

- g) Pola istirahat dan tidur
 - a) Siang : Tidak ada
 - b) Malam : 7 jam (dari jam10- jam 5)
- h) Pola aktivitas sehari – hari
 - a) Di dalam rumah : Bersihin rumah ,masak, Mencuci Pakaian,
Menjaga anak
 - b) Di luar rumah : Tidak Ada
- i) Pola seksualitas
 - a) Frekuensi : 2-3x/minggu
 - b) Keluhan : Tidak ada

14) Riwayat Psikososial

- a) Pernikahan
 - (1) Status : Menikah
 - (2) Yang ke : Pertama
 - (3) Lamanya : 4 Tahun
 - (4) Usia pertama kali menikah : 17 tahun
- b) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : Banyak yang belum diketahui ibu perihal kehamilan
- c) Respon ibu terhadap kehamilan : Sangat antusias
- d) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : Laki-laki
- e) Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak :
Laki-laki, sangat senang dan sangat di dambakan
- f) Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak ada
- g) Pantangan selama kehamilan : Tidak Ada

h) Persiapan persalinan

(1) Rencana tempat bersalin : Rs. Ibnu Sina

(2) Persiapan ibu dan bayi : Belum di persiapkan

15) Riwayat kesehatan keluarga

a) Penyakit jantung : Tidak ada

b) Hipertensi : Tidak ada

c) Hepar : Tidak ada

d) DM : Tidak ada

e) Anemia : Tidak ada

f) PSM / HIV / AIDS : Tidak ada

g) Campak : Tidak ada

h) Malaria : Tidak ada

i) TBC : Tidak ada

j) Gangguan mental : Tidak ada

k) Operasi : Tidak ada

l) Bayi lahir kembar : Tidak ada

m) Lain-lain : Tidak ada

16) Pemeriksaan

a) Keadaan umum

Berat badan

Sebelum hamil : 54 kg

IMT : 22,78 (Normal)

Saat hamil : 63 kg

Penurunan : Tidak ada

- b) Tinggi badan : 154 cm
- c) Lila : 28 cm
- d) Kesadaran : Compos Mentis
- f) Ekspresi wajah : Bahagia
- g) Keadaan emosional : Stabil

17) Tanda – tanda vital

- a) Tekanan darah : 110/70 mmHg
MAP : 83,3 (Normal)
- b) Nadi : 84x/menit
- c) Suhu : 37° C
- d) Pernapasan : 22x/menit

18) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

- a) Kepala
 - (1) Kulit kepala : Bersih tidak ada ketombe
 - (2) Kontriksi rambut : Kuat
 - (3) Distribusi rambut : Merata
 - (4) Lain – lain : -
- b) Mata
 - (1) Kelopak mata : Tidak oedema
 - (2) Konjungtiva : Tidak pucat
 - (3) Sklera : Berwarna Putih
 - (4) Lain – lain

- c) Muka
- (1) Kloasma gravidarum : Tidak ada
 - (2) Oedema : Tidak oedema
 - (3) Pucat / tidak : Tidak pucat
 - (4) Lain – lain : Tidak Ada
- d) Mulut dan gigi
- (1) Gigi geligi : Tidak lengkap
 - (2) Mukosa mulut : Lembab
 - (3) Caries dentis : Tidak Ada
 - (4) Geraham : Tidak Ada
 - (5) Lidah : Bersih
 - (6) Lain – lain : Tidak Ada
- e) Leher
- (1) Tonsil : Tidak ada peradangan
 - (2) Faring : Tidak ada peradangan
 - (3) Vena jugularis : Tidak ada pembesaran
 - (4) Kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran
 - (5) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
 - (6) Lain-lain : Tidak Ada
- f) Dada
- (1) Bentuk mammae : Simetris
 - (2) Retraksi : Tidak ada
 - (3) Puting susu : Menonjol
 - (4) Areola : Hiperpigmentasi
 - (5) Lain-lain : Tidak Ada
- g) Punggung ibu
- (1) Bentuk /posisi : Lordosis
 - (2) Lain-lain : Tidak Ada
- h) Perut
- (1) Bekas operasi : Tidak ada
 - (2) Striae : Tidak ada
 - (3) Pembesaran : Sesuai masa kehamilan

- (4) Asites : Tidak ada
- (5) Lain-lain : Tidak Ada

i) Vagina

- (1) Varises : Tidak di lakukan pemeriksaan
- (2) Pengeluaran : Tidak di lakukan pemeriksaan
- (3) Oedema : Tidak di lakukan pemeriksaan
- (4) Perineum : Tidak di lakukan pemeriksaan
- (5) Luka parut : Tidak di lakukan pemeriksaan
- (6) Fistula : Tidak di lakukan pemeriksaan
- (7) Lain – lain : Tidak Ada

j) Ekstremitas

- (1) Oedema : Tidak oedema
- (2) Varises : Tidak ada varises
- (3) Turgor : Normal
- (4) Lain – lain : Tidak Ada

k) Kulit

- Lain – lain : Tidak Ada

Palpasi

a) Leher

- (1) Vena jugularis : Tidak teraba pembesaran
- (2) Kelenjar getah bening : Tidak teraba pembesaran
- (3) Kelenjar tiroid : Tidak teraba pembesaran
- (4) Lain – lain : Tidak Ada

b) Aksila : Tidak teraba pembesaran

c) Dada

- (1) Mammae : Simetris
- (2) Massa : Tidak teraba masa
- (3) Konsistensi : Kenyal

(4) Pengeluaran Colostrum : Terdapat Pengeluaran Asi

(5) Lain-lain :-

d) Perut

(1) Leopold : TFU 17 cm, 2 jari dibawah pusat . Pada fundus
Teraba bundar, tidak melenting, agak lunak
(bokong) Tafsiran berat janin 775 gram

(2) Leopold II : Di bagian kanan teraba keras seperti papan di
(ekstrimitas) dan di sebelah kiri teraba bagian-
bagian kecil tangan (punggung Kanan)

(3) Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika di
goyangkan melenting (persentasi kepala)

(4) Leopold IV : Konvergen (Bagian terendah janin belum
masuk PAP)

(5) Lain – lain : Tidak Ada

e) Tungkai

(1) Oedema

(a) Tangan Kanan : Tidak oedema Kiri :Tidak oedema

(b) Kaki Kanan : Tidak oedema Kiri :Tidak oedema

(2) Varices Kanan : Tidak ada Kiri :Tidak ada

f) Kulit

(1) Turgor :Normal Kembali kurang dari 2 detik

(2) Lain – lain :Tidak Ada

Auskultasi

a) Paru – paru

(1) Wheezing : Tidak ada

(2) Ronchi : Tidak ada

b) Jantung

(1) Irama : Teratur

(2) Frekuensi : 84x/menit

(3) Intensitas : Kuat

(4) Lain-lain : Tidak Ada

c) Perut

(1) Bising usus ibu : Ada

(2) DJJ :

(a) Punctum maksimum : Sepusat sebelah kanan

(Kuadran IV)

(b) Frekuensi : 143x/menit

(c) Irama : Teratur

(d) Intensitas : Kuat

(e) Lain – lain : Tidak Ada

Perkusi

a) Dada

Suara : Tidak dilakukan

b) Perut : Tidak dilakukan

c) Ekstremitas

Refleks patella : Kanan : + Kiri : +

d) Lain – lain : Tidak Ada

19) Pemeriksaan Khusus

a) Pemeriksaan dalam

- (1) Vulva / uretra : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (2) Vagina : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (3) Dinding vagina : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (4) Porsio : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (5) Pembukaan : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (6) Ukuran serviks : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (7) Posisi serviks : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (8) Konsistensi : Tidak dilakukan pemeriksaan

b) Pelvimetri klinik

- (1) Promontorium : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (2) Linea inominata : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (3) Spina ischiadica : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (4) Dinding samping : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (5) Ujung sacrum : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (6) Arcus pubis : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (7) Adneksa : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (8) Ukuran : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (9) Posisi : Tidak dilakukan pemeriksaan

c) Ukuran panggul luar

- (1) Distansia spinarum : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (2) Distansia kristarum : Tidak dilakukan pemeriksaan

(3) Conjugata eksterna : Tidak dilakukan pemeriksaan

(4) Lingkar panggul : Tidak dilakukan pemeriksaan

(5) Kesan panggul : Tidak dilakukan pemeriksaan

e) Pemeriksaan laboratorium

(1) Darah Tanggal :29 Oktober 2019

(a) Hb : 10,9 g/dl

(b) Golongan darah : A

(c) Lain – lain : Tidak Ada

(2) Urine Tanggal : 15 Agustus 2019

(a) Protein : Negatif (-)

(b) Albumin : Negatif (-)

(c) Reduksi : Negatif (-)

(d) HBSAG : Negatif (-)

(e) HIV : Non reaktif

(3) Pemeriksaan penunjang Tanggal :-

(a) USG : 29 Oktober 2019

Hasil :

Femur Length (FL) : 3,37 CM

Gestational Age (GA) : 21 w6d

Estimated Delivery Date (EDD) : 24.02.2020

Biparietal Diameter (BPD) : 63%

Estimated Fetal Weight (EFW) : 683 Gram

(b) X – Ray : Tidak dilakukan pemeriksaan

A. LANGKAH II (INTERPRESTASI DATA DASAR)

Diagnosa	Dasar
<p>G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 24 minggu janin tunggal hidup intrauteri persentasi kepala</p>	<p>S : - ibu mengatakan hamil anak ketiga dan pernah keguguran sekali</p> <p>- HPHT : 16 Mei 2019 ,TP: 23 Februari 2020</p> <p>- ibu mengatakan Sakit daerah punggung dan nyeri perut bagian bawah</p> <p>- ibu mengatakan belum mempersiapkan persalinan</p> <p>- Ibu mengatakan baru sekali mengikuti kelas ibu hamil</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ku : Baik , kes : Composmentis 2. BB : 63 kg. IMT : 22,78 (Normal) 3. Lila : 28 cm 4. TTV : - TD : 110/70 mHg MAP : 83,3 (Normal) Nadi : 84x/menit Suhu : 37 °C Pernafasan : 22x/menit 5. Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> - Mata : konjungtiva tidak anemis - Muka : Tidak Pucat & tidak ada oedema - Leher : Tidak ada peradangan dan pembesaran -Dada : Simetris, Putting susu menonjol

	<p>- perut : TFU tidak sesuai masa Kehamilan Tidak ada bekas operasi</p> <p>- Ekstermitas : Tidak ada oedema</p> <p>6. Palpasi</p> <p>Leher : Tidak teraba pembesaran</p> <p>Aksila : Teraba benjolan di sebelah kiri</p> <p>Mamae : Tidak ada massa, sudah ada pengeluaran kolostrum</p> <p>Leopold I : TFU : 17 cm, 2 Jari dibawah pusat. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong)</p> <p>Tafsiran berat janin : 775 gram</p> <p>Leopold II : Punggung Kanan</p> <p>Leopold III : presentasi kepala</p> <p>Leopold IV: belum masuk PAP (Convergent)</p> <p>Tungkai : tidak ada oedema dan varises</p> <p>7. Auskultasi</p> <p>DJJ : 143x/menit</p> <p>8. Perkusi</p> <p>Reflek patella : +</p> <p>9. Pemeriksaan Laboratorium :</p> <p>Hb : 10,9 g/dl</p>
--	--

Masalah	Dasar
<p>Nyeri punggung dan nyeri bawah perut</p> <p>TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan</p> <p>Anemia Ringan</p>	<p>S : - Ibu mengatakan sakit punggung, nyeri perut bagian bawah</p> <p>- TFU 2 jari dibawah pusat, 17 CM.</p> <p>- Hb : 10,9</p>

B. LANGKAH III

MENGIDENTIFIKASI DIAGNOSA ATAU MASALAH POTENSIAL

- a. Masalah potensial : IUGR , Anemia Berat
- b. Diagnosa potensial : Tidak Ada
- c. Antisipasi : Makan makanan bernutrisi, mengkonsumsi vitamin, dan rutin periksa kehamilan 1 bulan sekali, serta menghindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban terlalu berat, dan berjalan tanpa istirahat, serta melakukan olahraga secara teratur.

C. LANGKAH IV

MENETAPKAN KEBUTUHAN TERHADAP TINDAKAN SEGERA

Tindakan segera: Tidak ada

D. LANGKAH V

MENYUSUN RENCANA ASUHAN YANG MENYELURUH

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu:
 - Ku : Baik , kes : Composmentis
 - BB : 63 kg. IMT : 22,78 (Normal)
 - Lila : 28 cm
 - TTV : TD : 110/70 mmHg
MAP : 83,3 (Normal)
Nadi : 84x/menit
Suhu : 37 °C
Pernafasan : 22x/menit
 - Palpasi
 - Leher : Tidak teraba pembesaran
 - Aksila : Tidak teraba pembesaran
 - Mamae : tidak ada massa, Sudah ada pengeluaran kolostrum
 - Leopold I : TFU : 17 cm, 2 Jari dibawah pusat. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong) Tafsiran berat janin : 775 gram
 - Leopold II : Punggung Kanan
 - Leopold III : presentasi kepala
 - Leopold IV : belum masuk PAP (Convergent)
 - Tungkai : tidak ada oedema dan varises
 - Auskultasi
 - DJJ : 143x/menit
 - Perkusi
 - Reflek patella : +
3. Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas sehari
4. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bernutrisi
5. Anjurkan ibu untuk beraktivitas fisik di rumah dan melakukan senam hamil secara rutin

6. Beri KIE :
 - a. Tanda bahaya kehamilan pada TM III
 - b. Persiapan Persalinan
 - c. Mengatasi Nyeri punggung dan nyeri bawah perut
7. Anjurkan ibu untuk tidur siang minimal 1 jam, dan malam 7-8 jam
8. Anjurkan ibu untuk rutin melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 1 bulan sekali

LANGKAH VI

PELAKSANAAN LANGSUNG ASUHAN / IMPLEMENTASI

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu:
 - Ku : Baik , kes : Composmentis
 - BB : 60 kg. IMT : 22,78 (Normal)
 - Lila : 28 cm
 - TTV : TD : 110/80 mmHg :
 MAP : 83,3 (Normal)
 Nadi : 78x/menit
 Suhu : 36,2 °C
 Pernafasan : 21x/menit
 - Palpasi
 - Leher : Tidak teraba pembesaran
 - Aksila : Teraba benjolan di sebelah kiri
 - Mamae : Tidak ada massa, sudah ada pengeluaran kolostrum
 - Leopold I : TFU : 17 cm, 2 Jari dibawah pusat. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong) Tafsiran berat janin : 775 gram
 - Leopold II : Punggung Kanan
 - Leopold III : Presentasi kepala
 - Leopold IV : Belum masuk PAP (Convergent)

- Tungkai : tidak ada oedema dan varises
 - Auskultasi
 - DJJ : 143x/menit
 - Perkusi
 - Reflek patella : +
3. Menganjurkan ibu untuk minum minimal 8 gelas sehari
 4. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bernutrisi seperti sayuran hijau, buah-buahan, lauk pauk, mengkonsumsi vitamin FE dan Kalk, dan minum susu setiap hari
 5. Menganjurkan ibu untuk beraktivitas fisik di rumah dan melakukan senam hamil secara rutin
 6. Meberi KIE :
 - a. Tanda bahaya kehamilan pada TM III yaitu: Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya, perdarahan pada hamil muda dan hamil tua, air ketuban keluar sebelum waktunya, demam, menggigil dan berkeringat. Bila ibu berada di daerah endemis malaria, menunjukkan adanya gejala penyakit malaria, terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan, batuk lama(lebih dari 2 minggu), Jantung berdebar-debar atau nyeri d dada, Diare berulang, dan sulit tidur dan cemas berlebihan.
 - b. Persiapan persalinan yaitu : persiapan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya, siapkan kartu jaminan kesehatan nasional, untuk memperoleh kartu JKN, daftarkan diri ke kantor BPJS kesehatan setempat, atau tanyakan ke petugas puskesmas, rencanakan melahirkan ditolong oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan, siapkan KTP, kartu keluarga, dan keperluan lain untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan, Siapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan, Suami, keluarga dan masyarakat, menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan, pastikan ibu hamil dan keluarga menyepakati amanat persalinan dalam stiker P4K dan sudah ditempelkan di depan rumah ibu hamil, rencanakan

ikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin. Tanyakan ke petugas kesehatan tentang cara ber-KB.

- c. Nyeri punggung dan nyeri perut pada ibu hamil disebabkan oleh pembesaran uterus sehingga terjadi perubahan postur tubuh yang mengakibatkan perubahan pusat gravitasi berpindah kedepan. Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri punggung pada ibu hamil yaitu menghindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban terlalu berat dan berjalan tanpa istirahat. Kompres air hangat pada punggung dan perut yang terasa nyeri, dan melakukan olahraga secara teratur atau senam hamil.
7. Menganjurkan ibu untuk tidur siang minimal 1 jam, dan malam 7-8 jam
 8. Menganjurkan ibu untuk rutin melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 1 bulan sekali.

LANGKAH VII**EVALUASI****Tanggal : 29/10/2019****Pukul : 16.30**

1. Terciptanya hubungan baik dengan ibu
2. Ibu mengetahui kondisinya saat ini
3. Ibu mengerti untuk minum minimal 8 gelas sehari
4. Ibu mengerti untuk menjaga pola asupan nutrisi
5. Ibu bersedia melakukan aktivitas fisik di rumah dan melakukan senam hamil secara rutin
6. Ibu mengerti dan memahami tentang tanda bahaya kehamilan dan persiapan persalinan serta cara mengatasi nyeri pinggang dan nyeri perut
7. Ibu mengerti tentang pola istirahat tidur siang minimal 1 jam dan malam 7-8 jam
8. Ibu mengerti untuk rutin melakukan pemeriksaan kehamilannya minimal 1 bulan sekali

DOKUMENTASI KEBIDANAN

S : - Ibu mengatakan ini anak ketiga dan pernah keguguran sekali

HPHT : 16 mei 2019 ,TP: 23 Februari 2020

Ibu mengatakan Sakit daerah punggung dan nyeri bagian perut bawah

O :

1. Ku : Baik , kes : Composmentis
2. BB : 63 kg. IMT : 22,78 (Normal)
3. Lila : 28 cm
4. TTV : - TD : 110/70 mmHg.
 MAP : 83,3 (Normal)
 Nadi : 84x/menit
 Suhu : 37 °C
 Pernafasan : 22x/menit
5. Inspeksi
 - Mata : konjungtiva tidak anemis
 - Muka : Tidak Pucat & tidak ada oedema
 - Leher : Tidak ada peradangan dan pembesaran
 - Dada : simetris ,Putting susu menonjol
 - perut :Tidak ada bekas operasi
 - Ekstermitas : tidak ada oedema
- 6 Palpasi
 - Leher : Tidak teraba pembesaran
 - Aksila : Tidak teraba pembesaran
 - Mamae : tidak ada massa, Sudah ada pengeluaran kolostrum
 - Leopold I : TFU : 17 cm, 2 Jari dibawah pusat. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong) Tafsiran berat janin : 775 gram
 - Leopold II : Punggung Kanan
 - Leopold III : presentasi kepala

- Leopold IV :belum masuk PAP (Convergent)
- TBJ : 775 gram
- Tungkai : tidak ada oedema dan varises

7. Auskultasi

- DJJ : 143x/menit

8. Perkusi

- Reflek patella : +

9 Pemeriksaan darah : Hb : 10.9 g

A : G3P1A1 Usia Kehamilan 24 Minggu

P: 1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga

2. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu:

- Ku : Baik , kes : Composmentis
- BB : 63 kg. IMT : 22,78 (Normal)
- Lila : 28 cm
- TTV : TD : 110/70 mmHg
MAP : 83,3 (Normal)
Nadi : 84x/menit
Suhu : 37 °C
Pernafasan : 22x/menit
- Palpasi
 - Leher : Tidak teraba pembesaran
 - Aksila : Tidak teraba pembesaran
 - Mamae : tidak ada massa, Sudah ada pengeluaran kolostrum
 - Leopold I : Bokong ,TFU : 17 cm
 - Leopold II : Punggung Kanan
 - Leopold III : presentasi kepala
 - Leopold IV :belum masuk PAP (Convergent)
 - TBJ : 775 gram
 - Tungkai : tidak ada oedema dan varises

- Auskultasi

DJJ : 143x/menit

- Perkusi

Reflek patella : +

3. Anjurkan ibu untuk minum minimal 8 gelas sehari
4. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bernutrisi
5. Anjurkan ibu berjalan jalan pagi di sekitaran rumah dan mengikuti senam hamil
6. Beri KIE :
 - a. Tanda bahaya kehamilan pada TM III
 - b. Persiapan persalinan
 - c. Mengatasi nyeri punggung dan nyeri bawah perut
7. Anjurkan ibu untuk tidur siang minimal 1 jam, dan malam 7-8 jam
8. Anjurkan ibu untuk rutin melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 1 bulan sekali

Perencanaan asuhan

Periode Asuhan	Rencana Pelaksanaan	Rencana Asuhan
Kehamilan	Kunjungan 2 Selasa, 14 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu 2. Beri KIE tanda-tanda bahaya kehamilan 3. Beri KIE tentang ASI Eksklusif 4. Beri KIE tentang motivasi untuk menggunakan alat kontrasepsi 5. Anjurkan ibu untuk terus mengonsumsi obat yang diberikan bidan (Sf, Vitamin B kompleks, kalk)
Kehamilan	Kunjungan 3 Senin, 03 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu 2. Beri KIE tentang tanda-tanda persalinan 3. Beri KIE tentang persiapan untuk persalinan 4. Beri KIE tentang proses persalinan 5. Anjurkan ibu untuk terus mengonsumsi obat yang diberikan bidan (Sf, Vitamin B complex, Kalk)

Persalinan	Kala I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien, atau teman dekat. 2. Mengatur aktivitas dan posisi ibu. 3. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his. 4. Menjaga privasi ibu. 5. Penjelasan tentang kemajuan persalinan. 6. Menjaga kebersihan diri. 7. Mengatasi rasa panas. 8. Masase. 9. Pemberian cukup minum. 10. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong. 11. Sentuhan.
Persalinan	Kala II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi dukungan terus menerus kepada ibu. 2. Menjaga kebersihan diri. 3. Masase untuk mengurangi rasa nyeri. 4. Memberikan dukungan mental. 5. Menjaga kandung kemih tetap kosong. 6. Memberikan cukup minum. 7. Memimpin ibu meneran. 8. Mengajarkan teknik pernapasan selama persalinan. 9. Pemantauan denyut jantung janin. 10. Melahirkan bayi.

		<ol style="list-style-type: none"> 11. Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh. 12. Melakukan rangsangan taktil pada bayi.
Persalinan	Kala III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin. 2. Memberikan oksitosin. 3. Melakukan pengangan tali pusat terkendali atau PTT. 4. Masase fundus. 5. Memeriksa kelengkapan plasenta 6. Memeriksa adanya laserasi pada jalan lahir
Persalinan	Kala IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan fundus dan masase. 2. Nutrisi dan hidrasi. 3. Bersihkan ibu. 4. Istirahat. 5. Peningkatan hubungan ibu dan bayi. 6. Lengkapi Partograf
BBL	2 jam post partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga bayi tetap hangat 2. Bersihkan jalan napas (bila perlu) 3. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat 4. Potong dan ikat tali pusar tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir 5. Inisiasi Menyusui Dini 6. Salep mata antibiotika tetrasiklin

		<p>1% pada kedua mata</p> <p>7. Suntikan vitamin K1 1 mg intramuskuler, di paha kiri anterolateral.</p> <p>8. Imunisasi Hepatitis B0 0,5 ml intramuskuler, di paha kanan anteroleteral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1</p> <p>9. Pemberian Identitas</p> <p>10. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik</p> <p>11. Pemulangan Bayi Lahir Normal, Konseling, dan kunjungan ulang</p> <p>12. Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skrining Hipotiroid Kongenital - Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+ - Konfirmasi hasil SHK
Nifas	Kunjungan 1 (6 jam – 3 hari)	<p>1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan</p> <p>2. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan</p> <p>3. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari</p> <p>4. Anjurkan ibu untuk menjaga</p>

		<p>kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.</p> <p>5. Anjurkan istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat</p> <p>6. Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi</p> <p>7. Ajarkan cara menyusui yang benar dan hanya member ASI saja (asi eksklusif) selama 6 bulan</p> <p>8. Anjurkan ibu perawatan bayi yang benar</p> <p>9. Anjurkan ibu jangan membiarkan bayi menagis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress</p> <p>10. Anjurkan ibu untuk melakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga</p> <p>11. Anjurkan ibu untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB</p>
Nifas	Kunjungan 2 (4-28 hari)	<p>1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan</p> <p>2. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi gizi seimbang</p> <p>3. Anjurkan ibu untuk tetap meminum tablet tambah darah</p> <p>4. Beri KIE tentang tanda bahaya masa nifas</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Beri KIE tentang personal hygiene 6. Anjurkan ibu untuk senam nifas
Nifas	Kunjungan 3 (29-42 hari)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan 2. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi gizi seimbang 3. Menilai apakah ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda – tanda penyulit 4. Beri KIE tentang motivasi menggunakan alat kontrasepsi
Neonatus	Kunjungan 1 (6-48 Jam)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga kehangatan tubuh bayi 2. Observasi tanda-tanda vital 3. Lakukan pemeriksaan fisik pada neonatus 4. Lakukan perawatan tali pusat 5. Evaluasi kemampuan menyusui bayi 6. Lakukan pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan ikterus, tali pusat bernanah. 7. Pastikan bayi mendapat ASI yang cukup 8. Lakukan konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif
Neonatus	Kunjungan 2 (Hari 3-7)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu 2. Beri KIE tentang perawatan tali pusat 3. Periksa tanda bahaya seperti

		<p>kemungkinan infeksi, ikterus, diare, dan masalah pemberian ASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Beri KIE tentang pemberian ASI secara on demand 5. Beri KIE tentang menjaga kehangatan tubuh bayi 6. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
Neonatus	Kunjungan 3 (Hari 8-28)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu 2. Beri KIE tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir 3. Evaluasi frekuensi dan kemampuan menyusu bayi 4. Beri KIE tentang imunisasi 5. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
Keluarga berencana	(29-42 hari)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu 2. Beri informasi mengenai KB yang sesuai dengan kondisi ibu 3. Serahkan keputusan kepada ibu dan suami untuk memilih KB

BAB IV
TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Ante Natal

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 Oktober 2019 (15.00 WITA)

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Dra. Meity Albertina, SKM, S.ST, M.Pd

Tempat : Jl.Sepaku Laut, Gang Manuntung, RT 06

S :

Ny. Y mengatakan hamil anak ketiga , Keguguran Sekali, HPHT : 16 Mei 2019. Ibu mengatakan Nyeri punggung dan nyeri bagian perut bawah.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik, kesadaran : compos mentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 37°C, nadi 84 x/menit, pernafasan 22 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 63 Kg, TP: 23 Februari 2020 (USG), Tinggi badan: 154 cm, Lila: 28 cm.

b. Pemeriksaan fisik

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

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

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konungtiva tidak anemis, tampak putih pada skelera, dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran secret.

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 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 pada 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, tidak ada linea nigra, tinggi fundus uteri 17 cm.

Leopold I : TFU 2 jari di bawah pusat (17 cm secara Mc.Donald), bagian fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Dari bagian kanan perut ibu 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) 143x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) 775 gram.

Eskremetas : Atas : Tidak oedema, reflek patella positif

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices,
reflek patella positif

c. Pemeriksaan Laboratorium

Hb : 10,9 gr %

USG: 29/10/2019

Hasil : Femur Length (FL) : 3,37 CM

Gestational Age (GA) : 21 w6d

Estimated Delivery Date (EDD) : 24.02.2020

Biparietal Diameter (BPD) : 63%

Estimated Fetal Weight (EFW) : 683 Gram

A:

Diagnosis:

G₃P₁₀₁₁ Usia kehamilan 24 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Masalah : TFU Tidak Sesuai Kehamilan, Anemia Ringan

Masalah potensial : IUGR, Anemia Berat

P:

K-1 Tanggal 29 Oktober 2019

Tabel 3.8

Intervensi Asuhan Kebidanan Kehamilan Kunjungan I

No.	Waktu	Rencana/ Intervensi	Paraf
1.	15.10 WITA	- Jelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal tetapi terdapat masalah yaitu pembesaran uterus tak sesuai masa kehamilan. H: Ibu mengetahui kondisi dirinya dan kehamilannya.	
2.	15.15 WITA	- Jelaskan pada ibu penyebab nyeri punggung dan nyeri bawah perut yang dialaminya dan cara penanganannya. H: Ibu telah menegerti penyebab nyeri pada punggung dan nyeri bawah perut serta cara	

		penanganannya	
3.	15.20 WITA	<p>- Jelaskan pada ibu tentang anemia, bahaya anemia pada ibu saat melahirkan, dan bahaya pada bayi</p> <p>H: Ibu telah mengerti tentang anemia, bahaya anemia pada ibu saat melahirkan, dan bahaya pada bayi.</p>	
4.	15.30 WITA	<p>- Berikan penkes tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kebutuhan Ibu hamil TM III 2) Tanda Bahaya pada Kehamilan TM III 3) Persiapan Persalinan <p>H: Ibu mengerti penjelasan tentang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kebutuhan Ibu hamil TM III 2) Tanda Bahaya pada Kehamilan TM III 3) Persiapan Persalinan 	
5.	15.35 WITA	<p>- Jelaskan kepada ibu pentingnya pemeriksaan kehamilan</p> <p>H: Ibu telah mengerti pentingnya periksa kehamilan</p>	

7.	15.50 WITA	- Anjurkan Ibu Untuk Pemeriksaan Kehamilan Minimal 1 bulan Sekali. H: Ibu bersedia melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin	
----	---------------	--	--

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 08 Januari 2020 / 10.00 WITA

Tempat : Jl.Sepaku Laut, Gang Manuntung, RT 06

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Hj. Suryani,SST

S :

Ibu mengatakan cepat merasa lelah, gerakan janin aktif > 10 x dalam 24 jam, ibu mengatakan tidak minum kalk dan FE yang diberikan oleh bidan.

Pola Fungsional Kesehatan:

Tabel 3.9

Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 porsi nasi sedang dihabiskan, 2 potong lauk pauk, sayur, air putih ± 10 gelas/hari, kadang susu. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik
Eliminasi	BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih,

	tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 1 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 1 jam, Ibu tidur pada malam hari \pm 5-6 jam/hari.
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, dan menguruskan anak sementara kegiatan ibu diluar rumah tidak ada
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu
Seksualitas	Ibu jarang melakukan hubungan seksual

O :

a. Pemeriksaan Umum

Kedaaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Berat Badan : Sebelum Hamil 54 kg
Sekarang 68 kg

Lila : 28 cm

Tekanan Darah : 110/80 mmHG

Pernapasan : 20x/menit

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,7⁰ C

b. Pemeriksaan fisik :

Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak pucat dan tidak oedema

Mata : Konjungtiva sedikit pucat, skelera putih, dan tidak ada secret, kelopak mata tidak oedema

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

Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, dan tidak ada benjolan abnormal, dan tidak terdengar suara ronchi dan wheezing.

Payudara : Payudara membesar, tampak bersih, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol, dan dada tidak ada retraksi, terdapat pengeluaran ASI, dan tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : Tidak ada linea nigra

Leopold I : TFU 2 jari diatas pusat, Mc
26 cm, pada fundus teraba bulat
dan Tidak melenting (bokong).

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

Leopold III : Pada segmen bawah rahim,
teraba Bagian keras, bulat dan
melenting (kepala). Bagian ini
dapat digoyangkan.

Leopold IV : Bagian terendah janin belum
masuk Pintu atas panggul
(konvergen).

Ukuran tafsiran berat badan janin (TBJ) adalah
2325 gram. DJJ (+) 143x/menit, irama teratur,
intensitas kuat.

Ekstremitas :

- 1). Atas : Tidak oedem, refleks patella (+),
kapiler Refill baik (kembali dalam
2 detik)
- 2). Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices,
Kapiler refill baik (kembali dalam 2
detik), reflex patella (+).

A :

Diagnosis : G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 33 minggu 4 hari janin tunggal hidup
intaruterine persentasi kepala.

Masalah : TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, Anemia
ringan

Masalah Potensial : IUGR, Anemia Berat

P :

Tanggal 08 Januari 2020

Tabel 4.0

Intervensi Asuhan Kebidanan Kehamilan Kunjungan II

Waktu	Tindakan	Paraf
10.10 WITA	<p>- Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa keadaan umum ibu TD : 110/80 mmHg N/P : 80/20x/menit s :36,7°C dan keadaan kesejahteraan janin dalam kondisi normal Djj : 143x/menit.</p> <p>H: Ibu mengetahui kondisi dirinya dan kehamilannya</p>	
10.15 WITA	<p>- Memberikan pendidikan kesehatan tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanda bahaya pada kehamilan TM III 2) Asi Eksklusif 3) Penggunaan Alat Kontrasepsi <p>H: Ibu paham dengan pendidikan kesehatan yang diberikan</p>	
10.30	<p>- Anjurkan ibu untuk periksa laboratorium (</p>	

WITA	pemeriksaan hemoglobin) H:Ibu bersedia melakukan pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan hemoglobin)	
10.35 WITA	- Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1bulan lagi atau jika ibu ada keluhan. H: Ibu mengerti untuk periksa kehamilan 1 bulan atau setiap ada keluhan	

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 24 Januari 2020 / 15.00 WITA

Tempat : Jl.Sepaku Laut, Gang Manuntung, RT 06

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Dra. Meity Albertina, SKM, S.ST, M.Pd

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, gerakan janin aktif > 10 x dalam 24 jam

Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 4.1

Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 porsi nasi sedang dihabiskan, 2 potong lauk pauk, sayur, air

	putih \pm 10 gelas/hari, kadang susu. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik
Eliminasi	BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 1 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 1 jam, Ibu tidur pada malam hari \pm 5-6 jam/hari.
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, dan menguruskan anak sementara kegiatan ibu diluar rumah tidak ada.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari.
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.
Seksualitas	Ibu jarang melakukan hubungan seksual.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Compos Mentis
Berat Badan : Sebelum Hamil 54 kg
Sekarang 70 kg
Tinggi Badan : 154 cm
Lila : 28 cm
Tekanan Darah : 110/80 mmHG
Pernapasan : 20x/menit
Nadi : 80x/menit
Suhu : 36,7⁰ C

b. Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak pucat dan Tidak oedema.
Mata : Konjungtiva tidak pucat, skelera putih, dan tidak ada secret pada kelopak mata.
Mulut : Bibir tidak tampak anemis, mukosa mulut tampak Lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak Tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah bersih.
Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, tidak ada benjolan abnormal, dan tidak terdengar suara ronchi dan wheezing

Payudara : Payudara membesar, tampak bersih, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol dan dada tidak ada retraksi, terdapat pengeluaran ASI, dan tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : Tidak ada linea nigra, membesar sesuai usia Kehamilan, dan tidak ada luka bekas operasi.

Leopold I : Tinggi fundus teraba 3 jari diatas pusat, Mc. Donald :29 cm, pada fundus teraba Bulat dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti papan dibagian kanan, dan dibagian dibagian kiri teraba bagian kecil janin (punggung kanan)

Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat, dan melenting (kepala). Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk Pintu atas panggul (divergen).

Taksiran berat janin (TBJ) adalah 2790 gram. DJJ (+) 143 x/menit, irama teratur, intensitas kuat.

Eskremitas :

1). Atas : Tidak oedema, reflex patella (+)

Kapiler refill baik (kembali dalam
2 detik)

2). Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices,

Reflex patella (+), dan kapiler refill

c. Pemeriksaan Laboratorium

Hb : 12,2 gr %

A :

Diagnosis : G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 35 minggu 6 hari janin tunggal
hidup intaruterine persentasi kepala

Masalah : TFU tidak sesuai dengan kehamilan

Masalah Potensial : IUGR

P :

Tanggal 24 Januari 2020

Tabel 4.2

Intervensi Asuhan Kebidanan Kehamilan Kunjungan III

Waktu	Tindakan	Paraf
15.00 WITA	<p>- Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa keadaan umum ibu TD : 110/70 mmHg N/P : 80/22x/menit s :36,9°C dan keadaan kesejahteraan janin dalam kondisi normal Djj : 143x/menit.</p> <p>H: Ibu mengetahui kondisi dirinya dan kehamilannya.</p>	
15.05 WITA	<p>- Memberikan pendidikan kesehatan tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanda – tanda persalinan 2) persiapan persalinan 3) Proses Persalinan <p>H: Ibu paham dengan pendidikan kesehatan yang diberikan</p>	

15.25	<p>- Anjurkan Ibu untuk tetap minum vitamin yang diberikan oleh bidan (SF, Vitamin B Complex, Kalk)</p> <p>H : Ibu Paham untuk tetap minum vitamin yang diberika oleh Bidan</p>	
15.35 WITA	<p>- Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.</p> <p>H: Ibu mengerti dan bersedia untuk di lakukan pemeriksaan kehamilan 1 minggu atau setiap ada keluhan.</p>	
15.40 WITA	<p>- Anjurkan ibu ke fasilitas kesehatan terdekat jika mengalami tanda-tanda persalinan</p> <p>H: Ibu merencanakan untuk melahirkan di Klinik Ibnu Sina</p>	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intra Natal Care

Tanggal/Waktu pengkajian : 21 Februari 2020 / Pukul 05.00 WITA
Tempat : Klinik Ibnu Sina
Oleh : Wahyu Karina Lestari
Pembimbing : Dra. Meity Albertina, SKM, S.ST, M.Pd

Persalinan Kala I Fase Laten**S :**

Ibu datang ke Klinik Ibnu Sina pada tanggal 21 Februari 2020 pukul 05.00 WITA ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah hingga ke pinggang dan ada keluar lendir darah sejak tanggal 19 Februari 2020.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, Kesadaran : CM. Hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,8°C, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, dan hasil pengukuran berat badan saat ini adalah 79 kg.

2. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih Kosong.

Leopold I : TFU Se-Px dan secara Mc-Donald 35 cm.

Pada fundus teraba lebar, tidak bulat, dan

Tidak melenting.

Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti Papan pada sebelah kanan, 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 digoyangkan.

Leopold IV: Bagian terendah janin sudah masuk ke Dalam PAP (Divergen).

DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 142 x/menit, HIS Frekuensi 5x10', durasi 35-40', intensitas kuat, TBJ 3565 Gram.

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

Vagina : Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran Lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, Portio tipis dan lembut, pembukaan 2 cm, effacement 25 %, ketuban (+), Hodge I, tidak teraba bagian kecil Janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 141 x/menit, irama teratur, His 3 x dalam 10 menit, Lamanya 25-30 detik.

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

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

A :

Diagnosa : Ny. Y G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 39-40 minggu inpartu kala I
fase laten janin tunggal hidup intrauteri

P :

Tabel 4.3

Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I Fase Laten

No.	Waktu	Tindakan
1.	05.30 WITA	- Hadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat. H: Suami dari pasien menemani dalam proses persalinan
2.	05.35 WITA	- Mengatur Aktivitas dan Posisi Ibu H: Ibu tampak nyaman dengan posisinya (Miring Kekiri)
3.	05.35 WITA	- Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his. H: Ibu kooperatif saat diajarkan rileksasi
4.	05.37 WITA	- Menjaga privasi ibu. H: Pintu dan tirai dalam keadaan tertutup

	07.08 WITA	<p>- Jelaskan tentang kemajuan persalinan</p> <p>Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis dan lembut, pembukaan 2 cm, efficement 25%, ketuban (+), Hodge I, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 141 x/menit, irama teratur, His 3x dalam 10 menit lamanya 35-40 detik.</p> <p>H: Ibu dan keluarga mengetahui kondisinya.</p>
	07.10 WITA	<p>- Masase dan pemberian Nutrisi</p> <p>H : Ibu tampak minum air putih dan makan sedikit roti di sela his</p>

Persalinan Kala I Kala Aktif

S :

Ibu mengatakan nyeri perut semakin kuat bagian bawah hingga ke pinggang.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, Kesadaran : CM. Hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,8°C, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, dan hasil pengukuran berat badan saat ini adalah 79 kg.

2. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih Kosong.

Leopold I : TFU Se-Px dan secara Mc-Donald 35 cm. Pada fundus teraba lebar, tidak bulat, dan Tidak melenting.

Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti Papan pada sebelah kanan, 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 digoyangkan.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk ke
Dalam PAP (Divergen).

DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 142 x/menit,
HIS Frekuensi 4x10', durasi 35-40', intensitas kuat,
TBJ 3565 Gram.

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

Vagina : Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran
Lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina,
Portio tipis dan lembut, pembukaan 7 cm, effacement
50 %, ketuban (+), Hodge II, tidak teraba bagian
kecil Janin dan tidak teraba tali pusat menumbung.
DJJ 141 x/menit, irama teratur, His 4 x dalam 10
menit, Lamanya 35-40 detik.

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

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

A :

Diagnosa : Ny. Y G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 39-40 minggu inpartu kala I
fase aktif janin tunggal hidup intrauteri.

P :

Tabel 4.4

Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I Fase Aktif

No.	Waktu	Tindakan
	07.30 WITA	<p>- Jelaskan tentang kemajuan persalinan</p> <p>Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis dan lembut, pembukaan 7 cm, efficement 50%, ketuban (+), Hodge II, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 141 x/menit, irama teratur, His 4x dalam 10 menit lamanya 35-40 detik.</p> <p>H: Ibu dan keluarga mengetahui kondisinya.</p>
	07.45 WITA	<p>- 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.</p> <p>H: Partus set telah lengkap, alat partus set didekatkan, ampul oksitosin telah di patahkan dan masukkan spuit 3</p>

		ml steril kedalam partus set
	07.50 WITA	- Masase dan pemberian Nutrisi H : Ibu tampak minum air putih dan makan sedikit roti di sela his
	07.55	- Memastikan kandung kemih kosong, melakukan pemeriksaan kemajuan persalinan VT pembukaan 10 (lengkap) H: Ibu dan Keluarga mengetahui kondisinya
	07. 56 WITA	- Melakukan Amniotomi H: Ketuban berwarna hijau encer
6.		- Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki litotomi, tangan tangan memegang kedua mata kaki, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan dengan benar H: Ibu mengerti dan melakukan cara meneran dengan benar dengan posisi kaki litotomi

Persalinan Kala II

S :

Pukul 07.28 WITA ibu mengatakan perut mules-mules semakin kencang dan seperti ingin mengejan serta terasa ingin BAB.

O :

Anus tampak membuka, dan *perineum* tampak menonjol.

Vt : Vulva/uteri tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah, tidak ada luka parut pada vagina, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, *effacement* 100%, dilakukan amniotomi ketuban (+) warna hijau encer pukul 07.55, hodge III, tidak teraba bagian kecil dan tidak ada tali pusat menumbung. DJJ 143 x/menit, irama teratur. His 5x dalam 10 detik lamanya 35-40 detik.

A :

Diagnosa: Ny. Y G₃P₁₀₁₁ hamil 39-40 minggu inpartu kala II janin tunggal hidup *intrauteri*.

P :

Tabel 4.5

Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala II

No.	Waktu	Tindakan
1.	07.30 WITA	- Memberi dukungan terus menerus kepada ibu. H: Ibu tampak kooperatif dan semangat
2.	07.40	- Masase untuk mengurangi rasa nyeri.

	WITA	H : Telah dilakukan masase untuk mengurangi rasa nyeri
3.	07.44 WITA	- Menganjurkan kepada pendamping untuk memberi ibu minum saat tidak ada HIS untuk menambah tenaga saat meneran. H: Ibu minum air putih dan teh manis.
4.	07.48 WITA	- Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan serta mengajarkan teknik pernapasan saat persalinan H: Ibu memilih posisi setengah duduk (<i>semi fowler</i>) dan kooperatif saat diajarkan teknik pernapasan
5.	07.50	- Memimpin ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran. H: Ibu meneran ketika ada HIS sesuai dengan yang telah diajarkan.
6.	07.50 WITA	- Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan APN. H: Dilakukannya pertolongan persalinan sesuai APN.
7.	07.50 WITA	-Melakukan Pemantauan Denyut Jantung Janin H: Denyut jantung janin tampak stabil
8.	07.55 WITA	- Melindungi <i>perineum</i> ibu ketika kepala tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan

		<p>yang lain menahan kepala bayi untuk menahan <i>defleksi</i> dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran.</p> <p>- Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu</p>
9.	07.55	- Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
10.	07.55	- 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.
11	08.08	<p>- Melakukan sanggah susur, dengan memindahkan tangan penolong kebawah arah perineum ibu untuk mengangah 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;</p> <p>H: Bayi lahir spontan, pukul 08.08 WITA, segera menangis, jenis kelamin perempuan.</p>

12.	08.08 WITA	<p>- 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.</p> <p>H: Bayi lahir spontan cukup bulan, segera menangis kuat, jenis kelamin perempuan, A/S 8/9, berat badan : 3650 gram, panjang badan : 49 cm lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada : 33 cm, tidak ada cacat bawaan.</p>
-----	-------------------	---

Persalinan Kala III

S :

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

O :

Bayi lahir spontan cukup bulan, segera menangis kuat, jenis kelamin perempuan, A/S 8/9, berat badan : 3650 gram, panjang badan : 49 cm lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada : 33 cm. TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan 150 cc, konsistensi keras, kandung kemih kosong, plasenta belum lahir, terdapat semburan darah tiba – tiba.

A :

Diagnosa: P₃₀₁₂ *parturient* kala III

P :

Tabel 4.6

Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III

No.	Waktu	Tindakan
1.	08.09 WITA	- Memeriksa <i>uterus</i> untuk memastikan tidak ada janin kedua dalam <i>uterus</i> . H: Tidak ada janin kedua didalam <i>uterus</i> .
2.		- Melakukan manajemen aktif kala III. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik. H: Ibu bersedia untuk disuntikkan oksitosin.
3.		- Menyuntikkan oksitosin 1 ampul 1 menit setelah bayi lahir secara IM di sepertiga paha atas.
4.		- 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.		- Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan menggantung tali pusat diantara 2 klem. H: Tali pusat telah digunting.

6.		<p>- Meletakkan bayi diatas dada ibu pakaikan selimut dan topi selama 1 jam (melakukan IMD).</p> <p>H: Telah dilakukan IMD</p>
7.		<p>- Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari <i>vulva</i>.</p>
8.		<p>- Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas <i>sympisis</i> untuk mendeteksi kontraksi.</p> <p>H: Kontraksi uterus dalam keadaan baik.</p>
9.		<p>- Mengecek tanda-tanda pelepasan plasenta (Tali pusat tambah memanjang, ada nya semburan darah secara tiba-tiba dan uterus membesar)</p> <p>H: Terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta</p>
10	08.14 WITA	<p>- 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.</p> <p>H: Plasenta lahir 6 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 08.14 WITA</p>

11.		<p>- Melakukan masase uterus searah jarum jam segera setelah plasenta lahir dengan memegang <i>fundus uteri</i> secara <i>sirkuler</i> hingga kontraksi baik.</p> <p>H: Kontraksi <i>uterus</i> baik teraba keras.</p>
12.		<p>- Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap dan memasukkan plasenta kedalam tempat yang tersedia.</p> <p>H: <i>Kotiledon</i> dan selaput ketuban pada plasenta lengkap, <i>insersi</i> tali pusat <i>marginalis</i>, panjang tali pusat 50 cm, Berat plasenta 700 gram, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm. Tidak terdapat ruptur pada <i>perineum</i>.</p>
13.		<p>- Mengevaluasi perdarahan kala III</p> <p>H: Perdarahan ± 150 cc</p>

Persalinan Kala IV**S :**

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

O :

Plasenta lahir spontan, pukul 08.14 WITA Kotiledon dan selaput ketuban pada plasenta lengkap, *insersi* tali pusat *marginalis*, panjang tali pusat 50 cm, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm. Tidak terdapat ruptur pada *perineum*, Perdarahan 50 cc.

Tabel.4.7

Obeservasi kala -4

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	08.29	110/70	78	1 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
	08.44	110/80	78	1 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
	08.59	120/80	78	1 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc
	09.14	120/80	76	1 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	±5 cc
2	09.44	110/80	79	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	±5 cc
	10.09	110/80	79	2 jari dibawah pusat	Baik	Kosong	±5 cc

A :

Diagnosa: P₃₀₁₂ *parturient* kala IV

P :

Tabel 4.8

Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV

No.	Waktu	Tindakan
1.	08.15 WITA	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan ibu cara melakukan masasse uterus dan menilai kontraksi - 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. <p>H: Ibu dapat mempraktekkan cara memassase uterus dan uterus teraba keras.</p>
2.		<ul style="list-style-type: none"> - Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi.
3.		<ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan ibu dan bantu ibu mengenakan pakaian.
4.		<ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan sarung tangan di dalam laruratan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendanya dalam larutan klorin 0,5%.
5.	08.20	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan.

	WITA	H: Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, respirasi 20x/menit, suhu tubuh 36,7°C, TFU teraba 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. (Data terlampir pada partograf)
6.		- Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi.
7.		- Anjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat - Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat H: Ibu memakan menu yang telah disediakan.
8.		- KIE manfaat mobilisasi diantaranya adalah - Dapat melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi post partum yang timbul karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi, mempercepat involusi alat kandung (memperlancar pengeluaran darah dan sisa plasenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik), melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan dengan bergerak akan merangsang peristaltic kandung kemih kembali normal, aktivitas juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.

9.	08.29 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. H: Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, respirasi 20 x/menit TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10cc.
10.	08.44 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan H: Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 78x/menit, respirasi 20 x/menit TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc.
11.	08.59 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan H: Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 78x/menit, respirasi 20 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc.
12.	09.14 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan H: Tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 76x/menit, respirasi 18 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 5 cc.

13.	09.44 WITA	<p>- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan</p> <p>H: Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 79x/menit, respirasi 18 x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 5 cc.</p>
14.	10.09	<p>- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, Kandung kemih dan perdarahan.</p> <p>H: Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 79/menit, respirasi 18 x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 5 cc</p>
15.	WITA	<p>Melakukn dokumentasi di partograf</p> <p>H: telah dilakukan pendokumentasian di partograf</p>

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 21 Februari 2020 (09.08 WITA)

Tempat : Klinik Ibnu Sina

S:

1. Identitas :

Nama Ibu : Ny.Y Nama Ayah : Tn.B

Umur : 22 tahun Umur : 30 tahun

Alamat : Jl. Sepaku Laut, RT 06, Gang Manuntung

Nama Bayi : By. Ny. Y

Tanggal Lahir : 21 Februari 2020

Umur Bayi : 0 Hari

Alamat : Jl. Sepaku Laut, RT 06, Gang Manuntung

2. Riwayat kehamilan dan Persalinan Saat ini

Ibu hamil anak ketiga dengan usia kehamilan 39-40 minggu, pernah Mengalami abortus inkomplit sekali, dan jenis persalinan yaitu partus spontan Pervaginaan pada tanggal 21 februari 2020 pukul 08.08 WITA.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 21 Februari 2020 Jam : 08.08 WITA

Jenis kelamin perempuan , bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak ada

kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat.

Penilaian APGAR adalah 8/9.

b. Nilai APGAR: 8/9

Tabel 4.9

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	1	1
Refleks	tidak ada	Menyeringai	menangis kuat	1	2
Warna Kulit	biru/pucat	tubuh merah muda, ekstremitas biru	merah mudaseluruhnya	2	2
Jumlah				8	9

c. Pola fungsional kesehatan:

Tabel 5.0
Pola Fungsional

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

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 3650 gram, panjang badan 49 cm, lingkaran kepala : 32 cm, lingkaran dada 33 cm.

2) Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada molase, 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 secret, tidak terdapat perdarahan, dan tidak terdapat strabismus.
- Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada pernapasan cuping hidung, dan tidak ada secret.
- Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan bersih tidak ada kotoran.
- Mulut : Simetris, tidak tampak sianosis, tidak ada *labio Palatoskhizis* dan *labio skhizis*, mukosa mulut Lembab, bayi menangis kuat, lidah terlihat bersih.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada Pembesaran kelenjar limfe, tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak ada selaput 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 skeliosis, dan Tidak ada meningokel, spina bifida.
- Genetalia : Tampak labia minora dan labia mayora.
- Kulit : Terlihat kemerahan, tidak ada ruam, bercak, Memar, pembengkakan. Terdapat lanugo di Daerah lengan dan punggung. Terdapat verniks Pada daerah lipatan leher dan selangkangan.
- Ekstremitas : Pergerakan leher aktif, klavikula teraba utuh, jari Tangan dan jari kaki simetris, tidak terdapat Penyelaputan, jari-jari lengkap dan bergerak Aktif, tidak ada polidaktili dan sindaktili. Adanya garis pada telapak kaki dan tidak ada Kelaianan posisi pada kaki dan tangan.
- Refleks : Glabella (+), mata boneka (+), blinking (+), Rooting (+), Sucking (+), swallowing (+), Tonick neck (+), Moro (+), Grasping (+).

e.Terapi yang diberikan :

Injeksi Neo-K sebanyak 0,5 cc secara IM di 1/3 paha kiri bagian luar, HB0 sebanyak 0,5 cc secara IM di 1/3 paha kanan bagian luar, dan obat tetes mata.

A :

Bayi Baru Lahir Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan.

P :

Tabel 5.1
Intervensi Asuhan Kebidanan pada BBL

No.	Waktu	Tindakan
1.	09.08 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 3650 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada 33 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm. H: Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini.
2.	09.15 WITA	- Meminta persetujuan orang tua untuk pemberian injeksi vitamin K untuk mencegah perdarahan otak dan HB 0 untuk mencegah Hepatitis B. -

		H: Orang tua bersedia untuk diberikan injeksi vit K dan HB 0 pada bayinya.
3.	09.16 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 H: Telah diberikan injeksi vitamin K dan HB 0
4.	09.20 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. H: Ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.
5.	09.30	- Menganjurkan ibu menjaga kehangatan bayi. Ketika bayi lahir, bayi berada pada lingkungan

	WITA	bersuhu lebih rendah dari pada dalam rahim ibu. Bila dibiarkan dalam suhu kamar, maka bayi akan kehilangan panas dan terjadi hipotermi. H: Ibu mengerti dan menjaga kehangatan bayi
6.	09.36 WITA	- Melakukan rawat gabung Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (<i>early infant mother bounding</i>) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya. H: Dilakukan rawat gabung antara bayi dengan ibu.
7.	09.40 WITA	- Memberi KIE mengenai : <ul style="list-style-type: none"> • Teknik menyusui • Dilakukan untuk mengajarkan ibu bagaimana teknik menyusui yang benar, sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan baik dan tanpa hambatan H: Ibu dapat mempraktikkan teknik menyusui yang benar.
9.	09.41 WITA	- Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan saat 6 jam setelah persalinan; H: Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 21 Februari 2020 (14.08 WITA)

Tempat : Klinik Ibnu Sina

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Dra. Meity Albertina, SKM, S.ST, M.Pd

S :

a. Ibu mengatakan perut masih terasa mules

b. Ibu mengatakan pengeluaran ASI banyak

c. Pola makan :

Jenis makanan : nasi, sayur lauk pauk (tahu,tempe,telur) dan buah

Frekuensi : 3 x sehari

Pantangan : Tidak ada

d. Defekasi atau miksi

BAB : Ibu mengatakan belum ada BAB dan sudah platus

BAK : Frekuensi : 5-6 x/hari

Konsistensi : Cair

Warna : Kuning jernih

Keluhan : Tidak ada

e. Pola istirahat dan tidur : Ibu dapat tidur \pm 4-5 jam

f. Pola aktifitas sehari hari : Ibu dapat berjalan dan mengurus anaknya sendiri

g. Pola seksualitas : Belum ada

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: baik kesadaran: composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, MAP : 83,33, suhu tubuh 36,3°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, BB sekarang 69 kg.

2. Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva tidak anemis, tampak putih pada skelera, 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 rubra, tidak terdapat luka parut.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Tidak oedema, kapiler refill baik, reflex bisep Dan trisep positif

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices, kapiler refill Baik, dan reflex patella Positif.

A :

Ny. Y P₃₀₁₂ 6 jam post partum

P :

Tabel 5.2
Intervensi Asuhan Kebidanan Nifas Kunjungan I

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.08 WITA	<p>- Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan yaitu Keadaan umum: baik kesadaran: compos mentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, MAP : 83,33, suhu tubuh 36,3°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, BB sekarang 69 kg.</p> <p>H: Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.</p>	
2.	14.10 WITA	<p>- 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.</p> <p>H: Ibu mengerti dan bisa mempraktikkan cara</p>	

		menyusui yang benar	
3.	14.15 WITA	<p>- Mengajarkan ibu mobilisasi dini dan mengajarkan senam nifas hari ke-1</p> <p>H: Ibu mengerti dan sudah melakukan gerakan senam nifas hari ke-1</p>	
4.	14.20 WITA	<p>- Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat. Menjelaskan kepada ibu tentang perawatan tali pusat bahwa perawatan yang baik dan benar adalah dengan tetap menjaga tali pusat bersih dan kering serta tidak boleh di berikan apapun.</p> <p>H: Ibu mengerti dan dapat melakukan perawatan tali pusat</p>	
5.	14.25 WITA	<p>- Memberikan KIE tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrisi <p>Dengan makan makanan yang mengandung zat besi seperti sayuran hijau-hijauan, kacang-kacangan,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perawatan bayi 	

		H: Ibu mengerti penjelasan tentang nutrisi dan perawatan bayi	
6.	14.00 WITA	- Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya pada hari ke 4. Pada tanggal 24 Januari 2020 H: Ibu bersedia di lakukan kunjungan pada tanggal 24 Januari 2020	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal / Waktu Pengkajian : 24 Februari 2020 (15.00 WITA)

Tempat : Jl. Sepaku Laut, RT 06, Gang Manuntung

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Dra., Meity Albertina, SST., SKM., M.Pd

S :

1. Ibu tidak megalami keluhan.
2. Pola makan :
 - a. Jenis makanan : Nasi, sayur buah dan lauk pauk (tahu,tempe, telur, ikan).
 - b. Frekuensi : 3x/hari
 - c. Porsi : 1 piring di habiskan
 - d.Pantangan : Ibu mengatakan tidak ada pantangan makanan

3. Defekasi dan miksi

a. BAB :

- 1). Frekuensi : 1x/hari
- 2). Konsistensi : Lunak
- 3). Warna : Kekuningan
- 4). Keluhan : Tidak ada

b. BAK :

- 1). Frekuensi : 8-10/hari
- 2). Konstinsi : Cair
- 3). Warna : Kuning jernih
- 4). Keluhan : Tidak ada

c. Pola istirahat dan tidur :

- 1). Siang : ± 1 jam/hari
- 2). Malam : ± 5 jam/hari

d. Pola aktifitas sehari-hari :

- 1). Di dalam rumah : Ibu mengurus
Rumah Tangga
seperti (masak,
Menyapu) dan
mengurus Bayi.
- 2). Diluar Rumah : Tidak Ada

e. Pola seksual : Belum Ada

O :

1. Pemeriksaan Umum.

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,7 °C, nadi 84x/menit, pernapasan 20x/menit, BB 69 kg.

2. Pemeriksaan Fisik

- Mata : Tidak tampak oedema pada kelopak mata, konjungtiva merah muda, tampak putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.
- Payudara : Tampak membesar, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.
- Abdomen : TFU $\frac{1}{2}$ pusat-simfisis, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.
- Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada avarices, tampak pengeluaran lochea sanguinolenta, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula.
- Anus : Tidak tampak hemoroid.

A :

Ny. Y P₃₀₁₂ post partum hari ke-4

P :

Tabel 5.3
Intervensi Asuhan Kebidanan Nifas Kunjungan II

No.	Waktu	Tindakan
1.	15.00 WITA	- Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa ibu dalam keadaan normal. H: Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.
2.	15.05 WITA	- Menjelaskan pada ibu perubahan lochea pada masa nifas. Bahwa ada terdapat 4 tahapan keluarnya darah nifas yaitu pada hari ke 1-4 masa post partum cairan yang keluar berwarna merah. Pada hari ke 4-7 masa post partum cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Pada hari ke 7-14 masa post partum cairan yang keluar berwarna kuning kecoklatan. Pada hari 14-40 masa post partum cairan yang keluar berwarna putih dan berlendir. H: Ibu mengerti dan dapat menjelaskan perubahan warna lochea pada ibu nifas.
3.	15.10 WITA	- Mengajarkan ibu cara perawatan payudara. Hal ini ditujukan agar melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu, sehingga memperlancar

		<p>pengeluaran ASI. Dengan cara sebelum menyusu maupun sesudah menyusu payudara harus dibersihkan dengan air hangat dan mengoleskannya dengan ASI agar tidak lecet.</p> <p>H: Ibu mengerti dan mampu melakukannya.</p>
4.	15.15 WITA	<p>- Memberikan KIE tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrisi ibu nifas • Kebutuhan istirahat saat masa nifas • Tanda bahaya ibu nifas • Personal Hygine Ibu nifas • Senam Nifas <p>H: Ibu mengerti dengan konseling yang telah diberikan.</p>
5.	15.45 WITA	<p>- Menganjurkan ibu untuk tetap 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</p> <p>H: Ibu mengerti dan berjanji akan tetap menyusui bayinya</p>
6.	15.50 WITA	<p>- Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya pada hari ke 37. Pada tanggal 28 Maret 2020.</p> <p>H: Ibu setuju dilakukan kunjungan ulang.</p>

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal / Waktu Pengkajian : 28 Maret 2020 Pukul : 14.00 WITA

Tempat : Jl. Sepaku Laut, RT 06, Gang Manuntung

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Suryani, SST

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. Y baik; kesadaran *composmentis*; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Payudara : Terdapat pengeluaran ASI pada payudara kanan dan kiri, terdapat hiperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak ada lesi, tidak ada retraksi, teraba ASI penuh.

Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia : Pengeluaran darah lochea alba, 1 pembalut hanya flek, Tidak ada tanda-tanda infeksi.

Anus : Tidak ada hemoroid.

Ekstremitas : Homan sign negative, tidak ada oedema.

c. Pola Fungsional

Tabel 5.4
Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu sudah dapat menyusui bayinya dengan baik.

A :

Ny. Y P₃₀₁₂ *post partum* hari ke 37

P :

Tabel 5.5

Intervensi Asuhan Kebidanan Nifas Kunjungan III

No.	Waktu	Tindakan
1.	14.00 WITA	- Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik H: Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal
2.	14.03 WITA	- Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi gizi seimbang H : Ibu paham untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya
3.	14.05 WITA	- Mengingatkan ibu untuk selalu menyusui bayinya sesering mungkin dengan posisi yang benar H: ibu mengerti dan sering menyusui bayinya dengan posisi yang benar
4.	14.10 WITA	- Memberikan KIE mengenai KB. H: Ibu paham dan berjanji akan melakukan KB di fasilitas kesehatan.

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-I

Tanggal / Waktu Pengkajian : 21 Februari 2020 Pukul : 14.08 WITA

Tempat : Klinik Ibnu Sina

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Dra., Meity Albertina, SST., SKM., M.Pd

S :

Ibu mengatakan bayinya Sudah ada BAB dan BAK, bayi sudah bisa menghisap dengan baik, dan ibu mengatakan bayinya keluar muntah kemerahan dari mulut bayinya.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan ttv berupa nadi 128 x/menit, pernafasan 42 x/menit dan suhu 36,7 °C c/c: -/- m/d: -/- BB: 3650 gram LK : 32 cm LD :33 cm LP : 33cm, LL :11 cm PB : 49 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

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

Mulut : Mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, reflek rooting Dan sucking baik, reflex swallowing kuat.

Abdomen : Tampak tidak kembung, tali pusat normal, tidak bau dan Tidak lembab

Kulit : Kulit tampak kemerahan, dan tidak tampak kuning.

c. Pola Fungsional

Tabel 5.6
Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI
Personal Hygiene	Bayi sudah dimandikan..
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus

A :

Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 6 jam

P :

Tabel 5.7
Intervensi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan I

Waktu	Tindakan	Paraf
14.15 WITA	- Jaga kehangatan tubuh bayi. H: Bayi tetap memakai pakaian bersih dan kering.	
14.20 WITA	- Observasi tanda-tanda vital H: Suhu:36,7', BAB : +, BAK : +	
14.25 WITA	- Jelaskan hasil pemeriksaan bayi pada ibu H: Ibu mengerti dan paham hasil pemeriksaan	

	bayinya dalam keadaan normal.	
14.26 WITA	- Lakukan perawatan tali pusat H: Tali Pusat tampak dalam keadaan kering, dan bersih	
14.30 WITA	- Evaluasi kemampuan menyusu bayi H : kemampuan bayi menyusu baik	
14.45 WITA	- Lakukan pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan ikterus, tali pusat bernanah. H : Bayi tampak tidak ikterik, dan tidak ada tanda-tanda bahaya	
14. 50 WITA	- Pastikan bayi mendapat ASI yang cukup H : Ibu memberikan ASI secara on Demand	
15.00 WITA	- Lakukan konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif H: Ibu dan keluarga mengerti harus memberikan ASI eksklusif	
15.10 WITA	- Menjelaskan kepada ibu beberapa penyebab bayi muntah disertai bercak kemerahan yaitu : 1. Putting ibu yang terluka, lalu darahnya terhisap oleh bayi yang menyusui ASI	

	<p>2. Darah ibu yang tertelan bayi saat proses melahirkan bisa terjadi pada proses melahirkan normal atau section caesaria</p> <p>3. Perdarahan saluran pencernaan pada bayi</p> <p>4. Bayi yang tertelan darahnya sendiri yang bisa terjadi akibat tindakan yang dilakukan pada saat lahir seperti suction.</p> <p>H: Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan</p>	
15.15 WITA	<p>- Melakukan kolaborasi dengan Dokter Anak tentang bayi yang muntah disertai bercak kemerarahan</p> <p>H : Hasil dari konsultasi dokter harus dilakukan pemeriksaan laboratorium dan lakukan Observasi TTV (suhu, nadi, respirasi)</p>	

	<p>- Melakukan pemeriksaan laboratorium H : Hemoglobin : 13,7 gr/dl</p> <p>Lekosit : 5500/mm³</p> <p>Hematokrit : 39 %</p> <p>Trombosit : 200.000/mm³</p> <p>LED 1 jam : 7 mm/jam</p> <p>Waktu Perdarahan : 3 menit</p> <p>Waktu pembekuan : 3 menit</p> <p>Eosinofil : 2 % Basofil : 0%</p> <p>Staf : 4 % Segmen: 66 %</p> <p>Lymphosit : 30 % Monosit : 3 %</p> <p>Retikulot : 0,1 % SGOT : 31 %</p> <p>SGPT : 31 %</p> <p>Bilirubin Total : 1 mg/dl</p> <p>Bilirubin Direk : 0 Mg/dl</p> <p>Bilirubin Indirek : 0,5 Mg/dl</p> <p>Protein Total : 6,4 gr/dl Albumin : 4,0 gr/dl</p> <p>Globulin : 3,2 gr/dl Ureum : 30 Mg/dl</p> <p>Kreatin : 0,8 Mg/dl Asam Urat: 2,5 Mg/dl</p> <p>Trigliserid: 180 Mg/dl Kolesterol :90 Mg/dl</p> <p>Dari hasil pemeriksaan darah menunjukkan bahwa tidak ada kelainan</p>	
	<p>-Melakukan observasi TTV (Suhu, Nadi, Respirasi)</p> <p>H: Suhu : 36,7' C Nadi : 146 x/menit R : 50x/menit</p>	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal / Waktu Pengkajian : 24 Februari 2020 Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Jl. Sepaku Laut, RT 06, Gang Manuntung

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Dra., Meity Albertina, SST., SKM., M.Pd

S :

Ibu mengatakan asinya banyak, dan bayinya mengisap dengan kuat, BAK 8-10 kali/hari berwarna kuning, BAB 2-3 kali/hari konsistensi cair berwarna kuning. Ibu mengatakan tali pusat bayi belum terlepas.

O :

1. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 147x/menit, pernafasan 43x/menit dan suhu 36,6°C. c/c: -/- m/d: +/- , BB 3700 gram LK/LD :33/34 LP : 33 cm PB: 50 cm.

2. Pemeriksaan Fisik

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

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

Abdomen :Tampak tidak kembung, tali pusat tampak normal belum terlepas, tidak bau dan tidak lembab.

Kulit : Kulit tampak kemerahan, dan tidak tampak kuning.

3. Pola Fungsional

Tabel 5.8
Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusui asi eksklusif dengan on demand
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 8-10 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi tidak dimandikan, hanya diseka 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 4 hari

P :

Tabel 5.9
Intervensi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan II

Waktu	Tindakan	Paraf
15.20 WITA	- Menjelaskan hasil pemeriksaan bayi pada ibu H: Ibu mengerti dan paham hasil pemeriksaan bayinya	
15.25 WITA	- Menjelaskan perawatan neonatus : <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan hidrasi dan nutrisi yang adekuat untuk bayi • Memperhatikan pola tidur yang normal • Meningkatkan hubungan interaksi antara orang tua dan bayi • Menjaga kebersihan kulit bayi dengan dimandikan 2x sehari. Ibu paham dan mengerti yang telah dijelaskan. • Pastikan Tali Pusat Kering, dan tidak diberikan Apa-apa H: Ibu paham dan mengerti yang telah dijelaskan	
15.30 WITA	- Beri KIE tentang pemberian ASI secara on demand H : Ibu mengerti tentang KIE pemberian ASI	
15.30 WITA	- Menjaga kehangatan tubuh bayi. H: Bayi tetap memakai pakaian bersih dan kering.	
15.45 WITA	-Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan H: Ibu mengerti tentang penanganan dan rujukan bila diperlukan	

15.50 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan home care kunjungan neonatus 12 hari. H: Ibu bersedia untuk dilakukan kunjunga ulang.	
---------------	---	--

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal / Waktu Pengkajian : 03 Maret 2020 Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Jl. Sepaku laut, RT 06, Gang Manuntung

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Suryani, SST

S :

Ibu mengatakan Tali Pusat Lepas Pada hari ke 7, bayi menyusu dengan kuat

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36,5°C, BB 3800 gram.

b. Pemeriksaan Fisik

Mata : Skelera tidak tampak ikterik

Dada : Tampak simetris, tidak tampak kuning

Abdomen : Tidak ada pembesaran yang abnormal dan tali pusat telah Lepas

Kulit : Kulit tampak kemerahan, dan tidak tampak kuning

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

c. Pola Fungsional

Tabel 6.0
Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2-3 jam sekali. Ibu tidak memberikan bayi makan dan minum kecuali ASI.
Eliminasi	BAB 3-4kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.
Perkembangan	Bayi dapat tersenyum spontan

A :

Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-12

P :

Tabel 6.1
Intervensi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan III

No.	Waktu	Tindakan
1.	10.15 WITA	- Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat H: Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini
2.	10.20 WITA	- Menjelaskan kepada ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu : tidak mau menyusu, kejang kejang, lemah, sesak napas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), tarikan dinding dada bagian bawah kedalam, bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah, demam/panas tinggi, mata bayi bernanah, diare/buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari, kulit dan mata bayi kuning, tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat. Jika di temukan satu atau lebih tanda bahaya tersebut, bayi segera di bawa ke fasilitas kesehatan. H: Ibu mengerti tanda bahaya pada bayi baru lahir
3.	10.30 WITA	-Evaluasi frekuensi dan kemampuan menyusu bayi H : Bayi tampak menyusu dengan baik, sehingga BB bayi bertambah

4.	10.25 WITA	- Melakukan KIE tentang Imunisasi Bayi H: Ibu mengerti bahwa bayinya di Imunisasi BCG pada tgl 19 Maret
----	---------------	--

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Calon Akseptor KB Implant

Tanggal / Waktu Pengkajian : 28 Maret 2020 Pukul : 14.00 WITA

Tempat : Jl. Sepaku Laut, RT 06, Gang Manuntung

Oleh : Wahyu Karina Lestari

Pembimbing : Suryani, SST

S :

Ibu mengatakan melahirkan pada 21 Februari 2020, ibu belum mendapatkan haid. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Ibu dan suami merencanakan menggunakan KB Implant.

O:

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. Y 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.

A :

P₃₀₁₂ calon akseptor KB Implant

P:

Tabel 6.2
Intervensi Asuhan Kebidanan Kunjungan KB

No	Waktu	Tindakan
1.	14.30 WITA	- Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny. Y, hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal H: Ibu mengerti mengenai kondisinya.
2.	14.35 WITA	- Menjelaskan kembali pada ibu tentang KB Implant. Yaitu tentang tempat pemasangan implant di lengan atas yang jarang digunakan didaerah bawah kulit di atas lipat siku. Menjelaskan kembali tentang keuntungan pemasangan implant dan menjelaskan efek samping pasca pemasangan implant H: Ibu mengatakan sudah mengerti dan sudah memakai KB Implant
3.	14.36 WITA	- Menjelaskan dan memberitahu ibu bahwa ibu harus kontrol KB implant pada tanggal 31 maret 2020, atau jika ada keluhan seperti bengkak,memar,disertai demam harus segera dibawa ke unit kesehatan. H:Ibu mengatakan sudah mengerti bahwa harus kontrol tanggal 31 maret 2020 atau jika ada keluhan

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Pada Pembahasan ini penulis akan menjelaskan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dan praktik asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi yang diterapkan pada klien Ny. Y G₃P₁₀₁₁ sejak kontak pertama pada tanggal 29 oktober 2019 dimulai pada masa kehamilan 24 minggu dengan pembahasan berikut:

1. Asuhan Kehamilan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. Y pada tanggal 29 Oktober 2019, bahwa Ny. Y berusia 21 Tahun G₃P₁₀₀₁₁ HPHT tanggal 16 Mei 2019 dan taksiran persalinan tanggal 23 Februari 2020, bertempat tinggal di jalan sepaku laut, RT 06, gang Manuntung.

Pada kunjungan pertama ibu mengeluh nyeri punggung dan perut. Asuhan yang di berikan untuk mengurangi nyeri punggung dan perut pada klien yaitu menghindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban dan berjalan tanpa istirahat, kompres hangat pada punggung dan perut, serta dengan melakukan olah raga fisik secara teratur (Varney, 2011). Menurut pendapat penulis tidak ada kesenjangan antara praktik dan teori. Karena menurut teori Varney (2011) Pada ibu hamil trimester III nyeri punggung dan perut disebabkan oleh pembesaran uterus sehingga terjadi perubahan postur tubuh yang mengakibatkan perubahan pusat gravitasi berpindah kedepan

Pada kunjungan pertama usia kehamilan 24 minggu didapatkan pengukuran TFU pada klien 17 cm. Menurut pendapat penulis terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik, karena menurut teori mc.Donald (2010) TFU pada usia kehamilan 24 minggu yaitu 23 cm. Dan salah satu masalah potensial TFU yang tidak sesuai dengan kehamilan yaitu IUGR. Menurut Figueras dan Gardosi (2011) Bayi dapat diasumsikan mengalami IUGR jika hasil pengukuran kurang 3 cm dari normal, atau dari pengukuran berkelanjutan TFU tidak bertambah sesuai usia kehamilan, yang artinya bayi tidak bertambah besar sesuai masa kehamilan. Asuhan yang diberikan untuk mengatasi masalah pada Ny.Y yaitu menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bernutrisi seperti sayur-sayuran hijau yaitu bayam merah, kacang-kacangan, dan mengonsumsi vitamin FE dengan rutin.

Pada Pemeriksaan hemoglobin pada kunjungan pertama Ny.Y didapatkan hasil 10,9 gr. Menurut teori Prawihorardjo (2010) Hb normal yaitu 11 gr % sebagai dasarnya. Hb 9 – 10 gr % disebut anemia ringan. Hb 7- 8 gr% disebut anemia sedang. Hb <7 gr% disebut anemia berat, pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan pada saat TM III. Kadar Hb pada ibu Menurut penulis terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, pada saat dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil kadar Hemoglobin darah Ny. Y kurang dari 11gr% dan Ny. Y termasuk dalam anemia ringan pada TM III. Asuhan yang diberikan untuk mengatasi anemia pada Ny.Y yaitu menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bernutrisi seperti sayur-sayuran hijau yaitu bayam merah, kacang-kacangan, dan mengonsumsi vitamin FE dengan rutin.

Kunjungan kedua dilaksanakan pada tanggal 08 januari 2020 dengan usia kehamilan 33 minggu 4 hari. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil TFU 26 cm. Penulis berpendapat ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik yaitu TFU masih kurang dari standar normal hal tersebut dijelaskan dalam teori Mc. Donald (2010) TFU normal usia kehamilan 33 minggu yaitu 30 cm, didapatkan fakta bahwa Ny. Y tidak meminum vitamin yang diberikan oleh bidan karena pasien merasa mual saat meminumnya, Asuhan yang penulis berikan yaitu dengan menganjurkan klien untuk meminum vitamin pada saat malam hari atau sebelum tidur untuk menghindari mual serta makan-makanan yang bernutrisi seperti sayuran hijau, buah-buahan, lauk pauk, mengkonsumsi vitamin FE dan Kalk, dan minum susu setiap hari, dan mengajarkan ibu senam hamil serta menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilan rutin sebulan sekali atau jika ada keluhan.

Kunjungan ketiga dilaksanakan pada tanggal 24 januari 2020 dengan usia kehamilan ibu 35 minggu 6 hari, keluhan yang dirasakan ibu tidak ada. Dari hasil pemeriksaan didapatkan TFU 29 cm, menurut teori Mc. Donald (2010) TFU normal usia kehamilan 35 minggu yaitu 33 cm. Menurut pendapat penulis terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik. Dan asuhan yang diberikan yaitu tetap menganjurkan klien untuk makan-makanan yang bernutrisi seperti sayuran hijau, buah-buahan, lauk pauk, mengkonsumsi vitamin FE dan Kalk, dan minum susu setiap hari, dan mengajarkan ibu senam hamil serta menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilan rutin sebulan sekali atau jika ada keluhan.

Dalam pemeriksaan kehamilan yang dilakukan dari kunjungan pertama sampai ketiga menurut penulis berjalan baik dan normal. Walaupun TFU saat kunjungan 1,2,3 masih kurang dari standar normal namun sedikit demi sedikit TFU dapat naik, dan pada akhirnya saat menjelang persalinan yaitu usia kehamilan 39-40 minggu saat diukur TFUnya menjadi 35 cm. ketidak sesuaian TFU dengan berat bayi lahir menurut penulis ini juga ada kaitanya dengan penambahan berat badan ibu selama kehamilan yang signifikan yaitu kunjungan pertama didapatkan berat badan ibu 63 kg, pada kunjungan kedua 68 kg, dan pada kunjungan ketiga ditemukan berat badan ibu yakni 70 kg. Menurut teori dalam Steer PJ et al (2011) penambahan berat ibu sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan janin dalam kandungan, semakin besar pertambah berat badan ibu, semakin besar janin yang akan dilahirkan.

Penulis melakukan pengawasan selama kehamilan sehingga proses kehamilan dapat berjalan dengan baik walaupun klien mengalami beberapa keluhan namun hal itu dapat diatasi sedini mungkin.

2. Asuhan Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny.Y yaitu 39 minggu 5 hari. Penulis sependapat dengan pernyataan tersebut karena Ny.Y menunjukkan tanda-tanda persalinan saat usia kehamilan 39-40 minggu.

a. Kala I

Pada proses persalinan Ny. Y menjalani fase laten selama 7 jam. Pada umumnya fase laten berlangsung selama 8 jam menurut (Manuaba 2011). Dimulai pada pukul 05.30 WITA, dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan 2 cm serta ketuban utuh/belum pecah, dengan his mulai

adekuat (3x dalam 10 menit dengan durasi 35-30 detik). Asuhan yang diberikan yaitu memberikan support mental kepada Ny. Y dan memberikan KIE tentang fisiologi persalinan dan cara mengatasi nyeri persalinan.

Pada pukul 07.30 WITA dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil kemajuan persalinan yaitu pembukaan 7 cm. penulis berpendapat, penambahan pembukaan serviks pada Ny. Y didukung dengan his yang semakin adekuat, jalan lahir Ny. Y yang normal dan posisi janin yang normal yaitu kepala sebagai bagian terendah. Saat klien telah memasuki fase aktif bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf yaitu pemeriksaan DJJ setiap 30 menit, pemeriksaan kemajuan persalinan setiap 4 jam. Sesuai dengan teori menurut (JNPK-KR Depkes RI,2011).

Pada pukul 07.55 WITA dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan serviks Ny. Y menjadi 10 cm, ibu mengatakan perut semakin nyeri dan lebih sering kencang-kencang serta ibu merasa ingin BAB. Saat dilakukan pemeriksaan yaitu selaput ketuban masih utuh dan dilakukan amniotomi, ketuban jernih, effacement 100%, penurunan kepala hodge III, DJJ : 143 x/mnt, His 5 x 10 menit dengan durasi yang adekuat yaitu 35-40 detik. Sesuai dengan teori Asuhan Persalinan Normal menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2012) Lakukan perubahan posisi, yaitu posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi jika ibu ingin di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

b.Kala II

Pukul 07.55 WITA ibu dipimpin untuk meneran, anjurkan ibu untuk makan dan minum disela-sela tidak ada his. Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN.

Pembukaan lengkap Ny.Y terjadi pada pukul 07.55 WITA dan bayi lahir pukul 08.08 WITA, lama kala II Ny.R berlangsung selama 20 menit dan ini merupakan keadaan yang normal. Pada multipara kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam menurut varney (2010). Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik, proses persalinan Ny.Y berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf. Ny.Y telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan klien berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik.

3. Bayi Baru Lahir

Pukul 08.08 WITA bayi lahir spontan, segera menangis, usaha napas teratur, tonus otot kuat, tubuh bayi tampak kemerahan, jenis kelamin perempuan. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor, didapatkan hasil APGAR skor bayi Ny. Y yaitu 8/9. Sesuai dengan teori menurut Oxorn (2010) penilaian bayi normal yaitu dengan nilai AS 7-10. Menurut penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik, karena penilaian *Apgar Score* bayi Ny.Y dalam batas normal.

Pukul 08.09 WITA dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan meletakkan bayi di dada ibu selama 1 jam dan berakhir pada pukul 09.09 WITA

Sesuai dengan pernyataan menurut Badan Kesehatan Dunia WHO (2013) merekomendasikan proses inisiasi menyusui dini dilakukan selama satu jam pertama sejak bayi lahir. Cara nya dengan menempatkan bayi di dada ibunya segera setelah bayi keluar dari jalan lahir. Menurut pendapat penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik dimana bayi Ny. Y dilakukan IMD selama 1 jam.

Selanjutnya melakukan asuhan bayi baru lahir dan bayi dalam kondisi normal, serta Bayi Ny.Y diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM, imunisasi hepatitis B 0 hari dan antibiotik berupa salep mata. Bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi. 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, dan mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi (JNPK-KR Depkes RI, 2012).

Saat bersalin, kehamilan Ny.Y berusia 39 minggu 5 hari, berat badan bayi saat lahir 3650 gram panjang badan 49 cm. Saat dilakukan pemeriksaan fisik secara garis besar bayi dalam keadaan normal. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Berat badan normal pada bayi baru lahir adalah 2500 gram sampai 4000 gram (Dewi, 2012). Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

4. Asuhan Masa Nifas

Hasil pengkajian kunjungan pertama 6 jam postpartum dilaksanakan pada tanggal 21 Februari 2020 didapatkan data subjektif ibu perdarahan yang keluar sudah tidak telalu banyak, serta tidak ada keluhan. Pada data objektif didapatkan hasil keadaan umum, tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, dan pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan dimana pada pemeriksaan abdomen TFU 3 jari bawah pusat, Uterus teraba keras, lochea berwarna merah. Asuhan yang diberikan mengajarkan untuk melakukan senam nifas hari ke I postpartum hari ke 6 postpartum.

Sesuai teori menurut Brayshaw (2010) menyatakan bahwa senam yang dilakukan ibu setelah melahirkan yang bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan sirkulasi ibu pada masa nifas dan membantu proses involusi uteri.

Menurut pendapat penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik, karena asuhan yang diberikan pada ibu untuk membantu proses involusi uteri adalah dengan melakukan senam nifas.

Hasil pengkajian kunjungan kedua 4 hari postpartum dilaksanakan pada tanggal 24 Februari 2020 didapatkan data subjektif ibu mengatakan tidak terdapat masalah serta tidak ada keluhan. Pada data objektif didapatkan hasil keadaan umum, tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, dan pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan dimana tidak terdapat masalah pada payudara seperti bedungan ASI atau puting lecet dll, pada abdomen TFU $\frac{1}{2}$ pusat symphysis.

Sesuai teori menurut Sukarni, (2013) Perubahan normal pada uterus selama postpartum akhir minggu ke-1 TFU $\frac{1}{2}$ pusat symphisis, TFU akhir minggu ke-2 sudah tidak teraba, Akhir minggu ke-6 uterus normal. Menurut pendapat penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik , karena proses involusi Ny.Y sudah berjalan dengan baik.

Tanggal 03 maret 2020, dilakukan kunjungan ketiga yaitu asuhan 2 minggu post partum. Pada kunjungan ini penulis menambahkan konseling KB secara dini. Tujuan asuhan kunjungan 2 minggu post partum yaitu sama dengan kunjungan hari ke 6 post partum. Konseling Kb secara lanjut dilakukan pada kunjungan 6 minggu post partum.

Pada tanggal 28 maret 2020 dilakukan kunjungan ulang yaitu evaluasi atas masalah sebelumnya. Pada saat ini, keadaan Ny.Y telah ingin merencanakan penggunaan KB implant. Ny.Y telah lebih sering menyusui bayinya serta merawat bayi sendiri, Ny.Y telah memenuhi kebutuhan nutrisi dengan baik dan istirahat yang cukup.

5. Asuhan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam, 4 hari, dan 12 hari. 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. Penulis berpendapat bahwa pentingnya dilakukan kunjungan neonatus sebagai deteksi bila terdapat penyulit pada neonatus (Walyani, 2014).

Tanggal 21 Februari 2020 dilakukan kunjungan Neonatus I yaitu pada 6 jam setelah bayi lahir. Keadaan umum neonatus baik, neonatus menangis

kuat, refleks bayi baik, tali pusat masih basah dan terbungkus kasa steril, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI sebagai asupan nutrisi bayi, bayi telah mendapat injeksi vitamin K, bayi telah mendapat imunisasi Hepatitis B 0 hari, bayi telah diberi salep mata antibiotik, bayi sudah BAK dan BAB. Bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL, 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 Depkes RI, 2012).

Pada kunjungan ini masalah yang didapatkan yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi dan perawatan tali pusat. Pengetahuan atau kognitif merupakan hal yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010). Penulis berpendapat untuk pentingnya memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi pada ibu. Penting untuk mengetahui tanda bahaya pada bayi agar bayi akan cepat mendapat pertolongan sehingga dapat mencegah kematian. Bayi banyak meninggal disebabkan salah satunya terlambat mengetahui tanda bahaya. Selain itu memberikan KIE tentang perawatan sehari-hari bayi yaitu perawatan tali pusat pada ibu (Kemenkes RI, 2010).

Tanggal 24 Februari 2020 dilakukan kunjungan Neonatus II yaitu pada hari ke 4 setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan neonatus baik secara fisik

dan pola perkembangannya dalam batas normal. Asupan nutrisi bayi hanya ASI, BB bayi mengalami peningkatan 50 gram menjadi 3700 gram. Pada kunjungan ini adalah bayi Ny.Y diberikan ASI penulis memberikan KIE tentang pentingnya pemberian ASI bagi bayi dan ibu, agar dapat memberi dukungan pemberian ASI pada ibu sehingga diharapkan proses menyusui berlangsung tanpa kesulitan dan dapat memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun. Selain itu, Asi juga dapat membantu memulihkan ibu dari proses persalinannya dan mempercepat proses penyembuhan luka jahitannya. Manfaat pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dengan cepat dan memperlambat perdarahan hisapan pada puting susu merangsang dikeluarkannya oksitosin alami yang akan membantu kontraksi rahim (Suherni, Widyasih Hesti, 2013).

Tanggal 03 Maret 2020 dilakukan kunjungan Neonatus III yaitu pada hari ke 12 setelah bayi lahir, ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan. Dari hasil pemeriksaan bayi mengalami peningkatan berat badan sebanyak 100 gram sehingga berat bayi menjadi 3800 gram Bayi tampak mengisap dengan kuat dan menelan dengan baik. Asuhan yang yaitu memberikan KIE tentang imunisasi dasar bagi bayi. Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Ibu menggunakan KB Implan, pemasangan dilakukan pada tanggal 28 Maret 2020 yaitu 37 hari masa nifas .

Sesuai teori menurut Saifudin (2010) KB Implan dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi oleh ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI.

Menurut pendapat penulis tidak diemukan kesenjangan antara teori dengan praktik, karena Ny. Y sedang dalam proses menyusui sehingga kontrasepsi yang digunakan ibu tidak mengganggu produksi ASI yang akan diberikan pada bayinya.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. Y di temui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan studi kasus adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penulis dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

2. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PKL, dan Dinas terkadang menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk

mengatur waktu. Terlebih saat terdapat wabah virus corona yang mengharuskan penulis harus dikarantina kurun waktu 1 bulan dirumah dan juga sinyal jaringan yang tidak memadai sehingga sangat sulit untuk melakukan konsultasi secara online dan menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan dan keterlambatan penyusunan laporan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.Y mulai dari hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi sebagai deteksi dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi dan dapat dihindari atau segera ditanggulangi.

1. Antenatal Care (ANC)

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada kehamilan atau *Antenatal Care* sesuai dengan teori yang ada dan telah menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Pada masa kehamilan Ny. Y berjalan dengan baik, klien mengeluh nyeri punggung dan nyeri perut dibagian bawah. Pada saat pemeriksaan terdapat kesenjangan yaitu TFU yang tidak sesuai masa kehamilan Dan kadar Hb Ny. Y yang kurang dari batas normal yaitu hanya 10,9 gr%

2. Intra Natal Care (INC)

Pada asuhan persalinan normal secara komprehensif pada Ny. Y dapat dilakukan. Pendekatan dapat dilakukan menggunakan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Persalinan berlangsung pada tanggal 21 Februari 2020.

3. Bayi Baru Lahir (BBL)

Pada asuhan bayi baru lahir secara komprehensif dapat dilakukan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Pada pemeriksaan bayi baru lahir Ny. Y lahir spontan segera menangis pukul 08.08 WITA AS 8/9 tidak ditemukan masalah dan tidak ada kebutuhan segera.

4. Post Natal Care (PNC)

Pada asuhan nifas secara komprehensif telah dilakukan pada Ny. Y menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Kunjungan nifas Ny. Y dilakukan sebanyak 4 kali dari hasil pemeriksaan masa nifas Ny. Y pada kunjungan pertama hingga ke 4 didapatkan hasil pemeriksaan Ny. Y normal.

5. Neonatus

Pada neonatus secara komprehensif telah dilakukan pada bayi Ny. Y menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Pada neonatus dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali dan ditemukan hasil pemeriksaan dalam keadaan baik tanpa ada penyulit.

6. Keluarga Berencana

Telah diberikan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Sesuai dengan keinginan Ny. Y sebagai akseptor KB Implant yang dilaksanakan pemasangan pada tanggal 28 maret 2020.

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan dapat menjadi masukan dan pembelajaran dalam meningkatkan pelayanan kesehatan secara komprehensif sejak masa kehamilan sampai pelayanan kontrasepsi yang baik dan benar baik terutama dalam melakukan asuhan dan dalam pengambilan keputusan serta untuk penulis tidak malas untuk menyusun Laporan Tugas Akhir atau dalam hal apapun.

2. Bagi Klien

Diharapkan setelah dilakukannya asuhan kebidanan komprehensif mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dapat bermanfaat dan dapat diaplikasikannya oleh Ny. Y serta sebagai pembelajaran pada masa kehamilan yang selanjutnya.

3. Bagi Profesi/Bidan

Diharapkan dapat menjadi masukan dan pembelajaran dalam meningkatkan pelayanan kesehatan secara komprehensif sejak masa kehamilan sampai pelayanan kontrasepsi yang baik dan benar terutama dalam melakukan asuhan dan pengambilan keputusan.

4. Bagi institusi Poltekkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Diharapkan dapat digunakan sebagai informasi dalam ilmu pengetahuan di bidang kebidanan terkait dengan TFU yang tidak sesuai dengan usia kehamilan dan sebagai suatu acuan untuk melakukan

penelitian lebih lanjut tentang TFU yang tidak sesuai dengan usia kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, 2017. *Determinan Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta : CV Trans Media
- Ai Yeyeh, 2014. *Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan*, Jakarta : CV. Trans Info Media
- Arisman, 2010. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- _____, 2012. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Asrinah dkk, 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*, Yogyakarta : Graha Ilmu
- Ai Nursiah, dkk, 2014. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*, Bandung : PT. Refika Aditama
- Ambarwati, 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas*, Yogyakarta : Nuha Medika
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementrian Kesehatan RI, 2018
- BKKBN, 2012. *Pelayanan Kontrasepsi*, Jakarta : BKKBN
- Bobak, dkk, 2010. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4*, Jakarta : EGC
- Cunningham, et, 2014. *Obstetri Wilams*, Jakarta : EGC
- Depkes RI, 2009. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- _____, 2010. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- _____, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- _____, 2013. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- _____, 2015. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- Dewi Setiawati, dkk, 2012. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*, Jakarta : Salemba Medika
- _____, dkk, 2013. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*, Jakarta : Salemba Medika
- Dwi Asri, dkk, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*, Yogyakarta : Medical Book
- Doenges, 2012. *Asuhan Keperawatan Maternal/Bayi*, Jakarta : EGC

- Eastabrook, 2010. *The Origins and End-organ Consequence Of Pre Eclampsia*, Clinical Obstetrics and Gynaecology.
- Figueras. F & Gardosi. J, 2011. *Intrauterine Growth Restriction New Concepts In Antenatal Surveillance Diagnosis and Management*, YMOB
- Ina Kuswanti, 2014. *Askeb II Persalinan*, Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Jannah, Nurul. 2017. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar'ruz Media.
- JNPK, KR, 2010, *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Departemen Kesehatan Indonesia
- _____, 2010, *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Departemen Kesehatan Indonesia
- Kemendes RI, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta : Kemendes RI
- _____, 2017. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta : Kemendes RI
- Kusmiyati, dkk, 2009. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*, Yogyakarta : Salemba Medika
- _____, 2012. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*, Yogyakarta : Salemba Medika
- Karkata, Kristanto, 2012. *Panduan Penatalaksanaan Kasus Obstetri*, Jakarta : Pelawa Sari
- Lam et al, Cuningham, 2014. *Hypertensive Disorder In Pregnancy*, New York : Mc Graw Hill Companies
- Ladewig, P. W., London, M.L., Olds. S. B. 2009. *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, 2010. *Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- _____.2011. *Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- _____.2012. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC, Penerbit buku kedokteran
- _____.2013. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC, Penerbit buku kedokteran
- Mufdilah.2011. *Panduan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Jogjakarta : Nuba Medika
- Muslihatun.2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Firatmaya

- Prawiroharjo.2010.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- _____.2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- _____.2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Prasetyo,SN.2010. *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Purwanti, S.H.2011. *Konsep Penerapan ASI Eksklusif Buku Saku Bidan*. Jakarta : EGC
- Robert.2002.*Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Robson, S., Elizabeth., & Waugh, Jason. (2012). *Patologi pada Kehamilan Managemen dan Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EKG.
- Raghupathy, R. (2013). Cytokines as Key Players in the Pathophysiology of Preeclampsia. *Medical Principles and Practice*, 22 (suppl 1), 8-19.
- Rukiyah.2012.*Antenatal Care*.Jakarta : EGC
- Saifuddin,A,B.,2010. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- _____.2011. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- _____.2012. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- _____.2015. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : EGC
- Sukarni,I dan Margareth,Z.H.2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medica
- Sawitri,Rfdiani.dkk.2017.*Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin*.Yogyakarta : Fitraya
- Syarifuddin.D.,2012.*Suntik Tetanus Toksoid Pada Ibu Hamil*, Universitas Sumatera Utara
- _____.2011. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo

- Sulistiyawati.2012.*Pelayanan keluarga berencana*. Jakarta : Salemba Medica
- Sumarah.2012. *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin*. Yogyakarta : Fitramnya
- Steinborn A,Varkonyi T. 2012. *Early detection of decreased soluble HLA-G levels in the occurrence of preeclampsia and intrauterine growth retardation during further course of pregnancy*. Hum Immunol.
- Tim Penyusun Kamus Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa.(2011). Kamus Besar Bahasa Indonesia
- Trisnawati F.2013. *Asuhan Kebidanan*. Jilid I. Jakarta:PT. Prestasi Pustakarya.
- Ummah Faizatul. 2015. *Kontribusi Faktor Risiko I Terhadap Komplikasi Kehamilan Di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya*. Jurnal. Program Studi D III Kebidanan STIKES Muhammadiyah Lamongan.
- Ujiningtyas, C. Sri Hari.2011. *Asuhan Keperawatan Persalinan Normal*. Jakarta : Salemba Medika
- _____.2012. *Asuhan Keperawatan Persalinan Normal*. Jakarta : Salemba Medika
- Varney,Helen.1997. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.Jakarta : EGC
- _____.2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.Jakarta : EGC
- _____.2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.Jakarta : EGC
- Wasnidar. 2010. *Anemia Pada Ibu Hamil*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wahyuni, S. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro.2010.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prowiroharjo
- _____.2011.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prowiroharjo
- _____.2012.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prowiroharjo
- Widia.2014. *Buku Ajar Persalinan Normal*, dilengkapi dengan soal-soal latihan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Widia.2015. *Buku Ajar Persalinan Normal*, dilengkapi dengan soal-soal latihan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press

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

Yuhedi LT, Kurniawati T. *Buku Ajar Kependudukan dan Pelayanan KB*. Jakarta: EGC; 2013.

INFORMASI

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY. T G₃P₁₀₁₁ USIA KEHAMILAN 24 MINGGU
DENGAN MASALAH TFU TIDAK SESUAI USIA KEHAMILAN DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS MARGASARI
KOTA BALIKPAPAN**

29 Oktober 2019 S.D 28 Maret 2020

Yang terhormat,
Ny Yuliana
Di-
Tempat

Dengan hormat,
Saya yang memberikan informasi:
Nama : Wahyu Karina Lestari
NIM : PO 7224117038

Adalah mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur Program Studi D III Kebidanan Balikpapan yang sedang melakukan penyusunan laporan tugas akhir dalam bentuk studi kasus asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu.

Tujuan pemberian asuhan komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif dan berkesinambungan adalah memberikan asuhan yang menyeluruh, sesuai dengan keadaan dan kebutuhan ibu, yang dilaksanakan secara berkesinambungan sejak hamil, bersalin, sampai dengan masa nifas.

Mengapa Ibu terpilih

Ibu terpilih sebagai klien dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif karena ibu sedang hamil usia 7 sampai dengan 8 bulan (32 minggu) dan masuk dalam kategori kehamilan normal dan/atau masuk dalam kategori faktor risiko kelompok I (ada potensi gawat darurat obstetrik).

Prosedur:

Jika ibu bersedia menjadi peserta dalam pemberian asuhan ini, maka saya akan melakukan asuhan kebidanan pada ibu selama hamil, menolong ibu selama proses persalinan, dan asuhan kebidanan pada masa nifas termasuk perawatan pada bayi baru lahir. Kegiatan pemberian asuhan diberikan pada saat saya mengunjungi ibu dirumah atau pada saat mengunjungi fasilitas kesehatan dengan didampingi oleh saya.

Risiko dan ketidaknyamanan:

Risiko dan ketidaknyamanan secara fisik adalah menyita waktu ibu selama memberikan asuhan dengan perkiraan waktu 60 – 120 menit (atau sesuai dengan kebutuhan) pada saat kunjungan rumah atau kunjungan ke fasilitas kesehatan. seluruh kegiatan dalam pemberian asuhan dibawah bimbingan dari bidan yang telah ditunjuk sebagai pembimbing dari Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

Manfaat:

Ibu sebagai peserta dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif ini akan mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan ibu bersalin/nifas.

Kerahasiaan data:

Data yang diperoleh dari ibu merupakan rahasia dan tidak akan diketahui oleh orang lain, kecuali oleh saya dan tim pembimbing dari Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

Kesukarelaan:

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela. Ibu bebas menolak untuk ikut dalam penelitian ini, dan dapat mengundurkan diri dari kapan saja dari penelitian ini

Keterangan:

Jika ada pertanyaan sehubungan dengan pelaksanaan asuhan ini, ibu dapat menghubungi : Wahyu Karina Lestari (082158355384) dengan alamat rumah Jl. Borobudur Rt 36 Kelurahan Muara Rapak Kecamatan Balikpapan Utara

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN UNTUK
IKUT SERTA DALAM STUDI KASUS
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : YULIANA
Umur : 22 tahun
Alamat : Jln. Sepuluh Maret RT.06 Gang Mammung

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa:

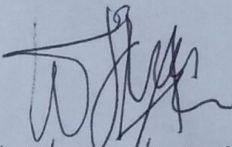
Setelah memperoleh penjelasan dan mendapat kesempatan bertanya, saya sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin timbul dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif, serta sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dan membatalkan dari keikutsertaan, maka saya (**setuju/tidak setuju***) diikutsertakan dan bersedia berperan serta dalam studi kasus yang berjudul :

**Asuhan Kebidanan Komprehensif pada “Ny. Y G₃P₁₀₁₁ Hamil 24 minggu
dengan masalah TFU tidak sesuai usia kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas
Margasari Kota Balikpapan Tahun 2020**

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.

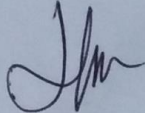
Balikpapan,

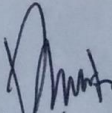
Mengetahui
Penanggung jawab Asuhan


(Wahyu Karina L.)

Saksi

Yang Menyatakan ,
Peserta studi kasus


(YULIANA)


(Bahrudin)

- Tanggal : 21 02 2020
- Nama bidan : TAU
- Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan Merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y/T
- Masalah lain, sebutkan : ta'a
- Penatalaksanaan masalah Tsb : ta'a
- Hasilnya : ta'a

KALA II

- Episiotomi :
 - Ya, Indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - Suami Teman Tidak ada
 - Keluarga Dukun
- Gawat Janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 -
 -
 -
 - Tidak
- Distosia bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 -
 -
 -
 - Tidak
- Masalah lain, sebutkan : ta'a
- Penatalaksanaan masalah tersebut : ta'a
- Hasilnya : ta'a

KALA III

- Lama kala III :menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu :menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan
 - Tidak,
- Penanganan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	08.30	110/70	80		9puput	baik	Kosong	0
	08.45	110/70	80		2 jari bawah	baik	Kosong	0
	09.00	110/70	80		2 jari bawah	baik	Kosong	0
	09.15	110/70	80		2 jari bawah	baik	Kosong	0
2	09.30	110/70	80		2 jari bawah	baik	Kosong	0
	09.45	110/70	80		2 jari bawah	baik	Kosong	0

Masalah kala IV : ta'a
 Penatalaksanaan masalah tersebut : ta'a
 Hasilnya : ta'a

- Masase fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan
 - Plasenta lahir lengkap (intact) Ya/Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
 - Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya/Tidak
 - Ya, tindakan :
 -
 -
 -
 - Tidak
 - Laserasi :
 - Ya, dimana
 - Tidak
 - Jika laserasi perineum, derajat : 1/2/3/4
 Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan
 - Atoni uteri :
 - Ya, tindakan :
 -
 -
 -
 - Tidak
 - Jumlah perdarahan : 150 ml
 - Masalah lain, sebutkan : ta'a
 - Penatalaksanaan masalah tersebut : ta'a
 - Hasilnya : ta'a
- BAYI BARU LAHIR :**
- Berat badan : 3650 gram
 - Panjang : 40 cm
 - Jenis Kelamin : L
 - Penilaian bayi baru lahir : baik/ada penyulit
 bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Aspiksia ringan/pucat/biru/emas/, tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 -
 -
 -
 - Pemberian ASI
 - Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
 - Masalah lain, sebutkan : ta'a
 Hasilnya : ta'a

Dokumentasi

Kunjungan ANC



Kunjungan INC



Kunjungan PNC Dan KB



Sempro Dan Semhas

