

**LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY."S" DENGAN LETAK SUNGSANG DAN SUSPECT CPD
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2017**



Oleh

**IRNA NURJANAH
NIM. PO7224114010**

Laporan Tugas Akhir Ini Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Dalam Menyelesaikan

Pendidikan Diploma III Kebidanan

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
2017**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Irna Nurjanah

Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 25 Juli 1996

Agama : Islam

Alamat : Jl. Soekarno Hatta Km. 17 Kel. Karang Joang Balikpapan

Riwayat Pendidikan :

- SD Negeri 023 Balikpapan, Lulus Tahun 2008
- SMP Negeri 17 Balikpapan, Lulus Tahun 2011
- SMA Negeri 9 Balikpapan, Lulus Tahun 2014
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi Kebidanan Balikpapan Tahun 2014 sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tak terhingga penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat, karunia dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “S” G1P0000 Hamil 33 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uteri dengan Letak Sungsang dan Suspect CPD di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Kota Balikpapan tahun 2017” dengan baik dan lancar.

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan rendah hati. Penulisan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak yang sangat berarti dan dalam kesempatan ini tidak lupa penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada :

1. Drs. H. Lamri, M. Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kaltim.
2. Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kaltim.
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kaltim.
4. DR. Hj. Nina Mardiana, S.Pd., M.Kes, selaku Penguji Utama dalam Sidang Laporan Tugas Akhir ini.

5. Ni Nyoman Murti., M.Pd, selaku Penguji I yang senantiasa mengingatkan dan memberi motivasi penulis untuk segera menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Semoga Allah membalas beliau semua dengan kebaikan yang berlipat ganda, Amiin.
6. Lusita Hakim, SST, selaku Penguji II yang telah memberi masukan yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
7. Tersayang keluarga yang telah memberi semangat, doa, dan dukungan materi dan spiritualnya sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu.
8. Ny. "S" dan keluarga yang telah bersedia untuk menjadi subjek studi kasus saya dalam laporan tugas akhir ini.
9. Serta semua rekan-rekan yang telah membantu penulis menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih terdapat kekurangan, karena keterbatasan yang ada pada penulis. Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis demi perbaikan yang akan datang.

Atas partisipasi dan dukungan dari berbagai pihak, penulis mengucapkan terima kasih dan memohon maaf atas segala kekurangan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini. Semoga laporan tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi penulis maupun bagi semua pihak yang membaca.

Wassalamu'alaikum wr.wb.

Balikpapan, Maret 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian	6
E. Ruang Lingkup	7
F. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Teori	9
1. Konsep Dasar Teori Kehamilan.....	9
a. Definisi Kehamilan	9
b. Perkembangan Janin Trimester III	9
c. Adaptasi Psikologis Ibu Hamil Trimester III.....	10
d. Asuhan Kebidanan Kehamilan/ANC.....	10
e. Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Kehamilan	17

2. Konsep Dasar Teori Letak Sungsang	18
a. Pengertian	18
b. Klasifikasi Letak Sungsang	18
c. Etiologi Letak Sungsang	18
3. Konsep Dasar Teori Suspect CPD	19
a. Pengertian	19
b. Etiologi	19
c. Pengertian Panggul Sempit	20
d. Cara mengukur Conjugata Diagonalis	21
e. Ukuran normal panggul luar wanita	21
4. Konsep Dasar Teori Persalinan	22
a. Definisi Persalinan	22
b. Factor-faktor yang mempengaruhi persalinan	23
5. Cara Persalinan Letak Sungsang	24
a. Pervaginam	24
b. Perabdominan	30
c. Standar Pelayanan Intranatal Care / INC	30
d. Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Persalinan	31
6. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir	31
a. Definisi Bayi Baru Lahir	31
b. Bayi Baru Lahir Ikterik	32
c. Etiologi Ikterik	33

d. Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.....	36
7. Konsep Dasar Teori Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas	36
a. Pengertian Masa Nifas	36
b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas	37
c. Kebijakan Nasional Masa Nifas	40
d. Tujuan Asuhan Masa Nifas	41
e. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas.....	42
f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas.....	42
8. Konsep Dasar Teori Keluarga Berencana	47
a. Pengertian	47
b. Macam – macam Metode Kontrasepsi	47
c. Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi	48
B. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	49
1. Manajemen Asuhan Kebidanan Sesuai 7 langkah Varney	49
C. Konsep Dasar Asuhan Manajemen Kebidanan	53
1. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis Trimester III	53
2. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Persalinan	68
3. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Normal.....	91
4. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Normal	

.....	102
5. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Calon Akseptor KB	
.....	117
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Karangan Ilmiah.....	118
B. Lokasi dan Waktu.....	118
C. Subjek Kasus.....	118
D. Pengumpulan dan Analisis Data.....	119
E. Etika Penelitian.....	120
F. Kerangka Kerja Studi Kasus.....	122
BAB IV TINJAUAN KASUS	
A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care	
1. Pengkajian.....	123
2. Kunjungan ANC ke 1.....	140
3. Kunjungan ANC ke 2.....	142
4. Kunjungan ANC ke 3.....	145
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care	
1. Dokumentasi SOAP INC kala 1 fase laten.....	148
2. Dokumentasi SOAP BBL.....	150
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Postnatal Care	
1. Kunjungan PNC ke 1.....	153
2. Kunjungan PNC ke 2.....	157
3. Kunjungan PNC ke 3.....	160

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Kunjungan Neonatus ke 1.....163
2. Kunjungan Neonatus ke 2.....167
3. Kunjungan Neonatus ke 3.....171

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB

1. Asuhan Kebidanan pada Calon Akseptor KB IUD.....175

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

1. Asuhan kehamilan.....177
2. Asuhan persalinan.....186
3. Asuhan bayi baru lahir.....188
4. Asuhan masa nifas.....188
5. Asuhan neonatus.....191
6. kontrasepsi.....193

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

BAB VI PENUTUP

- A. Kesimpulan.....196
1. Antenatal Care.....196
 2. Intranatal Care.....197
 3. Bayi Baru Lahir.....197
 4. Postnatal Care.....198
 5. Neonatus.....198
 6. Pelayanan Kontrasepsi.....198

B. Saran.....199

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Hasil dari deklarasi SDGs (*Sustainable Development Goals*) pada Juli 2014, draft kerangka kerja SDGs memiliki 17 targetan. Dalam targetan nomor 3 mengenai ketercakupan kesehatan yang semakin luas untuk memastikan hidup sehat dan sejahtera bagi semua kalangan. Pada sub targetan tersebut disebutkan bahwa pada tahun 2030 *Maternal Mortality Rate* (MMR) atau Angka Kematian Ibu (AKI) dalam skala global turun kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup (SDGs, 2015).

Data yang dilaporkan di Kalimantan Timur diperoleh data AKI mencapai 106 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada awal tahun 2013. Angka itu meningkat dari 90 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Data lain menunjukkan di

Samarinda ditemukan 10 kasus kematian ibu dan 2 kasus kematian bayi selama tahun 2013 (Dinkes kota Samarinda, 2013)

Di Kota Balikpapan, pada tahun 2014 terdapat 14 kasus kematian ibu dari 124 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2015 AKI mengalami penurunan, yakni berjumlah 9 kasus kematian ibu dari 72 per 100.000 kelahiran hidup. (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2016).

Kematian perinatal langsung yang disebabkan karena persalinan presentasi bokong sebesar 4-5 kali dibanding presentasi kepala. Sebab kematian perinatal pada persalinan presentasi bokong yang terbanyak adalah prematuritas dan penanganan persalinan yang kurang sempurna, dengan akibat hipoksia atau perdarahan di otak. Trauma lahir pada presentasi bokong banyak dihubungkan dengan usaha untuk mempercepat persalinan dengan tindakan-tindakan untuk mengatasi macetnya persalinan. (Manuaba, 2012)

Terjadinya letak sungsang berkurang dengan bertambahnya umur kehamilan. Letak sungsang terjadi pada 25% dari persalinan yang terjadi sebelum umur kehamilan 28 minggu, terjadi pada 7% persalinan yang terjadi pada minggu ke 32 dan terjadi pada 1-3% persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm 2,3 Sebagai contoh, 3,5 persen dari 136.256 persalinan tunggal dari tahun 1990 sampai 1999 di Parkland Hospital merupakan letak sungsang (Manuaba, 2008).

Kehamilan dengan presentasi bokong merupakan kehamilan yang memiliki risiko. Hal ini dikaitkan dengan abnormalitas janin dan ibu. Frekuensi dari letak sungsang ditemukan kira-kira 4,4 % di Rumah Sakit Dr. Kanujdoso Djatiwibowo Balikpapan (DKK Balikpapan, 2012).

Banyak faktor yang dapat menyebabkan kelainan letak presentasi bokong, diantaranya paritas ibu dan bentuk panggul ibu. Angka kejadian presentasi bokong jika dihubungkan dengan paritas ibu maka kejadian terbanyak adalah pada ibu dengan multigravida dibanding pada primigravida, sedangkan jika dihubungkan dengan panggul ibu maka angka kejadian presentasi bokong terbanyak adalah pada panggul sempit atau pada primigravida, dikarenakan fiksasi kepala janin yang tidak baik pada Pintu Atas Panggul (Manuaba, 2012).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada “Ny.S” G₁P₀₀₀₀ selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “S” G₁P₀₀₀₀ Hamil 33 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uteri dengan Letak Sungsang dan Suspect CPD di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Kota Balikpapan tahun 2017”. Jalan Gunung Empat RT.42 NO.71 Balikpapan Barat Tahun 2017.

Mengingat masih tingginya angka kematian maternal pada waktu hamil hingga dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan yang disebabkan oleh komplikasi-komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, maka berdasarkan masalah yang terjadi tersebut penulis tertarik untuk menyusun proposal laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “S” di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Kota Balikpapan Tahun 2017”.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”S” Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Balikpapan dalam masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”S” Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Balikpapan dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan kehamilan terhadap Ny.”S” Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- b. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan persalinan terhadap Ny.”S” Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- c. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan bayi baru lahir terhadap Ny.”S” Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.

- d. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan masa nifas terhadap Ny."S" Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- e. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan neonatus terhadap Ny."S" Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- f. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan keluarga berencana terhadap Ny."S" Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dapat melakukan pengkajian data, melakukan interpretasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah, dapat mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, memberikan identifikasi kebutuhan segera, melakukan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi institusi Politeknik Kesehatan Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Untuk meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan yang

komprehensif sehingga menghasilkan bidan yang terampil, professional, dan mandiri.

b. Bagi Profesi/Bidan

Memberikan informasi kepada tenaga kerja lainnya dalam memberikan asuhan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi serta dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam mengembangkan asuhan yang diberikan pada masa nifas.

c. Bagi Pasien

Menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa kehamilan, persalinan, perawatan bayi baru lahir, nifas dan jenis-jenis kontrasepsi sehingga dapat menjalani tersebut tanpa adanya komplikasi.

d. Bagi Peneliti Lain

Dapat menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya mengenai asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi.

e. Bagi pembaca

Menambah wawasan dan pengetahuan pembaca tentang asuhan kebidanan secara komprehensif dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi.

f. Bagi penulis

Mengembangkan pola pikir ilmiah penulis dan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi melalui pendidikan dan pencegahan serta mendapat pengalaman secara nyata di lapangan agar dapat memberikan

pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan.

E. Ruang Lingkup Pengambilan Kasus

Subjek penelitian dalam Asuhan Kebidanan secara komprehensif ini melakukan pengambilan data secara langsung terhadap Ny."S" usia 20 tahun G₁P₀₀₀₀ dengan usia kehamilan 33 minggu 5 hari yang bertempat tinggal di Jl. Gn IV Rt. 42 No. 71 kota Balikpapan. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan yang komprehensif akan dilakukan dari tanggal 1 Maret 2017 – 1 Juni 2017 yang meliputi pengawasan kehamilan, persalinan, neonatus, nifas sampai pelayanan kontrasepsi. Kunjungan kehamilan sebanyak 4 kali di rumah Ny. S, dan Kunjungan nifas sebanyak 4 kali dilakukan di rumah Ny. S.

F. Sistematika Penulisan

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

Bagian inti berisi bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan pustaka terdiri konsep dasar teori kehamilan, konsep dasar teori persalinan, konsep dasar teori nifas, konsep dasar teori bayi baru lahir, konsep dasar teori pelayanan kontrasepsi, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada kehamilan normal, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada persalinan normal, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada nifas normal, konsep dasar manajemen asuhan

kebidanan pada bayi baru lahir normal dan konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada calon akseptor kontrasepsi.

Bab III metode penelitian yang terdiri dari rancangan studi kasus, kerangka kerja studi kasus, subjek studi kasus, pengumpulan dan analisa data, etika penulisan, dan bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

Bab IV Tinjauan Kasus terdiri dari Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Persalinan Normal, Asuhan Bayi Baru Lahir, Asuhan Masa Nifas, Asuhan Neonatus, Asuhan Kebidanan pada Ibu dengan Calon Akseptor KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologik yang hampir selalu terjadi pada setiap wanita. Kehamilan terjadi setelah bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang di dalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu (Nugroho, 2014).

b. Perkembangan Janin Trimester III

1) 28 – 36 minggu

Walaupun gerakannya sudah mulai terbatas karna beratnya yang semakin bertambah, namun matanya sudah mulai bisa berkedip bila melihat cahaya melalui dinding perut ibunya, kepalanya sudah mulai mengarah ke bawah. Paru – parunya belum sempurna.

2) 38 minggu

Kepalanya sudah berada pada rongga panggul, seolah – olah mempersiapkan diri bagi kelahirannya ke dunia. Ia kerap berlatih bernapas, menghisap dan menelan. Rambut-rambut halus di sekujur tubuhnya mulai menghilang. Ususnya terisi meconium (tinja bayi baru lahir), saat ini persalinan sudah dekat dan bisa terjadi kapan saja.

c. Adaptasi Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Pada wanita hamil trimester III akan mengalami perubahan Fisiologis dan psikologis yang disebut sebagai periode penantian. Saat ini juga merupakan waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi.

Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ke tiga, ibu hamil merasa cemas terhadap kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri. Seperti : apakah nanti bayinya lahir abnormal, membayangkan nyeri, kehilangan kendali saat persalinan, apakah dapat bersalin normal, apakah akan mengalami cedera pada vagina saat persalinan. (Manuaba, 2010)

d. Asuhan Kebidanan Kehamilan / Antenatal Care

1) Pengertian

Antenatal Care adalah pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah. (Rukiah, 2013)

2) Tujuan *Antenatal Care* (ANC)

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.

- d. Mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
 - e. Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
 - f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dapat menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- (Rukiah, 2013)

3) Standar asuhan minimal kehamilan termasuk dalam "14T".

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 antara 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 :

$$\text{IMT} = \text{Berat Badan (kg)} / (\text{Tinggi Badan (cm)})^2$$

Tabel 1.1 Klasifikasi Nilai IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	> 29	7
Gemeli	-	16 – 20,5

Sumber :(Prawirohadjo, 2013)

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 menambah 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 (Prawirhadjo, 2013).

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. Tekanan darah yang normal 110/80 - 120/80 mmHg.

c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

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

d. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

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, Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama

kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

e. Pemberian Imunisasi TT (T5)

Imunisasi tetanus toxoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Vaksin tetanus yaitu toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan kemudian dimurnikan. (Prawirohadjo, 2013)

Tabel 1.2 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber : (Saifuddin, 2015)

f. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquis dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil.

g. Pemeriksaan Protein urine (T7)

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki

oedema. Pemeriksaan protein urin ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklampsia.

h. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) (T8)

Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/ penyakit menular seksual, antara lain *syphilis*. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena ± 2 cc. Apabila hasil tes dinyatakan positif, ibu hamil dilakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang terjadi adalah kematian janin pada kehamilan < 16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan premature, cacat bawaan.

i. Pemeriksaan urine reduksi (T9)

Diabetes Melitus Gestasioal pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa pre-eklampsia, polihidramnion, bayi besar.

j. Perawatan Payudara (T10)

Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

k. Senam Hamil (T11)

Tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.

l. Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.

m. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

n. Temu wicara / Konseling (T14).

(Suryono, 2010).

Pelayanan Standar Asuhan 17 T

Tabel 1.3 Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu

No	Jenis Pemeriksaan	Trimester I	Trimester II	Trimester III	Keterangan
1	Keadaan Umum	✓	✓	✓	Rutin
2	Suhu Badan	✓	✓	✓	Rutin
3	Tekanan Darah	✓	✓	✓	Rutin
4	Berat Badan	✓	✓	✓	Rutin
5	LILA	✓			Rutin
6	TFU		✓	✓	Rutin
7	Presentasi Janin		✓	✓	Rutin
8	DJJ		✓	✓	Rutin
9	Pemeriksaan HB	✓		✓	Rutin
10	Golongan Darah	✓			Rutin
11	Protein Urin				Rutin
12	Gula Darah/reduksi				Atas indikasi
13	Darah Malaria				Atas indikasi
14	BTA				Atas indikasi
15	Darah Sifilis				Atas indukasi
16	Serologi HIV				Atas indikasi
17	USG				Atas indikasi

Sumber :(Kementrian Kesehatan RI, 2015)

4) Jadwal kunjunganAntenatal Care (ANC)

Sebaiknya setiap wanita hamil memeriksakan diri ketika haidnya terlambat sekurang-kurangnya satu bulan. Pemeriksaan dilakukan setiap 6 minggu

sampai kehamilan. Sesudah itu, pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu. Dan sesudah 36 minggu.

Kunjungan kehamilan sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan.

- a. Satu kali pada trimester pertama
- b. Satu kali pada trimester kedua
- c. Dua kali pada trimester ketiga.

(Rukiah, 2013)

e. Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Kehamilan

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 10 ayat 2 (a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan konseling pada masa pra kehamilan, ayat (2b) pelayanan antenatal pada kehamilan normal dan ayat (2f) pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan. Pada pasal 10 ayat (3d) Bidan dalam memberikan pelayanan berwenang dalam memberikan tablet Fe pada ibu hamil, ayat (3h) penyuluhan dan konseling dan ayat (3i) bimbingan pada kelompok ibu hamil.

2.Dasar Teori Letak Sungsang

a) Pengertian

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Prawirohardjo, 2008).

b) Klasifikasi letak sungsang

- 1) Presentasi bokong murni (frank breech) Yaitu letak sungsang dimana kedua kaki terangkat ke atas sehingga ujung kaki setinggi bahu atau kepala janin.
- 2) Presentasi bokong kaki sempurna (complete breech) Yaitu letak sungsang dimana kedua kaki dan tangan menyilang sempurna dan di samping bokong dapat diraba kedua kaki.
- 3) Presentasi bokong kaki tidak sempurna (incomplete breech) Yaitu letak sungsang dimana hanya satu kaki di samping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat ke atas. (Kasdu, 2005)

c) Etiologi Letak Sungsang

1) Dari sudut ibu

- (a) Keadaan rahim (rahim arkuatus, septum pada rahim, uterus dupleks, mioma bersama kehamilan).
- (b) Keadaan jalan lahir (kesempitan panggul, deformitas tulang panggul, terdapat tumor menghalangi jalan lahir dan perputaran ke posisi kepala).
- (c) Keadaan plasenta (plasenta letak rendah, plasenta previa).

2) Dari sudut janin

- (a) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat.
- (b) Hidrosefalus atau anensefalus.
- (c) Kehamilan kembar.
- (d) Hidramnion atau oligohidramnion.
- (e) Prematuritas (Manuaba, 2010)

3.Dasar Teori suspect CPD

a. Pengertian

Cephalo Pelvic Disporpotion (CPD) adalah tidak ada kesesuaian antara kepala janin dengan bentuk dan ukuran panggul.

CPD adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina, biasanya disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya (Winkjosastro, 2005).

b. Etiologi

Menurut Hamilton (1999) CPD disebabkan oleh :

1. Panggul ibu yang sempit.
2. Ukuran janin yang terlalu besar

Sedangkan penyebab dilakukan seksio sesarea menurut Prawirohadjo (2000) yaitu:

1. Disproporsi kepala panggul (CPD)
2. Disfungsi Uterus
3. Plasenta Previa
4. Janin Besar
5. Letak Lintang

(Mochtar , 1998) menambahkan penyebab lain , yaitu:

1. Ruptur Uteri mengancam
2. Partus lama , Partus tak maju
3. Preeklamsi dan hipertensi
4. Mal presentasi janin

Letak lintang

Letak bokong

Presentasi dahi dan muka

c. Pengertian Panggul Sempit

Panggul disebut sempit apabila ukurannya 1-2 cm kurang dari ukuran dari ukuran yang normal. Kesempitan panggul bisa pada pintu atas panggul, ruang tengah panggul, pintu bawah panggul atau kombinasi dari ketiganya.

Pembagian tingkatan panggul sempit:

Tingkat I : CV = 9-10 cm = borderline

Tingkat II : CV = 8-9 cm = relative

Tingkat III : CV = 6-8 cm = ekstrim

Tingkat IV : CV = 6 cm = mutlak

d. Cara mengukur conjugata diagonalis (CD) :

- Dengan jari telunjuk dan jari tengah, melalui konkavita dari sacrum, jari tengah digerakkan ke atas sampai dapat meraba promotorium.
- Sisi radial dari jari telunjuk ditempelkan pada pinggir symphysis dan tempat ini ditandai dengan kuku jari telunjuk tangan kiri.
- Promotorium hanya bisa tercapai oleh jari dengan pemeriksaan dalam pada panggul yang sempit. Pada panggul dengan ukuran normal, promotorium tak tercapai, tapi menandakan bahwa CV cukup besar.
- Kalau CV lebih besar dari 10 cm, maka pintu atas panggul dianggap cukup luas (biasanya CV = 11 cm) (Prawirohardjo, 2008)

e. Ukuran normal panggul luar wanita ialah:

- 1) **Distantia spinarum** : Jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan , kurang lebih 24 – 26 cm

- 2) **Distantia cristarum** : Jarak yang terjauh antara crista iliaca kanan dan kiri, kurang lebih 28 – 30 cm.
- 3) **Conjugata externa**: Jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V 18 cm.
- 4) **Ukuran lingkar panggul** : Dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat – tempat yang sama di pihak yang lain kurang lebih 10,5 cm.
- 5) **Ukuran dalam panggul** : Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh promontorium, linea inniminata, dan pinggir atas simfisis pubis.
- a) konjugata vera : dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis 10,5-11 cm
 - b) konjugata transversa 12-13 cm
 - c) konjugata obliqua 13 cm
 - d) konjugata obstetrica adalah jarak bagian tengah simfisis ke promontorium

4. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Definisi Persalinan

Proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2012)

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Passage

Passage atau jalan lahir terdiri dari bagian keras (tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan, dan ligament).

Tulang-tulang panggul meliputi 2 tulang pangkal paha, 1 tulang kelangkang, dan 1 tulang tungging. Pembagian bidang panggul meliputi :

- a) Pintu atas panggul (PAP) atau pelvic inlet.
- b) Bidang luas panggul.
- c) Bidang sempit panggul (mid pelvic).
- d) Pintu bawah panggul (PBP).

2) Power (His dan Tenaga ibu)

Kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu sangat penting dalam proses persalinan.

3) Passanger

a) Kepala janin

- (1) Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besarnya lahir, maka bagian lainnya lebih mudah lahir.
- (2) Persendian kepala terbentuk kogel, sehingga dapat digerakan kesegala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam.
- (3) Letak persendian kepala sedikit ke belakang, sehingga kepala melakukan fleksi untuk putaran paksi dalam.
- (4) Kepala janin mempunyai kemampuan untuk berubah bentuk yang disebut dengan moulase.

b) Badan janin Ukuran badan janin yang lain (Saifuddin, 2009):

- (1) Lebar bahu, jarak antara kedua akromion (12 cm).
- (2) Lingkar bahu (34 cm).
- (3) Lebar bokong, diameter intertrokanterika (12 cm).
- (4) Lingkar bokong (27 cm).

4) Psikologi ibu

Keadaan psikologis adalah keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan. (Prawirohardjo, 2008)

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. (Prawirohardjo, 2008).

5. Cara persalinan letak sungsang

a. Pervaginam

Persalinan letak sungsang dengan pervaginam mempunyai syarat yang harus dipenuhi yaitu pembukaan benar-benar lengkap, kulit ketuban sudah pecah, his adekuat dan tafsiran berat badan janin < 3600 gram. (Prawirohardjo, 2008)

1) Persalinan spontan (spontaneous bracht)

Yaitu janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri (cara bracht).

Berikut ini prosedur melahirkan secara bracht :

- (1) Ibu dalam posisi litotomi, sedang penolong berdiri di depan vulva.

- (2) Saat bokong membuka vulva, dilakukan episiotomy. Segera setelah bokong lahir, bokong di cengkram secara bracht yaitu kedua ibu jari sejajar sumbu panjang paha sedangkan jari-jari lain memegang panggul.
- (3) Pada waktu tali pusat lahir tampak terenggang, segera kendorkan tali pusat tersebut.
- (4) Penolong melakukan hiperlordosis pada badan janin dengan cara punggung janin didekatkan ke perut ibu, penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa melakukan tarikan.
- (5) Dengan gerakan hiperlordosis tersebut berturut-turut lahir pusar, perut, bahu dan lengan, dagu, mulut, dan akhirnya seluruh kepala.
(Prawirohardjo, 2008).

2) Manual Aid

Yaitu janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong. Pada persalinan dengan cara manual aid ada 3 tahapan yaitu : tahap pertama lahirnya bokong sampai pusar yang dilahirkan dengan kekuatan ibu sendiri tahap kedua lahirnya bahu dan lengan yang memakai tenaga penolong dengan cara klasik, mueller, lovset; tahap ketiga lahirnya kepala dengan memakai cara mauriceau dan forceps piper.

a) Berikut ini cara melahirkan bahu dan lengan pada letak sungsang dengan cara klasik :

- (1) Kedua kaki janin dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya dan dielevasi ke atas sejauh mungkin sehingga perut janin mendekati perut ibu.

- (2) Bersamaan dengan itu tangan kiri penolong dimasukkan ke dalam jalan lahir dengan jari telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fossa cubiti kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka janin.
- (3) Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu. Dengan cara yang sama lengan dapat dilahirkan. (Prawirohardjo, 2008)

a) Berikut ini melahirkan bahu dan lengan pada letak sungsang dengan cara mueller :

- (1) Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan di bawah simfisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan di bawahnya.
- (2) Setelah bahu dan lengan depan lahir, maka badan janin yang masih dipegang secara femuro-pelvis ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir. (Prawirohardjo, 2008)

b) Berikut ini melahirkan bahu dan lengan dengan cara lovset :

- (1) Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan.
- (2) Sambil melakukan traksi, badan janin diputar kembali ke arah yang berlawanan setengah lingkaran demikian seterusnya bolak-balik sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan dapat dilahirkan.

c) Berikut ini melahirkan kepala dengan cara mauriceau :

- (1) Tangan penolong yang sesuai dengan muka janin dimasukkan ke dalam jalan lahir.
- (2) Jari tengah dimasukkan ke dalam mulut dan jari telunjuk serta jari ke empat mencengkeram fossa canina sedangkan jari yang lain mencengkeram leher.
- (3) Badan anak diletakkan di atas lengan bawah penolong seolah-olah janin menunggang kuda. Jari telunjuk dan jari ke tiga penolong mencengkeram leher janin dari arah punggung.
- (4) Kedua tangan penolong menarik kepala janin curam ke bawah sambil seorang asisten melakukan fundal pressure.
- (5) Saat suboksiput tampak di bawah simfisis, kepala janin dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata, dahi, ubun-ubun besar dan akhirnya seluruh kepala.

d) Ekstraksi sungsang

Yaitu janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong. Ekstraksi sungsang dilakukan jika ada indikasi dan memenuhi syarat untuk mengakhiri persalinan serta tidak ada kontra indikasi. Indikasi ekstraksi sungsang yaitu gawat janin, tali pusat menumbung, persalinan macet.

(1) Cara ekstraksi bokong

- (a) Lakukan pemeriksaan dalam vagina untuk memastikan titik penunjuk (os sacrum).

- (b) Jari telunjuk tangan operator yang berhadapan dengan os sacrum dikaitkan pada lipatan paha depan janin. Kemudian dilakukan ekstraksi curam ke bawah
- (c) Bila trokanter depan sudah berada di bawah simfisis, jari telunjuk tangan operator yang lain dipasang pada lipatan paha belakang untuk membantu traksi sehingga bokong berada di luar vulva.
- (d) Arah ekstraksi berubah ke atas untuk mengeluarkan trokanter belakang.
- (e) Ekstraksi kemudian mengikuti putaran paksi dalam.
- (f) Bila pusat sudah berada di luar vulva, dikendorkan.
- (g) Ekstraksi diteruskan dengan cara menempatkan kedua tangan pada bokong janin dengan kedua ibu jari berada di atas sacrum dan jari-jari kedua tangan berada di atas lipatan paha janin.
- (h) Ekstraksi dilakukan dengan punggung janin di depan, kemudian mengikuti putaran paksi dalam bahu, salah satu bahu akan ke depan.
- (i) Setelah ujung tulang belikat terlihat dilakukan pemeriksaan dalam vagina untuk menentukan letak lengan janin, apakah tetap berada di depan dada, menjungkit atau di belakang tengkuk. Pada ekstraksi bokong sampai tulang belikat sering diperlukan bantuan dorongan kristeller.

e) Komplikasi persalinan letak sungsang

(1) Komplikasi pada ibu

- (a) Perdarahan
- (b) Robekan jalan lahir
- (c) Infeksi

(2) Komplikasi pada bayi

- (a) **Asfiksia bayi**, dapat disebabkan oleh : Kemacetan persalinan kepala (aspirasi air ketuban-lendir), Perdarahan atau edema jaringan otak, Kerusakan medula oblongata, Kerusakan persendian tulang leher, kematian bayi karena asfiksia berat.
- (b) **Trauma persalinan**, dapat disebabkan oleh : Dislokasi-fraktur persendian, tulang ekstremitas. Kerusakan alat vital : limpa, hati, paru-paru atau jantung. Dislokasi fraktur persendian tulang leher : fraktur tulang dasar kepala ; fraktur tulang kepala ; kerusakan pada mata, hidung atau telinga ; kerusakan pada jaringan otak.
- (c) **Infeksi, dapat terjadi karena** : Persalinan berlangsung lama, Ketuban pecah pada pembukaan kecil, Manipulasi dengan pemeriksaan dalam.

b. Perabdominam

Pada saat ini seksio sesarea menduduki tempat yang sangat penting dalam menghadapi persalinan letak sungsang. Seksio sesarea direkomendasikan pada presentasi kaki ganda dan panggul sempit (Prawirohardjo, 2008)

c. Standar Pelayanan Intranatal Care (INC)

- 1) Standar 9 yaitu Asuhan persalinan kala Satu
- 2) Standar 10 yaitu persalinan kala dua yang aman
- 3) Standar 11 yaitu penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga
- 4) Standar 12 yaitu penanganan kala dua dengan gawat janin melalui episiotomy (Sunarsih, 2011).

d. Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Persalinan

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 10 ayat (2c) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan persalinan normal, ayat (2f) fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif dan ayat (2g) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.

6. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

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, nilai apgar >dan tanpa cacat. Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin (Muslihatun, 2011).

b. Bayi Baru Lahir dengan ikterik

Ikterik adalah warna kuning pada kulit, konjungtiva dan mukosa akibat penumpukan bilirubin, sedangkan hiperbilirubinemia adalah ikterus dengan konsentrasi bilirubin serum yang menjurus ke arah terjadinya kernikterus atau ensefalopati bilirubin bila kadar bilirubin tidak dikendalikan (Mansjoer, 2005).

Ikterik adalah menjadi kuningnya warna kulit, selaput lendir dan berbagai jaringan oleh zat warna empedu. Ikterik neonatal adalah suatu gejala yang sering ditemukan pada bayi baru lahir (Atikah & Cahyo, 2010)

Ikterik pada bayi baru lahir terdapat pada 25-50 % neonatus cukup bulan dan lebih tinggi lagi pada neonatus kurang bulan. Ikterik pada bayi baru lahir merupakan suatu gejala fisiologis atau bisa juga menjadi hal patologis (Saifuddin, 2002).

Menurut Saifuddin (2006), ikterik ada 2 jenis yaitu :

1) Ikterik fisiologis ialah :

- a) Ikterik yang timbul pada hari kedua dan ketiga
- b) Tidak mempunyai dasar patologis
- c) Kadarnya tidak melampaui kadar yang membahayakan
- d) Tidak mempunyai potensi menjadi kern-ikterus
- e) Tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi

Ikterik baru dapat dikatakan fisiologis apabila sesudah pengamatan dan pemeriksaan selanjutnya tidak menunjukkan dasar patologis dan tidak mempunyai potensi berkembang menjadi kern-ikterus.

Kern-ikterus (ensefalopati biliaris) ialah suatu kerusakan otak akibat perlekatan bilirubin indirek pada otak.

2) Ikterik patologis

- a) Ikterik yang terjadi pada 24 jam pertama setelah lahir
- b) Peningkatan kadar bilirubin serum sebanyak 5 mg/dl atau lebih setiap 24 jam.
- c) Ikterik yang disertai :

(1) Berat lahir < 2.000 gram

- (2) Masa gestasi < 36 minggu
 - (3) Asfiksia, hipoksia, sindrom gawat panas pada neonatus
 - (4) Infeksi
 - (5) Trauma lahir pada kepala
 - (6) Hipoglikemia, hiperkarbia
 - (7) Hiperosmolaritas darah
 - (8) Proses hemolysis (inkomtabilitas darah, defisiensi G6PD, atau sepsis)
- d) Ikterik klinik yang menetap setelah bayi berusia > 8 hari

c. Etiologi Ikterik

Mansjoer (2008), Etiologi ikterik adalah :

- 1) Gangguan pengambilan dan pengangkutan bilirubin dalam hepatosit
- 2) Gagalnya proses konjugasi dalam mikrosom hepar
- 3) Gangguan ekskresi yang terjadi akibat sumbatan dalam liver (karena infeksi atau kerusakan sel liver)
- 4) Peningkatan reabsorpsi dari saluran cerna (siklus enterohepatik)

d. Patofisiologi ikterik

Suriadi & Rita (2010), patofisiologi ikterik adalah :

- 1) Pigmen kuning ditemukan dalam empedu yang terbentuk dari pemecahan hemoglobin oleh kerja heme oksigenase, biliverdina reduktase, dan agen pereduksi nonenzimatik dalam system retikuloendotelial.

- 2) Setelah pemecahan hemoglobin, bilirubin tak terkonjugasi diambil oleh protein intraseluler “Y protein” dalam hati pengambilan tergantung pada aliran darah hepatic dan adanya ikatan protein
- 3) Bilirubin yang tak terkonjugasi yang larut dalam hati diubah atau terkonjugasi oleh enzim uridin *difosfoglukuronol uridin diphosphoglucuronic acid* (UPGA) glukuronil transferase menjadi bilirubin mono dan glucuronida yang polar, larut dalam air.
- 4) Bilirubin terkonjugasi yang larut dalam air dapat dieliminasi melalui ginjal. Dengan konjugasi, bilirubin masuk dalam empedu melalui membrane kanalikular. Kemudian ke system urobilinogen dalam tinja dan urine. Beberapa bilirubin diabsorpsi kembali melalui sirkulasi enterohepatik.
- 5) Warna kuning dalam kulit akibat dari akumulasi pigmen bilirubin yang larut dalam lemak, tak terkonjugasi, nonpolar (bereaksi indirek)

e. Manifestasi Klinis

Suriadi & Rita (2010), manifestasi klinis adalah:

- 1) Tampak ikterik : sklera, kuku, atau kulit dan membrane mukosa, jaundice yang tampak dalam 24 jam pertama disebabkan oleh penyakit hemolitik pada bayi baru lahir, sepsis, atau ibu dengan diabetik atau infeksi. Jaundice yang tampak pada hari ke dua atau ke tiga , dan mencapai puncak pada hari ketiga atau ke empat dan menurun pada hari ke lima sampai hari ke tujuh yang biasanya merupakan jaundice fisiologis.

- 2) Ikterik adalah akibat pengendapan bilirubin indirek pada kulit yang cenderung tampak kuning terang atau orange, ikterik pada tipe obstruksi (bilirubin direk) kulit tampak berwarna kuning kehijauan atau keruh keruh. Perbedaan ini hanya dapat dilihat pada ikterik yang berat
- 3) Muntah, anoreksia, fatigue, warna urine gelap, warna tinja pucat.

d. Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 11 ayat 2 dikatakan bahwa Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :

- 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat
- 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dengan segera merujuk
- 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan pra sekolah
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
- 8) Pemberian keterangan kematian.

7. Konsep Dasar Teori Aushan Kebidanan pada Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu – minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal. (Marmi, 2011)

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Fisik

a) Involusi uterus

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut (Sukarni, 2013):

(1) Iskemia miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterin. Enim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula selama kehamilan atau dapat lima kali lebih lebar dari semula kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.

(3) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk

mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 1.4 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Waktu	TFU	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Akhir minggu ke-1	½ pusat symphysis	500-500 gram	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

(Sumber: Saifuddin, 2010)

b) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warna diantaranya (Sukarni, 2013):

(1) Lochea Rubra/merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari deciduas dan chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.

(2) Lochea Sangiolenta

Lochea ini muncul pada hari ke 3-7 hari berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

(3) Lochea Serosa

Lochea serosa muncul pada hari ke 7-14 hari dengan berwarna kuning kecoklatan dengan cirri lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta.

(4) Lochea Alba

Lochea ini muncul setelah 2 minggu postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

(5) Loche Purulenta

Lochea yang muncul karena terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup (Sukarni, 2013).

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tida hamil, dan rugae dalam vagina secara berangsur angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina

akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Sukarni, 2013).

c. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Suherni, dkk (2009), frekuensi kunjungan, waktu kunjungan dan tujuan kunjungan masa nifas yaitu:

- 1) Kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah post partum, tujuan :
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan
 - c) Member konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi
 - f) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum, tujuan :
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal
 - b) Evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas
 - c) Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit
 - d) Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat
 - e) Memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi
- 3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum, tujuan :
 - a) Sama dengan kunjungan hari ke 6
- 4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum
 - a) Menanyakan penyulit-penyulit yang ada

- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini

d. Tujuan Asuhan Nifas

Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi (Suherni, dkk, 2009):

- 1) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat
- 3) Memberikan pelayanan KB
- 4) Mendapatkan kesehatan emosi.

e. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009):

- 1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi
- 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, social serta memberikan semangat kepada ibu
- 3) Membantu ibu dalam menyusui bayinya
- 4) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu
- 5) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua.
- 6) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 7) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.

- 8) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 9) Memberikan asuhan secara professional.

f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009):

- 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 BAK dapat dilakukan sendiri secepatnya.

4) Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi 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 episiotomy, 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. Oleh karena itu, pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasa jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. 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 KB

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 adalah 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.

13) Perawatan payudara

Anjurkan ibu untuk membersihkan puting susunya sebelum menyusukan bayinya, lakukan perawatan payudara rutin agar tidak terjadi pembengkakan akibat bendungan ASI.

14) Proses Laktasi Dan Menyusui

Faktor utama yang mempengaruhi pertumbuhan otak anak adalah nutrisi yang diterima saat pertumbuhan otak cepat. Dalam hal ini pemberian nutrisi terhadap bayi dapat melalui proses menyusui Air susu Ibu (ASI). Terdapat 2 refleks yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu, yaitu reflek prolaktin dan reflek let down. Sedang pada mekanisme menyusui, bayi mempunyai 3 reflek intrinsic yang dibutuhkan dalam keberhasilan menyusui yaitu reflek mencari (rooting refleks), reflek menghisap dan reflek menelan.

Tanda-tanda bahwa bayi telah berada pada posisi yang baik pada payudara

(JNPK-KR,2008) :

- a) Seluruh tubuhnya berdekatan dan terarah pada ibu
- b) Mulut dan dagunya berdekatan dengan payudara
- c) Areola tidak akan bisa terlihat dengan jelas

- d) Kita dapat melihat bayi melakukan isapan yang lamban dan dalam saat menelan ASInya.
- e) Bayi terlihat tenang dan senang
- f) Ibu tidak merasakan adanya nyeri pada puting susu.

8. Konsep Dasar Teori Keluarga Berencana

a. Pengertian

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan. Tujuan utama program KB adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi alam dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Saifuddin, 2010).

b. Macam-macam Metode Kontrasepsi

- 1) Metode Amenorea Laktasi
- 2) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)
- 3) Sanggama Terputus
- 4) Kontrasepsi kombinasi (hormone estrogen dan progesterone)
 - a) Pil KB (BKKBN, 2006).
 - b) Suntikan Kombinasi
 - c) Suntikan Progestin
 - d) Kontrasepsi implant
 - e) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)
 - f) Kontrasepsi Mantap

(1) Tubektomi

(2) Vasektomi

c. Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 13 ayat 1 (a) yakni Bidan yang menjalankan program Pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam Rahim dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit. Dan pasal 12 (b) Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana berwenang untuk memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

B. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan pelvic sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru lahir mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapatkan konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.

Langkah II : Interpretasi data

Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus. Kata masalah dan diagnosis sama – sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah diagnosis tetapi tetap perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh.

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan masalah dan diagnose saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan, jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam member perawatan kesehatan yang aman.

Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan sikap kesinambungan proses penatalaksanaan yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodic, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat iamenjalani persalinan. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian di evaluasi.

Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Mengembangkan sebuah rencan keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik

pada saat ini maupaun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri, bidan bertanggung jawab untuk memastikan implementasi benar-benar dilakukan. Rencana asuhan menyeluruh seperti yang sudah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi padalangkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan.

Dokumentasi

Dokumentasi dalam bidang kesehatan adalah suatu sistem pencatatan atau pelaporan informasi atau kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Dalam pelayanan kebidanan, setelah melakukan pelayanan semua kegiatan didokumentasikan dengan menggunakan konsep SOAP yang terdiri dari :

S :Menurut perspektif klien. Data ini diperoleh melalui anamnesa atau allow anamnesa (sebagai langkah I dalam manajemen Varney)

- O :Hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medic pasien yang lalu. (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).
- A :Analisis/interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi diagnosa/masalah. Identifikasi diagnose/masalah potensial. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi kolaborasi dan rujukan. (sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney).
- P : Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana berdasarkan pada langkah V, VI, VII pada evaluasi dari flowsheet. Planning termasuk :Asuhan mandiri oleh bidan, kolaborasi/konsultasi dengan dokter, nakes lain, tes diagnostic/laboratorium, konseling/penyuluhan Follow up.

C. Konsep Dasar Asuhan Manajemen Kebidanan

1. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis

Trimester III

I. Pengkajian

1) Data Subjektif yang meliputi :

- a) Identitas yang terdiri dari nama istri, umur jika < 16 tahun atau > 35 tahun akan membuat wanita rentan terhadap sejumlah komplikasi (Varney,2007).

Agama, suku /bangsa, pendidikan dimana akan berpengaruh dalam tindakan kebidanan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai

dengan pendidikannya, serta pekerjaan yang digunakan untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2009).

b) Alasan datang periksa : Apakah alasan kunjungan ini ada keluhan atau hanya untuk pemeriksaan kehamilan. Keluhan utama: Ketidaknyamanan yang umum terjadi pada kehamilan trimester III antara lain: edema tungkai, hemoroid, keputihan, konstipasi, nyeri punggung (Varney,2007).

c) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat Kesehatan Sekarang:

Apakah ibu pernah mengalami keguguran ?

Apakah ibu masih merasakan pergerakan janinya ?

Apakah ibu mengalami sakit pinggang ?

Apakah ibu mengalami bengkak pada kaki ?

Apakah ibu mengalami sakit kepala berat ?

(2) Riwayat kesehatan Klien

Mengkaji riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita klien dapat mempengaruhi atau memperberat/diperberat oleh kehamilannya. Perlu pengkajian tentang riwayat penyakit menular, menurun dan menahun pada klien.

(3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji riwayat penyakit Herediter (Hipertensi, DM, Asma), menular (Hepatitis, TBC, HIV/AIDS) bila dalam keluarga ada riwayat kembar, maka kemungkinan akan menurun.

d) Riwayat Menstruasi

HPHT merupakan dasar untuk menentukan usia kehamilan dan perkiraan tafsiran partus (Varney, 2007). Riwayat siklus, lama, dan jumlah menstruasi klien. Wanita sering kali keliru mengartikan bercak darah akibat implantasi sebagai periode menstruasi, meski menstruasi ini sangat berbeda dari menstruasi yang biasa ia alami.

Siklus : 28 ± 2 hari

Lama: 3-8 hari (Mochtar, 2011).

e) Riwayat Obstetri

Tabel 1.5

	Kehamilan				Persalinan				Anak					Nifas	
	Suami	Anak	UK	Peny	Jenis	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	BB/P B	H	M	Abnorm alitas	Laktasi	Peny
1															
2															

f) Riwayat Kontrasepsi

Riwayat penggunaan kontrasepsi, meliputi jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, lama pemakaian dan jarak antara pemakaian terakhir dengan kehamilan.

g) Riwayat Kehamilan Saat Ini

Menurut Varney (2006) riwayat kehamilan saat ini dikaji untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan, dan setiap keluhan seputar kehamilan yang dialami klien sejak haid terakhir (HPHT).

(1) Keluhan tiap trimester

(2) Pergerakan anak pertama kali (Quickening)

(3) Pemeriksaan kehamilan

(4) Pendidikan kesehatan yang sudah didapatkan

(5) Imunisasi

h) Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

(1) Psikologi meliputi riwayat pernikahan yaitu pernikahan keberapa, lama menikah, status pernikahan sah/tidak Untuk membantu menunjukkan keadaan alat kelamin ibu.

(2) Kehamilan ini direncanakan atau tidak yaitu respon klien dan keluarga terhadap kehamilan psikologis ibu menghadap persalinan

Sosial : Penerimaan keluarga terhadap kehamilan ini

Kultural : Adat istiadat yang dapat merugikan yang akan dilakukan oleh ibu dan keluarga saat kehamilan.

Spiritual : Pola ibadah selama hamil

2) Data objektif terdiri dari :

a) Pemeriksaan Umum yang meliputi kesadaran yaitu composmentis, tanda vital yang terdiri dari tekanan darah yaitu 110/70-120/80 mmHg atau < 140/90 mmHg (Salmah, 2006), nadi yaitu 60-100 x/menit, suhu tubuh yaitu 36,5-37,5°C, pernapasan yaitu 16-20 x/menit (Varney, 2010)

b) Pemeriksaan antropometri terdiri dari berat badan sebelum hamil dan berat badan saat ini, dimana berat badan ditimbang untuk memperoleh kenaikan berat badan total selama hamil, penambahan berat badan lebih dari 15 kg dapat diindikasikan bahwa ibu mengalami preeklamsi berat, diabetes melitus dan janin mengalami makrosomia, untuk tinggi badan yaitu 145

cm, bila kurang dicurigai terjadi kesempitan panggul, untuk lingkaran lengan yaitu 23,5 cm, ukuran lila tidak boleh kurang dari 23,5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk (Varney,2010).

c) Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

(1) Pemeriksaan inspeksi dimulai dari pemeriksaan kepala yang didapatkan hasil tampak simetris, tampak bersih, pertumbuhan rambut merata, konstruksi rambut kuat, warna rambut hitam, tidak tampak lesi dan benjolan, untuk pemeriksaan wajah didapatkan hasil tampak simetris, tidak tampak oedema, tidak tampak pucat, tidak tampak kloasma gravidarum, untuk pemeriksaan mata didapatkan hasil tampak simetris, tidak tampak oedema, konjungtiva berwarna merah muda tidak tampak pucat, sclera berwarna putih, untuk pemeriksaan telinga didapatkan hasil tampak simetris, tidak tampak sekret/serumen, tampak bersih, untuk pemeriksaan hidung didapatkan hasil tampak simetris, tidak tampak sekret/pengeluaran, tampak bersih, tidak tampak pernapasan cuping hidung, tidak tampak polip, tidak tampak peradangan, untuk pemeriksaan mulut didapatkan hasil tampak simetris, bibir tampak lembab, tampak bersih, tidak tampak stomatitis dan karies dentis, lidah tampak bersih, untuk pemeriksaan leher didapatkan hasil tidak tampak pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar toroid, untuk pemeriksaan dada didapatkan hasil tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, untuk pemeriksaan payudara didapatkan hasil tampak simetris, tampak pembesaran payudara, tampak bersih, tampak pengeluaran colostrum dari puting, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu tampak menonjol, tidak tampak retraksi (Varney,2007), untuk pemeriksaan ketiak didapatkan hasil tidak tampak

benjolan, untuk pemeriksaan abdomen didapatkan hasil tampak pembesaran karena otot uterus mengalami hyperlapsia dan hipertropi menjadi lebih besar dan lunak serta mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2009), tampak striae gravidarum dikarenakan pembesaran rahim yang menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit (Mochtar,2009), tampak linea nigra yang terjadi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis, luka bekas operasi, dan kandung kemih tampak menumbang atau tidak, untuk pemeriksaan genetalia externa didapatkan hasil tidak tampak varises pada vulva dan vagina, tidak ada oedema, condiloma akuminata, ulkus, serta penyakit kelamin lainnya, tidak tampak pengeluaran keputihan yang abnormal saat kehamilan, pada saat hamil akan timbul tanda chadwick dimana terjadi perubahan warna menjadi kebiruan pada vulva,vagina, serviks (Sarwono,2010), vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen serta dinding vagina tampak makin merah dan kebiruan (Manuaba, 2009), untuk pemeriksaan anus didapatkan hasil tidak tampak adanya hemoroid dikarenakan penurunan motilitas gastrointestinal dan perubahan usus serta tekanan pada system pembuluh darah oleh pembesaran uterus, serta untuk pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan edema tungkai yang merupakan salah satu kemungkinan terjadinya preeklamsi (Manuaba, 2009).

(2) Pada palpasi terdiri dari pemeriksaan kepala didapatkan hasil tidak teraba benjolan/ massa, untuk pemeriksaan wajah didapatkan hasil tidak teraba oedem, benjolan, massa, untuk pemeriksaan mata didapatkan hasil tidak teraba oedema pada kelopak mata, untuk pemeriksaan telinga didapatkan hasil tidak teraba oedema, benjolan atau massa, untuk pemeriksaan hidung didapatkan hasil tidak teraba oedem, polip, benjolan atau massa, untuk pemeriksaan leher didapatkan hasil tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid, untuk pemeriksaan dada didapatkan hasil tidak teraba benjolan atau massa pada payudara, payudara teraba tegang, dapat teraba noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, teraba pembesaran payudara, teraba pembesaran puting (Varney, 2007), untuk pemeriksaan ketiak didapatkan hasil tidak teraba benjolan, untuk pemeriksaan abdomen didapatkan hasil untuk mengetahui besarnya rahim dan dengan ini menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin dalam rahim, pada usia kehamilan 28 minggu didapatkan TFU 26 cm, pada usia kehamilan 32 minggu didapatkan TFU 30 cm, pada usia kehamilan 36 minggu didapatkan TFU 33 cm, pada palpasi Leopold terdiri dari Leopold I-IV dimana hasil Leopold I yaitu pada fundus teraba bagian lunak, kurang bulat dan kurang melenting, Leopold II yaitu teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan/kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin, Leopold III yaitu pada segmen bawah rahim teraba bagian keras, bulat dan melenting yang sudah tidak dapat digoyangkan, Leopold IV yaitu sudah masuk pintu atas panggul (divergen) atau belum masuk pintu atas panggul (konvergen), tafsiran berat janin (TBJ) yaitu $((TFU - (11/12)) \times 155)$, untuk pemeriksaan genitalia externa

didapatkan hasil tidak teraba pembesaran kelenjar bartholin, benjolan atau massa, untuk pemeriksaan anus didapatkan hasil tidak teraba oedem, benjolan atau massa, serta untuk pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil tidak teraba oedem, benjolan atau massa.

(3) Pada pemeriksaan auskultasi terdiri dari pemeriksaan dada didapatkan hasil terdengar suara nafas vesikuler, irama jantung terdengar normal, frekuensi jantung 88x/menit tidak terdengar suara nafas tambahan (RR : 20x/menit), untuk pemeriksaan abdomen didapatkan hasil bising peristaltic usus orang dewasa normalnya adalah 5 - 35 kali per menit, frekuensi denyut jantung janin rata-rata sekitar 140 denyut per menit (dpm) dengan variasi normal 20 dpm di atas atau di bawah nilai rata – rata, nilai normal denyut jantung janin yaitu 120 – 160 dpm, bunyiyang sering terdengarketika memeriksa detak jantung janin adalah bising tali pusat,bising usus dan suara akibat gerakan janin.

(4) Pemeriksaan reflek tendon dilakukan untuk mengetahui adanya hiperfleksi yang menandakan adanya komplikasi kehamilan yang meliputi refleksi bisep akan menyebabkan respons normal fleksi pada siku dan kontraksi bisep, refleksi trisep akan menyebabkan kontraksi otot trisep dan ekstensi siku adalah respon normal, refleksi Babinski akan menyebabkan terjadi kontraksi jari kaki dan menarik bersamaan adalah normal, refleksi human positif dapat menunjukkan tromboflebitis (Doenges,2001).

d) Pemeriksaan khusus terdiri dari pemeriksaan kontraksi uterus/his yang meliputi kontraksi pada kehamilan normal terjadi pada usia 37 – 40 minggu,

namun ada kontraksi yang biasanya terjadi saat awal kehamilan atau pada trimester pertama kehamilan, kondisi ini terjadi saat tubuh masih sedang dalam proses penyesuaian dengan berbagai perubahan akibat adanya kehamilan, kontraksi ini terjadi karena meregangnya jaringan ikat di sekitar rahim yang biasanya diikuti oleh perut kembung, sembelit, dan kekurangan cairan, namun waspadai bila terdapat kontraksi yang menetap disertai dengan adanya bercak, kontraksi juga terjadi menjelang persalinan, saat ibu memasuki kehamilan 36 minggu saat bayi mulai turun ke tulang panggul lebih dalam sehingga timbul desakan dikandung kemih, panggul dan vagina lalu saat inilah muncul kontraksi sungguhan, dimana ibu sudah waktunya untuk melahirkan yang biasanya berlangsung 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 20 – 40 detik dengan frekuensinya pun meningkat hingga lebih dari 5 kali dalam 10 menit yang disertai pula dengan keluarnya lendir bercampur darah, pecahnya ketuban, serta dorongan ingin mengejan, selain itu pemeriksaan dalam/vaginal tussae dalam pada hamil muda dilakukan untuk menentukan keadaan panggul, sedangkan pada usia kehamilan aterm dilakukan untuk mengetahui tanda – tanda persalinan dimana keadaan panggul terutama penting pada primigravida, karena panggulnya belum pernah diuji dalam persalinan, sebaliknya pada multigravida anamnesa mengenai persalinan yang gampang dapat memberikan keterangan yang berharga mengenai keadaan panggul, serta pemeriksaan panggul yang dimaksudkan untuk memeriksa pembesaran uterus, pemeriksaan bentuk uterus, tanda Piskaceks, tanda Hegar, tanda Goodell, palpasi Kontraksi Braxton Hicks, tanda Chadwick (Varney,2007)

e) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan laboratorium

(a) Urine : Untuk sebagian besar wanita tes kehamilan satu kali di klinik dengan menggunakan spesimen urine dan satu kali kunjungan antenatal awal sudah merupakan pengkajian awal kehamilan yang tepat. Tes urine saat ini dapat dikatakan akurat bagi seorang wanita terlambat haid karena tes ini sensitif terhadap kadar HCG dibawah 50 mIU (Varney, 2007).

(b) Darah Lengkap: Dari darah perlu ditentukan Hb, sekali dalam 3 bulan karena saat hamil dapat timbul anemia akibat defisiensi Fe. Lalu menentukan jenis golongan darah agar dapat cepat mencari darah yang cocok jika membutuhkan tranfusi darah (Varney, 2007).

(2) Pemeriksaan USG : Mendeteksi adanya janin di awal minggu ke 5-6 gestasi dan memberikan informasi tentang pertumbuhan janin dengan menggunakan pengukuran kepala sampai kaki, panjang femur, dan diameter biparieta, untuk memastikan usia gestasi dan mengesampingkan retardasi pertumbuhan. Juga menentukan ukuran dan lokasi plasenta dan dapat juga mendeteksi beberapa abnormalitas janin (Varney, 2007).

II. Interpretasi Data Dasar

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

Diagnosis : Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan.

Diagnosis : G...Papah usia kehamilan..... minggu janin tunggal/ganda, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin. G: Gravida, P : Para, a : aterm, p : premature, a : abortus, h: hidup (Varney, 2007).Intrauterin hanya boleh ditulis jika ada pemeriksaan penunjang berupa USG atau dilakukan pemeriksaan khusus (VT) dan diyakini kehamilan merupakan kehamilan intrauterin.

Masalah : Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman hal yang sedang dialami klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

III. Identifikasi Diagnosis/Masalah potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah aktual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis/masalah potensial tersebut tidak terjadi.

IV. Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

V. Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh sebagai kelanjutan manajemen terhadap diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi

Trimester III

1. Beritahukan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu

Rasional : Informasi yang jelas dapat mempermudah komunikasi petugas dan klien untuk tindakan selanjutnya

2. Berikan informasi tentang perubahan fisik pada ibu trimester III

Rasional : Penambahan kenormalan perubahan ini dapat menurunkan kecemasan dan membantu meningkatkan penyesuaian aktivitas perawatan diri.

3. Berikan KIE tentang tanda bahaya pada kehamilan

Rasional : Mengetahui tanda bahaya pada kehamilan membuat ibu mampu mendeteksi dini tanda yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janinnya (Salmah, 2006).

4. Berikan KIE mengenai nutrisi ibu hamil.

Rasional : Karena dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin (Varney, 2006).

5. Berikan KIE mengenai perawatan payudara.

Rasional : Perawatan payudara perlu dilakukan sedini mungkin, untuk mempersiapkan secara optimal dalam proses menyusui setelah persalinan. Ibu hamil harus menjaga kebersihan badannya untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi, pemeliharaan buah dada juga penting, puting susu harus dibersihkan setiap terbasahi oleh colostrums (Varney, 2006).

6. Jelaskan mengenai tanda-tanda persalinan.

Rasional : Hal ini bertujuan untuk membantu ibu dalam mengetahui secara dini tanda-tanda persalinan, sehingga ibu dan keluarga siap ketika akan menghadapi persalinan (Varney, 2006).

7. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Rasional : Istirahat untuk memenuhi kebutuhan metabolik berkenaan dengan pertumbuhan jaringan ibu/janin.

8. Berikan informasi tentang kebutuhan terhadap fero sulfat dan asam folat.

Rasional : Fero sulfat dan asam folat membantu mempertahankan kadar Hb normal. Defisiensi asam folat mempererat anemia megaloblastik, kemungkinan abrupsis plasenta, aborsi, dan malformasi janin.

9. Tambahkan suplemen kalsium setiap hari bila asupan produk susu dikurangi.

Rasional : Membantu dalam memperbaiki keseimbangan kalsium/fosfor dan menurunkan kram otot.

10. Perhatikan adanya kram pada kaki, anjurkan klien untuk meluruskan kaki dan mengangkat telapak kaki bagian dalam ke posisi dorsofleksi, sering mengganti posisi dan menghindari berdiri/duduk lama.

Rasional : Menurunkan ketidaknyamanan berkenaan dengan perubahan kadar kalsium/ketidakseimbangan kalsium-fosfor, atau karena tekanan dari pembesaran uterus pada saraf yang mensuplai ekstremitas bawah.

11. Dorong klien untuk aktif dalam kelas kelahiran anak, bila belum terlibat.

Rasional : Memberikan kesempatan untuk pengembangan kelompok pendukung untuk berbagai reaksi emosi pada kehamilan dan menyiapkan kelahiran yang berhasil.

12. Anjurkan klien untuk tidur posisi miring ke kiri

Rasional : Posisi ini menurunkan kemungkinan terjadinya penekanan pada vena cava inferior.

13. Ajarkan cara mengkaji gerakan janin.

Rasional : Insufisiensi plasenta dapat dideteksi dengan adanya penurunan gerakan janin. Janin dengan perfusi plasenta adekuat menunjukkan puncak gerakan antara gestasi minggu ke 29-38.

14. Jadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

Rasional : Pemberian asuhan antenatal ideal pada kehamilan untuk mendeteksi kemungkinan penyimpangan dengan segera guna memungkinkan tindakan preventif atau korektif (Varney, 2006).

IV. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

VI. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Persalinan.

I. Pengkajian

1) Data Subjektif

a) Keluhan Utama yang terjadi adalah nyeri (kontraksi uterus), pengeluaran

lendir darah & cairan ketuban. Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar kedepan, Lendir, darah sering tampak, kekuatan kontraksi semakin bertambah (Sumarah,2008).

- b) Riwayat psikososio-kultural spiritual berisi riwayat pernikahan meliputi pernikahan keberapa, lama menikah, status pernikahan sah/tidak. Respon klien dan keluarga terhadap persalinan. Lalu kondisi psikis ibu menghadapi persalinan, pada kala I, ibu primi bahkan multi terkadang bereaksi berlebihan terhadap persalinan awal dengan terlalu banyak memberi perhatian pada kontraksi, menjadi tegang, timbul kecemasan, perasaan tidak enak atau gelisah (Penny, 2008), selain itu adat istiadat pernikahan termasuk peristiwa yang sacral dalam kehidupan masyarakat Indonesia yang masih tetap menjunjung tinggi nilai adat istiadat dan agama yang beraneka ragam (Maunaba, 2010).

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda vital normal meliputi tekanan darah 110/70 mmhg-120/80 mmhg, <140/90 MmHg. Peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmhg dan distolik rata-rata 10 mmhg, nadi 60-100 x/menit, Suhu Tubuh 36,5-37,5⁰C peningkatan suhu jangan melebihi 0,5⁰C sampai dengan 1⁰C, pernapasan 16-20 x/menit (Varney, 2008).

Antropometri mengkaji tinggi badan normal adalah >145 cm Bilakurang curiga kesempitan panggul CPD (Varney, 2008). Kemudian berat badan sebelum hamil, berat badan sekarang, bila penambahan BB

15 kg dapat diindikasikan Berat badan ditimbang untuk memperoleh kenaikan berat badan total selama kehamilan. Pertambahan BB lebih dari 15 kg dapat diindikasikan bahwa ibu mengalami PEB, DM, dan janin mengalami makrosomia (Varney,2008). Ukuran lila >23,5 cm ukuran lila tidak boleh kurang dari 23,5 cm bila kurang berarti status gizi buruk (Varney, 2008).

b) Pemeriksaan Khusus

(1) Pemeriksaan Dalam yang berisi data tanggal dan jam dilakukannya.

Kemudian juga meliputi data pembukaan yaitu 0–3cm Fase laten, 3- 4 cm Fase aktif, akselerasi, 4– 9 cm Fase aktif, dilatasi maksimal, 9 – 10 cm Fase aktif Deselearasi. Presentasi normalnya yaitu belakang kepala, denominator yaitu UUK (oksiput), Posisi adalah UUK kiri depan (LOA)/UUK kanan depan (ROA).

Pada hasil pemeriksaan Ketuban U adalah selaput ketuban masih utuh (belum pecah), J selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih, M selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium, D selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah, K selaput ketuban sudah pecah tetapi air ketuban sudah tidak mengalir lagi kering (JNPK-KR, 2008).

Selain itu pada pemeriksaan Hodge I-IV, didapatkan hasil Hodge I yaitu 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul. Hodge II yaitu 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul. Hodge III yaitu 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas

simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakan). Dan terakhir Hodge IV yaitu 1/5 jika hanya 1 dan 5 jari masih dapat teraba bagian terbawah janin yang berada diatas symfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (JNPK-KR, 2008).

- (2) Pemeriksaan Penunjang meliputi pemeriksaan laboatorium yaitu Kadar Hb normal lebih dari 11 gr%, albumin urine negative, dan reduksi urine negative (Sulaiman, 2011), serta Pemeriksaan Radiologi Ultrasonografi (Varney, 2008).

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G PAPAH UK....minggu, inpartu kala I fase laten atau aktif persalinan normal janin tunggal, hidup, intrauteri.

Masalah : Tidak ada

III. Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah actual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis masalah potensial tersebut tidak terjadi. Diagnose potensial/Masalah potensial bisa saja tidak ada.

IV. Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup

tidak segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

V. Intervensi

Kala I

1. Jelaskan hasil pemeriksaan

Rasional : Mengetahui pemeriksaan merupakan hak klien

2. Beri dukungan emosional pada ibu

Rasional : Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan. Dengan adanya suami dan anggota keluarga yang berperan aktif dalam mendukung ibu dapat sangat membantu memberi kenyamanan (JNPK-KR, 2008).

3. Lakukan Observasi Kala I :

a. Tiap 30 menit, yaitu detak jantung janin, nadi ibu dan kontraksi uterus.

Rasional : Denyut jantung janin dan nadi ibu perlu diperiksa untuk memastikan kondisi ibu dan janinnya. Kontraksi uterus baik jika durasi > 40 detik, frekuensi 4-5 kali dalam 10 menit selama 30 menit sehingga memudahkan petugas dalam pengambilan tindakan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

b. Tiap 2 jam, yaitu suhu tubuh ibu dan volume urine ibu

Rasional : Suhu tubuh normal berkisar antara 36,5° - 37,5° C merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan umum ibu. Urin ibu diobservasi sebagai upaya pengosongan kandung kemih sehingga tidak menahan

penurunan kepala. Karena kandung kemih yang penuh berpotensi memperlambat proses persalinan (Varney, 2008).

- c. Tiap 4 jam yaitu pembukaan serviks, penurunan kepala, keadaan ketuban, molase, dan tekanan darah ibu.

Rasional : Untuk mengetahui kemajuan persalinan dengan mengobservasi pembukaan serviks dan penurunan kepala, kondisi janin dapat pula dilihat dari keadaan air ketuban, dan molase/penyusupan kepala janin, dan tekanan darah ibu untuk mengetahui keadaan ibu, sehingga dapat memudahkan kita dalam pengambilan tindakan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

4. Lakukan pencegahan infeksi sesuai standar PI

Rasional : PI adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir karena dapat menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur PI secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi (JNPK-KR, 2008).

5. Anjurkan ibu untuk miring kiri dan tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit.

Rasional : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferi, hal ini akan

mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. Selain itu, posisi terlentang berhubungan dengan gangguan terhadap proses persalinan (Varney, 2008).

6. Ajarkan ibu napas dalam terutama saat terjadi kontraksi

Rasional : Latihan napas dalam dapat mengurangi ketegangan dan rasa nyeri terutama saat terjadi kontraksi (Varney, 2008).

7. Siapkan alat dan bahan untuk pertolongan persalinan serta obat-obatan esensial untuk menolong persalinan sesuai dengan APN

Rasional : Untuk memeriksa kelengkapan alat pada proses pertolongan persalinan serta sebagai alat pelindung diri (Varney, 2008).

8. Dokumentasi hasil pemantauan Kala satu pada partograf

Rasional : Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik, dokumentasi dengan partograf memudahkan untuk pengambilan keputusan dan rencana asuhan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

9. Berikan KIE kepada ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi.

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat

kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (JNPK-KR, 2008).

10. KIE ibu tentang proses persalinan

Rasional : Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat mengugah emosi dengan memberikan pengertian tentang proses persalinan ibu akan berupaya mengatasi gangguan emosionalnya (JNPK-KR, 2008).

VI. Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

VII. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Pengkajian Kala II

I. Pengkajian

a) Pemeriksaan fisik

Adanya tanda dan Gejala Kala II Persalinan. Pada inspeksi tampak perineum menonjol, vulva vagina dan spingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. (APN,2008)

b) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan Dalam berisi tanggal dan jam. Pada pemeriksaan vulva dan vagina tampak membuka. Pengeluaran pervaginam lendir darah, cairan

ketuban. Dinding vagina tidak oedema. Pembukaan 10 cm. Effacement 100%. Ketuban utuh/ jernih/ mekonium/ kering/ darah. Presentasi belakang kepala. Denominator UUK. Tidak teraba bagian terkecil janin. Berada di Hodge III/IV. Hodge III 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas symphysis dan 3/5 bagian telah turun melewati bagian tengah rongga panggul (tidak dapat digoyangan) sedangkan Hodge IV 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symphysis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul .0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (JNPK-KR, 2008).

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G PAPAII kala II persalinan normal

Masalah : Tidak ada

III. Identifikasi Diagnosa/Masalah potensial

Diagnosis / Masalah Potensial : Tidak ada

IV. Identifikasi Masalah/Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Tidak ada

V. Intervensi

Kala II

1. Anjurkan keluarga pendamping untuk melakukan stimulasi puting susu bila kontraksi tidak baik

Rasional : Stimulasi puting susu berfungsi untuk menstimulasi produktivitas oksitosin ibu, yang berperan dalam proses persalinan mengejan (JNPK-KR, 2008).

2. Lakukan prosedur asuhan persalinan normal :

1. Lakukan persiapan pertolongan persalinan

Rasional : Untuk memeriksa kelengkapan alat dan bahan, serta obat-obatan esensial pada proses pertolongan persalinan serta sebagai alat pelindung diri (JNPK-KR, 2008).

2. Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah

Rasional : Ketika pembukaan lengkap perlu dilakukan amniotomi agar mengetahui warna ketuban yang keluar. Jika berwarna mekonium pada air ketuban maka lakukan persiapan pertolongan bayi setelah lahir karena hal tersebut menunjukkan adanya hipoksia dalam rahim atau selama proses persalinan (JNPK-KR, 2008).

3. Lakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal

Rasional : Mendeteksi bradikardia janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta (JNPK-KR, 2008).

4. Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap

Rasional : Agar ibu dapat segera bersiap-siap untuk mengejan.

5. Anjurkan ibu untuk minum-minuman yang manis saat his berkurang

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (JNPK-KR, 2008).

6. Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman bagi dirinya untuk meneran kecuali posisi berbaring terlentang

Rasional : Saat ibu merasa nyaman, maka ibu dapat berkonsentrasi untuk mengejan. Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferior, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi *utero-placentar* sehingga akan menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. Berbaring terlentang juga akan memperlambat kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (JNPK-KR, 2008).

7. Lakukan bimbingan untuk meneran dengan baik dan benar.

Rasional : Meneran yang baik dan benar dapat mengurangi resiko kelelahan yang berlebih pada ibu, serta sebagai salah satu indikator kemajuan dalam proses persalinan (JNPK-KR, 2008).

8. Lahirkan kepala setelah kepala bayi membuka vulva 5-6 cm dengan cara melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan puncak kepala agar tidak terjadi fleksi yang terlalu cepat dan membantu lahirnya kepala

Rasional : Dengan melakukan penahanan perineum untuk melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (JNPK-KR, 2008).

9. Periksa lilitan tali pusat pada leher bayi

Rasional : Lilitan tali pusat dapat menghambat kelahiran bahu sehingga bisa terjadi asfiksia pada bayi bila tidak dilepaskan (JNPK-KR, 2008).

10. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

Rasional : Putaran paksi luar yang sempurna menjadikan kepala janin searah dengan punggungnya sehingga memudahkan kelahiran bayi (JNPK-KR, 2008).

11. Lahirkan bahu secara biparietal

Rasional : Melahirkan bahu secara biparietal dapat mengurangi atau mencegah terjadinya rupture (JNPK-KR, 2008).

12. Melahirkan badan bayi dengan tangan kanan menyanggah kepala lengan dan siku sebelah bawah dan gunakan tangan kiri untuk memegang lengan dan siku atas

Rasional : Untuk memudahkan proses persalinan dan mencegah Laserasi (JNPK-KR, 2008).

13. Lahirkan seluruh tungkai bayi dengan tangan kiri menelusuri punggung hingga tungkai

Rasional : Menelusuri punggung sampai tungkai untuk memudahkan proses kelahiran (JNPK-KR, 2008).

14. Lakukan penilaian tangisan bayi, pernapasan, pergerakan dan warna kulit bayi dan letakkan bayi diatas perut ibu

Rasional : Untuk mengetahui apakah bayi menangis kuat atau bernapas megap-megap, gerakan bayi aktif atau tidak serta wana kulit bayi kemerahan atau sianosis sehingga

memudahkan petugas dalam pengambilan tindakan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

15. Keringkan bayi diatas perut ibu

Rasional : Untuk mencegah terjadinya hipotermi pada bayi. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat (JNPK-KR, 2008).

VI. Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya, sesuai Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 10 ayat (2c) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan persalinan normal, ayat (2f) fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif dan ayat (2g) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.

VII. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Pengkajian Kala III

I. Pengkajian

a) Pemeriksaan fisik

Inspeksi, pada genetalia tampak tali pusat memanjang, tampak semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR,2008).

Palpasi pada abdomen teraba tinggi fundus berada diatas pusat. (JNPK-KR,2008).

b) Data bayi meliputi tanggal, jam bayi lahir, jenis kelamindan hasil penilaian selintas mengenai pertanyaan apakah bayi cukup bulan, apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak dengan aktif (JNPK-KR, 2008).

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G..PAPAH kala III persalinan normal

Masalah : Tidak ada

III. Identifikasi Diagnosa/Masalah potensial

Diagnosa/Masalah Potensial : Tidak ada

IV. Identifikasi Masalah/Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Tidak ada

V. Intervensi

Kala III

Lanjutkan intervensi APN :

1. Cek kehamilan tunggal

Rasional : Mengecek adanya janin yang kedua, setelah mengecek atau tidak ada janin kedua maka dapat bisa melakukan prosedur lainnya (JNPK-KR, 2008).

2. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat

Rasional : Pemotongan dan pengikatan tali pusat bisa dilakukan perawatan tali pusat dan bayi pun bisa melakukan kontak kulit kepada ibunya(JNPK-KR, 2008).

3. Lakukan IMD

Rasional : Kontak kulit dengan kulit merupakan salah satu cara untuk mengoptimisasi hormonal ibu dan bayi, karena di kulit ibu terdapat kuman yang aman didalam perut bayi sehingga memberikan perlindungan terhadap infeksi, selain itu akan mendorong keterampilan bayi untuk menyusu yang lebih cepat dan efektif (JNPK-KR, 2008).

4. Lakukan Manajemen Aktif Kala III (MAK III)

a. Pemberian suntik Oksitosin

Rasional : Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah

b. Lakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

Rasional : Penegangan Tali Pusat terkendali dan dibantu dengan kontraksi yang baik serta dorongan uterus kearah dorso kranial, maka dengan sendirinya plasenta akan lepas dan bergerak kearah introitus vagina (JNPK-KR, 2008).

c. Lahirkan plasenta

Rasional : Melahirkan plasenta dengan tali pusat keatas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah penampung. Selaput ketuban mudah robek sehingga melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya sisa plasenta dan selaput ketuban dijalan lahir (JNPK-KR, 2008).

d. Lakukan masase fundus uteri selama 15 detik

Rasional : Masase fundus uteri dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus sehingga dapat mencegah terjadinya perdarahan (JNPK-KR, 2008).

d. Periksa kelengkapan plasenta

Rasional : Adanya sisa plasenta di dalam uterus dapat mengakibatkan perdarahan sehingga plasenta harus dikeluarkan secara lengkap (JNPK-KR, 2008).

VI. Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

VII. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Pengkajian Kala IV

I. Pengkajian

1) Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : compos mentis

Tanda vital normal meliputi tekanan darah 110/70 mmHg-120/80 mmHg, <140/90 mmHg. Peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmHg dan distolik rata-rata 10 mmHg, nadi 60-100 x/menit, suhu tubuh 36,5-37,5⁰C. Peningkatan suhu jangan melebihi 0,5⁰C sampai dengan 1⁰C, pernapasan 16-20 x/menit (Varney, 2008).

b) Pemeriksaan fisik

Inspeksi, pada abdomen tampak mengecil dan genitalia Ada/tidak ada laserasi, tidak ada memar ataupun hematoma (Varney, 2008).

Sedangkan palpasi pada abdomen teraba uterus di tengah-tengah abdomen, teraba membulat keras (Varney, 2008)

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : GPAPAH kala IV persalinan normal

Masalah : Tidak ada

III. Identifikasi Diagnosa/Masalah potensial

Diagnosis /Masalah Potensial : Tidak ada

IV. Identifikasi Kebutuhan Tinadakan Segera

Kebutuhan segera : Tidak ada

V. Intervensi

Kala IV

Lanjutkan Intervensi APN

1) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum

Rasional : Laserasi pada vagina dan perineum dapat mengakibatkan perdarahan (JNPK-KR, 2008).

2) Lakukan penjahitan jika terdapat laserasi yang mengakibatkan perdarahan

Rasional : Untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu memastikan hemostasis (JNPK-KR, 2008).

3) Lakukan pemantauan kala IV

Periksa kembali tanda-tanda vital dan kandung kemih ibu tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua

Rasional : Perubahan keadaan tubuh ibu dari saat hamil, mempengaruhi KU dan TTV ibu yang menggambarkan kondisi ibu, pemantauan kontraksi uterus untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum (Varney, 2007). Kandung kemih yang penuh dapat mempengaruhi kontraksi uterus dan akan menyebabkan perdarahan pascapersalinan (JNPK-KR, 2008).

4) Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi uterus

Rasional : Dengan memberikan rangsangan taktil pada uterus mencegah terjadinya perdarahan dan ibu dapat melakukan sendiri masase uterus dan menilai kontraksi uterus (Varney, 2008).

5) Lakukan pencegahan infeksi sesuai standar PI

- a) Tempatkan semua peralatan bekas pakai di dalam larutan klorin 0,5%, rendam selama 10 menit. Cuci dan bilas setelah dekontaminasi
- b) Buang benda-benda yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang telah di tentukan
- c) Bersihkan ibu dengan air DTT dan mengganti pakaian ibu dengan pakaian bersih dan kering
- d) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5% dan mencucinya dengan air DTT
- e) Celupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan merendamnya secara terbalik
- f) Cuci kedua tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan

Rasional : Untuk pencegahan infeksi akibat kontaminasi bakteri dengan peralatan bekas pakai akibat dan darah pada saat persalinan serta mencegah terjadinya infeksi silang (JNPK-KR, 2008).

6) Kenyamanan pada ibu

Pastikan ibu merasa nyaman dan anjurkan suami untuk memberikan makanan dan minuman yang diinginkan

Rasional : Setelah persalinan ibu banyak kehilangan tenaga dan merasa lapar serta dehidrasi yang digunakan selama proses persalinan (JNPK-KR, 2008).

7) Lengkapi partograf

Rasional : Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinis, dokumentasi dengan partograf memudahkan untuk pengambilan keputusan dan rencana asuhan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

VI. Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

VII. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

3. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Normal.

I. Pengkajian

a) Pola Fungsional Kesehatan

(1) Pola nutrisi : Jenis makanan ASI, World Health Organization (WHO) merekomendasikan pemberian ASI secara

eksklusif sekurangnya selama usia 6 bulan pertama, dan rekomendasi serupa juga didukung oleh American Academy of Pediatrics (AAP), Academy of Breastfeeding Medicine, demikian pula oleh Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI).

(2) Eliminasi : BAB dalam 24 jam pertama, warna hitam kecoklatan.

BAK dalam 24 jam pertama. (Saifuddin, 2008)

b) Data Obyektif

1. Data Rekam Medis

a). Riwayat kelahiran yang lalu

Tabel 1.6

No.	Tahun Kelahiran	JK	BB Lahir	Keadaan Bayi	Komplikasi	Jenis Persalinan	Ket.
1.							
2.							
3.							

Usia gestasi bayi terdahulu karena kelahiran preterm cenderung berulang (Wheeler, 2004), Ibu dengan riwayat ikterus pada anak sebelumnya, infeksi maternal, ketuban pecah dini, trauma persalinan, asfiksia, dapat menyebabkan ikterus (Departemen Kesehatan, 2005).

b) Riwayat Persalinan Sekarang

Jenis persalinan yakni Spontan pervaginam dan sectio caesare, komplikasi persalinan distosia bahu dapat menyebabkan fraktur pada humerus atau klavikula, cedera pada pleksus brakialis, asfiksia pada bayi (Sinclair, 2010). Ketuban pecah dini dapat menyebabkan terjadinya ikterus (Departemen Kesehatan, 2005).

Tindakan khusus saat persalinan yakni vacum dan ekstraksi forceps, dampak vacum dan ekstraksi forceps bagi bayi adalah caput suksedaneum, cefal hematoma, perdarahan subgaleal, fraktur tengkorak (Wong, 2009).

c) Keadaan Bayi Saat Lahir

Dinilai waktu kelahiran, terdiri dari tanggal, jam, dan jenis kelamin yakni laki-laki/perempuan, Apgar Score ≥ 7 (Varney, 2008).

Keadaan Plasenta : Berat : ± 500 gr, Ukuran diameter 15-20 cm, Tebal: 2-3cm, Kelainan: Tidak ada. Keadaan Tali Pusat: Panjang: ± 55 cm, Kelainan: tidak ada, Keadaan tali pusat : Tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada perdarahan tali pusat.

d) Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

Meliputi tanggal, jam, keadaan umumnya baik, meliputi Tanda-tanda Vital (TTV) yakni TD, tekanan darah dipantau hanya bila ada indikasi (Saifuddin, 2006). Nadi 120-160 x/menit (Sitiava, 2012), RR : 40-60 x/menit selama beberapa menit pertama kehidupan, RR : 40-60 x/menit (Sitiava, 2012), T: 36,5-37,5°C, Antropometri, BB : 2500-4000 gram (DEPKES RI, 2005), PB : 48-52 cm (Sitiava, 2012), LK : 33-35 cm (Saifuddin, 2002).

e) Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala terdirikontur kepala yaitu molding hampir selalu terjadi pada persalinan pervaginam, tampak lebih oval biasanya jelas terlihat pada hari ke 1 dan 2, sutura teraba seperti retakan antara tulang-tulang kepala teraba seperti ruang-ruang lunak yang luas pada sambungan sutura, tidak ada massa atau tonjolan tidak lazim seperti kaput

saucedaneum dan cepal hematoma, untuk ubun-ubun teraba ubun-ubun besar dan ubun-ubun kecil, teraba seperti ruang-ruang lunak yang luas pada sambungan sutura, normalnya teraba datar, keras dan berbatas tegas terhadap sisi-sisi tulang tengkorak, sering terjadi pulsasi pada ubun-ubun besar (Dona L.Wong, 2009), pada mata tampak simetris; tidak tampak kotoran dan perdarahan, pupil tampak tidak segaris, refleks pupil sebagai respon terhadap cahaya; gerakan mata aktif, refleks mengedip sebagai respon terhadap cahaya atau sentuhan, biasanya tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva; sklera tampak berwarna putih (Dona L.Wong, 2009).

Hidung tampak simetris, tidak tampak pernafasancuping hidung, cairan hidung-mukus putih cair, bersin (Dona L. Wong,2009). Pada telinga tampak simetris, tidak tampak sekret/serumen, telinga lembut dan fleksibel (Stright, 2005), pada mulut tampak simetris, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, bibir tidak tampak pucat, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks isap baik, sekresi lendir tidak berlebihan.Sekresi lendir yang berlebihan merupakan indikasi fistula trakeoesofagus (Stright, 2005).

Pada leher, pergerakan leher baik, refleks leher tonik, tidak ada massa, pendek,gemuk, biasanya diselimuti lipatan kulit (Dona L. Wong, 2009), pada dadatampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, puting susu menonjol, bunyi jantung teratur 120-160 x/menit (Saifuddin, 2006). Ronchi basah dapat terdengar selama periode transisi, menggambarkan cairan paru janin dan area yang mengalami atelektasis (pengkerutan sebagian atau

seluruh paru-paru akibat penyumbatan saluran udara (bronkus maupun bronkiolus) atau akibat pernafasan yang sangat dangkal). Daerah ini seharusnya bersih dalam beberapa jam (Stright, 2005). Rochi kering menandakan cairan, lendir atau mekonium pada bronkus yang lebih besar dan kemungkinan berhubungan dengan kondisi yang mengancam jiwa, seperti aspirasi meconium (Stright, 2005). Bunyi jantung Sekitar 90% murmur adalah sementara dan berhubungan dengan penutupan tidak lengkap foramen ovale atau duktus arteriosus (Stright, 2005).

Abdomen tampak simetris, teraba kembung, tidak terababengjolan/massa, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih, tidak tampak perdarahan tali pusat (Stright, 2005), pada punggung tampak simetris, tidak tampak pilonidal dimple, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung, tidak tampak spina bifida. Pada genetalia perempuan, Tampak klitoris, tidak tampak pengeluaran, labia minora tertutup labia mayora (Sitiava, 2012). Labia dan klitoris biasanya adema, meatus uretra dibelakang klitoris, verniks caseosa diantara labia (Dona L. Wong, 2009). Laki-laki, Tidak tampak hipospadius dan epispadius, testis tampak sudah turun (Sitiava, 2012). Testis teraba dalam setiap skrotum, skrotum biasanya besar, adema, menggantung dan ditutupi rugae dan anus terdapat lubang anus paten, keluar mekonium dalam 48 jam (Dona L. Wong, 2009)

Lanugo tampak terlihat maupun tidak, biasanya tidak terlihat karna rambut kepala terlihat sempurna, terdapat verniks caseosa pada lipatan-lipatan (Maryunani dan Nurhayati, 2008). Ekstremitas pada jari

tangan tampak lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktili dan sindaktili, dasar kuku merah jambu dengan sianosis transien segera setelah lahir (Dona L. Wong,2009).Pada jari kaki tampak lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktili dan sindaktili, dasar kuku merah jambu dengan sianosis transien segera setelah lahir (Dona L. Wong, 2009). Pergerakan tampak aktif, tonus otot bilateral, terutama tahanan pada fleksi yang berlawanan pada garis telapak kaki didapatkan hasil tampak garis telapak kaki (*Myles*) garis-garis di dua pertiga anterior telapak kaki (Dona L. Wong,2009).

Status neurologi (refleks) terdiri dari Moro (+) Lengan dan kaki bergerak ketika dikejutkan oleh suara atau gerakan keras (Asuhan Persalinan Normal, 2008).Rooting (+) Bayi menoleh kearah sentuhan pada pipinya (Muslihatun, 2008).Sucking (+) Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks mengisap atau berusaha untuk mengisap benda yang disentuh (Muslihatun, 2008). Swallowing (+) Kumpulan ASI di dalam mulut mengaktifkan refleks menelan (Muslihatun, 2008). Babinski (+) jari-jari kaki bayi menekuk ke bawah apabila ada gesekan pada telapak kaki (Muslihatun, 2008). Graf (+) Bila jari menyentuh telapak tangan bayi maka jari jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat (Muslihatun, 2008).

II. Interpretai Data Dasar

Diagnosis : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia...hari
Masalah : Tidak ada

III. Identifikasi Diagnosa

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah actual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis masalah potensial tersebut tidak terjadi.

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

IV. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau bersifat rujukan.

Kebutuhan Segera : Tidak ada.

V. Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh sebagai kelanjutan manajemen terhadap diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi.

Intervensi Diagnosa:

1) Lakukan pencegahan kehilangan panas tubuh bayi

Rasional : Bayi baru lahir memiliki kemampuan terbatas dalam mengatur suhu tubuhnya yang berhubungan dengan lingkungannya, bayi akan terancam bahaya hipotermia jika tidak dilakukan tindakan pencegahan. Mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi dan konduksi, melindungi kelembaban bayi dari aliran udara atau pendingin udara, dan membatasi stres akibat perpindahan dari uterus yang hangat ke lingkungan yang lebih dingin. Karena besar area permukaan relatif dari kepala bayi baru

lahir dalam hubungannya dengan tubuh, bayi dapat mengalami kehilangan panas dramatik dari kelembaban dan kepala yang tidak tertutup (Farrer, 2001).

2) Lakukan perawatan tali pusat.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi tali pusat dan menjaga personal hygiene bayi (Sodikin, 2009).

3) Berikan profilaksis mata dalam bentuk obat tetes mata kira-kira 1 jam setelah kelahiran (setelah masa interaksi orangtua bayi).

Rasional : Membantu mencegah oftalmia neonatorum yang disebabkan oleh neisseria gonorrhoeae, yang mungkin ada pada jalan lahir ibu. Eritromisin secara efektif menghilangkan baik organisme *gonorrhoea* dan *climidia*. Profilaksis mata mengeruhkan pandangan bayi, menurunkan kemampuan bayi untuk berinteraksi dengan orangtua.

4) Jaga personal hygiene bayi

Rasional : Untuk menjaga personal hygiene bayi baru lahir yang baik harus ditunjang dengan perawatan kebersihan sehari-hari bayi baru lahir.

5) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Rasional : Kolostrum dan ASI mengandung sekretorius IgA dalam jumlah tinggi, yang memberikan imunitas bentuk pasif serta makrofag dan limfosit yang membantu

mengembangkan respons inflamasi lokal (Doenges, 2001).

- 6) Berikan Neo-K (Phytomenadione) dengan dosis 1 mg atau 0,5 cc secara IM (pada paha sebelah kiri)

Rasional : Bayi baru lahir cenderung mengalami kekurangan vitamin K karena cadangan vitamin K dalam hati relatif masih rendah, sedikitnya transfer vitamin K melalui tali pusat, rendahnya kadar vitamin K pada asi dan sterilitas saluran pencernaan pada bayi baru lahir. Kekurangan vitamin K beresiko tinggi bagi bayi untuk mengalami perdarahan yang disebut juga perdarahan akibat defisiensi vitamin K (PDVK).

- 7) Berikan imunisasi Hb 0 atau vaksin Hepatitis B !

Rasional : Menurunkan resiko bayi baru lahir mengalami Hepatitis B atau menjadi karier kronis.

- 8) Observasi keadaan umum, tanda-tanda vital dan eliminasi bayi

Rasional : Membantu mendeteksi abnormalitas dan defek neurologis, menentukan usia gestasi dan mengidentifikasi kebutuhan terhadap pemantauan tetap dan perawatan lebih intensif.

- 9) Berikan KIE tentang menyusui.

Rasional : ASI merupakan makanan terlengkap untuk bayi, yang terdiri dari proporsi seimbang dan kuantitas cukup atas semua zat gizi yang diperlukan untuk 6 bulan pertama

kehidupannya (Aprillia, 2010). ASI yang diproduksi ibu akan sesuai dengan kebutuhan nutrisi bayi (Farrer, 2001).

VI. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

VII. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Kebidanan Nifas Normal.

I. Pengkajian

a) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas (Maryunanik, 2009). Untuk mengetahui masalah yang di hadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2009).

b) Riwayat Obstetri

No	Kehamilan				Persalinan				Anak				Nifas		
	Suami	Ank	JK	Pny	Jns	Pnlg	Gmpt	Peny	JK	B/P B	H	M	Abnrmlts	Laktasi	Peny
1															
2															

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu. Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

c) Riwayat Persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Ambarwati, dkk. 2009).

d) Riwayat Kontrasepsi

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Ambarwati, dkk. 2009).

e) Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah (Damaiyanti, 2011).

Data Bayi seperti tanggal lahir, jam bayi lahir, jenis kelamin, antropometri (berat badan, panjang badan, lingkar badan, lingkar dada, lingkar perut, dan lingkar lengan), kemudian cek kecacatan dan inisiasi menyusui dini, pantau eliminasi terdiri dari buang air besar dan buang air kecil (frekuensi, konsistensi, warna), nutrisi terdiri dari air susu ibu/pendamping air susu ibu/pemberian nutrisi lainnya.

1) Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan kesadaran untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *compos mentis* sampai dengan koma (Sulistyawati, 2010).

Tanda Vital yang terdiri dari

Tekanan Darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada *postpartum* dapat menandakan terjadinya *preeklamsi post partum*. Pada beberapa kasus di temukan keadaan hipertensi *post partum*, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan (Ambarwati dkk, 2009), Suhu badan 24 jam *postpartum* suhu badan akan naik sekitar (37,5-38C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, dan kelelahan. Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama pada masa *nifas* pada umumnya di sebabkan oleh dehidrasi yang di sebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga di sebabkan karena istirahat dan tidur yang di perpanjang selama awal persalinan (Ambarwati dkk,2009). Denyut nadi normal orang dewasa adalah 60-80 x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi di atas 100x/menit pada masa *nifas* adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa di akibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebih (Ambarwati dkk,2009). Pernafasan Keadaan

pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas (Dewi, dkk. 2013). Pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30 x/menit (Ambarwati.dkk,2009). Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

Sedangkan pemeriksaan Antropometri meliputi:

Tinggi badan merupakan salah satu ukuran pertumbuhan seseorang. Tinggi badan dapat diukur dengan stasiometer atau tongkat pengukur. BB sebelum hamil dan BB sekarang yaitu Massa tubuh diukur dengan pengukuran massa atau timbangan. Indeks massa tubuh digunakan untuk menghitung hubungan antara tinggi dan berat badan, serta menilai tingkat kegemukan (Tambunan dkk,2011).

b) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan :

Pemeriksaan inspeksi meliputi kepala, merupakan organ tubuh yang penting dikaji karena dikepala terdapat organ-organ yang sangat berperan dalam fungsi kehidupan. Inspeksi dengan memperhatikan bentuk kepala terdapat benjolan atau tidak, nyeri tekan dan dan kebersihan kepala (Priharjo,2006), Wajah, pada daerah muka di lihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh *Nervus Fasialis* (Tambunan

dkk,2011). Mata, bentuk simetris, konjungtiva pucat atau cukup merah sebagai gambaran tentang anemianya (kadar Hb) secara kasar, normal warna merah muda sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kekuningan adanya konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia. Hidung di kaji untuk mengetahui keadaan bentuk dan fungsi hidung bagian dalam, lalu sinus- sinus (Tambunan dkk,2011). Pemeriksaan mulut untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut (Tambunan.dkk,2011). Pemeriksaan mulut bertujuan untuk menilai ada tidaknya trismus, halitosis dan labioskisis. Trismus yaitu kesukaran membuka mulut. Halitosis yaitu bau mulut tidak sedap karena personal hygiene yang kurang.Labioskisis yaitu keadaan bibir tidak simetris. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan pada gusi untuk menilai edema atau tanda-tanda luar, saluran telinga, gendang telinga/membrane timpani, dan pendengaran. teknik yang di gunakan adalah inspeksi dan palpasi (Tambunan.dkk,2011). Pemeriksaan pendengaran dilaksanakan dengan bantuan garfutura untuk mengetahui apakah pasien mengalami gangguan pendengaran atau tidak (Uliyah.dkk,2008). Leher teknik yang di gunakan adalah inspeksi dan palpasi (Tambunan.dkk,2011). Tujuan pengkajian leher secara umum adalah mengetahui bentuk leher serta organ-organ penting yang berkaitan. Pembesaran kelenjar limfe dapat disebabkan oleh berbagai penyakit, misalnya peradangan akut/kronis. Pembesaran limfe juga terjadi di beberapa kasus seperti tuberculosis atau sifilis. Palpasi kelenjar tyroid dilakukan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid yang biasanya disebabkan oleh kekurangan garam yodium

(Priharjo, 2006). Dada untuk mengkaji kesehatan pernafasan, adanya retraksi dinding dada dan bentuk dada (Tambunan,2011). Payudara mencapai maturitas yang penuh selama masa nifas kecuali jika laktasi disupresi. Payudara akan menjadi lebih besar, lebih kencang dan mula-mula lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal serta dimulainya laktasi. Kolostrum merupakan ekskresi cairan dengan viskositas kental, lengket dan berwarna kekuningan pada hari pertama sampai hari keempat postpartum ASI transisi yang keluar setelah kolostrum sampai sebelum ASI matang, yaitu sejak hari keempat sampai hari kesepuluh ASI matur disekresi pada hari kesepuluh dan seterusnya, tampak berwarna putih, kandungannya relatif konstan. Mengkaji simetris atau tidak, konsistensi, ada pembengkakan atau tidak, puting menonjol/tidak, dan lecet/tidak (Ambarwati.dkk, 2009).

Abdomen pada nulipara tidak tampak striae, otot-otot biasanya kencang dan pada multipara striae mungkin terdapat, otot-otot sering kendur, linea nigra dapat terlihat (Helen Farer, 1999). Sedangkan pemeriksaan genetalia untuk mengetahui jenis lochia yang keluar pada ibu. Lochia rubra (1-3 hari, kehitaman), lochia sanguilenta (3-7 hari, putih bercampur merah), lochia serosa (7-14 hari, kekuningan/kecoklatan), lochia alba (>14 hari, putih). Pemeriksaan ekstremitas infeksi untuk mengecek apakah ada Varices (Ambarwati dkk, 2009).

Pemeriksaan palpasi yang terdiri dari pemeriksaan :

Kepala merupakan organ tubuh yang penting dikaji karena dikepala terdapat organ-organ yang sangat berperan dalam fungsi kehidupan. Palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau tidak

(Priharjo,2006).Wajah untuk mengetahui ada atau tidaknya odema pada wajah.Palpasi hidung untuk mengetahui terdapat masa atau polip. Telinga untuk mengetahui apakah terjadi oedem atau tidak, palpasi pada leher dilakukan untuk mengetahui keadaan dan lokasi kelenjar limfe, kelenjar tyroid dan trakea. Pembesaran kelenjar limfe dapat disebabkan oleh berbagai penyakit, misalnya peradangan akut/ kronis. pembesaran limfe juga terjadi dibeberapa kasus seperti tuberculosis atau sifilis. Palpasi kelenjar tyroid dilakukan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid yang biasanya disebabkan oleh kekurangan garam yodium (Priharjo, 2006). Pemeriksaan payudara untuk mengkaji konsistensi, ada pembengkakan atau tidak, putting menonjol/tidak, dan lecet/tidak (Ambarwati dkk, 2009). Abdomen TFU setinggi pusat (bayi lahir) 2 jari bawah pusat (uri lahir). Pertengahan symphysis-pusat (1 minggu) tidak teraba, diatas symphysis (2 minggu) tidak teraba 50 gram (6 minggu) sebesar normal (8 minggu) Setelah janin lahir, uterus secara berangsur-angsurakan menjadi kecil sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Cek kontraksi uterus dankonsistensinya, cekdiastasis rectis abdominalis. kandung kemih bisa buang air/tidak bisa buang air (Ambarwati dkk, 2009). Palpasi genetalia untuk mengecek apakah ada perbaikan luka episiotomy atau jahitan (Helen Farrer, 2001). Ekstremitas palpasi untuk mengecek apakah ada Varices, Oedema, Reflex patella (Ambarwati dkk, 2009). Auskultasi abdomen untuk menghitung bising usus. Perkusi untuk mengecek Reflex patella (Ambarwati dkk, 2009).

c) **Pemeriksaan Penunjang**

Meliputi Pemeriksaan laboratorium, Pemeriksaan USG, Pemeriksaan diagnostik lainnya

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : Papah nifas normal..... jam/hari ke....

Masalah : Tidak ada

III. Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah aktual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis/masalah potensial tersebut tidak terjadi.

IV. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

V. Intervensi

Kunjungan I

1. Kaji TD dan nadi

Rasional : Risiko hemoragi pasca partum menetap sampai 28 hari setelah kelahiran. Kemungkinan penyebab hemoragi meliputi ketidak adekuatan kontraksi miometrium (atoni uterus), retensi jaringan plasenta, dan lacerasi (Doenges,2001).

2. Kaji lokasi dan kontraktilitas uterus, perhatikan perubahan involusional atau adanya nyeri tekan uterus ekstrem.

Rasional : Fundus, yang pada awalnya 2 cm dibawah umbilikus, meningkat 1-2 cm/hari. Kegagalan miometrium untuk involusi pada kecepatan ini, atau terjadinya nyeri tekan ekstrem, menandakan kemungkinan tertahannya jaringan plasenta atau infeksi (Doenges,2001).

3. Catat jumlah dan bau rabas lochea, Tinjau ulang kemajuan normal dari rubra ke serosa ke alba.

Rasional : Lochea secara normal mempunyai bau amis, namun pada endometritis rabas mungkin purulen dan bau busuk, dan tidak menunjukkan kemajuan normal (Doenges, 2001).

4. Anjurkan klien untuk menggendong, menyentuh, dan memeriksa bayi, tergantung pada kondisi klien dan bayi baru lahir. Bantu sesuai kebutuhan.

Rasional : Jam pertama setelah kelahiran memberikan kesempatan unik untuk ikatan keluarga terjadi karena ibu dan bayi secara emosional menerima isyarat satu sama lain, yang memulai kedekatan dan proses pengenalan (Doenges,2001).

5. Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik-teknik menyusui. Perhatikan posisi bayi selama menyusui dan lama menyusui.

Rasional : Posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting, tanpa memperhatikan lamanya menyusui (Doenges,2001).

6. Inspeksi payudara dan jaringan puting, perhatikan adanya pembesaran dan/atau puting pecah.

Rasional : Pembesaran payudara, nyeri tekan puting, atau adanya pecah pada puting (pada klien menyusui) dapat terjadi 2-3 hari

pascapartum dan mengakibatkan ketidaknyamanan hebat (Doenges,2001).

7. Anjurkan pemeriksaan payudara dan perineum rutin.

Rasional : deteksi dini perkembangan masalah memungkinkan intervensi, dengan cara demikian menurunkan resiko komplikasi serius (Doenges,2001).

Kunjungan II

1. Kaji TD dan nadi

Rasional : Risiko hemoragi pasca partum menetap sampai 28 hari setelah kelahiran. Kemungkinan penyebab hemoragi meliputi ketidak adekuatan kontraksi miometrium (atoni uterus), retensi jaringan plasenta, dan lacerasi (Doenges,2001).

2. Kaji ulang lokasi dan kontraktilitas uterus, perhatikan perubahan involusional atau adanya nyeri tekan uterus ekstrem.

Rasional : Fundus, yang pada awalnya 2 cm dibawah umbilikus, meningkat 1-2 cm/hari. Kegagalan miometrium untuk involusi pada kecepatan ini, atau terjadinya nyeri tekan ekstrem, menandakan kemungkinan tertahannya jaringan plasenta atau infeksi (Doenges,2001).

3. Berikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya makanan kasar, peningkatan cairan, dan upaya untuk membuat pola pengosongan normal.

Rasional : Makanan kasar (misal buah-buahan dan sayuran, khususnya, dengan biji dan kulit) dan peningkatan cairan menghasilkan bulk dan merangsang eliminasi (Doenges,2001).

4. Berikan informasi, verbal dan tertulis, mengenai fisiologi, perawatan puting dan payudara, kebutuhan diet khusus, dan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.

Rasional : Membantu menjamin suplai susu adekuat, mencegah puting pecah dan luka, memberikan kenyamanan, dan membuat peran ibu menyusui (Doenges,2001).

Kunjungan III

1. Tinjau ulang pemahaman klien tentang pemulihan fisiologis untuk periode waktu ini.

Rasional : Pada akhir puerperium, involusi harus lengkap (dengan uterus kembali pada ukuran normal dan penghentian lochia) dan insisi harus sembuh (Doenges,2001).

2. Beri penguatan informasi mengenai perawatan bayi, kebutuhan imunisasi, pemberian makan, dan pertumbuhan dan perkembangan yang normal/diantisipasi. Berikan pamflet dan identifikasi sumber-sumber lain.

Rasional : Membantu dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, dan nutrisi bayi. Ketersediaan materi tertulis dan sumber lain mempertinggi kemungkinan klien dapat menemukan jawaban terhadap pertanyaan yang timbul, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab (Doenges,2001).

3. Tentukan rencana-rencana klien/pasangan untuk penggunaan kontrasepsi. Berikan informasi dan tinjau ulang pilihan-pilihan sesuai indikasi.

Rasional : Membantu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan. Penelitian menunjukkan bahwa

kedekatan antara kehamilan (kurang dari 9 bulan) telah risiko terhadap bayi dan ibu (Doenges,2001).

4. Berikan KIE tentang mobilisasi

Rasional : Karena lelah sehabis bersalin ibu harus beristirahat, lalu miring ke kanan dan ke kiri, duduk, jalan-jalan. Mobilisasi mempunyai variasi tergantung pada adanya komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

5. Berikan KIE mengenai diet

Rasional : Makanan harus bermutu dan bergizi, cukup kalori. Makanlah makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan

6. Berikan KIE tentang proses eliminasi pada masa nifas

Rasional : Hendaknya kencing secepatnya dapat dilakukan sendiri. Kadang-kadang ibu nifas sulit kencing karena sphingter uretra mengalami tekanan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi sphingter ani selama persalinan. Juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila ibu nifas sulit kencing sebaiknya lakukan kateterisasi.

7. Lakukan perawatan payudara

Rasional : Perawatan mammae telah dimulai sejak hamil supaya putting susu tidak keras dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya. Dianjurkan sekali supaya ibu menyusui bayinya karena baik untuk kesehatan bayinya.

8. Ajarkan cara menyusui bayi

Rasional : Mencegah terjadinya lecet pada payudara (Mochtar, 2009).

VI. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

VII. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

5. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan pada Calon Akseptor KB

I. Pengkajian

a) Riwayat Obstetri

No	Kehamilan				Persalinan				Anak				Nifas		
	Awami	nk	K	eny	s	alg	mpt	eny	K	B/PB			bnormalita s	aktasi	eny

Pada riwayat obstetric dimana ibu nulipara dan yang telah memiliki anak, bahkan sudah memiliki banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi atau setelah mengalami abortus. (Fraser dkk, 2009)

- b) Riwayat Kontrasepsi pemakaian kontrasepsi yang perlu dikaji adalah jenis alat kontrasepsi, lama, kapan awal pemakaian, dan pelepasan, serta komplikasi yang terjadi selama pemakaian. Pemakaian kontrasepsi sebelumnya dapat menjadi tolak ukur penggunaan kontrasepsi selanjutnya

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : PAPAHA usia Dengan Akseptor KB

Masalah : hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman hal yang sedang dialami klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

III. Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah aktual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis/masalah potensial tersebut tidak terjadi.

IV. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

V. Intervensi

- 1) Beritahukan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu

Rasional : Informasi yang jelas dapat mempermudah komunikasi petugas dan klien untuk tindakan selanjutnya

- 2) Beritahukan kepada ibu tindakan pelayanan kontrasepsi yang akan dilakukan

Rasional : Agar pasien lebih siap dan kooperatif dalam setiap

pelaksanaan tindakan

3) Berikan pelayanan metode kontrasepsi sesuai kebutuhan klien

Rasional : Tindakan pelayanan metode kontrasepsi dilaksanakan sesuai kebutuhan klien. Pastikan 5 T sebelum memberikan pelayanan kontrasepsi (tepat pasien, tepat tempat, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu).

4) Lakukan tindakan pasca pelayanan metode kontrasepsi

Rasional : Memberitahukan informasi mengenai KB yang digunakan berguna untuk mengingatkan klien. Membersihkan alat-alat yang telah dipakai, merapikan klien, dan mencuci tangan merupakan tindakan pencegahan infeksi yang penting dalam setiap tindakan.

5) Lakukan pencatatan pada kartu kunjungan klien dan anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang

Rasional : Pendokumentasian serta evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan pada kartu kunjungan klien dapat menghindari terjadinya kesalahan dalam pemasangan atau pemberian KB. Keterlambatan jadwal kunjungan ulangakan mempengaruhi efektivitas dari cara pemakaian atau penggunaan KB

6) Jelaskan kembali tentang kekurangan atau kerugian serta efek samping KB yang digunakan/ingin digunakan klien

Rasional : Penjelasan tentang kekurangan dan kerugian serta efek samping KB dapat menjadi pertimbangan ibu dalam menentukan kontrasepsi yang akan digunakan, hal ini juga dapat mengurangi kecemasan pada ibu.

VI. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya, sesuai Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 13 ayat 1 (a) yakni Bidan yang menjalankan program Pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit. Dan pasal 12 (b) Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana berwenang untuk memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

VII. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Karangan Ilmiah

Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan penelitian itu (Nasution, 2007). Penulisan studi kasus secara menyeluruh berisi hasil observasi dan wawancara mendalam pada subjek yang dipilih saat memberikan asuhan berkesinambungan (continuity of care).

B. Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo pada Bulan Maret – Juni 2017

C. Subjek Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi (Amirin,2009). 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.

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam LTA ini adalah ibu hamil G₁P₀₀₀₀ dengan usia kehamilan 34 minggu diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi

D. Pengumpulan dan Analisis Data

1. 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 :

a. 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.

b. 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.

c. Pemeriksaan fisik

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

d. Studi Dokumentasi

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.

2. Analisis Data

Menurut Sugiyono (2004) 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 (2008) 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. *Anonimity* (Tanpa Nama)

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

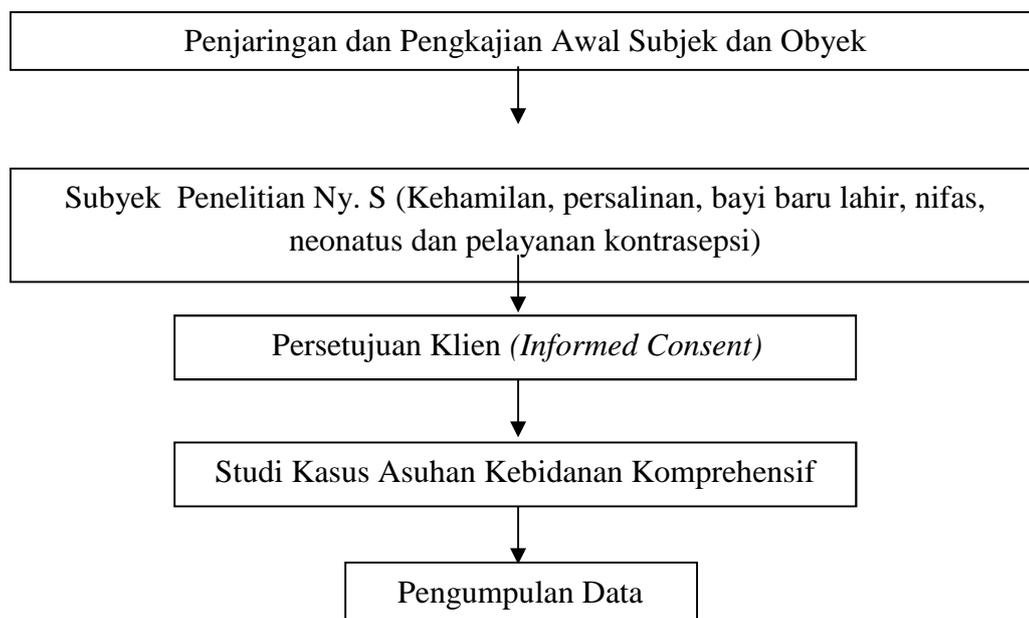
Peneliti dalam pendokumentasian hasil asuhan kebidanan hanya menuliskan inisial dari huruf depan nama klien maupun keluarga.

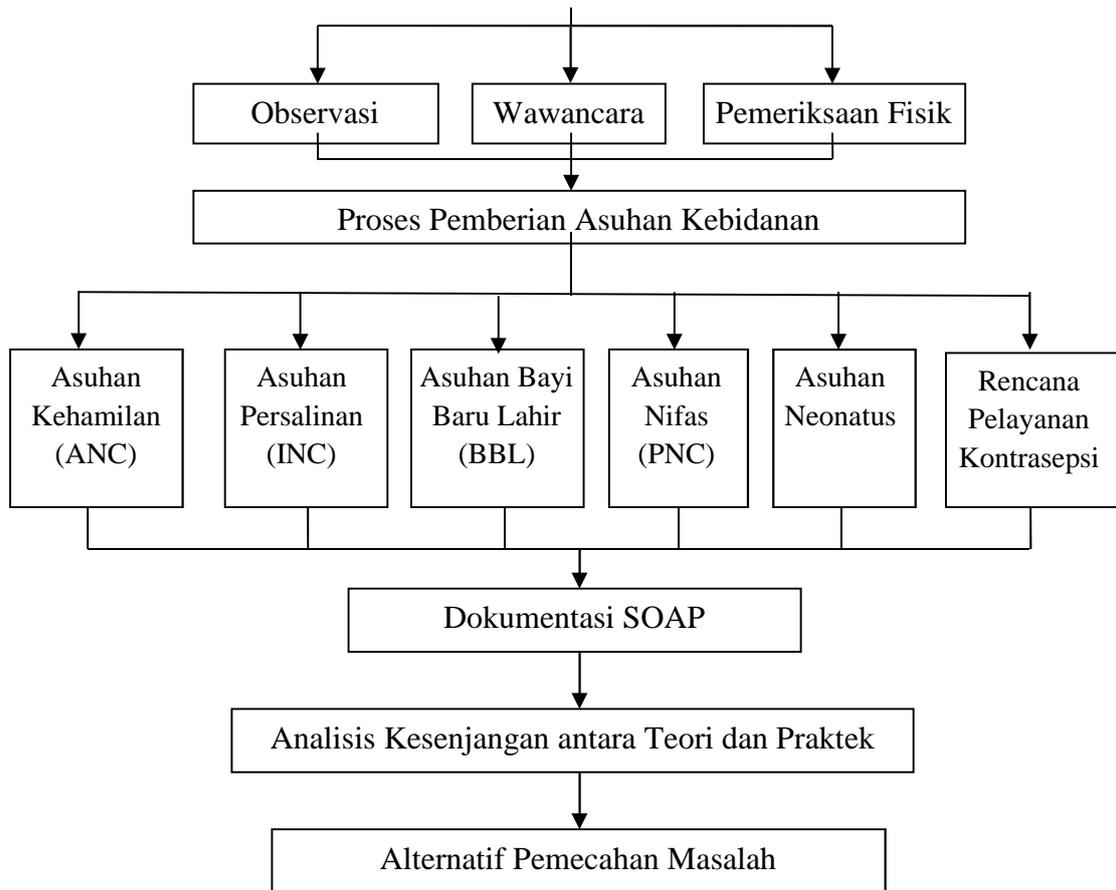
3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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

F. Kerangka kerja studi kasus

Kerangka kerja atau langkah-langkah yang akan dilakukan dalam pemelitan disajikan dalam bentuk kerangka kerja atau alur penelitian, yaitu :





BAB IV
TINJAUAN KASUS

LANGKAH I

PENGAJIAN

A. Identitas

Nama Klien : Ny. S Nama Suami : Tn. M
Umur : 21 th Umur : 29 th
Suku : Jawa Suku : Jawa
Agama : Islam Agama : Islam
Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jalan Gn. Empat RT. 42 No. 71 Kel. Margomulyo

B. Anamnesa

Tanggal : 6 Maret 2017 Pukul : 10.00 WITA

Oleh : Irna Nurjanah

1. Alasan kunjungan saat ini : ANC

2. Keluhan :

Ibu mengatakan sering sesak saat duduk seperti ada yang mengganjal didaerah dada dan ibu sering sakit pinggang pada kehamilan ini.

3. Riwayat Obstetric dan ginekologi

a. Riwayat menstruasi

- HPHT/TP : 20 - 07 - 2016 / 27 - 04 - 2017
- Umur Kehamilan : 33 minggu
- Lamanya : 6 hari
- Banyaknya : 3x1/ ganti pembalut

- Konsistensi : Encer, kadang bergumpal
- Siklus : 28 Hari
- Menarche : 12 th
- Teratur/Tidak : Teratur
- Dismenorea : Tidak ada
- Keluhan lain : Tidak ada

b. Flour albus

- Banyaknya : sedikit
- Warna : putih
- Bau / gatal : tidak bau dan tidak gatal

c. Tanda-tanda Kehamilan

Ibu mengatakan melakukan test kehamilan pada bulan agustus dengan hasil (+). Ibu merasakan gerakan janin pertama kali pada usia kehamilan 4 bulan. Dan gerakan janin dalam 24 jam terakhir lebih dari 10 x

d. Riwayat penyakit / gangguan reproduksi

Ibu mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit / gangguan reproduksi seperti mioma uteri, kista, mola hidatidosa, PID, endometriosis, KET, hydramnion, gameli, dll.

e. Riwayat kehamilan : G1P0000

f. Riwayat Imunisasi : Imunisasi TT lengkap

g. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu pernah operasi appendicitis 4 tahun yang lalu, dan ibu tidak pernah menderita penyakit seperti ; jantung, hipertensi,

hepar, DM, anemia, PMS/HIV/AIDS, campak, Malaria, TBC, gangguan mental, hemorrhoid.

2) Alergi

Ibu tidak mempunyai alergi terhadap makanan dan obat-obatan

4. Keluhan selama hamil

Ny. S mengatakan terkadang merasa lelah, mengalami mual muntah di awal hamil muda, perasaan seperti mengganjal di daerah dada terutama saat duduk, dan kadang-kadang sakit pinggang pada kehamilan ini.

Ny. S tidak ada mengalami penglihatan kabur, nyeri perut, nyeri waktu BAK, perdarahan, haemorrhoid, oedema, dll

5. Riwayat persalinan yang lalu

HAMIL INI

6. Riwayat menyusui : -

7. Riwayat KB : -

8. Kebiasaan sehari-hari :

a. Merokok sebelum / selama hamil : Tidak ada

b. Obat-obatan/jamu, sebelum/selama hamil : Tidak ada

c. Alkohol : Tidak ada

d. Makanan / Diet : Tidak ada

e. Perubahan makan yang dialami

Sebelum hamil makan 3x/hari porsi banyak

Selama hamil Ny. S makan seperti biasa kadang lebih banyak

f. Defekasi / miksi

1. BAB

- Frekuensi : 2x/hari
- Konsistensi : Lunak
- Warna : Kuning
- Keluhan : Tidak ada

2. BAK

- Frekuensi : Sering
- Konsistensi : Cair
- Warna : Bening
- Keluhan : Tidak ada

g. Pola istirahat dan tidur

- Siang : kurang lebih 1 jam
- Malam : kurang lebih 7 jam

h. Pola aktivitas sehari-hari

- Di dalam rumah : Mengurus rumah
- Di luar rumah : Mengajar mengajar

i. Pola seksualitas

- Frekuensi : 1x/ minggu
- Keluhan : tidak ada

9. Riwayat Psikososial

Pernikahan Ny. S yang pertama lama pernikahan 1 tahun dan usia pertama kali menikah 20 tahun. Ny. S mengatakan sangat bahagia saat dirinya hamil, karena kehamilannya sekarang sangat diharapkan, selain itu respon suami / keluarga terhadap kehamilan

dan jenis kelamin anak; laki-laki / perempuan sama saja, selama Ny. S hamil tidak ada pantangan. Serta persiapan persalinan;

- Rencana tempat bersalin : RSKD
- Persiapan ibu dan bayi : sudah ada

Akan tetapi kurangnya pengetahuan Ny. S tentang tanda-tanda persalinan.

10. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga Ny. S maupun suami tidak pernah menderita penyakit seperti ; penyakit jantung, hipertensi, hepar, DM, anemia, PMS/HIV/AIDS, campak, Malaria, TBC, gangguan mental, operasi, bayi lahir kembar, lain-lain.

11. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

- Berat Badan
 - Sebelum hamil : 40 kg
 - Saat hamil : 55 kg
 - Penurunan : tidak ada
- Tinggi badan : 147 cm
- LILA : 24 cm
- Kesadaran : Composmentis
- Ekspresi wajah : Ceria
- Keadaan emosional: Stabil

b) Tanda-tanda Vital

- Tekanan darah : 110/70 mmHg
- Nadi : 80 x/menit
- Suhu : 36,5 °C
- Pernapasan : 20 x/menit

c) Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

1. Kepala

- a. Kulit kepala : bersih
- b. Kontribusi rambut : lembut dan lurus
- c. Distribusi rambut : merata
- d. Lain-lain : tidak ada

2. Mata

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

3. Muka

- a. Kloasma gravidarum : tidak ada
- b. Oedema : tidak oedema
- c. Pucat / tidak : tidak pucat
- d. Lain-lain : tidak ada

4. Mulut dan gigi

- a. Gigi geligi : tidak ada
- b. Mukosa mulut : lengkap

- c. Caries dentis : tidak ada
- d. Geraham : lengkap
- e. Lidah : bersih
- f. Lain-lain : tidak ada

5. Leher

- a. Tonsil : tidak ada pembesaran
- b. Faring : tidak ada pembesaran
- c. Vena jugularis : tidak ada pembesaran
- d. Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran
- e. Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran
- f. Lain-lain : tidak ada

6. Dada

- a. Bentuk mammae : Simetris
- b. Retraksi : tidak ada
- c. Puting susu : Menonjol
- d. Aerola : Hiperpigmentasi
- e. Lain-lain : tidak ada

7. Punggung ibu

- a. Bentuk/posisi : lordosis
- b. Lain-lain : tidak ada

8. Perut

- a. Bekas operasi : ada, operasi appendicitis 4 tahun yang lalu
- b. Striae : (+)
- c. Pembesaran : sesuai usia kehamilan

d. Asites : tidak ada asites

e. Lain-lain : tidak ada

9. Vagina

a. Varises : tidak ada varises

b. Pengeluaran : tidak ada

c. Oedeme : tidak oedema

d. Perineum : normal

e. Luka parut : tidak ada

f. Fistula : tidak ada

g. Lain-lain : tidak ada

10. Ekstremitas

a. Oedema : tidak oedema

b. Varises : tidak ada varises

c. Turgor : tidak turgor

d. Lain-lain : tidak ada

11. Kulit

a. Lain-lain : tidak ada

Palpasi

1. Leher

a. Vena jugularis : tidak terjadi pembesaran

b. Kelenjar getah bening : tidak terjadi pembesaran

c. Kelenjar tiroid : tidak terjadi pembesaran

d. Lain-lain : tidak ada

2. Dada

- a. Mammae : simetris
- b. Massa : tidak ada
- c. Konsistensi : terisi ASI
- d. Pengeluaran Colostrum : (+)
- e. Lain-lain : tidak ada

3. Perut

- a. Leopold I : TFU 30 cm
- b. Leopold II : Pu-Ki
- c. Leopold III : presentasi bokong
- d. Leopold IV : konvergen
- e. Lain-lain : tidak ada

4. Tungkai

- a. Oedema : tidak oedema
- Tangan Kanan : (-) Kiri : (-)
- Kaki Kanan : (-) Kiri : (-)
- b. Varices Kanan : (-) Kiri : (-)

5. Kulit

- a. Turgor : tidak ada
- b. Lain-lain : tidak ada

Auskultasi

1. Paru-paru

- a. Wheezing : tidak ada
- b. Ronchi : tidak ada

2. Jantung

- a. Irama : teratur

- b. Frekuensi : normal
- c. Intensitas : normal
- d. Lain-lain : tidak ada

3. Perut

- Bising usus ibu : tidak dilakukan
- DJJ
 - a. Punctum maksimum : sejajar pusat
 - b. Frekuensi : 142 x/menit
 - c. Irama : teratur
 - d. Intensitas : normal
 - e. Lain-lain : tidak ada

Perkusi

1. Dada

Suara : normal

2. Perut : normal

3. Ekstremitas

Reflek patella : Kanan : (+)

Kiri : (+)

4. Lain-lain : tidak ada

12. Pemeriksaan khusus

1. Pemeriksaan dalam

a. Vulva/uretra : tidak dilakukan pemeriksaan

b. Vagina : tidak dilakukan pemeriksaan

- c. Dinding vagina : tidak dilakukan pemeriksaan
- d. Porsio : tidak dilakukan pemeriksaan
- e. Pembukaan : tidak dilakukan pemeriksaan
- f. Ukuran serviks : tidak dilakukan pemeriksaan
- g. Posisi serviks : tidak dilakukan pemeriksaan
- h. Konsistensi : tidak dilakukan pemeriksaan

2. Pelvimetri klinik

- a. Promontorium : tidak dilakukan pemeriksaan
- b. Linca inominata : tidak dilakukan pemeriksaan
- c. Spina ischiadica : tidak dilakukan pemeriksaan
- d. Dinding samping : tidak dilakukan pemeriksaan
- e. Ujung sacrum : tidak dilakukan pemeriksaan
- f. Arcus pubis : tidak dilakukan pemeriksaan
- g. Adneksa : tidak dilakukan pemeriksaan
- h. Ukuran : tidak dilakukan pemeriksaan
- i. Posisi : tidak dilakukan pemeriksaan

3. Ukuran panggul luar

- a. Distansia spinarum : 21 cm
- b. Distansia kristarum : 25 cm
- c. Conjugata eksterna : 17 cm
- d. Lingkar panggul : 88 cm
- e. Kesan panggul : Ginekoid

13. Pemeriksaan laboratorium

- a. Darah Tanggal : 06-03-2017
- Hb : 11 gr%
 - Golongan darah : tidak dilakukan pemeriksaan
 - Lain-lain : tidak dilakukan pemeriksaan
- b. Urine Tanggal : 06-03-2017
- 1) Protein : Neg (-)
 - 2) Albumin : tidak dilakukan pemeriksaan
 - 3) Reduksi : tidak dilakukan pemeriksaan
 - 4) Lain-lain : tidak dilakukan pemeriksaan
- c. Pemeriksaan penunjang Tanggal :
- 1) USG : (+) rutin
 - 2) X – Ray : Tidak ada

LANGKAH II

INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa	Dasar
Ny. S 21 Th G1P0A0 Uk 33 – 34 minggu Janin Tunggal Hidup Intrauteri dengan letak sungsang	DS : <ul style="list-style-type: none">- Ibu mengatakan ini hamil anak pertama umur kehamilan 33 - 34 minggu- Ibu mengatakan belum pernah keguguran sebelumnya- HPHT : 20 - 07 – 2016- TP : 27 – 04 – 2017- Ibu mengatakan gerakan janin seperti menendang – nendang di perut bagian bawah- Ibu mengatakan perutnya sesak seperti ada yang mengganjal ketika duduk DO : <ul style="list-style-type: none">- KU : baik Kes : CM- TTV D : 110/70 mmHg RR : 20 x/menit : 80 x/menit T : 36,5°c <ul style="list-style-type: none">- Hb : 11 gr%- Palpasi Leopold :<ul style="list-style-type: none">- Leopold 1 : teraba bundar keras dan melenting (kepala)- Leopold 2 : punggung kiri, ekstremitas kanan- Leopold 3 : teraba lunak tidak melenting (bokong)- Leopold 4 : Belum masuk PAP (konvergen) Diagnosa Penunjang : Hasil USG (kepala janin berada di fundus)

<p>Sesak pada perut bagian atas</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan perutnya sesak seperti ada yang mengganjal ketika duduk
-------------------------------------	--

Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial)

Diagnosa Potensial : Perdarahan post SC, Asfeksia pada Bayi

Dasar : letak sungsang dan suspect CPD

Antisipasi : kolaborasi dengan dokter obgyn

Masalah Potensial : Infeksi post SC

Langkah IV (Menetapkan Terhadap Tindakan Segera)

Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan untuk dilakukan USG

Langkah V (Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh)

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan

Rasional : Penjelasan pada ibu di harapkan agar ibu tenang dan Ibu dapat berperan aktif dalam pemilihan kesehatan kehamilannya dan mau kontrol secara teratur.

2. Jelaskan pada ibu tentang kehamilan letak sungsang.

Rasional : Menambah pengetahuan ibu sehingga mengurangi kecemasan

3. Berikan support mental pada ibu dengan melibatkan keluarga

Rasional : Ibu akan lebih tenang dan siap menghadapi persalinan

4. Beri KIE tentang tanda bahaya dalam kehamilan

Rasional : Meningkatkan pengetahuan ibu dan apabila ada komplikasi segera di ambil tindakan

5. Menjelaskan tentang tanda-tanda persalinan.

Rasional : Memberitahukan ibu agar segera ke Rumah Sakit apabila ada tanda-tanda persalinan.

6. Memberikan Tablet Fe dan multivitamin.

Rasional : Sebagai tablet penambah darah dan multivitamin.

7. Memberikan informasi kunjungan selanjutnya.

Rasional : Untuk mengetahui kondisi kehamilan ibu selanjutnya.

Langkah VI (Pelaksanaan Langsung Asuhan/Implementasi)

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa secara umum keadaan ibu dan janin baik
- b. Memberi dukungan mental kepada ibu agar ibu lebih merasa tenang dalam menghadapi kehamilannya.
- c. Menganjurkan Ibu untuk menghabiskan vitamin yang diberikan oleh dokter spesialis kandungan dengan dosis 1x1 tablet
- d. Menganjurkan pada ibu untuk melakukan posisi nungging atau sujud agar posisi kepala bayi berada dibawah selama 10-15 menit
- e. Memberikan KIE mengenai Tanda-tanda bahaya pada ibu hamil, Tanda-tanda persalinan, Persiapan persalinan bagi ibu dan bayi.
- f. Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang.
- g. Melakukan pendokumentasian mengenai pemeriksaan yang dilakukan.

Langkah VII (Evaluasi)

- a. Ibu dan keluarga mengerti mengenai kondisi ibu dan janinnya dalam keadaan baik.
- b. Ibu mengerti tentang penyuluhan yang diberikan.
- c. Kunjungan ulang akan dilaksanakan tanggal 10 Maret 2017
- d. Telah dilakukan pendokumentasian pada buku pemeriksaan.

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Kunjungan ANC KE 1

Tanggal/waktu pengkajian : Senin, 6 Maret 2017 / pukul : 10.00

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Rumah Ny.S

S:

- Kadang- kadang sakit pinggang sejak kehamilan ini
- Sering sesak nafas terutama saat duduk

O :

KU : baik kesadaran : composmentis

BB : 55 kg TB : 147 cm Lila : 24 cm

TTV :

TD : 110/70 mmHg T : 36,5°C N : 80

x/menit R : 20 x/menit

A : G₁ P₀₀₀ Usia Kehamilan 33 minggu 5 hari janin tunggal hidup intra uterine presentasi bokong dengan suspect CPD

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : Perdarahan post SC, Asfeksia pada Bayi

Kebutuhan Segera : Kolaborasi dengan Dr. Obgyn untuk pemeriksaan selanjutnya

P :

Tabel 2.0

Penatalaksanaan ANC Kunjungan ke- I

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
-----	-------	----------	-------

1.	10.20 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80x/ menit, 20 x/menit, BB 55 kg, TB 147 cm, Lila 24 cm. Abdomen : TFU 29 cm (Pertengahan PX- Pusat). Pada Leopold I, pada fundus teraba kepala, Leopold II teraba PUKI, Leopold III di segmen bawah rahim, teraba bokong, belum masuk PAP, Leopold IV tangan pemeriksa divergen. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 142 x/ menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah = $(29-11) \times 155 = 15 \times 155 = 2635$ gram Evaluasi : Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan	Mahasiswa
2.	10.25 WITA	Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang Evaluasi : Ibu mengerti mengenai kebutuhan obat dan gizi pada ibu hamil.	Mahasiswa
3.	10.30 WITA	Memberikan KIE mengenai pemenuhan nutrisi pada ibu hamil Evaluasi : Ibu paham dan mengerti apa yang dibicarakan	Mahasiswa
4.	10.35 WITA	Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup pada siang hari $\pm 1-2$ jam dan malam hari $\pm 7-8$ jam, serta mengurangi aktifitas. Evaluasi : Ibu mengerti mengenai kebutuhan istirahat dan berjanji akan mengurangi aktifitas	Mahasiswa
5.	10.40 WITA	Memberikan KIE mengenai tanda bahaya ibu hamil Evaluasi : Ibu mengerti mengenai tentang KIE yang diberikan	Mahasiswa
6.	10.45 WITA	Memberikan KIE mengenai tanda bahaya ibu hamil Evaluasi : Ibu mengerti KIE yang diberikan	Mahasiswa

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Kunjungan ANC KE 2

Tanggal / waktu pengkajian : Jum'at, 10 Maret 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Gn. IV RT .42 No. 71 Kelurahan Sidomulyo

S :

1. Ibu mengatakan kalau duduk seperti ada yang mengganjal didada

O :

1. Ku : Baik Kes : Compos mentis

2. TTV

TD : 110/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

RR : 20x/menit

T : 36,3°C

3. Palpasi

Dada : Tidak ada massa / benjolan

Ekstremitas : Tidak ada oedema

LILA : 24 cm

Palpasi Leopold

L I : TFU 2 jari b/px (30 cm), teraba kepala

L II : Punggung Kiri

L III : Presentasi Bokong

L IV : Belum masuk PAP

TBJ : 2.945 gram

4. Auskultasi

DJJ (+) 138 x/menit, irama teratur, intensitas kuat

5. Perkusi

Refleks Patella

Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)

6. Pemeriksaan penunjang

Hb : 11 gr%

Protein Urine : Negatif

Glukosa Urine : Negatif

7. Pemeriksaan Panggul Luar

Distansia spinarum : 21 cm ukuran normal (23 – 26 cm)

Distansia kristarum : 25 cm ukuran normal (26 – 29 cm)

Konjugata eksterna : 17 cm ukuran normal (18 – 20 cm)

Lingkar Panggul : 88 cm ukuran normal (80 – 90 cm)

A :

Diagnosis : G1P0000 usia kehamilan 34 minggu janin tunggal hidup intrauterine
presentasi bokong dengan suspect CPD

Diagnosa Potensial : Perdarahan post SC, Asfeksia pada Bayi

Kebutuhan Segera : Kolaborasi dengan Dr. Obygn untuk pemeriksaan
selanjutnya

P :

Tabel 2.1

Penatalaksanaan ANC Kunjungan ke- II

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10.20 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,3°C, nadi 80x/ menit, 20 x/menit, BB 55 kg, TB 147 cm, Lila 24 cm. Abdomen : TFU 30 cm (2 jari dibawah PX). Pada leopold I, pada fundus teraba kepala, leopold II teraba PUKI, leopold III di segmen bawah rahim, teraba bokong, belum masuk PAP, leopold IV tangan pemeriksa divergen. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 138 x/ menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah = $(30-11) \times 155 = 15 \times 155 = 2945$ gram Evaluasi : Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan	Mahasiswa

2.	10.25 WITA	Memberikan ibu KIE selama 15 menit mengenai persiapan persalinan seperti mempersiapkan tabungan, transportasi, golongan darah, dll. Evaluasi : Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan	Mahasiswa
3.	10.30 WITA	Memberikan ibu KIE selama 15 menit mengenai tanda persalinan seperti keluar lendir darah, perut teras mules, dll Evaluasi : Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan	Mahasiswa
4.	10.35 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang berikutnya. Evaluasi: Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.	Mahasiswa

Dokumentasi SOAP

Kunjungan ANC Ke 3

Tanggal / waktu pengkajian : Rabu, 12 April 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Gn. IV RT .42 No. 71 Kelurahan Sidomulyo

S :

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat ini

O :

1. Ku : Baik Kes : Compos mentis

2. TTV

TD : 120/80 mmHg RR : 20x/menit

Nadi : 80x/menit T : 36°C

3. Palpasi

Dada : tidak ada massa / benjolan

Ekstremitas : Tidak ada oedema

LILA : 24 cm

Palpasi Leopold

L I : TFU 1 jari b/px (34 cm), teraba kepala

L II : Punggung Kiri

L III : Presentasi Bokong

L IV : belum masuk PAP

4. Auskultasi

DJJ (+) 144 x/menit, irama teratur, intensitas kuat

5. Perkusi

Refleks Patella

Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)

6. Pemeriksaan penunjang

Hb : 11 gr%

Protein Urine : Negatif

Glukosa Urine : Negatif

A :

Diagnosis : G1P0000 usia kehamilan 37 minggu 6 hari janin tunggal hidup
intrauterine presentasi bokong

Diagnosa potensial : perdarahan post sc, asfeksia pada bayi

Masalah : tidak ada

Kebutuhan tindakan segera : KIE tentang ketidaknyamanan yang dialami

P :

Tabel 2.2

Penatalaksanaan ANC Kunjungan ke- III

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	Mahasiswa
2.	17.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi vitamin dan tablet penambah darah; Ibu bersedia untuk melanjutkan mengkonsumsi tablet tambah darahnya	Mahasiswa

3.	17.10 WITA	Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan dan menganjurkan ibu untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan; Ibu mengerti dan bersedia untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan.	Mahasiswa
4.	17.25 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu lagi dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.	Mahasiswa

Dokumentasi SOAP

INC

Persalinan Kala I fase laten

Tanggal/waktu pengkajian : 14 April 2017/ jam 17.00 WIB

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Rumah Sakit Sayang Ibu

S :

Ibu mengatakan ada keluar air-air

O :

1. Pemeriksaan Umum

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

2. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 17.30 WIB

Tidak tampak oedema dan varices, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lunak, effacement 15 %, pembukaan 1 cm, ketuban negatif, presentasi bokong, dengan his yang belum adekuat (1 x dalam 10 menit dengan durasi 10-15 detik. DJJ terdengar jelas 144 x/menit teratur

A :

Diagnosis : G₁P₀₀₀₀ usia kehamilan 38 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi bokong inpartu kala I fase laten dengan suspect CPD

P :

Tanggal 16 Mei 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
.30 WIB	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 1 cm dan ketuban sudah pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	Mahasiswa
.30 IB	Persiapan sebelum operasi : a. beri ibu support mental b. anjurkan ibu untuk tidak makan/ minum lagi c. pasang IVFD d. dilakukan pencukuran didaerah sekitar abdomen dan vagina e. pasang kateter f. mengganti baju ibu dengan baju operasi dan topi operasi g. lakukan informed consent pada suami atau keluarga	Mahasiswa
.00 IB	Ibu masuk ke ruang operasi	Petugas ruang operasi
20.40 WIB	Operasi selesai	Petugas ruang operasi
20.50 WIB	Ibu telah sadar, hasil pemeriksaan post sc melalui monitor ttv dalam batas normal TD : 110/70 mmHg, R : 20 x/menit, Nadi : 80 x/menit, T : 36°C, SpO ₂ : 98%. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu : Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	Mahasiswa
22.50 WIB	Ibu pindah ruangan	Mahasiswa

Persalinan Kala IV

S :

Ibu merasa senang atas kelahiran bayinya dan ibu merasakan luka bekas operasinya mulai terasa perih

O :

1. Pemeriksaan Umum

Kedadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tanda-tanda Vital tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36 °C.

2. Pemeriksaan fisik

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

Abdomen : Ibu menolak untuk dilakukan palpasi karena luka jahitannya mulai terasa perih

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra

A :

Diagnosis : P₁₀₀₀ Kala IV Post sc

P :

Tanggal 16 Mei 2017

aktu	Tindakan	Paraf
.55 WIB	Melakukan evaluasi perdarahan kala IV ; Perdarahan ± 100cc.	Mahasiswa
.00 WITA	Ibu masih terpasang monitor tanda-tanda vital, dari hasil monitor pemeriksaan dalam batas normal. TD : 110/70 mmHg, R: 20 x/menit, N: 80 x/menit, T: 36°C kesadaran : samnolen ku : lemah, TFU : sepusat, ASI sudah keluar.	Mahasiswa
.40 WITA	Persiapan pindah ruangan	Mahasiswa

Dokumentasi SOAP

Kunjungan BBL

Tanggal / waktu pengkajian : Jumat, 14 April 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Rumah Sakit Sayang Ibu

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. S dan Tn. M, alamat rumah berada di Kelurahan Sidomulyo Balikpapan, tanggal lahir bayi 14 April 2017 pada hari Jumat pukul 20.15 WIB dan berjenis kelamin Laki-laki.

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil usia 21 tahun, hamil anak pertama, belum pernah mengalami abortus.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Riwayat Persalinan Sekarang:

Keadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 81 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,3°C. Jenis persalinan adalah sc dan kondisi ketuban adalah jernih.

b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 14 April 2017 Jam : 20.15 WITA

Jenis kelamin laki-laki, bayi lahir sc tidak segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan sc, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 4/6.

2. Nilai APGAR : 4/6

Kriteria				Jumlah	
				menit	menit
Frekuensi Jantung	) O tidak ada	) O < 100	) O > 100	1	2
Warna Nafas	) O tidak ada	) O lambat/tidak teratur	) O menangis dengan baik	1	1
Tonus Otot	) O tidak ada	) O beberapa fleksi ekstremitas	) O gerakan aktif	1	1
Refleks	) O tidak ada	) O menyeringai	) O menangis kuat	1	2
Warna Kulit	) O biru/pucat	) O tubuh merah muda, ekstremitas biru	) O merah mudaseluruhnya	0	0
Jumlah				4	6

3. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum buruk, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 97 x/menit, pernafasan 30 x/menit, suhu 36,5°C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3050 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala : 33 cm, lingkar dada 34 cm, lingkar perut 30 cm dan lingkar lengan atas 11 cm.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 1 jam dengan ikterik patologis

Masalah : hiperbilirubin

Diagnosis Potensial : kern ikterik

Kebutuhan Segera : kolaborasi dengan dr. Spesialis anak untuk dilakukan tindakan fototerapi.

P :

Tanggal : 14 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
		Memeriksa keadaan umum dan tanda-tanda vital	Mahasiswa
		Memeriksa keadaan ikterik	Mahasiswa

		Jaga kehangatan suhu incubator 31,9°c - 32°c	Mahasiswa
		Kolaborasi dengan dokter spesialis anak a. Fototerapi dengan program penyinaran 1x24 jam	Mahasiswa
		Beri minum adekuat yaitu ASI sebanyak 10 x 5-10 cc	Mahasiswa

Dokumentasi SOAP

Kunjungan PNC Hari Ke 6

Tanggal / waktu pengkajian : Kamis, 20 April 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Gn. IV RT .42 No. 71 Kelurahan Sidomulyo

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan utama, darah nifas masih keluar sedikit warna merah kecoklatan, pengeluaran ASI lancar, BAB dan BAK lancar, luka operasi masih basah.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, RR: 22 x/menit; serta hasil pengukuran antropometri, yaitu BB: 51 kg.

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak oedem dan tidak pucat.

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

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

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

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

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada aerolla, puting susu menonjol dan tidak ada secret dan tidak ada retraksi.

Abdomen : Tampak simetris, tampak linea nigra, tampak bekas luka operasi masih basah tertutup dengan kasa steril, tidak terdapat asites, TFU ½ symphysis, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari reffil kembali dalam waktu 2 detik, reflek bisep dan trisep positif.

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari reffil kembali dalam waktu 2 detik, reflek patella positif.

c. Terapi

Amoxicilin : 3 x 500 mg
Asam Mefenamat : 3 x 1
Vitamin A : 1 x 1

d. Pemeriksaan Penunjang

Hb : 11,0 gr %

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ nifas post SC hari ke- 6
Masalah : Luka operasi masih basah
Kebutuhan : - KIE Asupan Nutrisi Ibu Nifas
- KIE Personal Hygiene
- Anjurkan ibu untuk mobilisasi
Diagnosa Potensial : Infeksi luka operasi
Kebutuhan Tindakan Segera : Kolaborasi dengan Dokter Obgyn sesuai dengan kebutuhan klien.

P :

Tabel 4.3

Penatalaksanaan PNC Kunjungan ke- I

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	08:15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 80 x/menit, 22 x/menit, BB 51 kg. Tampak adanya pengeluaran ASI. TFU ½ pusat symphysis, luka bekas operasi masih ditutup, tidak tampak tanda infeksi, Pengeluaran lochea sanguilenta, berwarna merah kecoklatan, konsistensi cair dan bergumpal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal.	Mahasiswa

		Evaluasi: Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
2.	08 :20 WITA	Melakukan Penyuluhan kesehatan 10 menit mengenai ASI Eksklusif dengan pemberian ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan apapun. Evaluasi : Ibu paham dan mengerti KIE yang telah di berikan	Mahasiswa
3.	08 :30 WITTA	Memberikan penyuluhan kesehatan 10 menit mengenai kebutuhan dasar ibu nifas. Ibu dianjurkan makan makanan yang tinggi protein untuk mempercepat proses penyembuhan luka, personal hygiene. Evaluasi : Ibu paham dan mengerti dengan penjelasan tersebut	Mahasiswa
4	08 : 40 WITA	Memberikan penyuluhan kesehatan 10 menit mengenai personal hygiene dan anjurkan untuk mobilisasi. Ibu dianjurkan untuk personal hygiene agar memberi rasa nyaman pada ibu dan mengurangi kesempatan mikroorganisme untuk masuk serta mempercepat penyembuhan luka Evaluasi : Ibu paham dan mengerti dengan penjelasan tersebut	mahasiswa
4.	08 :50 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang berikutnya. Evaluasi: Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.	Mahasiswa

Dokumentasi SOAP

Kunjungan PNC Hari Ke 14 / 2 Minggu

Tanggal / waktu pengkajian : Jumat, 28 April 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Gn. IV RT .42 No. 71 Kelurahan Sidomulyo

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan utama, ibu mengatakan pengeluaran darah pervaginam berwarna kuning kecoklatan, luka operasi mengering.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 80 x/menit, RR: 22 x/menit; serta hasil pengukuran antropometri, yaitu berat badan 50 kg.

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak oedem dan tidak pucat.

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan.

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

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

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada aerolla, puting susu menonjol

dan tidak ada secret dan tidak ada retraksi, payudara tidak tampak pembengkakan.

Abdomen : Tampak simetris, tampak linea nigra, tampak bekas luka operasi mengering, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari reffil kembali dalam waktu 2 detik, reflek bisep dan trisep positif.

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari reffil kembali dalam waktu 2 detik, reflek patella positif.

c. Pemeriksaan Penunjang

Hb : 11,0 gr %

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ nifas post SC hari ke- 14

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tabel 4.4

Penatalaksanaan PNC Kunjungan ke- II

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17:05 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 80 x/menit, 22 x/menit, BB 50 kg. Tampak adanya pengeluaran ASI, TFU tidak teraba, tampak bekas operasi mulai kering, tidak tampak tanda infeksi. Evaluasi: Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal	Mahasiswa
2.	17 :15 WITA	Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai pengenalan alat kontrasepsi (KB). Mengajukan ibu menggunakan alat kontrasepsi yang cocok untuk menjarangkan kehamilan karena ibu baru saja menjalani operasi caesar. Evaluasi : Ibu mengerti mengenai penkes yang diberikan dan akan melakukan anjuran yang telah diberikan serta akan membicarakan terlebih dahulu kepada suaminya untuk mengambil keputusan lebih lanjut mengenai KB yang akan digunakan	Mahasiswa
3.	17: 25 WITTA	Membuat kesepakatan rencana kunjungan berikutnya. Ibu bersedia dilakukan kunjungan berikutnya sesuai tanggal yang sudah disepakati.	Mahasiswa

Dokumentasi SOAP

Kunjungan PNC Hari Ke 42 / 6 Minggu

Tanggal / waktu pengkajian : Jumat, 26 Mei 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Gn. IV RT .42 No. 71 Kelurahan Sidomulyo

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan utama dan ibu ingin lebih mengetahui mengenai kontrasepsi KB IUD

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, RR : 22 x/menit; serta hasil pengukuran antropometri, yaitu BB : 50 kg.

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak oedem dan tidak pucat.

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan.

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

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

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada aerolla, puting susu menonjol dan tidak ada secret dan tidak ada retraksi.

Abdomen : Tampak simetris, luka bekas operasi sudah kering, tidak teraba massa atau pembesaran.

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varices dan edema tungkai. Pada ekstremitas atas tidak ada oedema dan cavilari refill kembali dalam waktu 2 detik. Dan pada ekstremitas bawah tampak oedema berkurang, cavilari refill kembali dalam waktu 2 detik, serta homa sign (-), patella (+)

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ nifas post SC hari ke- 42

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tabel 4.5

Penatalaksanaan PNC Kunjungan ke- III

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10:30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 80 x/menit, 22 x/menit, BB 49 kg. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal Evaluasi: Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	Mahasiswa
2.	10:40 WITA	Melakukan Penyuluhan kesehatan 15 menit mengenai kontrasepsi KB IUD. Evaluasi : Ibu mengerti mengenai penkes yang telah diberikan dan ibu akan melakukan pemasangan IUD pada tanggal 5 juni 2017 di Rumah Sakit Sayang Ibu	mahasiswa

Dokumentasi SOAP

Kunjungan Neonatus Hari Ke 6

Tanggal / waktu pengkajian : Kamis, 20 April 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Gn. IV RT .42 No. 71 Kelurahan Sidomulyo

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan utama pada bayinya.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Bayi Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : nadi 136 x/ menit, suhu tubuh 36,8°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3200 gram, panjang badan 49 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 34 cm, lingkaran dada 33 cm, dan lingkaran lengan atas 9 cm.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak caput saucedanum, tidak tampak molase, teraba ubun- ubun besar, dan ubun ubun kecil berbentuk segitiga.

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada konjungtiva, sklera tampak berwarna putih

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

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

- Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe, dan refleks tonick neck baik.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dadad tampak simetris, puting susu tampak menonjol.
- Abdomen : Tampak simetris, dan tidak teraba kembung, tidak teraba benjolan/ massa
- Punggung : Tampak simetris, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung dan tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : Testis tampak sudah masuk dalam skrotum, ureter terdapat pada ujung gland penis.
- Anus : Terdapat lubang anus.
- Lanugo : Teraba lanugo didaerah lengan dan punggung
- Verniks : Tidak ada
- Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.

c. Pola Fungsional

Tabel 4.6
Penatalaksanaan Pola Fungsional Kesehatan Neonatus

Kunjungan Ke- I

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain dari ASI
Eliminasi	BAB 2-3 kali/ hari konsistensi lunak warna kuning, BAK 5-6 kali/ hari konsistensi cair warna kuning jernih.
Personal Hygiene	Bayi dimandikan 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 saat diajak bermain

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa
kehamilan hari ke- 6

Masalah : Tidak Ada

Dasar : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Tindakan Antisipasi : Tidak Ada

P :

Tabel 4.6
Penatalaksanaan Pola Fungsional Kesehatan Neonatus
Kunjungan Ke- I

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	08:05 WITA	Memberitahu ibu tentang kondisi bayinya Evaluasi: Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	Mahasiswa
2.	08: 07 WITA	Memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat bayi dengan membiarkan tali pusat bayi kering dan bersih ; ibu mengerti penjelasan yang dibeikan.	Mahasiswa
3.	08 : 10 WITA	Membuat kesepakatan rencana kunjungan berikutnya. Ibu bersedia dilakukan kunjungan berikutnya sesuai tanggal yang sudah disepakati.	Mahasiswa
4.	08: 25 WITA	Memberikan KIE mengenai tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan, tangisan tidak ada, merintih, sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang disampaikan	Mahasiswa
5.	08: 30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya	Mahasiswa

Dokumentasi SOAP

Kunjungan Neonatus Hari Ke 14 / 2 Minggu

Tanggal / waktu pengkajian : Jumat, 28 April 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Gn. IV RT .42 No. 71 Kelurahan Sidomulyo

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan utama pada bayinya. Bayinya menetek kuat

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Bayi Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : nadi 141 x/ menit, suhu tubuh 36,8°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3600 gram, panjang badan 51 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 35 cm, lingkaran dada 34 cm, dan lingkaran lengan atas 10 cm.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak caput saucedanum, tidak tampak molase, teraba ubun- ubun besar, dan ubun ubun kecil berbentuk segitiga.

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada konjungtiva, sklera tampak berwarna putih

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

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

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.

- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe, dan refleks tonick neck baik.
- Dada : Tampak simestris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simestris, puting susu tampak menonjol.
- Abdomen : Tampak simestris, tali pusat tampak sudah putus dan tidak teraba kembung, tidak teraba benjolan/ massa
- Punggung : Tampak simestris, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung dan tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : Testis tampak sudah masuk dalam skrotum, ureter terdapat pada ujung gland penis.
- Anus : Terdapat lubang anus.
- Lanugo : Teraba lanugo didaerah lengan dan punggung
- Verniks : Tidak ada
- Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.

c. Pola Fungsional

Tabel 4.7
Penatalaksanaan Pola Fungsional Kesehatan Neonatus
Kunjungan Ke- II

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2-3 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain dari ASI
Eliminasi	BAB 2-3 kali/ hari konsistensi lunak warna kuning, BAK 4-6 kali/ hari konsistensi cair warna kuning jernih.
Personal Hygiene	Bayi dimandikan 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 saat diajak bermain

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa
kehamilan hari ke- 14

Masalah : Tidak Ada

Dasar : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Tindakan Antisipasi : Tidak Ada

P :

Tabel 4.7

Penatalaksanaan Neonatus Kunjungan ke- II

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17:20 WITA	Menjelaskan keadaan bayinya saat ini dan ibu mengerti tentang keadaan bayinya saat ini	Mahasiswa
2.	17: 30 WITA	Menganjurkan pada ibu untuk tetap mengawasi tanda bahaya pada bayi ; ruam popok, cradle cap, sariawan pada mulut, pernafasan tidak teratur, dan bayi yang rewel ; ibu mengerti dan akan memperhatikan jika ada tanda-tanda bahaya pada bayinya.	Mahasiswa
3.	17: 40 WITA	Mengevaluasi kembali apakah ibu memberikan ASI penuh dengan bayinya; ibu masih memberi ASI tanpa mencampur dengan susu formula	Mahasiswa
4.	17: 45 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 26 Mei 2017.	Mahasiswa

Dokumentasi SOAP

Kunjungan Neonatus Hari Ke 28

Tanggal / waktu pengkajian : Jumat, 12 Mei 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Gn. IV RT .42 No. 71 Kelurahan Sidomulyo

S :

Ibu mengatakan kulit bayinya kemerah-merahan kurang lebih sudah 2 hari.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Bayi Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : nadi 143 x/ menit, suhu tubuh 36,8°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 4.000 gram, panjang badan 53 cm, pemeriksaan lingkar kepala 37 cm, lingkar dada 36 cm, dan lingkar lengan atas 12 cm, kulit kemerahan dan kasar.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak caput sauchedanum, tidak tampak molase, teraba ubun- ubun besar, dan ubun ubun kecil berbentuk segitiga.

Mata : Tampak simestris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada konjungtiva, skelra tampak berwarna putih

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

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

Mulut : Tampak simestris, tidak tampak sianosis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sukcing baik.

- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe, dan refleks tonick neck baik.
- Dada : Tampak simestris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simestris, puting susu tampak menonjol.
- Abdomen : Tampak simestris, dan tidak teraba kembung, tidak teraba benjolan/ massa
- Punggung : Tampak simestris, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung dan tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : Testis tampak sudah masuk dalam skrotum, ureter terdapat pada ujung gland penis.
- Anus : Terdapat lubang anus.
- Lanugo : Teraba lanugo didaerah lengan dan punggung
- Verniks : Tidak ada
- Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.

c. Pola Fungsional

Tabel 4.8
 Penatalaksanaan Pola Fungsional Kesehatan Neonatus
 Kunjungan Ke- III

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2-3 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain dari ASI
Eliminasi	BAB 2-3 kali/ hari konsistensi lunak warna kuning, BAK 4-6 kali/ hari konsistensi cair warna kuning jernih.
Personal Hygiene	Bayi dimandikan 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 saat diajak bermain

A :

- Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa kehamilan hari ke- 42
- Masalah : Timbul ruam-ruam merah pada kulit bayi
- Dasar : Pemberian bedak bayi yang tidak sesuai dengan usia bayi
- Diagnosa Potensial : infeksi kulit
- Tindakan Antisipasi : - Anjurkan ibu untuk tidak menggunakan bedak pada bayi nya
- KIE tentang personal hygiene pada bayi

P :

Tabel 4.8

Penatalaksanaan Neonatus Kunjungan ke- III

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10:35 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan kurang sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	Mahasiswa
2.	10: 50 WITA	Memberikan KIE kepada ibu tentang perawatan bayi dan penyuluhan tentang pijat bayi agar bayi ibu lebih rileks ; ibu mengerti dan akan melakukannya.	Mahasiswa
3.	10: 55 WITA	Mengevaluasi kembali apakah ibu memberikan ASI penuh dengan bayinya; ibu masih memberi ASI tanpa mencampur dengan susu formula	Mahasiswa
4.	11:00 WITA	Memberikan motivasi ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan ; ibu bersemangat untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.	Mahasiswa

5.	11:05 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya kepuskesmas serta menimbang berat badan di posyandu	Mahasiswa
----	---------------	--	-----------

Dokumentasi SOAP

Asuhan Kebidanan pada Calon Akseptor KB IUD

Tanggal / waktu pengkajian : 5 Juni 2017

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Rumah Sakit Sayang Ibu

S :

Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan dan ibu ingin menggunakan KB IUD / Spiral.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, 22 x/menit; serta hasil pengukuran antropometri, yaitu berat badan 50 kg.

b. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada.

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

Abdomen : Tampak simetris, tampak linea nigra, tidak tampak bekas operasi, tidak teraba massa.

Ekstremitas :

Atas : Tidak oedema, kapiler refill baik.

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices, homan sign negatif, dan reflex patella positif.

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ Usia 22 Tahun Calon Akseptor KB
IUD

Masalah : Tidak Ada

Dasar : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Tindakan Antisipasi : Tidak Ada

P :

Tabel 4.9

Penatalaksanaan KB IUD

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10:00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik pada ibu, dari hasil pemeriksaan keadaan ibu normal ; ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.	Mahasiswa
2.	10:15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai kontrasepsi IUD; Ibu mengerti mengenai penkes yang diberikan ibu yakin untuk memilih kontrasepsi IUD dan mau menggunakan KB IUD.	Mahasiswa
3.	10:20 WITA	Melakukan infomerd concent untuk pemasangan IUD. Suami dan istri menyetujui tindakan tersebut.	Mahasiswa
4.	10:21 WITA	lakukan pemasangan IUD.	dan

5.	10:30 WITA	menjelaskan kepada ibu jika teraba benang IUD saat BAK/BAB untuk tidak menarik benang tersebut dan segera memeriksakan IUD ke fasilitas kesehatan terdekat.	Mahasiswa
6.	10:35 WITA	membuat kesepakatan untuk kontrol ulang IUD 1 bulan lagi di sarana kesehatan terdekat.	Mahasiswa

BAB V

PEMBAHASAN

B. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. S G₁P₀₀₀₀ sejak kontak pertama pada tanggal 6 Maret 2017 yaitu dimulai pada masa kehamilan 33 minggu 5 hari, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Asuhan Kehamilan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. S pada tanggal 6 Maret 2017, didapatkan bahwa Ny. S berusia 21 tahun G₁P₀₀₀₀ HPHT 20 Juli 2016 dan taksiran persalinan tanggal 27 April 2017. Pada kontak pertama antara penulis dengan Ny. S mengatakan sudah melakukan kunjungan antenatal care (ANC) ke Puskesmas terdekat sebanyak 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, 1 kali pada trimester III. Jadwal kunjungan ulang yaitu 2 minggu kemudian atau jika ada keluhan melihat usia kehamilan Ny. S adalah 33 minggu 5 hari.

Pemeriksaan antenatal care yang dilakukan oleh Ny. S pada trimester III sebanyak 5 kali termasuk pada pemeriksaan yang dilakukan selama asuhan diberikan. Hal ini sesuai dengan standar asuhan kunjungan ANC, dimana Ny. S sudah melakukan pemeriksaan lebih dari 2 kali selama kehamilan trimester III. Secara teori Pelayanan antenatal merupakan 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 sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2007).

Berdasarkan jadwal kunjungan ANC, menurut (Kemenkes RI, 2010b), pemeriksaan ANC dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan, yaitu minimal 1 kali pada trimester I (sebelum usia 14 minggu), 1 kali pada trimester II (usia kehamilan antara 14 – 28 minggu) dan 2 kali pada trimester III (usia kehamilan antara 28 – 36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu). Standar pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin terhadap perlindungan ibu hamil dan janin, berupa deteksi dini factor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2013).

Menurut (Depkes RI, 2009) standar asuhan pelayanan *Antenatal care* 10 T meliputi; timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, menilai status gizi buruk (LILA), mengukur TFU, menentukan presentasi janin, menghitung denyut jantung janin, skrining status imunisasi TT, tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium, tata laksana kasus, dan temu wicara (konseling). Penulis berpendapat, dengan adanya ANC yang berstandar 10 T maka resiko atau penyulit pada ibu hamil dapat dideteksi sejak dini, adapun pelayanan yang diberikan sebagai berikut :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. S adalah 55 kg. Ny.S mengatakan sebelum hamil berat badannya 40 kg. Sehingga Ny. S mengalami kenaikan berat badan sekitar 15 kg. Menurut (Sukarni, 2013) penambahan berat badan ibu selama kehamilan dapat digunakan sebagai indikator pertumbuhan janin dalam Rahim. Kenaikan berat badan ibu hamil dapat

dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg-16,5 kg. Menurut penulis kenaikan berat badan yang dialami Ny. S masih dalam batas normal karena tidak melebihi dari 16,5 kg. Kenaikan berat badan tersebut didukung dengan asupan nutrisi yang baik pada saat hamil. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. S memiliki tinggi badan 147 cm. Penulis berpendapat, pentingnya dilakukan pengukuran tinggi badan karena sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidaksesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Dan tinggi badan Ny. S normal karena tidak kurang dari 145 cm, Menurut (Pantikawati, 2010) mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Tekanan Darah

Tekanan darah Ny. S selalu dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan terakhir 110/80 mmHg. Penulis berpendapat, dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada setiap kunjungan, dapat diketahui pula ibu beresiko atau tidak dalam kehamilannya. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh (Depkes RI, 2009) tekanan darah yang normal adalah 110/70 mmHg - 140/90 mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau preeklamsi dalam kehamilan. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan tekanan darah Ny. S normal karena tidak melebihi 140/90 mmHg.

c. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

Hasil pemeriksaan Lila Ny. S adalah 24 cm. Pengukuran Lila hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Menurut penulis dengan mengukur status gizi pada ibu hamil, dapat diketahui kecukupan gizi pada ibu. Apabila gizi ibu kurang, tentunya kurang pula asupan gizi ke janin dan Lila Ny. S termasuk normal karena tidak kurang dari 23,5 cm. Menurut (Kusmiyanti, 2009), lila ibu hamil normalnya yaitu 23,5 cm – 36 cm. Sehingga antara teori dan praktek tidak terjadi kesenjangan.

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pada kunjungan K3 ANC hasil pemeriksaan Leopold I mengukur tinggi fundus uteri dengan metlin yaitu tinggi fundus uteri 30 cm dalam usia kehamilan 33 minggu. Menurut teori (Manuaba Ida Ayu, 2012) pada usia kehamilan 33 minggu yaitu 30 cm. Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

e. Menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Hasil saat dilakukan pemeriksaan palpasi Leopold pada Ny. S, presentasi janin sungsang yaitu bokong sebagai bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal yaitu 142 x/menit. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin, atau kelainan panggul sempit. Selain itu penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan ANC. DJJ normal yaitu 120-160 x/menit. Penulis berpendapat dengan

dilakukannya asuhan tersebut, dapat menjadi acuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa klien. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Manuaba,2010) letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Menentukan presentasi janin dimulai pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Sehingga dapat dilakukan asuhan selanjutnya berdasarkan diagnosa yang telah ditentukannya dan posisi janin Ny. S mengalami kelainan letak, DJJ normal karena tidak melebihi 160 x/menit. Sehingga terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

f. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus

Saat dilakukan anamnesa mengenai imunisasi TT Ny. S mengatakan telah mendapat imunisasi TT saat bayi sebanyak 3 kali, saat sekolah 2 kali, saat menikah 1 kali, saat hamil 1 kali. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT. Menurut penulis imunisasi TT Ny. S sudah lengkap sampai TT5. Sesuai dengan teori yang sudah dijelaskan di atas Ny. S sudah tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Imunisasi TT penting diberikan sebagai pencegahan terhadap penyakit Tetanus. Hal ini sependapat dengan teori yang dipaparkan (Kusmiyati dkk, 2008) pemberian imunisasi TT pada saat ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini sehingga apabila Imunisasi TT5 sudah didapatkan (*TT Long live*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

g. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Pemberian tablet Fe sangat penting untuk menghindari terjadinya anemia dalam kehamilan. Ny. S kadang- kadang mengkonsumsi tablet Fe. Hal ini tidak sejalan dengan teori (Kusmiyanti, 2009) bahwa pemberian tablet Fe

atau zat besi pada ibu hamil minimal 90 butir. Hal ini dikuatkan dengan penelitian bahwa penyebab utama anemia saat kehamilan adalah kurangnya asupan tablet Fe (WORD, 2013). Berdasarkan teori diatas maka terdapat kesenjangan antara teori dan praktek bahwa Ny. S tidak patuh dalam mengkonsumsi tablet Fe sehingga dapat meningkatkan resiko anemia pada Ny. S.

h. Test laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan hemoglobin Ny. S dilakukan dirumah Ny. S dengan menggunakan alat hb digital dengan hasil 11 gr%. Pemeriksaan laboratorium khusus tidak dilakukan karena tidak ada indikasi. Menurut penulis kadar sekarang Hemoglobin darah Ny. S normal karena tidak kurang dari 11 gr% dan Ny. S tidak mengalami anemia. Hal tersebut sesuai dengan Teori (Prawihorardjo, 2009 : 281), ibu hamil dikatakan anemia apabila hasil pemeriksaan Hb dibawah 11 gr % pada trimester I dan III. Pada Ny. S termasuk normal. Hb yang normal yaitu 11 gr %. 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 minimal 2 kali selama kehamilan yaitu pada saat TM I dan TM III. Kadar Hb normal pada ibu hamil pada TM I mengalami anemia ringan dan pada TM III ibu mengalami peningkatan kadar Hb 11 gr % Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pemeriksaan laboratorium berupa tes protein dan PMS tidak dilakukan pada Ny. S karena tidak ada keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut. Hal ini didukung dengan teori yang dinyatakan oleh (Depkes RI, 2005) bahwa pemeriksaan urine untuk tes protein dan urine

glukosa dapat dilakukan atas indikasi, bila ada kelainan ibu dirujuk. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus seperti test PMS dapat dilakukan apabila ada indikasi dan pada daerah yang rawan. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

i. Tatalaksana kasus

Hasil dari semua pemeriksaan yang telah dilakukan terhadap Ny. S pada dasarnya masih dalam batas normal, namun pada pemeriksaan palpasi secara leopold didapatkan posisi janin letak sungsang dan bukan batas kewenangan bidan, sehingga memerlukan tindakan rujukan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Berdasarkan dengan teori yang sudah dipaparkan di atas penulis berpendapat bahwa perencanaan penatalaksanaan kegawat daruratan untuk merujuk harus dilakukan pada Ny. S mengingat hasil pemeriksaan Ny. S dalam kehamilan letak sungsang. Menurut (Manuaba, 2010) setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

j. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan

Ny. S dan keluarga sebagai pengambil keputusan telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Di akhir kunjungan Ny. S merencanakan ingin bersalin Di Rumah Sakit Sayang Ibu. Hal tersebut sesuai dengan teori Saifuddin tahun 2008, konseling diberikan pada setiap kunjungan ANC disesuaikan dengan kebutuhan ibu. Saat pelaksanaan ANC juga telah dilakukan perencanaan persalinan yang meliputi rencana tempat

bersalin, penolong persalinan, transportasi, biaya, serta keperluan ibu dan bayi. Secara keseluruhan penulis tidak mengalami kesulitan pada saat temu wicara dengan Ny. S, hal ini dikarenakan Ny. S kooperatif dan mau bekerjasama sehingga konseling berjalan lancar. Sehubungan dengan teori yang dinyatakan oleh (Depkes RI, 2005) pada trimester III petugas kesehatan baiknya memberikan konseling kepada ibu dan suami untuk merencanakan proses persalinannya, dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB setelah bersalin. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Kunjungan ANC pertama dilakukan pada tanggal 6 Maret 2017 pukul 10.00 WITA. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi Ny. S secara umum dalam batas normal. Pada pemeriksaan palpasi Leopold didapatkan hasil Leopold I : TFU pertengahan px pusat (29 cm), teraba kepala Leopold II: Punggung Kiri, Leopold III : Presentasi Bokong, Leopold IV : Belum masuk PAP, TBJ : $(29-11) \times 155 = 2635$ gram, DJJ : 138 x/menit teratur. Pada kunjungan pertama dilakukan pengukuran panggul luar untuk menapis adanya indikasi panggul sempit pada ibu primipara, dan didapatkan hasil : Distansia spinarum : 21 cm ukuran normal (23 – 26 cm), Distansia kristarum : 25 cm ukuran normal (26 – 29 cm), Konjugata eksterna : 17 cm ukuran normal (18 – 20 cm), Lingkar Panggul : 88 cm ukuran normal (80 – 90 cm). Dari hasil pemeriksaan diketahui bahwa ukuran panggul Ny. S kurang 1-2 cm dari normalnya menurut teori (Prawirohardjo, 2008). Pada pemeriksaan Leopold diatas didapatkan bahwa Ny. S hamil dengan letak sungsang, pemeriksaan tersebut sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2008) yang menyatakan bahwa

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Sehingga Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Tanggal 10 Maret 2017 pukul 10.20 WITA, dilakukan kunjungan kedua berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi Ny.S dalam batas normal. Ny. S mengatakan kalau duduk seperti ada yang mengganjal didaerah dada keluhan tersebut hilang setelah diberikan KIE tentang cara menangani ketidaknyamanan ibu hamil pada Trimester III. Pada pemeriksaan Leopold didapatkan hasil, Leopold I : TFU 2 jari b/px (30 cm), teraba kepala. Leopold II: Punggung Kiri, Leopold III : Presentasi Bokong, Leopold IV : Belum masuk PAP, TBJ : $(30-11) \times 155 = 2.945$ gram. Dilakukan pemeriksaan Hb dan didapatkan hasil Hb Ny. S 11 gr%. Menurut penulis kadar sekarang Hemoglobin darah Ny. S normal karena tidak kurang dari 11 gr% dan Ny. S tidak mengalami anemia. Hal tersebut sesuai dengan Teori (Prawihorardjo, 2009 : 281), ibu hamil dikatakan anemia apabila hasil pemeriksaan Hb dibawah 11 gr % pada trimester I dan III. Pada Ny. S termasuk normal, Hb yang normal yaitu 11 gr %.

Pada kunjungan ketiga tanggal 12 April 2017 pukul 16.45 WITA dengan usia kehamilan 37 minggu 6 hari. Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat ini. Pada pemeriksaan abdomen TFU 1 jari dibawah px (34 cm), kepala masih berada difundus dan bagian terbawah janin belum memasuki pintu atas panggul. Taksiran berat janin (TBJ) yaitu 3565 gram. Menurut teori (Benson, 2009) menyatakan bahwa normal berat janin pada usia kehamilan 37 minggu yaitu 2859 gram dan pada usia kehamilan 38

minggu berat janin normal yaitu 3083 gram. Penulis berpendapat berat janin Ny. S yang tidak sesuai juga dapat menyebabkan kepala janin belum masuk PAP, hal ini sesuai dengan teori (Winkjosastro, 2005) yang menyatakan keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina, biasanya disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya.

Ny. "S" tidak pernah mengalami keluhan yang berat pada kehamilan ini, keluhan yang dialami Ny. S hanyalah keluhan fisiologis seperti nyeri pinggang dan sesak nafas saat duduk terlalu lama. Keluhan ini sesuai dengan teori yaitu nyeri pinggang biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya dan sesak nafas saat duduk dikarenakan posisi janin letak sungsang, dimana dengan kepala berada difundus ibu sehingga menekan diafragma ibu saat duduk (Kusmiyanti, 2009). Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Asuhan Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. S yaitu 38 minggu, 1 hari. Penulis menyimpulkan bahwa tanda-tanda persalinan yang dialami Ny. S sesuai dengan teori yang ada sehingga Menurut (JNPK-KR, 2008) persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan (Benson, 2009), yaitu kehamilan cukup bulan (*aterm*) atau pematangan janin terjadi pada minggu 37-40

adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal. tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik.

Pada kala I, ibu mengalami keluar air-air pada hari jumat tanggal 14 April 2017 pukul 17 : 00 WIB. Berdasarkan usia kehamilan ibu yang sudah cukup bulan maka Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan praktek pada Ny. S. Sehingga ibu dan keluarga memutuskan untuk melahirkan kerumah sakit Sayang Ibu dikarenakan BPJS dan mengambil tempat yang strategis dan dekat dengan rumah sesuai dengan Standar Pelayanan Kebidanan yang berbunyi “ Ibu dan keluarganya mempersiapkan rujukan segera. Karena jika terjadi keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang lebih memadai dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayinya”. Jadi penulis berpendapat bahwa keputusan Ny. S sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Menurut teori (Burvill, 2002) menerangkan bahwa salah satu tanda-tanda persalinan yaitu ibu akan mengalami rembesan cairan yang sering atau ketuban pecah spontan. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Saat di ruang bersalin pukul 17:30 WIB, dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan hasil yaitu effacement 15%, pembukaan 1 cm, ketuban negative, presentasi bokong, dengan his yang belum adekuat (1 x dalam 10 menit dengan durasi 10-15 detik). Dikarenakan ada indikasi atau dicurigai panggul sempit dan sudah ada rencana untuk dilakukan tindakan operasi section caesarea terencana (Elektif), maka Ny. S akan segera di operasi, persiapan sebelum di lakukannya operasi *sectio caesarea* ibu dianjurkan untuk tidak makan dan minum lagi/ puasa, pasang IVFD, dilakukan pencukuran didaerah sekitar abdomen/ daerah yang akan di operasi dan juga

daerah vagina, dilakukan pemasangan kateter dan mengganti baju ibu dengan baju khusus ruang operasi dan topi operasi, informed consent. Masuk ruang operasi pukul 20.00 WIB dan selesai operasi pukul 20.40 WIB, ibu segera di pindahkan ke ruang pemulihan, pukul 20.50 WIB ibu telah sadar hasil monitor tanda-tanda vital dalam batas normal, TD : 110/70 mmHg, R : 20 x/menit, Nadi : 80 x/menit, T : 36°C, SpO2 : 98%. Dilakukan observasi ku, ttv dan perdarahan ibu pada kala IV post sc. Hasil ttv melalui monitor dalam batas normal, perdarahan \pm 100 cc. ibu masih belum bisa menggerakkan kakinya. Pukul 22.50 WIB ibu pindah ruangan. Penulis tidak dapat mengikuti proses berlangsungnya operasi dikarenakan adanya kebijakan dari pihak rumah sakit.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pukul 20.15 WIB bayi lahir SC, tidak segera menangis, usaha nafas baik, tonus otot baik, warna kulit bayi tampak kuning (ikterus), jenis kelamin laki-laki. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor, didapatkan hasil APGAR skor bayi Ny. S yaitu 4/5, berat badan 3050 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 30 cm dan lingkar lengan atas 10 cm. Dilakukan tindakan segera yaitu asuhan bayi baru lahir dan segera dilakukan fototerapi pada bayi Ny. S, setelah 2 hari dilakukan tindakan fototerapi kondisi bayi Ny. S membaik dan boleh dirawat gabung.

4. Asuhan Masa Nifas

Ny. S mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali. Sesuai dengan kebijakan program nasional bahwa kunjungan masa nifas dilakukan saat 6-8 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 4 minggu post partum (Winkjosastro, 2010).

Jadwal kunjungan nifas 6-8 jam tidak dapat dilaksanakan karena kebijakan dari rumah sakit. Sehingga penulis melanjutkan kunjungan nifas setelah klien dipulangkan. Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas. Jadi dilakukan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali pada Ny. S yaitu saat 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum. Penulis berpendapat terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Tanggal 20 April 2017, pukul 08:15 WITA dilakukan kunjungan pertama yaitu asuhan 6 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi Ny. S secara umum dalam batas normal. Ny. S mengatakan luka bekas operasi masih terasa nyeri. Pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU $\frac{1}{2}$ pusat simfisis, lochea sanguinolenta, luka jahitan basah masih tertutup kasa steril, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda homan sign negatif. Menurut (Sukarni, 2013) pada akhir 1 minggu normalnya TFU $\frac{1}{2}$ pusat simfisis dan lochea pada hari ke 3-7 yaitu lochea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Penulis melakukan asuhan yang diberikan pada Ny. S yaitu menganjurkan klien agar menyusui bayinya sesering mungkin secara eksklusif, dan anjurkan ibu mobilisasi secara perlahan untuk membantu mempercepat involusi uteri, mempercepat luka jahitan kering, memenuhi kebutuhan nutrisi pada ibu nifas untuk tinggi protein untuk mempercepat proses penyembuhan luka. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Suherni dkk, 2009) tujuan pada asuhan kunjungan 6 hari yaitu mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada

tanda- tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum, personal hygiene, istirahat dan memberi ibu konseling pengasuhan bayi. Penulis berpendapat involusi uteri Ny. S berjalan dengan normal karena pola mobilisasi yang baik dan klien terus menyusui bayinya, selain itu kekoperatifan klien yang mau mengikuti saran dari penulis dan bidan dalam pelaksanaan asuhan juga mempengaruhi kelancaran masa nifas.

Tanggal 28 April 2017 pada pukul 17 : 05 WITA, dilakukan kunjungan kedua yaitu asuhan 2 minggu post partum. Pada 2 minggu post partum hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal, lochea serosa, luka jahitan operasi tampak kering, tidak ada tanda tanda infeksi, tanda homan sign negatif. Menurut teori (Sukarni, 2013) lochea yang muncul pada hari ke 7-14 hari yaitu loche serosa dengan berwarna kuning kecoklatan . Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Kemudian penulis melakukan asuhan yang diberikan kepada Ny. S sama dengan kunjungan 6 hari post partum. Konseling kb secara dini dilakukan pada kunjungan 6 minggu post partum. Penulis berpendapat, dengan kondisi klien yang telah pulih maka penulis mulai memberikan jeda waktu untuk klien mendiskusikan dengan suaminya mengenai kontrasepsi apa yang akan ia gunakan. Sehingga diharapkan pada kunjungan 30- 42 hari post partum Ny. S telah menjadi akseptor KB. Klien merespon dengan baik konseling yang diberikan, karena klien juga memiliki keinginan untuk mengatur jarak kehamilannya.

Tanggal 26 Mei 2017, pukul 10.30 WITA dilakukan kunjungan ketiga yaitu asuhan 6 minggu post partum. Pada 6 minggu post partum, Ny. S mengatakan tidak ada keluhan utama, hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal, ibu mengatakan belum menggunakan KB karena ingin

menunggu sampai 40 hari setelah bersalin, ibu ingin mengetahui lebih lanjut tentang KB IUD. Berdasarkan teori menurut (Walyani, 2014), tujuan asuhan kunjungan 2 minggu post partum yaitu sama dengan kunjungan hari ke 6 minggu post partum. Konseling Kb secara dini dilakukan pada kunjungan 6 minggu post partum.

5. Asuhan Neonatus.

By Ny. S mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali sesuai dengan Teori yang dikemukakan oleh (Muslihatun, 2010) yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN-1 dilakukan 6-8 jam, KN-2 dilakukan 3-7 hari, KN-3 dilakukan 8-28 hari. Namun perbedaan kunjungan pertama yang seharusnya adalah 6-8 jam tidak dapat dilakukan oleh penulis karena kebijakan dari rumah sakit, sehingga penulis melanjutkan kunjungan pada saat pasien dipulangkan. Jadi by Ny. S mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali yaitu saat 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum. Penulis berpendapat bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Tanggal 20 April 2017 pukul 08:05 WITA, dilakukan kunjungan Neonatus di hari ke-6. Hasil pemeriksaan neonatus baik secara fisik dan pola perkembangannya dalam batas normal. Pada bayi Ny. S tali pusat belum terlepas, tidak ada tanda – tanda infeksi, bersih dan kering. Asupan nutrisi bayi hanya ASI, berat badan bayi mengalami peningkatan 200 gram. Bayi dapat tersenyum secara spontan saat Ny. S mengajak berbicara. Bayi belum mendapatkan imunisasi BCG dan Polio I . Menurut teori (Ambarwati, 2009) tujuan kunjungan neonatus untuk mengetahui sedini mungkin bila terdapat

kelainan pada bayi atau mengalami masalah seperti tanda bahaya, infeksi, perawatan tali pusat, asi eksklusif dll

Tanggal 28 April 2017, pukul 17: 15 WITA dilakukan kunjungan Neonatus II ke- 14 hari setelah bayi lahir. Keadaan neonatus dalam batas normal. Pemenuhan nutrisi dari awal bayi lahir hingga kunjungan ke II berupa ASI dan ibu pun berencana untuk menyusui bayinya secara eksklusif. Bayi Ny. S mengalami peningkatan berat badan sebanyak 200 gram. Bayi belum mendapatkan imunisasi BCG dan imunisasi Polio. Menurut (Muslihatun, 2009) Asi Eksklusif yaitu asi tanpa diberikan tambahan apapun, salah satunya untuk memberikan kekebalan tubuh pada bayi.

Tanggal 12 Mei 2017 pukul 10: 35 WITA dilakukan kunjungan Neonatus yaitu pada 28 hari pada bayi mengalami peningkatan berat badan sebanyak 400 gram dan bayi telah dilakukan imunisasi BCG dan imunisasi Polio I, akan tetapi ada sedikit masalah pada bayi Ny. S yaitu timbul ruam-ruam disekitar tubuh bayi, Ny. S mengatakan timbulnya ruam-ruam dikulit bayinya dikarenakan pemakaian bedak bayi yang tidak cocok dengan usia bayi, setelah dilakukan KIE tentang personal hygiene pada bayi dan anjurkan ibu untuk tidak menggunakan bedak pada bayi nya masalah tersebut berkurang setelah 2 hari. Dilakukan pijat bayi pada bayi Ny. S dan mengajarkan pada ibu cara pijat bayi.

Hal ini selaras dengan teori yang dikemukakan oleh (Muslihatun, 2010) yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN I 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.

Keadaan bayi Ny. S yang normal hingga akhir kunjungan didukung dengan usaha ibu yang baik dalam merawat bayinya, meskipun ada sedikit masalah yang terjadi pada bayi Ny. S dan masalah tersebut telah teratasi dikarenakan Ny. S selalu mengikuti saran yang disampaikan penulis serta dukungan dari suami dan keluarga yang ikut membantu kelancaran perawatan bayi.

6. Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan yang berifat sementara atau menetap yang dapat digunakan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat/ alat, atau dengan operasi (Saiffudin, 2009). Tujuan penulis memberikan penyuluhan kontrasepsi kepada klien untuk membantu klien dalam memilih alat kontrasepsi yang tepat baginya.

Pada saat kunjungan ke III penulis telah memberikan konseling beberapa alat kontrasepsi, klien ingin menggunakan KB IUD dengan alasan untuk mencegah kehamilan jangka panjang. Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), KB merupakan metode dalam penjarangan kehamilan, karena kontrasepsi dapat menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan dari ibu sendiri dan didukung oleh suami. Setelah mendapatkan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian kontrasepsi KB IUD, ibu tetap memilih kontrasepsi tersebut dan mengerti atas penjelasan yang telah diberikan.

Pada Tanggal 5 Juni 2017 ibu telah menjadi akseptor KB IUD. Penulis berpendapat bahwa kontrasepsi yang digunakan Ny. S tidak mengganggu saat menyusui. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Tidak jarang dalam proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. S ditemukan beberapa hambatan atau keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan studi kasus adalah dalam hal penjarangan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi cukup sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.
2. Waktu pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan **PK III** terkadang menyebabkan kesulitan bagi peneliti untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.
3. Keterampilan. Kurangnya keterampilan penulis ketika memberikan asuhan kebidanan komprehensif kepada klien sehingga ketika memberikan intervensi masih banyak asuhan yang dibantu oleh dosen pembimbing.
4. Ilmu pengetahuan berfikir analisis penulis masih kurang luas, sehingga saat memberikan asuhan tidak jarang dosen pembimbing selalu mengingatkan intervensi yang tepat untuk diberikan kepada klien.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan kepada “Ny. S” dari tanggal 6 Maret 2017 sampai dengan tanggal 26 Mei 2017 di Kelurahan Sidomulyo, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Antenatal care

Pada masa kehamilan Ny. “ S” melakukan ANC secara teratur sesuai dengan standar pelayanan untuk kunjungan ANC sebaiknya dilakukan minimal sebanyak 4 kali selama kehamilan. Asuhan kebidanan pada Ny. S telah dilaksanakan 3x kunjungan, kunjungan pertama pada tanggal 6 Maret 2017 ditemukan masalah pada Ny. S yaitu posisi janin yang sungsang, masalah tidak dapat diatasi karena dicurigai ukuran panggul Ny. S sempit atau CPD. Selain itu masalah lainnya yaitu ketidaknyamanan selama kehamilan trimester ke III seperti nyeri pinggang dan sesak nafas saat duduk. Masalah dapat diatasi dengan diberikannya KIE tentang cara mengurangi atau mengatasi keluhan yang ada. Kunjungan kedua pada tanggal 10 Maret 2017 keluhan yang dirasakan Ny. S masih dalam batas normal yaitu perasaan mengganjal didaerah dada. Masalah dapat diatasi dengan diberikannya KIE tentang cara mengurangi atau mengatasi keluhan yang ada. Kunjungan ketiga pada tanggal 12 April 2017 ibu mengatakan tidak ada keluhan saat ini, hasil pemeriksaan dalam batas normal.

Ibu sudah menentukan tanggal untuk operasi sectio caesarea pada tanggal 18 April 2017.

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada kehamilan atau *Antenatal Care* sesuai dengan teori yang ada dan telah menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Pada proses kehamilan Ny. S dapat disimpulkan bahwa Ny. S mengalami kehamilan patologis.

2. Intranatal Care

Asuhan persalinan dilakukan pada tanggal 14 April 2017 pukul 20.00 WIB dilakukan tindakan operasi sc, pukul 20.40 WIB operasi selesai. Selama operasi berlangsung penulis tidak dapat mengikuti proses berlangsungnya operasi dikarenakan kebijakan oleh rumah sakit. Selama operasi berlangsung tidak ada masalah yang terjadi. Pada asuhan persalinan normal secara komprehensif pada Ny. S tidak dapat dilakukan karena posisi bayi sungsang dan dicurigai ukuran panggul Ny. S sempit, proses persalinan Ny. S berlangsung secara sectio caesarea dengan penyulit letak sungsang dan suspect CPD. Sehingga tidak dapat menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Tetapi kompetensi asuhan persalinan secara komprehensif telah digantikan pada Ny. E.

3. Bayi Baru Lahir

Pada asuhan kebidanan bayi baru lahir tanggal 14 Mei 2017 pukul 20.15 WIB, bayi Ny. S lahir sc dalam keadaan ikterus tidak segera menangis, dengan nilai apgar skor 4/6, berat lahir 3050 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 30 cm dan lingkar lengan atas 10 cm, penulis hanya mendapatkan data subjektif dari rekam medis, karena bayi Ny. S

akan dilakukan tindakan segera yaitu asuhan bayi baru lahir dan akan segera dilakukan fototerapi, setelah 2 hari dilakukan tindakan fototerapi kondisi bayi Ny. S membaik dan boleh dirawat gabung, pada hari ke empat Ny. S dan bayinya dalam keadaan sehat dan sudah diperbolehkan untuk pulang.

4. Postnatal Care

Pada asuhan nifas secara komprehensif telah dilakukan pada Ny. S sebanyak 3 kali kunjungan. Kunjungan pertama hari ke enam pada tanggal 20 April 2017, kunjungan kedua 2 minggu postpartum pada tanggal 28 April 2017, kunjungan ketiga 6 minggu postpartum pada tanggal 26 Mei 2017. Selama masa nifas Ny. S tidak memiliki masalah dan hasil pemeriksaan dalam batas normal. Masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya penyulit.

5. Neonatus

Pada neonatus secara komprehensif telah dilakukan pada bayi Ny. S sebanyak 3 kali kunjungan. Kunjungan pertama pada hari ke 6 pada tanggal 20 April 2017 tidak memiliki masalah dan hasil pemeriksaan dalam batas normal, penambahan berat badan 200 gram. Kunjungan kedua minggu ke 2 neonatus pada tanggal 28 April 2017 tidak memiliki masalah dan hasil pemeriksaan dalam batas normal, penambahan berat badan 400 gram. Pada kunjungan neonatus yang ketiga 28 hari tanggal 12 Mei 2017 neonatus Ny. S mengalami ruam-ruam pada kulitnya yang disebabkan oleh penggunaan bedak bayi yang tidak sesuai dengan usia bayi Ny. S. dengan diberikannya KIE tentang personal hygiene pada bayi dan anjurkan ibu untuk tidak memberikan bedak pada bayinya, masalah tersebut hilang dalam 2 hari. Telah menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP.

6. Pelayanan Kontrasepsi

Asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi pada Ny. S dilaksanakan 6 minggu postpartum dengan memberikan konseling KB. Hasil dari asuhan yaitu setelah dilakukan konseling tentang pelayanan kontrasepsi, Ny. S memutuskan untuk berencana menggunakan KB IUD. Masalah yang ada saat ini adalah Ny. S belum mengikuti program KB. Sehingga penulis memotivasi Ny. S untuk segera memakai KB, dan berencana untuk melakukan pemasangan IUD setelah 40 hari. Telah diberikan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif sesuai dengan kondisi klien Ny. S akseptor kb IUD dan telah menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP.

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, terutama dalam melakukan asuhan dan dalam pengambilan keputusan.

2. Bagi Masyarakat/ 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. S 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 meningkatkan mutu pendidikan sehingga menghasilkan tenaga kesehatan yang lebih profesional dan berkualitas dan dapat bersaing dalam dunia kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, B. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi* (3rd ed.). Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Anggrita, S., Mardiatul, U. I., & Ramalida, D. (2015). *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Bogor: IN MEDIA.
- Depkes RI. (2007). *Pelayanan Antenatal*.
- Doenges, M.E. 2001, *Rencana Asuhan Keperawatan*, Jakarta : EGC
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2012). *Profil Kesehatan Balikpapan 2012*.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2016). *Profil Kesehatan Balikpapan 2015*.
- Direktorat Bina Kesehatan Ibu. (2015). *SDGs (Sustainable Development Goals). Target MDGs*.
- Jannah. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: ANDI.
- JNPK-KR Depkes RI. (2008). *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal* (5th ed.). Jakarta: The National Clinic Training Network (JNPK-KR).
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta Selatan : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Manuba Ida Ayu, M. I. B. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. (M. Ester, Ed.) (2nd ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Manuaba, Chandranita I.A. 2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC
- Manuaba, Ida B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC
- Nasution. (2007). *Penelitian Ilmiah*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Nugroho T. 2014. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Prawirohardjo S. 2013. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono

prawirohardjo

Prawirohardjo S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono

prawirohardjo

Rukiah, A. Y., Yulianti, L., Maemunah, & Susilawati, L. (2013). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Saifuddin, A. B. (2010). *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saifuddin. 2013. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saifuddin. 2015. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT.BPSP

Suherni. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya

Suherni, Widiasih Hesti, A. R. (2009a). *Perawatan Ibu Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.

Varney Helen, Kriebs Jan M, G. C. L. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. (E.

Wahyuningsih, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Varney H, Kriebs J, Gegor C. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC

Varney H, Kriebs J, Gegor C. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC

Varney H, Kriebs J, Gegor C. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC

Wahyuni S. 2009. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC

L

A

M

P

I

R

A

N

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Persalinan Kala I fase aktif

Tanggal/waktu pengkajian : 16 Mei 2017/ jam 07.30 WITA

Nama Pengkaji : Irna Nurjanah

Tempat : Ruang Bersalin RSUD Gn. Malang

S :

Ibu mengatakan perutnya mules kencang-kencang sejak kemarin, dan ada keluar lendir campur darah.

O :

3. Pemeriksaan Umum

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

4. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.

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

Abdomen : Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea alba dan tidak tampak bivide; Tinggi fundus uteri 29 cm. Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan punggung ibu dan pada sebelah 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, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen); konsistensi keras; dan kandung kemih kosong; TBJ : $(29-11) \times 155 = 2790$ gram, kontraksi uterus : frekuensi : $3 \times 10'$, durasi : 20-25 detik, Intensitas : sedang, penurunan kepala : 5/5. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 140 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus.

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

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan tidak tampak odema pada tungkai.

5. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 07.30 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lunak, effacement 50 %, pembukaan 4 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II.

A :

Diagnosis : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 40- 41 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala inpartu kala I fase aktif.

P :

Tanggal 16 Mei 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
08.35 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 4 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	Mahasiswa
09.40 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2buah, gunting tali pusat 1buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.	Mahasiswa
10.00 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan gurita) dan pakaian bayi (lampir, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	Mahasiswa
10.10 WITA	Memantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf); Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.	Mahasiswa
10.35 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu meminum teh hangat	Mahasiswa
10.50 WITA	Ketuban pecah spontan berwarna jernih. Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak	Mahasiswa

	<p>tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effecement 100%, pembukaan 10cm, , tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah jani, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III.</p> <p>DJJ : 148 x/mnt</p> <p>HIS : 3-4 x 10' 40-45''</p>	
0.00 ITA	<p>Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan mengejan miring saat ada HIS, tangan di masukkan di antara kedua paha, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.</p>	Mahasiswa

Persalinan Kala II

S :

Ibu mengeluh ingin BAB dan merasakan nyeri melingkar kepinggang dan menjalar ke bagian bawah.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. E sedang; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 82 x/menit, pernafasan: 22 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 158 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kanan bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 3-4 x 10' dengan durasi : 40-45 detik dan intensitas : kuat.

Genetalia :

Tanggal : 16 Mei 2017 Jam : 09.50 WITA

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

menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah. Jam 09.50 WITA station/hodge IV.

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

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ inpartu kala II persalinan normal

Masalah : Kelelahan

Dasar : Tenaga ibu untuk mengejan kurang maksimal

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal 16 Mei 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
0.52 ITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
0.55 ITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk(semi fowler).	Mahasiswa
0.58 ITA	Menganjurkan kepada ibu untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	Mahasiswa
0.00 ITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	Mahasiswa
0.02 ITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	Mahasiswa
0.05 ITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	Mahasiswa
0.05 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	Mahasiswa
0.05 WITA	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	Mahasiswa
0.06 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala	Mahasiswa

	janin melakukan putaran paksi luar	
06 ITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 16.56 WITA.	Mahasiswa
07 ITA	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil Meringankan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering; Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 8/10 , jenis kelamin perempuan, air ketuban jernih	Mahasiswa

Persalinan Kala III

S :

Ibu merasakan mules pada perutnya

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : kontraksi baik.

Kandung Kemih : Kosong

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

Bayi lahir spontan segera menangis jam 10.07 WITA, JK : Pr , A/S : 8/10

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ inpartu kala III persalinan normal

P :

Tanggal 16 Mei 2017

aktu	Tindakan	Paraf
08 ITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	Mahasiswa
08 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	Mahasiswa
09 WITA	Menyuntikkan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	Mahasiswa
09 WITA	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	Mahasiswa
09 ITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	Mahasiswa
10 ITA	Meletakkan bayi dengan posisi terlentang dibawah lampu pemanas, pertahankan selimut yang melingkupi tubuh bayi. Memosisikan kepala dan leher bayi dengan posisi setengah ekstensi dengan mengganjal bahu bayi dengan lipatan kain untuk membuka jalan nafas. Melakukan pengisapan lendir menggunakan kanul suction, pada mulut terlebih dahulu < 5 cm lalu pada hidung < 3 cm. Mengeringkan tubuh bayi dan melakukan rangsang traktil dengan memberikan sedikit tekanan mulai darimuka, kepala keseluruh tubuh. Menggunakan telapak tangan untuk menggosok punggung, perut, dada.	Mahasiswa
10 ITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	Mahasiswa
13	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas	Mahasiswa

ITA	simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
0.13 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokraniol.	Mahasiswa
0.13 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokraniol hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	Mahasiswa
0.15 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 17.00 WITA.	Mahasiswa
0.17 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	Mahasiswa
0.18 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon lengkap, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat ± 50 cm, tebal plasenta $\pm 2,5$ cm, lebar plasenta ± 16 cm.	Mahasiswa

Persalinan Kala IV

S :

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

O :

3. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tanda-tanda Vital tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,3 °C.

4. Pemeriksaan fisik

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

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

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 10.07 WITA.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ Kala IV Persalinan Normal

P :

Tanggal 16 Mei 2017

aktu	Tindakan	Paraf
0.10 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Tidak terdapat ruptur pada jalan lahir ibu.	Mahasiswa
0.15 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 150cc.	Mahasiswa
0.20 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	Mahasiswa
0.25 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	Mahasiswa
0.30 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,3°C, TFU 1 jbp, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 50 cc. (data terlampir pada partograf)	Mahasiswa
0.30 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah di sediakan	Mahasiswa
0.45 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, TFU 1 jbp, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	Mahasiswa
0.00 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	Mahasiswa
0.15 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	Mahasiswa
0.45 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36°C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan	Mahasiswa

	perdarahan ± 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
15 ITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc.(data terlampir pada partograf)	Mahasiswa
18 ITA	Melengkapi Partograf	Mahasiswa

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 16 Mei 2017/Pukul: 10.30 WITA

Tempat : Ruang Bersalin RSUD Gn. Malang

S :

3. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. E dan Tn. E , alamat rumah berada di Kelurahan Sepinggang Balikpapan, tanggal lahir bayi 16 Mei 2017 pada hari Selasa pukul 10.07 WITA dan berjenis kelamin perempuan

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil kedua ini usia 25 tahun, tidak pernah mengalami keguguran.

O :

2. Data Rekam Medis

c. Riwayat Persalinan Sekarang :

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

d. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 16 Mei 2017 Jam : 10.07 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 8/10.

3. Nilai APGAR : 8/10

Kriteria	0	1	2	Jumlah		
				1 menit	5 menit	10 menit
Frekuensi Jantung	) O tidak ada	() O < 100	() O > 100	2	2	2
Usaha Nafas	) O tidak ada	() O lambat/tidak teratur	() O menangis dengan baik	2	2	2
Tonus Otot	) O tidak ada	) O beberapa fleksi ekstremitas	() O gerakan aktif	2	2	2
Refleks	) O tidak ada	() O menyeringai	) O menangis kuat	1	2	2
Warna Kulit	() O biru/pucat	() O tubuh merah muda, ekstremitas biru	) O merah muda seluruhnya	1	2	2
Jumlah				8	10	10

4. Tindakan Resusitasi :

Tidak dilakukan tindakan resusitasi karena bayi baru lahir segera menangis.

5. Pola fungsional kesehatan:

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

5. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 140 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu 36,7 °C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 2690 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala : 31 cm, lingkar dada 29 cm, lingkar perut 30 cm dan lingkar lengan atas 9 cm

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

- Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput saucedaneum, tidak tampak molase, tidak tampak cephal hematoma.
- Wajah : Tampak simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu dan telinga tidak terdapat kelainan.
- Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran, tidak terdapat perdarahan, dan tidak terdapat strabismus.
- Hidung : Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan tidak tampak pernafasan cuping hidung
- Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan tidak tampak ada kotoran.
- Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, lidah tampak bersih.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe, tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak tampak selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris.
- Payudara : Tidak tampak pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran ASI.
- Abdomen : Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.

Punggung : Tampak simetris, tidak teraba skeliosis, dan tidak tampak meningokel, spina bifida, pembengkakan, lesung, dan bercak kecil berambut..

Genetalia : Perempuan, labia mayor menutupi labia minor.

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

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

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

c. Status neurologi (refleks)

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

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

d. Terapi yang diberikan

Neo-K 0,5 cc

Hepatitis B 0,5 cc

Salep mata 1 %

A :

Diagnosis : Bayi Baru Lahir Normal, Sesuai Masa

Kehamilan usia 1 jam

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 16 Mei 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
.05 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan ibu baik ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	Mahasiswa
.08 WITA	Melakukan perawatan tali pusat. Membungkus tali pusat dengan kassa steril.	Mahasiswa
.10 WITA	Memberikan injeksi neo-k 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri, dan memberikan salep mata tetrasiklin 1% pada mata kanan dan mata kiri bayi; Bayi telah di injeksi neo-k pada paha kiri dan telah diberi salep mata pada kedua matanya.	Mahasiswa
.15 WITA	Menggunakan pakaian/lampin bayi yang bersih dan kering, memasang topi pada kepala bayi serta mengkondisikan bayi di dalam ruangan atau tempat yang hangat dan memberikan bayi kepada ibu agar disusui kembali.	Mahasiswa

.18 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain ; ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.	Mahasiswa
.20 WITA	Memberikan KIE tentang: ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bula, perawatan tali pusat, teknik menyusui ; ibu mengerti yang dijelaskan.	Mahasiswa
.22 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	Mahasiswa
.25 ITA	Memberi injeksi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan, dan kiri bayi; Bayi sudah di injeksi Hepatitis B	Mahasiswa