

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY.S G₄P₃₀₀₃ USIA KEHAMILAN 34 MINGGU
DI KELURAHAN KAMPUNG BARU ULU KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2016



Oleh :
DWI MITASARI
NIM : PO 7224113053

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

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul :Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.S Di Kelurahan
Baru Ulu, Balikpapan Barat Tahun 2016

Nama : Dwi Mitasari

NIM : P07224113053

Jurusan : Kebidanan

Program Studi : D-III Kebidanan Balikpapan

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan
Tim penguji Politeknik Kesehatan Kalimantan timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan
Balikpapan, 30 Juni 2016

Menyetujui,
Pembimbing I

Faridah Hariyani, S.SiT., M.Keb
NIP. 196507211991012001

Pembimbing II

Rusniar Naeko, S.ST
NIP. 195811111981112003

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.S G₄ P₃₀₀₃ USIA
KEHAMILAN 34 MINGGU DI KELURAHAN KAMPUNG BARU ULU KOTA
BALIKPAPAN TAHUN 2016

DWI MITASARI

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan
Tim penguji Poltekkes Kemenkes Kaltim Jurusan Kebidanan Prodi DIII Kebidanan
Balikpapan Pada Tanggal 25 April 2016

Penguji Utama

Dra.Meity Albertina,SKM,S.SiT,M.Pd (.....)

NIP. 195708121979092001

Penguji I

Faridah Hariyani,M.Keb (.....)

NIP.198005132002122001

Penguji II

Rusniar Naeko,S.ST (.....)

NIP.195811111981112003

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan

Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan

Sonya Yulia,S.Pd.,M.Kes

NIP.195507131974022001

Eli Rahmawati,S.SiT.,M.Kes

NIP. 197403201993032001

KATA PENGANTAR

Tiada kata yang paling indah selain ucapan “Alhamdulillah” segala puji bagi Allah SWT, karena atas limpahan nikmat dan kasih sayangNya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan pada masa Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir serta pelayanan Alat Kontrasepsi pada Ny. “S” ini sesuai dengan batas waktu yang telah ditentukan.

Proposal Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan Balikpapan, tidak mudah alur yang harus dilalui oleh penulis dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Diploma III ini akan tetapi karena karunia dan kasih sayang Allah SWT inilah yang selalu mengingatkan penulis untuk bersyukur dan mengungkapkan terimakasih yang teramat tulus kepada :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia,S.Pd.,M.Kes selaku ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
3. Eli Rahmawati, S.SiT.,M.Kes selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
4. Dra.Meity Albertina,SKM,S.SiT,M.Pd selaku Penguji Utama yang telah memberikan masukan guna untuk kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

5. Pembimbing I Ibu Faridah Hariyani, SST.,M.Keb yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Pembimbing II Ibu Hj. Rusniar Naeko, SST yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Para Dosen dan Staff pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.
8. Staf Perpustakaan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim jurusan Kebidanan Balikpapan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan yang telah menyediakan buku-buku sebagai sumber informasi literatur.
9. Teristimewa untuk kedua Orang tua di rumah karena semangat Motivasi dan Doa yang diberikan penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Teman-teman Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur yang selalu membantu dan menjadi sumber inspirasi bagi penulis

Pada akhirnya penulis berharap, hasil penelitian yang dituangkan dalam bentuk Laporan Tugas Akhir ini dapat memberikan manfaat khususnya dalam upaya peningkatan mutu Kesehatan yang menyeluruh.

Balikpapan, Juni 2016

Dwi Mitasari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I	
PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan	
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat	
1. Manfaat Praktis	7
2. Manfaat Teoritis	8
E. Ruang Lingkup	8
F. Sistematika Penulisan	8

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Dasar Teori

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	12
B. Pengkajian Awal Asuhan.....	18
C. Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai Kasus	41
D. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif	54
E. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Sesuai Kasus	54

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus	104
B. Kerangka Kerja Studi Kasus.....	104
C. Subyek Studi Kasus	108
D. Pengumpulan Data dan Analisis Data	108
E. Etika Studi Kasus.....	109

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan	111
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Persalinan.....	118
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir.....	135
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas	142
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Neonatus	150

BAB V

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan.....	156
B. Asuhan Persalinan	160
C. Asuhan Bayi Baru Lahir	166
D. Asuhan Nifas	168
E. Asuhan Kunjungan Neonatus	172
F. Asuhan Pelayanan Keluarga Berencana	175
G. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan	176

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan	177
B. Saran	178

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Halaman
2.1 Daftar Skor Poedji Rochjati	39
2.2 Tabel Apgar Skor	82
2.3 Daftar Perubahan Normal pada Uterus selama Post Partum.....	88

DAFTAR BAGAN

No. Bagan	Bagan	Halaman
3.1	Kerangka Kerja Studi Kasus	107

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1 Lembar Informasi Kepada Subjek Penelitian	180
2 Surat Persetujuan (Informed Consent)	181
4 Surat Permohonan Data DKK Balikpapan.....	182
5 Surat Permohonan Data Puskesmas Baru Ulu	183
6 Lembar Konsultasi	184
3 Daftar Riwayat Hidup	185

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hasil dari Deklarasi MDGs (*Millennium Development Goals*) merupakan kesepakatan dari kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang mulai dijalankan pada September 2000, berupa delapan butir tujuan yang akan dicapai pada tahun 2015. Salah satu target MDGs yaitu mengurangi dua per tiga angka kematian dan kesakitan ibu dalam proses persalinan (MDGs tahun 2000 dalam Ilma, 2012).

Dan hasil Deklarasi SDGs (*Sustainable Development Goals*) pada Juli 2014, draft kerangka kerja SDGs memiliki 17 targetan. Dalam targetan nomor 3 mengenai ketercangkupan kesehatan yang semakin luas untuk memastikan hidup sehat dan sejahtera bagi semua kalangan. Pada subtarget tersebut disebutkan bahwa pada tahun 2030 MMR (*Maternal Mortality Rate*) atau AKI dalam skala global turun kurang dari 70 per 100.000 kelahiran (*Maternal health task force*(MHTF). Post-2015

Salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu dan janin adalah preeklamsia (PE) yang menurut WHO angka kejadiannya berkisar antara 0,5%-38,4%. Di Negara maju angka kejadian preeklamsia berkisar 6-7% dan eklamsia 0,1-0,7%. Sedangkan kematian ibu yang di akibatkan preekalmsia dan eklamsia di Negara berkembang masih tinggi.

Menurut Depkes RI tahun 2010, penyebab kematian maternal di Indonesia terkait kehamilan dan persalinan terutama yaitu perdarahan 28%, eklamsia 24%, infeksi 11%, partus lama 5% dan abortus 5%.

Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia menurut WHO tahun 2013 mencapai 210 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 34 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian neonatal di dunia mencapai 20 per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan, hipertensi, infeksi, dan penyebab tidak langsung, sebagian besar karena interaksi antara kondisi medis yang sudah ada sebelumnya dan kehamilan (WHO, 2014).

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2013 menyatakan bahwa rata-rata Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tercatat mencapai 359/100.000 kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228/100.000. Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan Vietnam (59/100.000), dan Cina (37/100.000) (SDKI, 2013)

Angka kematian ibu (AKI) tahun 2014 di Provinsi Kalimantan timur sebanyak 177 per 100.000 kelahiran hidup, dan angka kematian bayi (AKB) sebanyak 21 per 1000 kelahiran hidup (Profil kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2015)

Angka Kematian Ibu di Kota Balikpapan tahun 2014 menurut DKK Balikpapan terdapat 124/100.000 kelahiran hidup. Angka ini menurun pada tahun 2015 yaitu 72/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian

Bayi (AKB) terdapat 11/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2014 dan sebanyak 6/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (DKK Balikpapan, 2016).

Preeklamsi dan eklamsi merupakan komplikasi kehamilan dan persalinan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, protein urine dan oedema, yang kadang-kadang disertai komplikasi sampai koma. Sindroma preeklamsia ringan seperti hipertensi, oedema dan proteinuria sering tidak diperhatikan, sehingga tanpa disadari dalam waktu singkat dapat timbul preeklamsia berat bahkan eklamsia (Prawirohardjo, 2009)

Dampak atau akibat dari Preeklamsi sangat besar pengaruhnya pada ibu maupun janin. Pada kondisi preeklamsi pada wanita hamil, berkurangnya aliran darah ke plasenta dapat menyebabkan gangguan dalam kandungan. Plasenta dapat terlepas sebelum waktunya dan yang lebih ditakutkan adalah preeklamsi berubah menjadi Eklamsi, yaitu preeklamsi yang dapat disertai dengan kejang. Keadaan ini sangat berbahaya karena dapat menimbulkan kerusakan organ seperti hati, ginjal dan otak yang berakhir dengan kematian. Sementara preeklamsi pada wanita hamil akan menyebabkan janin yang dikandung hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen di bawah normal. Keadaan ini bisa terjadi karena pembuluh darah yang menyalurkan darah ke plasenta menyempit. Karena buruknya nutrisi, pertumbuhan janin akan terhambat sehingga terjadi bayi lahir dengan berat badan yang rendah. Dapat juga janin dilahirkan kurang bulan (prematuur), biru saat dilahirkan karena kekurangan oksigen.

Menurut Evy (2007) preeklamsia atau eklamsia dapat dideteksi dengan pemeriksaan antenatal secara teratur minimal 4 kali selama kehamilannya itu dengan pemeriksaan tekanan darah, tes protein dan oedema untuk menegakkan diagnosa ibu hamil dengan preeklamsia/eklamsia.

Menurut Manuaba (2010) kehamilan yang normal dapat juga diikuti dengan beberapa penyulit salah satunya adalah Preeklamsi. Penyebab dari preeklamsi itu sendiri saat ini tidak bisa diketahui dengan pasti, walaupun penelitian yang dilakukan terhadap penyakit ini sudah sedemikian maju.

Resiko Kehamilan dengan faktor resiko bagi ibu dan janin Kasus kematian ibu hamil dan melahirkan banyak terjadi di daerah yang kekurangan tenaga Bidan dan akses informasi mengenai kesehatan reproduksi yang kurang memadai. Jika kondisi kehamilan seorang ibu dapat dipantau secara teratur maka dapat diprediksi resiko yang mungkin timbul, sehingga dapat dilakukan langkah-langkah pencegahan.

Program Indonesia sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama, dan salah satu pilar yang mengarah ke program kebidanan yaitu penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan, optimalisasi system rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis resiko kesehatan (Rencana Strategi,2015).

Pengkajian awal yang dilakukan penulis pada Ny. S tanggal 11 Maret 2016 ditemukan, ibu hamil usia 36 tahun G₄ P₃₀₀₃ usia kehamilan 34 minggu dengan Preeklamsia Ringan. Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik

melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. "S" selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."S" Di Kelurahan Kampung Baru Ulu, Balikpapan Tahun 2016".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah "Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. S usia 36 tahun G₄ P₃₀₀₃ usia kehamilan 34 minggu dengan Preeklamsia Ringan ?".

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. S sejak masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk laporan tugas akhir.

2. Tujuan Khusus

Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan membantu penulis agar mampu:

- a. Mampu melakukan asuhan kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. S G₄ P₃₀₀₃ usia kehamilan 34 minggu dengan Preeklamsia Ringan, di wilayah kerja Puskesmas Kampung Baru Ulu Kota Balikpapan.

- b. Mampu melakukan asuhan persalinan (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. S G4 P₃₀₀₃ dengan Preeklamsi Ringan, di wilayah kerja Puskesmas Kampung Baru Ulu Kota Balikpapan.
- c. Mampu melakukan asuhan Bayi Baru Lahir (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada Bayi Ny. S.
- d. Mampu melakukan asuhan nifas (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Kampung Baru Ulu Kota Balikpapan.
- e. Mampu melakukan asuhan neonatus (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Kampung Baru Ulu Kota Balikpapan.
- f. Mampu melakukan asuhan Keluarga Berencana (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Kampung Baru Ulu Kota Balikpapan.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan kajian terhadap materi asuhan pelayanan Kebidanan serta refrensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan keputusan dalam penggunaan alat kontrasepsi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan

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

b. Bagi Puskesmas Wilayah Kerja Setempat

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

c. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam

pemberian asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, profesional dan mandiri.

d. Bagi Klien

Klien mendapatkan pengetahuan dan pelayanan secara komprehensif mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi sesuai standar pelayanan kebidanan.

e. Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan, kemampuan menganalisa, mengembangkan pola pikir ilmiah serta pengalaman bagi penulis untuk dapat melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

D. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny."S" mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan pelayanan kontrasepsi pada periode Maret-Juni 2016.

E. Sistematika Penulisan

Dalam karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode narasi yang disertai dengan analisis data dan permasalahan yang timbul selama pelaksanaan asuhan kebidanan. Adapun metode pengumpulan data yang dipergunakan adalah :

1. Studi Kepustakaan

Dipergunakan untuk memperoleh data dasar ilmiah dari berbagai sumber berupa buku, tulisan ilmiah, bahan kuliah, internet, dan lain-lain yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah ini yaitu mengenai ilmu kebidanan diantaranya asuhan kehamilan, bersalin, perawatan nifas dan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana. Sumber-sumber tersebut dapat dijadikan penulis sebagai penunjang penulisan karya tulis ini.

2. Studi Kasus

Merupakan usaha pengamatan dan praktek langsung dengan klien melalui tahap-tahap proses asuhan kebidanan. Hal ini dapat dilakukan melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik.

3. Studi Dokumentasi

Untuk mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan materi pembahasan seperti lembar status.

Sistematika umum penulisan laporan tugas akhir adalah sebagai berikut :

JUDUL

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

G. Latar Belakang

H. Rumusan Masalah

I. Tujuan

3. Tujuan Umum

4. Tujuan Khusus

J. Manfaat

3. Manfaat Praktis

4. Manfaat Teoritis

K. Ruang Lingkup

L. Sistematika Penulisan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Menejemen Kebidanan

1. Manajemen Varney

2. Hasil pengkajian klien dan perencanaan asuhan

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Sesuai Kasus

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI KASUS

BAB IV

TINJAUAN KASUS

BAB V

PEMBAHASAN

BAB VI

PENUTUP

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Manajemen Kebidanan

Bidan sebagai seorang pemberi layanan kesehatan (*health provider*) harus dapat melaksanakan pelayanan kebidanan dengan melaksanakan manajemen yang baik. Dalam mempelajari manajemen kebidanan di perlukan pemahaman mengenai dasar-dasar manajemen sehingga konsep dasar

manajemen merupakan bagian penting sebelum kita mempelajari lebih lanjut tentang manajemen kebidanan. (Wikipedia, 2013).

1. Proses Manajemen Kebidanan menurut Helen Varney (1997)

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

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

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

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan yang berkaitan dengan kondisi pasien. Semua informasi yang akurat dari semua sumber. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru lahir(Pasien) mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapatkan konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.

Langkah II : Interpretasi data

Pada langkah ini identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi

Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini

termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien

Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses

penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

“ Documen “ berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan di atasnya dokumentasi berisi dokumen atau pencatatan yang berisi bukti atau kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu. 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.

3. PENGKAJIAN AWAL

Tanggal : 11 maret 2016

Jam : 11.00 WITA

Oleh : Dwi Mitasari

a. Data Subjek

1) Identitas

Nama klien : Ny. S

Nama suami : Tn. K

Umur : 36 tahun

Umur : 40 tahun

Suku : Bugis

Suku : Bugis

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pekerjaa : Supir

Alamat : Kelurahan Kampung Baru ulu RT.10 No.31

Keluhan utama: nyeri pada pinggang, kepala terasa pusing, tidak dapat istirahat dan tidur dengan nyaman

Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat obstetri

- (1) Menarche : 14 tahun
- (2) Siklus : 30 hari
- (3) Lamanya : 3-4 hari
- (4) Keluhan : tidak ada
- (5) HPHT : 16-7-2015
- (6) TP : 24-4-2016 TP USG: 24-4-2016
- (7) Usia Kehamilan: 34 minggu

b) Flour albus

- (1) Banyaknya : 4-5x mengganti pembalut
- (2) Warna : putih dan jernih
- (3) Bau/gatal : gatal tetapi tidak berbau

c) Tanda – tanda kehamilan

- (1) Test kehamilan : tidak dilakukan
- (2) Tanggal : -
- (3) Hasil : -
- (4) Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu :5 bulan
- (5) Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : 7-8x /24 jam

d) Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

Ibu tidak memiliki Riwayat penyakit penyakit atau gangguan reproduksi lainnya.

e) Riwayat kehamilan

G4 P3 A0

Kehamilan I : perempuan / 18 th

Kehamilan II : perempuan / 13th

Kehamilan III : laki-laki / 7th

f) Riwayat imunisasi

(1)Imunisasi Catin : tempat : PKM tanggal : Lupa

(2)Imunisasi TT I : tempat: PKM tanggal : lupa

(3)Imunisasi TT II : tempat: PKM tanggal : Lupa

2) Riwayat kesehatan :

a) Riwayat Penyakit yang pernah dialami

Ibu tidak pernah mengalami Riwayat penyakit apapun

b) Alergi

(1)Makanan : tidak ada

(2)Obat – obatan : tidak ada

3) Keluhan selama hamil

a) Rasa lelah : tidak ada

b) Mual dan muntah : diawal kehamilan

c) Tidak nafsu makan : nafsu makan meningkat (3-4x/hari)

d) Sakit kepala/pusing : terkadang pusing

e) Penglihatan kabur : tidak ada

f) Nyeri perut : terkadang nyeri

- g) Nyeri waktu BAK : tidak ada
- h) Pengeluaran cairan pervaginam : tidak ada
- i) Perdarahan : tidak ada
- j) Haemorrhoid : tidak ada
- k) Nyeri pada tungkai : tidak ada
- l) Oedema : tidak ada
- m) Lain-lain : tidak ada

4) Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
1	1998	RSKB	39-40	Ada	Spt	Bidan	Tidak ada	Pr	2,8	-	Hidup
2	2003	BPM	39-40	Ta'a	Spt	Bidan	Ta'a	Pr	2,8	-	Hidup
3	2009	BPM	39-40	Ta'a	Spt	Bidan	Ta'a	Lk	3,5	45	Hidup
4	Hamil	Ini									

5) Riwayat menyusui

- a) Anak I :ASI Lamanya :2th Alasan :-
- b) Anak II:ASI Lamanya : 1th Alasan :-

c) Anak III: ASI+SUFOR Lamanya : <6 bln Alasan : kuat Minum, jadi di bantu dengan SUFOR

6) Riwayat KB

a) Pernah ikut KB : pernah

b) Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan :

Suntik 3 bulan dan Suntik 1 Bulan

c) Lama pemakaian :

Suntik 3 bulan \pm 1 th dan Suntik 1 bulan \pm 1 th

d) Keluhan selama pemakaian : ibu tidak Menstruasi

e) Tempat pelayanan KB : BPM Bidan Suryani,SST

f) Alasan ganti metode :

Ibu tidak haid menggunakan Kb suntik 3 bulan

g) Ikut KB atas motivasi :

kemauan ibu sendiri dan didukung oleh suami

7) Kebiasaan sehari – hari

a) Merokok sebelum / selama hamil : tidak ada

b) Obat – obatan /jamu, sebelum / selama hamil : tidak ada

c) Alkohol : tidak ada

d) Makan / diet

(1)Jenis makanan : Nasi, tahu, tempe, ikan, tumis kangkung

(2)Frekuensi : 3-4x/hari

(3)Porsi : 1 piring penuh

(4)Pantangan : tidak ada

e) Perubahan makan yang dialami : maningkat

f) Defekasi / miksi

(1) BAB

(a)Frekuensi : 1x/hari

(b)Konsistensi : padat

(c)Warna : kuning dan kecoklatan

(d)Keluhan : tidak ada

(2) BAK

(a)Frekuensi : 6-7x / hari

(b)Konsistensi : cair dan encer

(c)Warna : jernih dan kekuningan

(d)Keluhan : tidak ada

g) Pola istirahat dan tidur

(1)Siang :tidak teratur, terkadang 1-2 jam jika sempat.

(2)Malam : 6-7 jam/ hari

h) Pola aktivitas sehari – hari

(1)Di dalam rumah : IRT

(2)Di luar rumah : Pengajian

i) Pola seksualitas

(1)Frekuensi : jarang

(2)Keluhan : tidak ada

8) Riwayat Psikososial

a) Pernikahan

(1) Status : menikah

(2) Yang ke : pertama

(3) Lamanya : 19 th

(4) Usia pertama kali menikah : 16 th

b) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : ibu kurang pengetahuan tentang kehamilan.

c) Respon ibu terhadap kehamilan : senang dengan kehamilan keempatnya ini.

d) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : ibu tidak berharap jenis kelamin apapun, yang terpenting bayi sehat.

e) Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak: suami dan keluarga senang dengan kehamilan ibu sekarang.

f) Keperayaan yang berhubungan dengan kehamilan : tidak ada

g) Pantangan selama kehamilan : tidak ada

h) Persiapan persalinan :

(1) Rencana tempat bersalin : BPM Bidan Suryani, SST

(2) Persiapan ibu dan bayi : belum ada

9) Riwayat kesehatan keluarga :

Suami memiliki riwayat tekanan darah tinggi atau hipertensi

b. Data Objektif :

1) Keadaan umum : baik

2) Berat badan : 65 kg

a) Sebelum hamil : 56 kg

b) Saat hamil : 65 kg

c) Penurunan : tidak ada

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2} \\ &:= \frac{56}{1,5 \times 1,5} \\ &= 24,8 \text{ (Overweight 23-29,9)} \end{aligned}$$

3) Tinggi badan : 150cm

a) Lila : 26 cm

b) Kesadaran : compos mentis

c) Ekspresi wajah : senang dan bahagia

d) Keadaan emosional : stabil

4) Tanda – tanda vital

a) Tekanan darah : 140/90 mmHg

b) Nadi : 82x/menit

c) Suhu : 36,4°C

d) Pernapasan : 21x/menit

5) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi

(1)Kepala

- (a)Kulit kepala : bersih
- (b)Kontriksi rambut : tipis
- (c)Distribusi rambut : merata
- (d)Lain – lain : tidak ada

(2)Mata

- (a) Kelopak mata : tidak bengkak
- (b) Konjungtiva : tidak anemis
- (c) Sklera : tidak ikterus
- (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 : lengkap
- (b)Mukosa mulut : tidak ada stomatitis/lesi
- (c)Caries dentis : tidak ada
- (d)Geraham : lengkap

(e) Lidah : tidak kotor

(f) Lain – lain : tidak ada

(5) Leher

(a) Tonsil : tidak ada pembengkakan

(b) Faring : tidak tampak adanya peradangan

(c) Vena jugularis : tidak tampak peradangan

(d) Kelenjar tiroid : tidak tampak membesar

(e) Kelenjar getah bening : tidak tampak pembengkakan

(f) Lain-lain : tidak ada

(6) Dada

(a) Bentuk mammae : simetris

(b) Retraksi : tidak ada

(c) Puting susu : normal dan menonjol

(d) Areola : hiperpigmentasi

(e) Lain-lain : tidak ada

(7) Punggung ibu

(a) Bentuk /posisi : lordosis

(b) Lain-lain : tidak ada

(8) Perut

(a) Bekas operasi : tidak ada

(b) Striae : tidak ada

(c) Pembesaran : sesuai masa kehamilan ibu

(d) Asites : tidak ada

(e) Lain-lain : tidak ada

(9)Vagina

- (a) Varises : tidak ada varises
- (b) Pengeluaran : tidak ada pengeluaran
- (c) Oedema : tidak oedema
- (d) Perineum : tidak terlihat bengkak dan kemerahan
- (e) Luka parut : tidak ada
- (f) Fistula : tidak ditemukan fistula
- (g) Lain – lain : tidak ada

(10)Ekstremitas

- (a) Oedema : oedema pada tungkai kaki sebelah kanan ibu
- (b) Varises : terdapat varises pada tungkai kaki ibu sebelah kanan
- (c) Turgor : baik
- (d) Lain – lain : tidak ada

(11)Kulit

- (a) Lain – lain : tidak ada

b) Palpasi

(1) Leher

- (a)Vena jugularis : tidak teraba pembesaran
- (b)Kelenjar getah bening: tidak teraba

(c) Kelenjar tiroid : tidak teraba pembesaran

(d) Lain – lain : tidak ada

(2) Dada

(a) Mammae : tidak teraba benjolan/massa

(b) Massa : tidak teraba massa yang abnormal

(c) Konsistensi : padat, keras dan lunak

(d) Pengeluaran Colostrum : sedikit ada pengeluaran
colostrum

(e) Lain-lain : tidak ada

(3) Perut

(a) Leopold I : Teraba bulat, lunak dan tidak
melenting (bokong) TFU : 30 cm

(b) Leopold II : teraba keras memanjang seperti
papan (punggung), Kiri : teraba
teraba bagian-bagian terkecil
(daerah ekstremitas)

(c) Leopold III : Teraba bulat, keras dan melenting
(kepala)

(d) Leopold IV : Konvergen (belum masuk PAP)

Lain-lain : DJJ + (137x/menit)

(4) Tungkai

(a) Oedema

- Tangan Kanan : ta'a Kiri : ta'a

- Kaki Kanan : positif Kiri : ta'a

(b) Varices Kanan : positif Kiri : ta'a

(5) Kulit

(a) Turgor : baik

(b) Lain – lain : tidak ada

c). Auskultasi

(1) Paru – paru

(a) Wheezing : tidak dilakukan

(b) Ronchi : tidak dilakukan

(2) Jantung

(a) Irama : tidak dilakukan

(b) Frekuensi : tidak dilakukan

(c) Intensitas : tidak dilakukan

(d) Lain-lain : tidak dilakukan

(3) Perut

(a) Bising usus ibu : terdengar

(b) DJJ

- Punctum maksimum : punggung kanan ibu, dekat
dengan pusat ibu

(c) Frekuensi : 137x/menit

(d) Irama : teratur

(e) Intensitas : normal

(f) Lain – lain : tidak ada

d) Perkusi

(1) Dada

(a)Suara : normal

(2) Perut : tidak kembung

(3) Ekstremitas

(a) Refleks patella : kanan : tidak dilakukan

kiri : tidak dilakukan

(b)Lain – lain : tidak ada

e) Pemeriksaan Khusus

(1) Pemeriksaan dalam

(a) Vulva / uretra : tidak dilakukan

(b) Vagina : tidak dilakukan

(c) Dinding vagina : tidak dilakukan

(d) Porsio : tidak dilakukan

(e) Pembukaan : tidak dilakukan

(f) Ukuran serviks : tidak dilakukan

(g) Posisi serviks : tidak dilakukan

(h) Konsistensi : tidak dilakukan

(2) Pelvimetri klinik

(a) Promontorium : tidak dilakukan

- (b) Linea inominata : tidak dilakukan
- (c) Spina ischiadica : tidak dilakukan
- (d) Dinding samping : tidak dilakukan
- (e) Ujung sacrum : tidak dilakukan
- (f) Arcus pubis : tidak dilakukan
- (g) Adneksa : tidak dilakukan
- (h) Ukuran : tidak dilakukan
- (i) Posisi : tidak dilakukan

(3) Ukuran panggul luar

- (a) Distansia spinarum : tidak dilakukan
- (b) Distansia kristarum : tidak dilakukan
- (c) Conjugata eksterna : tidak dilakukan
- (d) Lingkaran panggul : tidak dilakukan
- (e) Kesan panggul : tidak dilakukan

f. Pemeriksaan laboratorium

(1) Darah Tanggal : -

- (a) Hb : 12,7gr/dl
- (b) Golongan darah : O
- (c) Lain – lain : tidak ada

(2) Urine Tanggal : 11 maret 2016

- (a) Protein : +1
- (b) Albumin : tidak dilakukan
- (c) Reduksi : tidak dilakukan
- (d) Lain – lain : tidak ada

	<p>Tanda – tanda vital</p> <p>Tekanan darah :140/90 mmHg</p> <p>Nadi: 82x/ menit</p> <p>Suhu: 36,4 °C</p> <p>Pernapasan : 21x/menit</p> <p>PALPASI</p> <p>Leopold I: Teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong) TFU : 30 cm</p> <p>Leopold II: Kanan :teraba keras memanjang seperti papan (punggung), Kiri : teraba teraba bagian-bagian terkecil (daerah ekstremitas)</p> <p>Leopold III: Teraba bulat, keras dan melenting (kepala)</p> <p>Leopold IV : Konvergen (belum masuk PAP)</p> <p>TBJ : (TFU-12) x 155</p> <p>: 30- 12 x 155</p> <p>: 2.790 gr</p> <p>AUSKULTASI</p>
--	--

	<p>DJA : 137x/menit</p> <p>PEMERIKSAAN PENUNJANG</p> <p>Hb : 12,7 gr/dl</p> <p>Golada : O</p> <p>Urine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pH : 6,5 - Glukosa : - Protein : +1

Masalah	Dasar
<p>Ibu mengalami susah tidur, kurang istirahat.</p> <p>Ibu mengalami Oedema</p> <p>Riwayat ASI ibu Menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan istirahat pada siang hari tidak teratur, terkadang saja jika sempat. Dan untuk Istirahat pada Malam Hari ±6-7 jam / hari - Oedema pada Tungkai Kaki Kanan Ibu - Anak Pertama ASI ±2 tahun, Anak Kedua ASI ± 1 tahun dan anak ketiga ASI + SUFOR < 6 bulan.

LANGKAH III

MENGIDENTIFIKASI DIAGNOSA ATAU MASALAH POTENSIAL

Diagnosa potensial

Pada Ibu : Preeklamsia Berat

Antisipasi : - Kolaborasi dengan Dokter
- Melakukan Rujukan

Pada janin : BBLR, Premature

Antisipasi : pemenuhan Gizi pada Ibu hamil

Masalah Potensial : - Tekanan darah ibu semakin meningkat / tinggi

- Oedema pada tangan, kaki dan wajah
- Pusing yang berlebih
- Urine protein semakin meningkat
- Kejang
- Ibu tidak memberikan ASI nya pada Anak keempat

Antisipasi : anjuran untuk Tirah Baring, mengontrol Tekanan Darah dan Diet seimbang, cukup Protein, rendah karbohidrat, lemak dan mengurangi penggunaan garam. Dan untuk antisipasi tentang rencana ASI diperlukan KIE pada ibu tentang ASI eksklusif.

LANGKAH IV

MENETAPKAN KEBUTUHAN TERHADAP TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V

MENYUSUN RENCANA ASUHAN YANG MENYELURUH

1. Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
2. Menjelaskan kepada ibu tentang masalah kehamilan, memberikan sedikit informasi tentang kehamilan yang normal dan pentingnya pemeriksaan Rutin.
3. Menjelaskan kepada ibu tentang keluhan Seperti pusing, susah tidur dan nyeri pada pinggang yang dialami saat ini.
4. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya kehamilan.
5. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda preeklamsi.
6. Menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilannya ke dokter kandungan dan USG. Dan ibu berjanji akan memeriksakan dirinya ke dokter kandungan dan USG pada hari senin tanggal 17 maret 2016.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada Ny. S tanggal 11 Maret 2016 ditemukan, ibu hamil usia 36 tahun G₄ P₃₀₀₃ usia kehamilan 34 minggu. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan bahwa kondisi Ny.S di kehamilan ini adalah Kehamilan Resiko sangat tinggi karena berdasarkan Skor Poedji Roechjati ketika dijumlahkan totalnya 12 Skor (Skor 4 karena ibu termasuk dalam usia yang terlalu tua untuk hamil yaitu 35 tahun dan skor 8 karena ibu mengalami Preeklamsi). Selain itu Ny. S yang saat ini telah memasuki trimester III mengalami perubahan fisiologis trimester III sehingga

ibu merasakan ketidaknyamanan seperti nyeri pada bagian pinggang, susah tidur dan ibu mengalami keputihan. Selain masalah ketidaknyamanan pada trimester III, pengetahuan akan masalah kehamilan ibu yang kurang mengakibatkan ibu tidak banyak mengetahui tanda bahaya dari kehamilan serta tidak mengetahui manfaat dari pemeriksaan yang rutin ia lakukan. Kemudian dari hasil pemeriksaan didapatkan TTV ; TD : 140/90 mmHg, N : 82x/ menit, R : 21x/ menit, S : 36,4 °C dan pada pemeriksaan Penunjang yaitu proteinuria didapatkan hasil +1.

Menurut tingkat Resiko kehamilan Ny.S di Katagorikan masuk dalam Tingkat Resiko Tinggi menurut perhitungan skor Poedji Rochjati sebagai berikut:

2.1 tabel skor poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
I	1	Terlalu muda hamil I 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur 35 Tahun	4			4	
	7	Terlalu pendek 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9		Pernah melahirkan dengan a.terikan tang/vakum	4			
b. uri dirogoh			4				
c. diberi infus/transfuse			4				
10	Pernah operasi sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil Kurang Darah b. Malaria,	4				
		TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		Kencing Manis (Diabetes)	4				
		Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				

	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8			8	
		JUMLAH SKOR				12	

Berdasarkan skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu :

- a) Kelompok Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- b) Kelomok Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor 12

1. Managemen Asuhan Kunjungan Ulang Antenatal Care

Langkah I : Pengkajian

Berdasarkan data fokus yang akan dikaji pada kunjungan ulang kehamilan adalah berupa pengkajian data subjektif dan objektif. Pada data subjektif dilakukan pengkajian berupa keluhan yang ibu rasakan, menanyakan keluhan sebelumnya apakah masih terjadi sampai saat ini, menanyakan apakah ibu masih merasakan kram kaki, pusing dan sakit pinggang. Kemudian menanyakan bagaimana gerakan janinnya dalam 24 jam terakhir serta menanyakan pola nutrisi, eliminasi, istirahat, dan aktifitas sehari-hari. Data objektif yang perlu dikaji berupa kenaikan berat badan ibu, tanda-tanda vital (tekanan darah, respirasi, suhu, nadi), melakukan pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan palpasi pada abdomen (Leopold I-IV) dan melakukan pemeriksaan denyut jantung janin. Pada pemeriksaan laboratorium dilakukan pemeriksaan Hb dan protein urine.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Berdasarkan dari pengumpulan data dasar pada langkah I dapat ditegakkan diagnosa pada Ny. S G₄ P₃₀₀₃ ditambah dengan berapa usia kehamilan ibu saat kunjungan ulang dilakukan, keadaan janin berupa presentasinya, dan dengan kasus apa ibu saat ini sesuai dengan diagnosa pada nomenklatur kebidanan.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial ditegakkan berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah ditemukan pada langkah II serta serta

apakah perlu dilakukan antisipasi tindakan ketika persalinan berlangsung jika masalah potensial terjadi.

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Kebutuhan terhadap tindakan segera dilakukan berdasarkan hasil identifikasi yang telah ditemukan pada langkah sebelumnya. Dimana jika Ny. S mengalami situasi gawat sehingga harus dilakukan tindakan segera. Tindakan segera dapat dilakukan dengan asuhan mandiri, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien dan rujukan.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada Ny. S ketika kunjungan ulang kehamilan. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Rencana asuhan kedepan apabila pengkajian ulang data diagnosa pada pengkajian awal tidak berubah, maka rencana asuhan yang diberikan adalah selain pemeriksaan fisik yang akan dilakukan seperti TTV, Palpasi Abdomen, Auskultasi DJJ, dll akan dilakukan rencana asuhan untuk pemeriksaan Hb dan Urine Protein ibu, kemudian kewaspadaan akan timbulnya Preeklamsia yang lebih berat dengan adanya faktor predisposisi, dengan memberikan konseling manfaat istirahat dan diet berguna dalam pencegahan diet cukup protein dan rendah lemak karbohidrat serta rendah garam atau mengurangi penggunaan garam. Asuhan Rutin yang akan diberikan seperti menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Hepatitis dan pemeriksaan HIV di Puskesmas Kampung Baru Ulu sebagaimana

program pemerintah. Selain itu memberikan KIE persiapan dalam menjelang Proses persalinan dan KIE tentang manfaat ASI Eksklusif kepada ibu.

2. Managemen Asuhan Bersalin

Langkah I : Pengkajian

Data fokus yang akan dikaji pada saat bersalin adalah berupa pengkajian data subjektif dan objektif. Pada data subjektif dilakukan pengkajian berupa keluhan yang ibu rasakan berupa rasa sakit pada daerah perut atau perut kencang-kencang, apakah sudah ada keluar lendir darah atau air-air dari vagina, sejak kapan ibu merasakan keluhannya, kemudian dapat menanyakan pola Fungsional Kesehatan (Pola Nutrisi, Pola Eliminasi, Pola Istirahat). Data objektif yang perlu dikaji berupa tanda-tanda vital (tekanan darah, respirasi, suhu dan nadi), melakukan pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan palpasi pada abdomen (Leopold I-IV) dan melakukan pemeriksaan denyut jantung janin. Pada pemeriksaan laboratorium dilakukan pemeriksaan Hb dan protein urine. Kemudian dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui sejauh mana penurunan kepala bayi dan pembukaan serviks.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Berdasarkan dari pengumpulan data dasar pada langkah I dapat ditegakkan diagnosa pada Ny. S G₄P₃₀₀₃ ditambah dengan berapa usia kehamilan ibu saat akan bersalin, keadaan janin dan presentasinya, dengan kasus apa ibu saat ini sesuai dengan diagnosa pada nomenklatur kebidanan, sudah sejauh mana penurunan kepala bayi, pembukaan serviks, fase bersalin

saat ini, dan dengan kasus apa ibu saat ini sesuai dengan diagnosa pada nomenklatur kebidanan.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial ditegaskan berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah ditemukan pada langkah II serta apakah perlu dilakukan antisipasi tindakan ketika persalinan berlangsung jika masalah potensial terjadi.

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Kebutuhan terhadap tindakan segera pada saat masa akan bersalin dilakukan berdasarkan hasil identifikasi yang telah ditemukan pada langkah sebelumnya. Dimana jika Ny. S mengalami situasi gawat sehingga harus dilakukan tindakan segera. Tindakan segera dapat dilakukan dengan asuhan mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada Ny. S ketika pemeriksaan menjelang persalinan. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Rencana Asuhan yang akan diberikan dengan Diagnosa ibu dan masalah yang terjadi. Jika Ny.S saat persalinan tidak ditemukan masalah maka asuhan menyeluruh yang diberikan dapat berupa Asuhan Persalinan Normal. Dan jika Ny. S ditemukan masalah sama seperti diagnosa saat hamil yaitu preeklamsia Ringan, maka akan dilakukan Kolaborasi dengan dokter untuk penanganan bersalin pada Ny. S dengan Preeklamsia, karena preeklamsi mudah menjadi preeklamsi yang berat

bahkan menjadi eklamsi pada saat persalinan yang dikarenakan rangsangan yang berasal dari His persalinan merupakan rangsangan yang kuat. Maka apabila terdapat masalah dapat ditegakkan Diagnosa dan perencanaan asuhan yang akan diberikan pada persalinan diperlukan memantau KU,TTV dan pantau kesejahteraan Ibu dan Janin. Kemudian rencana asuhan yang dilakukan saat persalinan dengan Preeklamsi selain kolaborasi dengan Dokter dan melakukan rujukan, persalinan dapat dilakukan dengan spontan dengan mempercepat dan memperpendek kala II, kemudian pemberian sedativa ringan, seperti tablet Phenobarbital 3 x 30 mg dan diazepam 3 x 2 mg.

3. Managemen Asuhan Bayi Baru Lahir

Langkah I : Pengkajian

Data fokus yang akan dikaji pada saat bayi baru lahir adalah berupa pengkajian data objektif. Data objektif yang perlu dikaji yaitu pada saat kelahiran periksa tonus otot dan warna kulit bayi, apakah bayi mampu bernapas normal atau tidak. Periksa tanda-tanda vital pada bayi (frekuensi pernapasan, denyut jantung, suhu) , pengkajian antropometri (berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada) serta pemeriksaan fisik bayi.

Langkah II : Interpretasi data dasar

Berdasarkan dari pengumpulan data dasar pada langkah I dapat ditegakkan diagnosa pada bayi Ny. S ditambah apakah neonatus cukup bulan, apakah bayi lahir sesuai masa kehamilan, apakah bayi lahir secara spontan pervaginam atau secara sectio caesarea dan dengan kasus apa bayi lahir saat ini sesuai dengan diagnosa pada nomenklatur kebidanan.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial ditegakkan berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah ditemukan pada langkah II serta apakah perlu dilakukan antisipasi tindakan ketika bayi lahir jika masalah potensial terjadi.

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera

Kebutuhan terhadap tindakan segera pada saat bayi baru lahir dilakukan berdasarkan hasil identifikasi yang telah ditemukan pada langkah sebelumnya. Dimana jika bayi Ny. S mengalami situasi gawat sehingga harus dilakukan tindakan segera. Tindakan segera dapat dilakukan dengan asuhan mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada bayi Ny. S, jika terdapat masalah seperti masalah yang dapat mengakibatkan terjadinya persalinan prematur dan BBLR, maka akan dilakukan Kolaborasi dengan dokter untuk penanganan bersalin pada By.Ny. S dengan persalinan prematur, karena persalinan prematur menyebabkan bayi lahir dengan berat lahir rendah (BBLR) sehingga dibutuhkan fasilitas yang lebih lengkap untuk membantu proses persalinan ibu dan juga saat bayinya lahir ketika pemeriksaan setelah bayi lahir, selain itu mempertahankan suhu bayi agar tetap hangat sehingga bayi tidak mengalami hipotermi dan ajarkan ibu metode kanguru. Jika bayi mengalami asfiksia neonatorum maka asuhan yang diberikan adalah melakukan resusitasi. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang

ditentukan oleh langkah sebelumnya termasuk pemberian injeksi vitamin K dan pemberian imunisasi hepatitis, mempertahankan suhu agar tetap hangat. Selain itu mengawasi tanda-tanda bahaya pada Bayi Baru Lahir

4. Manajemen Asuhan Nifas

Langkah I : Pengkajian

Data fokus yang akan dikaji pada kunjungan nifas adalah pengkajian data subjektif dan objektif. Pada data subjektif dilakukan pengkajian berupa keluhan yang ibu rasakan, apa ada nyeri di bekas luka jahitan (jika ada jahitan disekitar perineum), apa ada kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari seperti pola makan, eliminasi, istirahat dan mobilisasi. Pada data objektif dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, respirasi, suhu dan nadi), melakukan pemeriksaan fisik kepada ibu untuk mengetahui apakah ASI sudah keluar, uterus berkontraksi dengan baik, melihat jumlah perdarahan dan keadaan perineum, serta untuk mengetahui apakah ada tanda bahaya yang mungkin terjadi pada ibu.

Langkah II : Interpretasi data dasar

Berdasarkan dari pengumpulan data dasar pada langkah I dapat ditegakkan diagnosa pada Ny. S ditambah dengan jumlah persalinan, kondisi bayi saat lahir apakah cukup bulan atau kurang bulan, apakah ibu melahirkan kurang bulan atau prematur, apakah ibu pernah keguguran, jumlah anak yang hidup dan dengan kasus apa bayi lahir saat ini sesuai dengan diagnosa pada nomenklatur kebidanan.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial ditegaskan berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah ditemukan pada langkah II serta apakah perlu dilakukan antisipasi tindakan jika masalah potensial terjadi.

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera

Kebutuhan terhadap tindakan segera pada saat masa nifas dilakukan berdasarkan hasil identifikasi yang telah ditemukan pada langkah sebelumnya. Dimana jika Ny. S mengalami situasi gawat sehingga harus dilakukan tindakan segera. Tindakan segera dapat dilakukan dengan asuhan mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada Ny. S ketika pemeriksaan setelah bayi lahir. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang akan diberikan saat masa nifas mencegah tanda-tanda bahaya yang mungkin akan terjadi pada masa nifas, melakukan kunjungan kepada pasien :

- 1) Kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah post partum

Tujuan :

- a) Mencegah perdarahan masa nifas
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan
- c) Memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
- d) Mobilisasi dini

- e) Pemberian ASI awal
 - f) Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi
 - g) 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 : 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

5. Managemen Asuhan Neonatus

Langkah I : Pengkajian

Data fokus yang akan dikaji pada saat masa neonatus adalah berupa pengkajian data objektif. Data objektif yang perlu dikaji yaitu tanda-tanda vital bayi (nadi, respirasi, suhu bayi), minum bayi, keadaan tali pusat bayi, kenaikan berat badan bayi, bagaimana ibu memberikan ASI, imunisasi bayi, apakah ada tanda-tanda infeksi pada bayi.

Langkah II : Interpretasi data dasar

Berdasarkan dari pengumpulan data dasar pada langkah I dapat ditegakkan diagnosa pada bayi Ny. S ditambah apakah neonatus cukup bulan, apakah bayi lahir sesuai masa kehamilan, apakah bayi lahir secara spontan pervaginam atau secara sectio caesarea, usia bayi saat dilakukan pemeriksaan dan dengan kasus apa bayi saat dilakukan pemeriksaan sesuai dengan diagnosa pada nomenklatur kebidanan.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial ditegakkan berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah ditemukan pada langkah II serta apakah perlu dilakukan antisipasi tindakan ketika bayi dilakukan pemeriksaan jika masalah potensial terjadi.

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera

Kebutuhan terhadap tindakan segera pada bayi dilakukan berdasarkan hasil identifikasi yang telah ditemukan pada langkah sebelumnya. Dimana jika bayi Ny. S mengalami situasi gawat sehingga harus dilakukan tindakan

segera. Tindakan segera dapat dilakukan dengan asuhan mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada bayi Ny. S ketika pemeriksaan dilakukan. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang akan diberikan yaitu melakukan kunjungan Neonatus :

1) Kunjungan Neonatal hari k – 1 (KN 1)

Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (< 24 jam).

Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6 - 24 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :

- a) Jaga kehangatan tubuh bayi
- b) Berikan Asi Eksklusif
- c) Cegah infeksi
- d) Rawat tali pusat

2. Kunjungan Neonatal hari ke 2 (KN 2)

- a) Jaga kehangatan tubuh bayi
- b) Berikan Asi Eksklusif
- c) Cegah infeksi
- d) Rawat tali pusat

3. Kunjungan Neonatal minggu ke - 3 (KN 3) Hal yang dilakukan :

Periksa ada / tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit, Lakukan :

- a) Jaga kehangatan tubuh
- b) Beri ASI Eksklusif
- c) Rawat tali pusat

6. Managemen Asuhan KB

Langkah I : Pengkajian

Data fokus yang akan dikaji pada kunjungan untuk dilakukan KB adalah pengkajian data subjektif dan objektif. Pada data subjektif dilakukan pengkajian berupa keluhan yang ibu rasakan, apakah ibu masih keluar darah nifas atau sudah datang haid. Pada data objektif dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, respirasi, suhu dan nadi), melakukan penimbangan berat badan.

Langkah II : Interpretasi data dasar

Berdasarkan dari pengumpulan data dasar pada langkah I dapat ditegakkan diagnosa pada Ny. S ditambah dengan jumlah persalinan, kondisi bayi saat lahir apakah cukup bulan atau kurang bulan, apakah ibu melahirkan kurang bulan atau prematur, apakah ibu pernah keguguran, jumlah anak yang hidup dan alat kontrasepsi apa yang ibu pilih.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial ditegaskan berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah ditemukan pada langkah II serta apakah perlu dilakukan antisipasi tindakan jika masalah potensial terjadi.

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera

Kebutuhan terhadap tindakan segera pada saat masa nifas dilakukan berdasarkan hasil identifikasi yang telah ditemukan pada langkah sebelumnya. Dimana jika Ny. S mengalami situasi gawat sehingga harus dilakukan tindakan segera. Tindakan segera dapat dilakukan dengan asuhan mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada Ny. S ketika pemeriksaan. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang diberikan mengenai alat kontrasepsi pada Ny.S yaitu mengenalkan alat Kontrasepsi IUD. Menjelaskan sesuai dengan Kondisi Ibu saat ini, Ny.S dengan Usia 36 tahun memiliki 4 orang anak dan riwayat penyakit yang pernah dialami yaitu seperti Preeklamsi Ringan saat hamil dengan Tekanan Darah yang cukup Tinggi yaitu 140/90 mmHg. Dengan kondisi Ny.S sesuai dengan Usia, Paritas dan Riwayat Penyakit Ny. S disarankan untu menggunakan KB non hormonal. Rencana Asuhan yang akan dilakukan, KIE tentang Pra pemasangan IUD, manfaat, keuntungan dan Kerugian dari IUD.

B. Konsep Dasar Teori

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

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

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan pelayanan kontrasepsi serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai dengan kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Varney, 2008)

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Kehamilan dengan Preeklamsia Ringan

1) Pengertian

Preeklamsi gangguan dengan etiologi yang tidak diketahui yang khusus pada wanita hamil. Bentuk sindrom yang lebih ringan (preeklamsi) ditandai oleh hipertensi, edema menyeluruh dan proteinuria yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan (biasanya pada trimester terakhir terakhir atau masa nifas awal). Adanya dua dari tiga tanda ini sudah dapat menegakkan diagnosis. Satu-

satunya pengecualian onset sebelum minggu ke-20 adalah PIH yang disertai penyakit trofoblastik (Benson, 2008)

2) Temuan Klinis

a) Tanda dan Gejala

Preeklamsi-Eklamsi ditandai oleh hipertensi, edema generalisata dan proteinuria tanpa penyakit vaskular atau renal. Tanda dan gejala muncul sejak minggu ke-20 kehamilan sampai minggu ke-6 setelah melahirkan.

b) Hipertensi

Hipertensi adalah tanda klinis kunci untuk diagnosa PIH. Hipertensi pada kehamilan adalah peningkatan tekanan darah sistolik 30 mmHg, peningkatan tekanan distolik 15 mmHg atau tekanan darah 140/90 mmHg. Hipertensi juga terjadi pada peningkatan tekanan arterial rerata 20 mmHg. Angka-angka tersebut harus terjadi paling sedikit dua kali, selang 6 jam atau lebih dan didasarkan pada catatan tekanan darah terdahulu.

c) Edema

Edema adalah tanda PIH yang paling tidak tepat, karena edema dianggap normal terjadi pada kehamilan dan hingga 40% ibu hamil dengan PIH atau Preeklamsi tidak mengalami edema. Namun, kriteria berikut dapat mempermudah diagnosa :

(1). Penumpukan cairan dalam jaringan secara generalisata, yaitu pitting edema > +1 setelah tirah baring 1 jam

(2). Penambahan Berat Badan 2kg/ minggu karena pengaruh kehamilan

(3). Edema non dependen pada tangan dan muka yang timbul pada saat bangun pagi

d) Proteinuria

proteinuria pada kehamilan seringkali merupakan tanda terakhir yang timbul dan didefinisikan sebagai 0,3 g/liter dalam urine 24 jam atau > 1 g/liter (+ 1 sampai +2 dengan metode dipstik) dengan urinalis pada urin aliran tengah atau kateter secara acak. Hingga 30% ibu hamil dengan eklamsi tidak akan mengalami proteinuria, tetapi jika terjadi, proteinuria menandai peningkatan resiko janin (lebih mungkin bayi KMK dan terjadi peningkatan kematian perinatal)

jika hanya itu terdapat kriteria preeklamsi, maka digolongkan sebagai preeklamsi ringan. Kriteria preeklamsi berat adalah sebagai berikut :

(1). Tekanan darah sistolik >160 atau diastolik >110 (saat tirah baring, pada dua kejadian paling sedikit selang 6 jam)

(2). Proteinuria >5 g/ 24 jam (+3 sampai +4 dengan dipstik)

(3). Oliguria (< 500 ml/24 jam)

(4). Gangguan serebral atau visual

(5). Nyeri epigastrik

(6). Edema paru atau sianosis. Sakit kepala menyeluruh, berat dan menetap, vertigo, malaise serta iritabilitas saraf

merupakan gejala-gejala yang menonjol pada kasus preeklamsi berat. Skotoma yang berkilauan dan kebutaan parsial atau komplit disebabkan oleh edema retina, perdarahan retina atau pelepasan retina. Nyeri epigastrik, mual dan nyeri tekan hati merupakan akibat bendungan atau trombosis sistem periportal dan perdarahan subkapsular hati.

3) Komplikasi

Komplikasi pada ibu terutama berkaitan dengan memburuknya preeklamsi menjadi eklamsi. Komplikasi pada janin berhubungan dengan insufisiensi uteroplasenta akut dan kronis (misal, janin KMK asimetris, lahir mati atau gawat janin intra partum) serta persalinan dini (komplikasi prematurus).

a) Komplikasi Dini

Kejang meningkatkan angka kematian ibu 10 kali lipat dan kematian janin 40 kali lipat. Penyebab kematian ibu karena preeklamsi/eklamsi adalah kolaps sirkulasi (henti jantung, edema paru, syok), perdarahan otak dan gagal ginjal. Janin biasanya meninggal karena hipoksia, asidosis atau solusio plasenta. Kebutaan atau paralisis (karena lepasnya retina atau perdarahan intrakranial) dapat menetap pada ibu hamil preeklamsi/eklamsi yang bertahan hidup.

Sekitar 30 % pasien yang mengalami solusio plasenta mempunyai salah satu jenis gangguan hipertensi. Kira-kira

separuh dari ibu hamil akan ditemukan menderita hipertensi dan sekitar seperempat akan mengalami preeklamsi/eklamsi.

Perdarahan postpartum kerap terjadi pada ibu hamil dengan preeklamsi/eklamsi dengan sindrom hipertensi selama kehamilan. Persalinan yang kurang bulan dengan kemungkinan kesakitan dan kematian neonatus yang menyertainya merupakan resiko utama pada penderita preeklamsi/eklamsi.

b) Komplikasi lanjut

15-30% dengan preeklamsi berat atau eklamsi berat (tanpa penyakit hipertensi atau penyakit ginjal sebelumnya) mengalami kekambuhan preeklamsi/eklamsi pada kehamilan berikutnya. Namun, jika masalah mereka bukan preeklamsi tetapi penyakit kardiovaskuler hipertensif kronik yang tidak terdiagnosis, angka kekambuhannya mendekati 100%. Hipertensi menetap, akibat kerusakan pembuluh darah dapat terjadi akibat preeklamsi/eklamsi berat pada 30%-50%.

4) Prognosis

a) Pada Ibu

Prognosis pada ibu hamil dengan preeklamsi/eklamsi. Kematian karena preeklamsi 0,1%. Jika terjadi kejang eklamptik, 5%-7% ibu akan meninggal. Penyebab kematian meliputi perdarahan intrakranial, syok, gagal ginjal, pelepasan premature plasenta dan pneumonia aspirasi. Lebih lanjut, hipertensi kronik dapat merupakan sekuele eklamsia

Hipertensi kronik dapat terjadi sebelum konsepsi atau kehamilan < 20 minggu atau hipertensi dapat menetap selama > 6 minggu postpartum. Hipertensi kronik dengan superimposed preeklamsi didefinisikan sebagai peningkatan sistolik ≥ 30 atau diastolik ≥ 15 dari nilai sebelumnya disertai edema non dependen atau proteinuria.

b) Pada Bayi

Kematian perinatal sebesar 20%. Sebagian besar bayi-bayi ini kurang bulan. Namun, dengan diagnosa dini dan pengobatan yang tepat, kematian ini mungkin dapat dikurangi hingga <10%.

5) Penatalaksanaan

Sasaran penatalaksanaan semua keadaan preeklamsi yang merupakan komplikasi kehamilan adalah untuk mencegah atau mengendalikan kejang, memastikan kelangsungan hidup ibu tanpa atau dengan kesakitan yang minimal serta melahirkan bayi yang mampu hidup tanpa sekuele serius.

a) Tatalaksana Umum :

- (1) Diet biasa tanpa pembatasan garam.
- (2) Asupan cairan tidak dibatasi (tetapi asupan dan pengeluaran cairan dicatat)
- (3) Posisi miring ke samping meningkatkan aliran darah ginjal yang akan mengurangi sebagian besar edema.

(4) Sediakan perawatan dan penanganan untuk komplikasi obstetri resiko tinggi.

(5) Kunci penatalaksanaan adalah tirah baring.

b) Tatalaksana hamil dengan preeklamsi Ringan :

(1) Tirah baring

(2) Penilaian tekanan darah setiap 4 jam (jika pasien bangun)
Penilaian Proteinuriaa setiap hari dengan dipstik urine.

(3) Kunjungan Dokter paling sedikit 2 kali seminggu

(4) Melakukan uji tanpa beban (nonstress test) setiap minggu
(atau pemeriksaan kesejahteraan janin lainnya)

(5) Penghitungan gerakan janin oleh ibu

(6) Mengajarkan pasien dengan cermat tentang berbagai tanda klinis yang memerlukan rawat inap segera, seperti :
Proteinuria, peningkatan Tekanan Darah, sakit kepala hebat dan nyeri epigastrik.

c) Tatalaksana Hamil dengan Preeklamsi Berat (Sarwono,2010):

(1) Jika tekanan diastolik >110 mmHg, berikan antihipertensi, sampai tekanan diastolik di antara 90-100 mmHg.

(2) Pasang Infus RL dengan jarum besar (16 gauge atau lebih)

(3) Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai overload

(4) Kateterisasi urin untuk pengeluaran volume dan Proteinuria.

- (5) Jika jumlah urine < 30 ml per jam :
 - infus cairan dipertahankan 1 1/8 jam
 - pantau kemungkinan edema paru
- (6) Jangan meninggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin
- (7) Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung janin setiap jam.
- (8) Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru. Krepitasi merupakan tanda edema paru. Jika ada edema paru, stop pemberian cairan dan berikan diuretik misalnya furosemide 40 mg IV.
- (9) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan *bedside*. Jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulopati.

d) Penatalaksanaan Kejang

- (1) Beri obat antikonvulsan
- (2) perlengkapan untuk penanganan kejang (jalan napas, sedotan, masker oksigen dan oksigen)
- (3) Lindungi pasien dari kemungkinan trauma
- (4) Aspirasi mulut dan tenggorokan
- (5) Baringkan pasien pada sisi kiri, posisi Trendelenburg untuk mengurangi resiko aspirasi
- (6) Beri O₂ 4-6 Liter/menit.

b. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III (Varney, 2007) :

1) Pusing

a) Penyebab

- (1) Tekanan darah tinggi
- (2) Pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai
- (3) Kurang makan

b) Cara mengatasi

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

2) Sakit pinggang dan punggung

a) Penyebab

- (1) Keletihan
- (2) Ukuran rahim yang makin membesar
- (3) Mekanisme tubuh yang kurang baik

b) Cara mengatasi

- (1) Jangan membungkuk saat mengambil barang, sebaiknya turunkan badan dalam posisi jongkok, baru kemudian mengambil barang yang dimaksud

(2) Istirahat, pijat, kompres dingin atau panas pada bagian yang sakit

3) Keputihan

a) Pengertian

Leukorea (white discharge, fluor albus, keputihan) adalah nama gejala yang diberikan kepada cairan yang dikeluarkan dari alat-alat genital yang tidak berupa darah. Dalam kondisi normal, kelenjar pada serviks menghasilkan suatu cairan jernih yang keluar, bercampur dengan bakteri, sel-sel vagina yang terlepas dan sekresi dari kelenjar Bartolin. Selain itu sekret vagina juga disebabkan karena aktivitas bakteri yang hidup pada vagina yang normal.

Seorang wanita lebih rentan mengalami keputihan pada saat hamil karena pada saat hamil terjadi perubahan hormonal yang salah satu dampaknya adalah peningkatan jumlah produksi cairan dan penurunan keasaman vagina serta terjadi pula perubahan pada kondisi pencernaan. Semua ini berpengaruh terhadap peningkatan risiko terjadinya keputihan, khususnya yang disebabkan oleh infeksi jamur.

Keputihan dapat bersifat normal (fisiologis) dan tidak normal (patologis). Dalam keadaan normal, cairan yang keluar cenderung jernih atau sedikit kekuningan dan kental seperti lendir serta tidak disertai

bau atau rasa gatal. Namun bila cairan yang keluar disertai bau, rasa gatal, nyeri saat buang air kecil atau warnanya sudah kehijauan atau bercampur darah, maka ini dapat dikategorikan tidak normal.

b) Penyebab

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

c) Dampak keputihan

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

(1) Kelahiran premature

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

(2) Ketuban pecah sebelum waktunya

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

(3) Berat badan bayi rendah

Keputihan yang berupa iritasi di area genital dengan timbulnya rasa panas dan gatal. Pada keadaan yang parah akan mengakibatkan nyeri pada daerah vulva dan vulva pada saat senggama. Penyebab keputihan ini adalah protozoa *Trichomonas vaginalis* yang ditularkan melalui hubungan seksual. Berdampak pada ibu hamil yaitu adanya bahaya kelahiran bayi yang beratnya rendah.

d) Cara mengatasi

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

4) Kaki bengkak

a) Penyebab

Keletihan

b) Cara mengatasi

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

5) Kram pada kaki

a) Penyebab

- (1) Tekanan pada rahim
- (2) Keletihan
- (3) Sirkulasi darah yang kurang ketungkai bagian bawah.

b) Cara mengatasi

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

6) Nyeri pinggang

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

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

c. Kehamilan Postterm atau lewat waktu

Kehamilan postterm atau lewat waktu merupakan masalah yang banyak dijumpai dan sampai saat ini pengelolaannya masih belum dapat memuaskan dan masih banyak perbedaan pendapat. Perlu adanya penetapan terlebih dahulu bahwa pada setiap kehamilan postterm dengan komplikasi seperti DM, kelainan faktor reshus atau isoimunisasi, preeklamsi/eklamsia, dan hipertensi kronis yang meningkatkan resiko terhadap janin (Sarwono, 2009).

Beberapa kontroversi dalam pengelolaan kehamilan postterm, antara lain :

- a) Apakah sebaiknya dilakukan pengelolaan secara aktif, yaitu dilakukan induksi setelah ditegakkan diagnosis postterm ataukah sebaiknya dilakukan pengelolaan secara ekspektatif/menunggu.
- b) Bila dilakukan pengelolaan aktif, apakah kehamilan sebaiknya diakhiri pada usia kehamilan 41 atau 42 minggu.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan kehamilan postterm adalah sebagai berikut :

- a) Menentukan apakah kehamilan memang telah berlangsung lewat bulan atau tidak.
- b) Identifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin. Lakukan pemeriksaan NST dan Contraction stress test dapat mengetahui kesejahteraan janin. Melakukan pemeriksaan Laboratorium seperti pemeriksaan kadar estriol. Pemantauan gerakana janin secara subjektif.
- c) Periks kematangan serviks dengan skor bishop.

3. Konsep Dasar Persalinan

a Tanda-tanda persalinan

Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu (Sumarah. dkk, 2009) :

1) Persalinan sesungguhnya

- a) Serviks menipis dan membuka
- b) Rasa nyeri dan interval teratur
- c) Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek
- d) Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah
- e) Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar kedepan
- f) Dengan berjalan bertambah intensitas
- g) Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
- h) Lendir darah semakin nampak
- i) Ada penurunan bagian kepala janin
- j) Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi
- k) Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya

2) Persalinan semu

- a) Tidak ada perubahan pada serviks
- b) Rasa nyeri tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
- d) Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi

- e) Kebanyakan rasa nyeri dibagian depan
 - f) Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
 - g) Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi uterus dengan intensitas nyeri
 - h) Tidak ada lendir darah
 - i) Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
 - j) Kepala janin belum masuk PAP walaupun ada kontraksi
 - k) Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu
- b) Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, Baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- 1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- 3) Membuat diagnosa atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi.
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
- 5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
- 6) Melaksanakan asuhan/intervensi terpilih.

7) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

c Pencatatan (dokumentasi)

Catat semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Aspek-aspek penting dalam pencatatan adalah :

- 1) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- 2) Identifikasi penolong persalinan
- 3) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan
- 4) Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca
- 5) Suatu sistem untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu siap tersedia
- 6) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis

d Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani proses persalinan normal namun sekitar 10-15 % diataranya akan mengalami masalah selama proses

persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit yang terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksana kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

- 1) Pembedahan, termasuk bedah sesar
- 2) Transfusi darah
- 3) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cunam
- 4) Pemberian antibiotik intravena
- 5) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir

Masukkan persiapan-persiapan dan informasi berikut kedalam rencana rujukan :

- 1) Siapa yang menemani ibu atau bayi baru lahir
- 2) Tempat-tempat rujukan mana yang lebih disukai ibu dan keluarga (jika ada lebih dari satu kemungkinan tempat rujukan, pilih tempat rujukan yang paling sesuai berdasarkan jenis asuhan yang diperlukan)
- 3) Sarana transportasi yang akan digunakan dan siapa yang akan mengendarainya. Ingat bahwa transportasi harus tersedia segera, baik siang maupun malam

- 4) Orang yang ditunjuk menjadi donor darah, jika transportasi darah diperlukan
- 5) Uang yang disisihkan untuk asuhan medik, transportasi, obat-obatan dan bahan-bahan
- 6) Siapa yang akan tinggal dan menemani anak-anak yang lain pada saat ibu tidak dirumah

e Persalinan dengan Ibu Preeklamsia Ringan

Preeklamsia Ringan timbul tidak hanya setelah usia kehamilan 20 minggu, namun gejala dari preeklamsia Ringan dapat timbul segera setelah melahirkan ataupun pada saat proses persalinan. Indikasi dan komplikasi persalinan pada ibu hamil dengan Preeklamsia Ringan menurut Benson, Ralph (2008) sebagai berikut :

1) Indikasi Persalinan

a) Kriteria Tekanan Darah

- (1) Diastolik tetap > 100 selama 24 jam
- (2) Diastolik Tekanan Darah tunggal > 110 meskipun sudah tirah baring

b) Kelainan Laboratorium

- (1) Proteinuria $> 1\text{g}/24$ jam
- (2) Peningkatan kreatinin serum
- (3) Pemeriksaan fungsi hati abnormal
- (4) Trombositopenia

2) Komplikasi Ibu

- a) Sindrome HELLP
- b) Eklamsia
- c) Edema Paru
- d) Dekompensasi Jantung
- e) Koagulopati
- f) Gagal Ginjal
- g) Nyeri Epigastrik, gejala-gejala serebral

3) Asuhan Persalinan dengan Preeklamsia Ringan

Penanganan Preeklamsia ringan menurut Rukiyah (2010), dapat dilakukan dengan dua cara tergantung gejala yang timbul yakni :

- a) Penatalaksanaan rawat jalan pasien preeklamsia ringan, dengan cara : ibu dianjurkan banyak istirahat (berbaring,tidur/miring), diet : cukup protein, rendah karbohidrat,lemak dan garam; pemberian sedativa ringan : tablet phenobarbital 3x30 mg atau diazepam 3x2 mg/oral selama 7 hari (atas instruksi dokter); roborantia; kunjungan ulang selama 1 minggu; pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, hematokrit, trombosit, urin lengkap, asam urat darah, fungsi hati, fungsi ginjal.
- b) Penatalaksanaan rawat tinggal pasien preeklamsi ringan berdasarkan kriteria : setelah duan minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala-gejala preeklamsia; kenaikan berat badan ibu 1kg atau lebih/minggu

selama 2 kali berturut-turut (2 minggu); timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda preeklamsia berat.

- c) Bila setelah satu minggu perawatan diatas tidak ada perbaikan maka preeklamsia ringan dianggap sebagai preeklamsia berat. Jika dalam perawatan dirumah sakit sudah ada perbaikan sebelum 1 minggu dan kehamilan masih preterm maka penderita tetap dirawat selama 2 hari lagi baru dipulangkan. Perawatan lalu disesuaikan dengan perawatan rawat jalan.

Menurut Ratna Dewi (2012), asuhan yang dapat diberikan adalah :

- a) Bila desakan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinan ditunggu sampai aterm.
- b) Bila desakan darah turun tetapi belum mencapai normotensif selama perawatan maka kehamilannya dapat diakhiri pada umur kehamilan 37 minggu atau lebih
- c) Pada kehamilan aterm 37 minggu atau lebih, persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan persalinan atau pertimbangkan untuk melakukan persalinan pada taksiran tanggal persalinan.
- d) Persalinan dapat dilakukan secara spontan. Bila perlu memperpendek kala II.

Pengobatan hanya dapat dilakukan secara simptomatis (pencegahan) karena etiologi pre eklamsia dan faktor – faktor apa dalam kehamilan yang menyebabkannya belum diketahui, tujuan

penanganan ialah: Mencegah terjadinya pre eklamsia berat dan eklamsia, Melahirkan janin hidup, Melahirkan janin dengan trauma sekecil-kecilnya.

4) Asuhan Persalinan dengan Preeklamsi Berat

Penanganan Preeklamsi Berat dan Eklamsi sama, kecuali bahwa persalinan harus berlangsung dalam 12 jam setelah timbulnya kejang pada Eklamsi.

- a) Pada Preeklamsi Berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam, sedang pada eklamsi dalam 12 jam sejak gejala eklamsi timbul
- b) Jika terdapat gawat janin, atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 12 jam (pada Eklamsi) maka lakukan Seksio Caesaria.
- c) Jika Seksio Caesaria akan dilakukan, perhatikan bahwa :
 - Tidak terdapat Koagulopati
 - Anastesi yang aman atau terpilih adalah anastesi umum. Jangan lakukan anastesi lokal, sedang anastesi spinal berhubungan dengan resiko hipotensi.
- d) Jika anastesi yang umum tidak tersedia, atau janin meninggal, atau terlalu kecil, lakukan persalinan pervaginam.
 - Jika serviks matang, lakukan induksi dengan oksitosin 2-5 IU dalam 500 ml dekstrose 10 tetes/menit atau dengan prostaglandin.

Penatalaksanaan cairan dan asuhan pendukung untuk berbagai komplikasi organ akhir Preeklamsi Berat biasanya memerlukan persalinanm segera. Penatalaksanaan harus mencakup terapi anti

hipertensi dan akhirnya kehamilan. Terapi Profilaksis kejang, meliputi :

- a) Magnesium Sulfat ($MgSO_4$) intravena harus diberikan selama persalinan dan selama evaluasi awal pasien penderita Preeklamsi.
- b) $MgSO_4$ digunakan untuk menghentikan dan atau mencegah konvulsi tanpa menyebabkan depresi umum untuk ibu maupun janin
- c) $MgSO_4$ tidak diberikan untuk mengobati hipertensi
- d) Dosis awal : 4 gr $MgSO_4$ diencerkan dalam 10 ml, larutan cairan IV lambat.
- e) Dosis Lanjutan : diberikan Infuse 6 gr dalam larutan RL per 6 jam atau diberikan 4 atau 5 gr IV. Selanjutnya maintenance dose diberikan 4 gr IV tiap 4-6 jam.
- f) $MgSO_4$ harus selalu diberikan dengan metode infuse terkendali atau pantau untuk mencegah overdosis yang dapat bersifat fatal.
- g) Syarat-syarat $MgSO_4$: harus tersedia antidotum $MgSO_4$, bila terjadi intoksikasi yaitu kalsiumglukonas 10% = 1 gr (10% dalam 10 cc) IV 3 menit, reflek patella +, pernapasan > 16x/menit , tidak ada tanda-tanda distress napas.
- h) $MgSO_4$ dihentikan bila ada tanda-tanda intoksasi, telah 24 jam pasca persalinan atau 24 jam setelah kejang terakhir.

Magnesium Sulfat merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada Preeklamsi dan Eklamsi. Dan alternatif lain

adalah Diazepam, dengan resiko terjadinya Depresi Neonatal (Sarwono, 2010).

Pemberian MgSO₄ untuk Preeklamsi dan Eklamsi :

a) Dosis Awal :

- MgSO₄ 4 gr IV sebagai larutan 20% selama 5 menit
- Diikuti dengan MgSO₄ (50%) 5 gr IM dengan 1 ml lignokain (dalam semprit yang sama).
- Pasien akan merasa sedikit panas sewaktu pemberian MgSO₄.

b) Dosis Pemeliharaan

- MgSO₄ (50%) 5 gr + lignokain 2% 1 ml IM setiap 4 jam
- Lanjutkan sampai 24 jam pasca persalinan atau kejang terakhir

c) Sebelum pemberian MgSO₄, Periksa :

- Frekuensi Pernapasan minimal 16x/menit
- Refleks patella +
- Urine minimal 30ml/jam

d) Stop Pemberian MgSO₄, Jika :

- Frekuensi Pernapasan < 16 x/menit
- Refleks patella (-)
- Urine < 30ml/jam

e) Siapkan Antidotum :

- Jika terjadi henti napas, bantu dengan ventilator
- Beri kalsium glukonat 2 gr (20 ml dalam larutan 10%) IV perlahan-lahan sampai pernapasan mulai lagi.

Pemberian Diazepam pada Preeklamsi dan Eklamsi

a) Dosis Awal :

- Diazepam 10 mg IV perlahan-lahan dalam 2 menit
- Jika kejang berulang, ulangi dosis awal

b) Dosis pemeliharaan :

- Diazepam 40 mg dalam 500 ml larutan RL per Infuse
- Depresi Pernapasan ibu mungkin akan terjadi jika dosis > 3 mg/jam
- Jangan berikan > 100 mg/24 jam

c) Pemberian melalui Rektum :

- Jika pemberian IV tidak mungkin, diazepam dapat diberikan per rektal dengan dosis awal 20 mg dalam semprit 10 ml
- Jika masih terjadi kejang, beri tambahan 10 ml/jam
- Dapat pula diberikan melalui kateter urine yang dimasukkan ke dalam rektum

5) Persalinan Postterm atau lewat waktu

Kehamilan postterm atau lewat waktu merupakan masalah yang banyak dijumpai dan sampai saat ini pengelolaannya masih belum dapat memuaskan dan masih banyak perbedaan pendapat. Perlu adanya penetapan terlebih dahulu bahwa pada setiap kehamilan postterm dengan komplikasi seperti DM, kelainan faktor reshus atau isoimunisasi, preeklamsi/eklamsia, dan hipertensi kronis yang meningkatkan resiko terhadap janin (Sarwono, 2009).

Beberapa kontroversi dalam pengelolaan kehamilan postterm, antara lain :

- c) Apakah sebaiknya dilakukan pengelolaan secara aktif, yaitu dilakukan induksi setelah ditegakkan diagnosis postterm ataukah sebaiknya dilakukan pengelolaan secara ekspektatif/menunggu.
- d) Bila dilakukan pengelolaan aktif, apakah kehamilan sebaiknya diakhiri pada usia kehamilan 41 atau 42 minggu.

Pengelolaan selama persalinan kehamilan dengan Postterm, antara lain :

- a) Pemantauan yang baik terhadap ibu (aktivitas uterus) dan kesejahteraan janin.
- b) Hindari penggunaan obat peneang atau analgetika selama persalinan
- c) Awasi jalannya persalinan
- d) Persiapan oksigen dan bedah sesar bila sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan
- e) Cegah terjadinya aspirasi mekoneum dengan segera mengusap wajah neonatus dan dilanjutkan dengan resusitasi sesuai dengan prosedur pada janin dengan cairan ketuban yang bercampur mekonium.
- f) Segera setekah lahir, bayi harus segera diperiksa terhadap kemungkinan hipoglikemi, hipotermi.
- g) Pengawasan ketat terhadap neonatus dengan tanda-tanda postmaturitas

h) Hati-hati kemungkinan terjadi distosia bahu karena bayi besar

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

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

- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi.
- b) Pakai sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c) Semua peralatan dan perengkapan yang akan di gunakan telah di DTT atau steril. Khusus untuk bola karet penghisap lender jangan dipakai untuk lebih dari satu bayi.
- d) Handuk, pakaian atau kain yang akan digunakan dalam keadaan bersih (demikian juga dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dll).
- e) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK-KR, 2008).

2) Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah lahir lakukan penilaian awal secara cepat dan tepat (0-30 detik) buat diagnose untuk dilakukan asuhan berikutnya, yang dinilai (Sukarni, 2013) :

- a) Usaha nafas bayi menangis keras ?
- b) Warna kulit cyanosis atau tidak ?
- c) Gerakan aktif atau tidak

Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008).

Tabel 2.2 Apgar Skor

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

(Sumber : Saifuddin, 2006)

Klasifikasi (Saifuddin, 2006) :

- Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
- Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
- Asfiksia berat (apgar skor 0-3)

3) Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

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

- a) Periksa bayi di bawah pemancar panas dengan penerangan yang cukup, kecuali ada tanda-tanda jelas bahwa bayi sudah kepanasan.

- b) Untuk kasus bayi baru lahir rujukan, minta orang tua/keluarga bayi hadir selama pemeriksaan dan sambil berbicara dengan keluarga bayi serta sebelum melepaskan pakaian bayi, perhatikan warna kulit, frekuensi nafas, postur tubuh, reaksi terhadap rangsangan dan abnormalitas yang nyata.
 - c) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan.
 - d) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan.
 - e) Bersikap lembut pada waktu memeriksa.
 - f) Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah pemeriksaan *head to toe* secara sistematis.
 - g) Jika ditemukan factor risiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
 - h) Catat setiap hasil pengamatan .
- 4) Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Pinem (2009), tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a) Sulit menyusu
- b) Letargi (tidur terus sehingga tidak menyusu)
- c) Demam (suhu badan $>38^{\circ}\text{C}$ atau hipotermi $<36^{\circ}\text{C}$)
- d) Tidak BAB atau BAK setelah 3 hari lahir (kemungkinan bayi mengalami atresia ani), tinja lembek, hijau tua, terdapat lendir atau darah pada tinja

- e) Sianosis (biru) atau pucat pada kulit atau bibir, adanya memar, warna kulit kuning (ikterus) terutama dalam 24 jam pertama
- f) Muntah terus menerus dan perut membesar
- g) Kesulitan bernafas atau nafas lebih dari 60 kali per menit
- h) Mata bengkak dan bernanah atau berair
- i) Mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah
- j) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah

5) Bayi Baru Lahir dengan Ibu Preeklamsia Ringan

Ibu hamil dengan Preeklamsia Ringan meningkatkan kemungkinan kelahiran preterm dan kecil untuk masa kehamilan. Kelainan janin yang kemungkinan dapat terjadi antara lain :

a) Gawat Janin

(1) Asuhan yang dapat diberikan adalah :

- (a) Periksa Tanda-Tanda Vital Ibu
- (b) Lakukan observasi pemantauan DJJ dan gerakan janin.
- (c) Segera berikan ibu Oksigen untuk membantu pemasukan O₂ kepada janin.

(2) Janin KMK dengan kegagalan tumbuh pada USG mingguan

6) Bayi lahir dengan Postterm

Pengaruh kehamilan postterm terhadap janin sampai saat ini masih menjadi perdebatan. Beberapa ahli menyatakan bahwa kehamilan postterm menambah bahaya pada janin, sedangkan

beberapa ahli lainnya menyatakan bahwa bahaya kehamilan postterm terhadap janin terlalu dilebihkan. Fungsi plasenta mencapai puncak pada kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan resiko 3 kali. Akibat dari proses penuaan plasenta, pemasukan makanan dan oksigen akan menurun disamping adanya spasme arteri spiralis.

Dapat dikenali pada neonatus postterm dapat ditemukan beberapa tanda seperti gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering, keriput, kuku tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks kaseosa dan lanugo, maserasi kulit terutama daerah lipat paha dan genital luar, warna coklat kehijauan atau kekuningan pada kulit dan tali pusat dan rambut kepala tampak banyak dan tebal.

Bayi yang mengalami postterm dapat dibagi menjadi 3 stadium : Stadium I : Kulit menunjukkan kehilangan verniks kaseosa dan maserasi berupa kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas. Stadium II : gejala seperti kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas disertai pewarnaan mekoneum (kehijauan) pada kulit. Dan Stadium III : terdapat pewarnaan pada kuku, kulit dan tali pusat. Apabila saat bayi lahir ditemukan cairan ketuban yang terwarnai mekoneum harus segera dilakukan Resusitasi, yaitu penghisapan lendir secara agresif sebelum dada janin lahir, bila mekoneum tampak pada pita suara, pemberian ventilasi dengan tekanan positif di tangguhkan dahulu sampai trakea telah diintubasi dan penghisapan yang cukup, kemudian

Intubasi Trakea harus dilakukan rutin bila ditemukan mekoneum yang tebal (Sarwono, 2010)

5. Konsep Dasar Nifas

a Tahapan Dalam Masa Nifas (Suherni dkk, 2009):

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

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan atau tahun. Dalam agama islam telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari. Kebijakan Program Pemerintah Dalam Asuhan Masa Nifas paling sedikit melakukan 4 kali kunjungan nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan antara lain 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, dan 6 minggu setelah persalinan (Manuaba, 2010).

b Perubahan Fisiologis Masa Nifas

- 1) Perubahan sistem reproduksi
- 2) Involusi uterus

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

a) Iskemia miometrium

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

b) 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.

c) 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 2.3 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 symphisis	450-500 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

3) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organism 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) :

a) 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.

b) Lochea Sangiolenta

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

c) 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.

d) 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.

e) Loche Purulenta

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

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) Memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
- d) Mobilisasi dini
- e) Pemberian ASI awal
- f) Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi

g) 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 : 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 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 dari pada ibu hamil.

2) Ambulasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan

tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan dan pada hari ke 4 atau 5 sudah boleh pulang. Mobilisasi diatas mempunyai variasi yang berbeda, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka

3) Eliminasi

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

4) Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi 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 episiotomi, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetalianya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut

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

11) Rencana kontrasepsi

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

12) Senam nifas

Senam nifas yaitu gerakan untuk mengembalikan otot perut yang kendur karena peregangan selama hamil. Senam nifas ini dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Gerakan senam nifas (Suherni dkk, 2009) .

13) Perawatan payudara

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

6. Konsep Dasar Neonatus

a Kunjungan Neonatal

1) Pengertian

Kunjungan dimulai dengan wawancara singkat dengan ibu atau ayah. Perhatian khusus harus diberikan pada isu-isu yang tidak tuntas, yang berhubungan dengan pengalaman persalinan dan kelahiran atau perawatan bayi segera setelah lahir. Orang tua perlu mendiskusikan setiap memori atau pandangan keliru yang mereka miliki tentang periode tersebut (Varney, 2008).

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali untuk mendapatkan pelayanan dasar dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah. Bentuk pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi) pemberian vitamin K dan penyuluhan neonatal di rumah menggunakan buku KIA (Depkes RI, 2004).

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

1) Kunjungan Neonatal hari k – 1 (KN 1)

Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (24

jam). Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6 - 24 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :

- a) Jaga kehangatan tubuh bayi
- b) Berikan Asi Eksklusif
- c) Cegah infeksi
- d) Rawat tali pusat

2) Kunjungan Neonatal hari ke 2 (KN 2)

- a) Jaga kehangatan tubuh bayi
- b) Berikan Asi Eksklusif
- c) Cegah infeksi
- d) Rawat tali pusat

3) Kunjungan Neonatal minggu ke - 3 (KN 3) Hal yang dilakukan :

Periksa ada / tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit, Lakukan :

- a) Jaga kehangatan tubuh
- b) Beri ASI Eksklusif
- c) Rawat tali pusat

2) Tujuan

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

konferensial, Manajemen Terpadu Bayi Muda untuk bidan/perawat, yang meliputi :

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

Tujuan kunjungan ada tiga, yaitu: mengidentifikasi gejala penyakit, merekomendasikan tindakan pemindaian, dan mendidik serta mendukung orang tua. Bidan harus memiliki rencana untuk kunjungan yang pertama kali, yang harus mencakup :

- (1) Tinjau riwayat maternal, riwayat kelahiran, perawatan neonatus segera setelah lahir
- (2) Observasi orang tua dan lakukan wawancara tentang penyesuaian keluarga
- (3) Kaji riwayat interval, pemberian makan, kewaspadaan, dan menangis, juga masalah pada usus, kandung kemih, dan masalah lain
- (4) Ukur berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala

- (5) Lakukan pemeriksaan fisik
- (6) Tinjau kebutuhan untuk penapisan metabolik.
- (7) Beri penyuluhan dan pedoman antisipasi
- (8) Jadwalkan kunjungan selanjutnya
- (9) Tinjau cara untuk menghubungi tenaga perawatan jika terjadi kondisi darurat (Varney, 2008).

7. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a Pengertian

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).

Asuhan pada Ibu yang dengan Preeklamsia Post Pasrtum atau saat hamil mengalami preeklamsia berdasarkan teori, dan melihat kondisi ibu dengan riwayat tekanan darah yang tinggi, usia ibu dan paritas alat kontrasepsi yang disarankan adalah alat kontrasepsi Non Hormonal.

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) (Sarwono, 2013)

a) Pengertian

- (1) Sangat efektif, berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun)
- (2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
- (3) Dapat dipakai oleh semua perempuan repsoduksi

b) Jenis

- (1) AKDR CUT-380A, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T
- (2) AKDR Indonesia yaitu NOVA T

c) Cara kerja

- (1) Menghambat kemampuan sperma ketuba falopii
- (2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovummencapai kavum uteri Memungkinkan untuk mencegah sperma implantasi telur dalam uterus

d) Keuntungan

- (1) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi
- (2) Tidak mempengaruhi produksi ASI
- (3) Membantu mencegah kehamilan ektopik

e) Kerugian

- (1) Efek samping yang sering terjadi
- (2) Perubahan siklus haid
- (3) Haid lebih banyak dan lam
- (4) Perdarahan spotting
- (5) Saat haid lebih sakit
- (6) Tidak mencegah IMS
- (7) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu kewaktu terjadi.

f) Indikasi pemakaian IUD

- (1) Usia reproduktif

- (2) Keadaan nulipara
- (3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- (4) Perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- (6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- (7) Risiko rendah dari IMS
- (8) Tidak menghendaki metoda hormonal
- (9) Tidak menyukai mengingat-ingat minum pil setiap hari
- (10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1 - 5 hari senggama
- (11) Perokok
- (12) Gemuk ataupun kurus

g) Kontraindikasi Pemakaian IUD

- (1) Sedang hamil
- (2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- (3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis)
- (4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus Septik
- (5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- (6) Penyakit trofoblas yang ganas
- (7) Diketahui menderita TBC pelvik

(8) Kanker alat genital

(9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm

b Langkah-langkah Konseling KB (Saifuddin, 2006)

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon klien KB yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Beberapa klien membutuhkan lebih banyak perhatian pada langkah satu dibandingkan dengan langkah yang lainnya.

Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut :

- 1) SA : SApa dan SAlam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
- 2) T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat, dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita

memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

- 3) U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia inginkan, serta jelaskan jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Juga jelaskan alternatif kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien. Uraikan juga mengenai risiko penularan HIV/AIDS dan pilih metode ganda.
- 4) TU : Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka. Petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut. Jika memungkinkan diskusikan mengenai pilihan tersebut kepada pasangannya. Pada akhirnya yakinkan bahwa klien telah membuat suatu keputusan yang tepat. Petugas dapat menanyakan apakah anda sudah memutuskan pilihan jenis kontrasepsi ? atau apa jenis kontrasepsi terpilih yang akan digunakan ?
- 5) J : Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya.jelaskan bagaimana

alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya. Sekali lagi doronglah klien untuk bertanya dan petugas menjawab secara jelas dan terbuka. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi, misalnya kondom yang dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS). Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.

- 6) U : Perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

c Perencanaan Keluarga dan Penapisan Klien (Saifuddin 2006)

- 1) Perencanaan keluarga
 - a) Seorang perempuan telah dapat melahirkan, segera setelah ia mendapat haid yang pertama (menarche)
 - b) Kesuburan seseorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid (menopause)
 - c) Kehamilan dan kelahiran terbaik, artinya risiko paling rendah untuk ibu dan anak adalah antara 20-35 tahun
 - d) Persalinan pertama dan kedua paling rendah risikonya
 - e) Jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2-4 tahun.

2) Penapisan klien

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi (misalnya pil KB, suntikan, atau AKDR) adalah menentukan apakah ada :

- a) Kehamilan
- b) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- c) Masalah (misalnya diabetes, tekanan darah tinggi, atau penyakit lain yang berhubungan dengan hormonal) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA

PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Penelitian

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

Istilah rancangan penelitian digunakan dalam dua hal, yaitu rancangan penelitian merupakan strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan rancangan penelitian digunakan untuk mendefinisikan struktur penelitian yang dilaksanakan.

B. Kerangka Kerja Penelitian

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

Jenis asuhan yang digunakan adalah komprehensif, yaitu memberikan asuhan secara menyeluruh melalui teknik wawancara dan observasi kepada pasien di mana pelaksanaan di mulai dari :

1. Penjaringan Pasien

Penjaringan pasien di lakukan mulai tanggal 7 maret 2016

2. Pengkajian pasien

Setelah di lakukan penjaringan pasien selanjutnya mendatangi rumah pasien untuk melakukan pengkajian data dengan menanyakan identitas, keluhan saat ini serta melakukan pemeriksaan fisik.

3. Wawancara

Dalam pelaksanaan studi kasus proses wawancara berfungsi untuk menanyakan hal-hal yang dibutuhkan baik kepada pasien maupun keluarga pasien seperti identitas, keluhan ibu, riwayat penyakit, dll untuk menunjang diagnosa.

4. Observasi

Observasi yaitu melakukan pemeriksaan terhadap ibu dimana dengan tujuan untuk mengetahui keadaan ibu dan bayi ibu saat ini serta untuk menegakkan diagnosa.

5. Studi Literatur

Setiap pelaksanaan asuhan melakukan pendokumentasian / literatur asuhan dengan metode SOAP.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan akan dilaksanakan pada tanggal 25 april-4 juni 2016 , di mana asuhan yang diberikan yaitu :

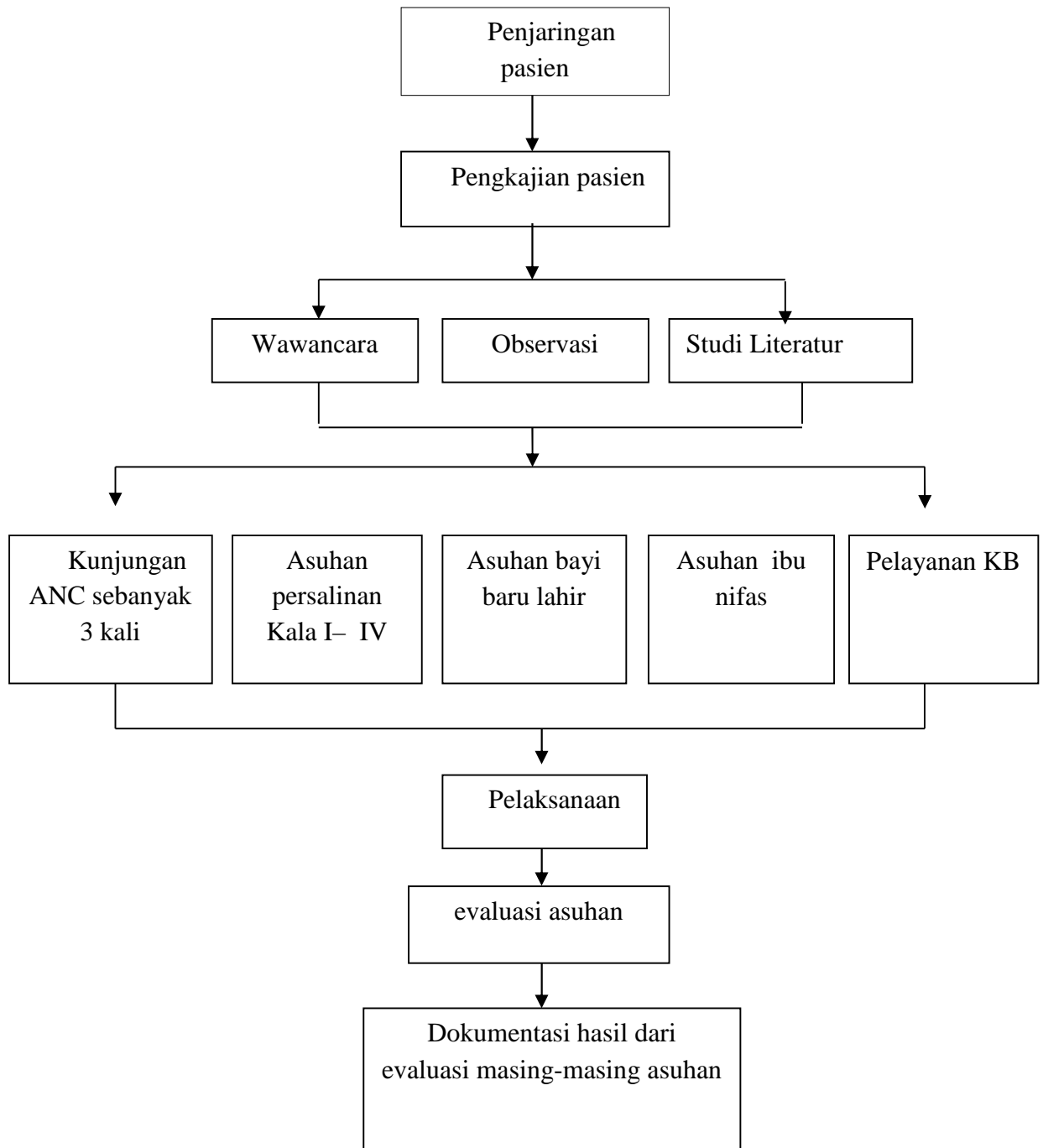
- a) Memberikan asuhan Ante Natal Care (ANC), sebanyak 3 kali.
- b) Memberikan asuhan pertolongan persalinan Kala I – IV
- c) Memberikan asuhan bayi baru lahir
- d) Memberikan asuhan ibu nifas
- e) Memberikan asuhan terhadap pelayanan KB

7. Penulisan hasil asuhan

Setelah semua pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif telah selesai hingga pasien menggunakan alat kontrasepsi atau telah menentukan pilihan dalam penggunaan alat kontrasepsi selanjutnya dilakukan penulisan dari hasil evaluasi masing-masing asuhan.

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

3.1 Bagan Kerangka Kerja



C. Subyek Penelitian

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda ataupun lembaga (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, neonatal serta calon akseptor kontrasepsi. Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G₄P₃₀₀₃ dengan usia kehamilan 34 minggu diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Pengumpulan dan Analisis Data

Pengumpulan data dilakukan selama proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif (*continuity of care*) berlangsung. Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti dalam proposal ini sesuai metode yang digunakan dalam penelitian deskriptif, menurut (Arikunto, 2008) yaitu untuk mengumpulkan informasi mengenai status gejala, penelitian secara langsung pada objek penelitian untuk mendapatkan data yang diperlukan dengan mengadakan penelitian di lapangan (*field research*). Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

1. Observasi

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

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

2. Wawancara

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

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

3. Pemeriksaan fisik

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

4. Studi literatur.

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

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 prinsip:

1. *Respect for person*

Prinsip ini merupakan unsur mendasar dari penelitian. Prinsip ini menekankan asuhan menghormati orang lain, dan memberikan perlindungan terhadap haknya. Setiap subjek memiliki hak auto nomi, bersifat unik dan bebas. Setiap individu memiliki hak dan kemampuan untuk memutuskan bagi dirinya sendiri, memiliki nilai dan kehormatan/martabat, dan memiliki hak untuk mendapatkan *informed consent*. Subjek harus sudah mendapat penjelasan sebelum persetujuan, keikutsertaan secara sadar, dan membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan. Pemberi asuhan harus menjaga kerahasiaan dan subjek asuhan.

2. *Beneficence dan non moleficence*

Prinsip ini menekankan pencegahan pada terjadinya resiko, dan melarang pembuatan yang berbahaya selama melakukan asuhan. Kewajiban pemberi asuhan adalah memaksimalkan manfaat dan meminimalkan bahaya resiko, termasuk ketidaknyamanan fisik, emosi, psikis, kerugian sosial, dan ekonomi.

3. *Justice*

Prinsip justice menekankan adanya keseimbangan antara manfaat dan resiko bila ikut serta dalam penelitian. Selain itu pada saat seleksi subjek penelitian harus adil dan seimbang, berkaitan langsung dengan masalah yang akan diteliti dan tidak ada unsur manipulatif.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-1

Tanggal/waktu pengkajian : 11 Maret 2016/pukul 11.00 WITA

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Pembimbing : Faridah Hariyani, M.Keb

Tempat Pengkajian : Rumah Ny. S

S :

- Ibu hamil anak keempat dan tidak pernah keguguran sebelumnya
- HPHT 16-07-2016
- Ibu mengeluh kurang tidur / istirahat
- Ibu mengeluh nyeri pinggang saat bangun dari tidur
- Ibu mengeluh sering pusing

O :

TP : 23-4-2016

KU : Baik; Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 140/90 mmHg, N : 82x/ menit, R : 21x/ menit, S : 36,4 °C

TFU : 3 jari bawah px (28 cm); TBJ : (TFU-12) x 155 = (28-12) x 155 =
2480 gram.

Leopold I : Teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II: Kanan :teraba keras memanjang seperti papan (punggung),

Kiri : teraba teraba bagian-bagian terkecil (daerah ekstremitas)

Leopold III : Teraba bulat, keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Konvergen (belum masuk PAP)

Auskultasi DJJ : 137x/ menit

Ekstremitas :

Tangan : tidak Oedema

Kaki : oedema (pada kaki kanan)

Varises : terdapat varices pada kaki kanan ibu

Pemeriksaan penunjang :

HB : 12,7 gr/dl

Urine Protein : +1

pH : 6,5

Glukosa : (-)

A :

Diagnosis : G₄ P₃₀₀₃ usia kehamilan 34 minggu Janin Tunggal

Hidup Intrauterine Presentasi Kepala dengan

Preeklamsi Ringan

Diagnosa potensial : Preeklamsia Berat

Kebutuhan tindakan segera : Tidak ada

P :

No	Pelaksanaan	Paraf
1	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah memasuki 8 bulan; ibu dan keluarga mengetahui usia kondisi kehamilannya saat ini	
2	Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, jangan memikirkan hal yang dapat mempengaruhi keadaan ibu (stress) dan menganjurkan ibu untuk tidak melakukan pekerjaan yang terlalu berat dan mengangkat barang yang berat pula dan untuk mengatasi nyeri pada pinggang ibu dapat dilakukan tidur menggunakan alas yang empuk, besandar dengan menggunakan bantal. Ibu akan mencoba anjuran yang telah diberikan	
3	Memberi KIE Tanda bahaya kehamilan; Ibu telah paham dengan informasi tanda bahaya dalam kehamilan dan akan segera ke Puskesmas atau ke Bidan Praktek Suryani, jika terdapat tanda bahaya dalam kehamilannya (SAP dan leaflet terlampir)	
4	Memberi KIE tentang tanda-tanda dari Preeklamsi ; ibu telah mengetahui tanda-tanda dari Preeklamsi dan jika terdapat tanda dari preeklamsi ibu akan segera memeriksakan dirinya ke Puskesmas atau ke BPM suryani	
5	Menganjurkan ibu untuk memeriksakan dirinya ke Dokter kandungan untuk melakukan USG. Ibu akan pergi ke dokter kandungan pada hari senin tanggal 17 maret 2016	
6	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-2

Tanggal/waktu pengkajian : 29 April 2016/pukul 17.00 WITA

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Pembimbing : Rusniar Naeko,SST

Tempat Pengkajian : Prakter Bidan Ibu Rusniar Naeko,SST

S :

Ibu merasa nyeri pinggang setelah bangun dari tidur sudah berkurang, kadang-kadang keluar keputihan tetapi tidak berbau dan tidak gatal, nafsu makan ibu bertambah, ibu sudah tidak pusing lagi, bengakak di kaki berkurang dan pada hari rabu tanggal 27 april ibu memeriksakan dirinya ke Puskesmas dan hasilnya normal saja.

O :

KU : Baik; Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 76 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,2 °C

TFU : pertengahan px dan pusat (32 cm); TBJ : (TFU-11) x 155 = (30-11) x 155 = 2945 gram.

Leopold I : Teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Kanan : teraba bagian-bagian kecil janin (daerah eksremitas)

Kiri : teraba keras memanjang seperti papan (punggung)

Leopold III : teraba bulat, keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Divergen (sudah masuk PAP)

Auskultasi DJJ : 137x/ menit

A :

Diagnosis : G₄ P₃₀₀₃ usia kehamilan 41 minggu Janin Tunggal Hidup

Intrauterine Presentasi Kepala

Masalah : Keputihan

Dasar : Ibu mengeluh keluar cairan berwarna putih, tidak gatal dan tidak berbau

Diagnosa potensial : Tidak ada

Masalah potensial : Infeksi pada kehamilan

Kebutuhan rindakan segera : Tidak ada

P :

No	Pelaksanaan	Paraf
1	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah memasuki 9 bulan 1 minggu; ibu dan keluarga mengetahui usia dan kondisi kehamilan saat ini	
2	Memberi tahu ibu tentang keputihan fisiologis da patologis; Ibu dapat menyebutkan dan menjelaskan tanda-tanda keputihan yang normal dan tidak normal	
3	Memberi tahu ibu manfaat Keluarga Berencana bagi ibu, anak dan keluarga; Ibu dapat menyebutkan dan menjelaskan manfaat Keluarga Berencana bagi ibu, anak dan keluarga	
4	KIE tentang persiapan persalinan dan rencana Persalinan, ibu telah menyiapkan persiapan persalinannya dan rencana akan melahirkan di Rumah sakit Umum	

5	Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan ke dokter kandungan jika tanda-tanda persalinan belum ada karena ibu telah kehamilan ibu telah lewat dari taksiran persalinan. Ibu paham dan akan pergi ke dokter atau rumah sakit jika 3 hari kedepan tidak terdapat tanda-tanda persalinan	
6	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang pada tanggal 3 mei 2016	
7	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	

3. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-3

Tanggal/waktu pengkajian : 31 April 2016 pukul 17.00 WITA

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Pembimbing : Faridah Hariyani, M.Keb

Tempat Pengkajian : Rumah Ny. S

S :

Ibu merasa nyeri perut bagian bawah dan beberapa hari yang lalu keluar lendir namun sampai saat ini tidak keluar lagi

O :

KU : Baik; Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 130/90 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36 °C

TFU : 31 cm; TBJ : (TFU-11) x 155 = (31-11) x 155 = 3100 gram

Leopold I : Teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Kanan : teraba bagian-bagian kecil janin (daerah eksremitas)

Kiri : teraba keras memanjang seperti papan (punggung)

Leopold III : teraba bulat, keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Divergen (sudah masuk PAP)

Auskultasi DJJ :137x/ menit

A :

Diagnosis : G₄ P₃₀₀₃ usia kehamilan 40 minggu 4 hari Janin

Tunggal Hidup Intrauterine Presentasi Kepala

Masalah : Nyeri Perut bagian bawah

Diagnosa potensial : Tidak ada

Kebutuhan rindakan segera : Tidak ada

P :

No	Pelaksanaan	Paraf
1	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah memasuki 40 minggu 4 hari; ibu dan keluarga mengetahui usia dan kondisi kehamilan saat ini	
2	Menjelaskan kepada ibu mengenai keluhan yang dirasakan yaitu nyeri perut pada bagian bawah. Nyeri perut yang dirasakan adalah tergolong normal yang disebabkan karena pertumbuhan bayi yang semakin besar sehingga perut menompang beratnya bayi serta dapat dikarenakan kondisi perut yang sedang kontraksi. Saran yang diberikan adalah tidur dengan miring kiri dengan menarik napas perlahan-lahan serta posisikan kaki lebih tinggi daripada kepala. Ibu telah paham dengan keluhan yang dirasakan.	
3	KIE tentang dampak air ketuban yang berkurang bagi ibu dan bayinya. Ibu dan suami telah paham dengan KIE yang	

	diberikan	
4	Menganjurkan ibu untuk pergi ke pelayanan kesehatan atau Rumah Sakit untuk segera mengakhiri kehamilannya sesuai dengan anjuran dari dokter kandungan, karena usia kehamilan ibu yang lewat dari taksiran perkiraan kelahiran dan air ketuban ibu yang telah berkurang. Ibu dan keluarga paham dengan anjuran yang telah diberikan dan akan pergi ke Rumah sakit pada Esok hari tanggal 1 Mei 2016	
5	Memastikan perlengkapan yang telah dipersiapkan oleh ibu. Ibu dan suami telah mempersiapkan kebutuhan untuk persalinannya.	
6	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Tanggal/Waktu Pengkajian : 1 Mei 2016 / Pukul: 11.30 WITA

Pembimbing :

Tempat : RSKD

Persalinan Kala I Fase Laten

S :

Ibu masuk Rumah Sakit Pukul 10.30 WITA, Rujukan dokter dikarenakan kehamilan ibu melewati dari taksiran dokter dan dikhawatirkan air ketuban berkurang. Keluar lendir pada tanggal 30 April 2016 malam hari pkl.22.30

WITA dan tidak keluar lendir sampai saat ini. Ibu merasakan perutnya terasa mules.

O :

Pada pukul 10.45 WITA untuk menjalani pemeriksaan dan proses persalinan.

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,6 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan: 22 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas luka operasi, tampak linea nigra, tinggi fundus uteri 32 cm. Pada pemeriksaan leopold I, pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting pada leopold II teraba memanjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin. leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini sudah tidak dapat digoyangkan, dan pemeriksaan leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen); konsistensi keras; dan kandung kemih kosong; TBBJ: $(32-11) \times 155 = 3255$ gram, kontraksi uterus: frekuensi: 1 x 10', durasi: 20-25 detik, Intensitas :sedang, penurunan kepala: HI. Auskultasi DJJ (+): terdengar jelas,

cepat, frekuensi 138 x/menit, terletak di kuadran kiri bawah umbilicus.

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

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 10.55 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tidak tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lembut, pembukaan 1 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, dengan perabaan UUK dan berada di kiri melintang dan penurunan kepala bayi adalah hodge I (berada di Pintu Atas Panggul dengan batas tepi atas Sympisis).

4. Pemeriksaan Penunjang

HbsAg (-)

USG : Janin dalam keadaan Baik dan air ketuban masih ada.

A :

Diagnosis : G₄ P₃₀₀₃ Usia Kehamilan 41 minggu 5 hari dengan Post matur inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Diagnosa Potensial : -

Kebutuhan Tindakan Segera : Rujuk ke dokter kandungan

P :

Tanggal 4 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ 138 x/menit, his 1 x 10' durasi 20-25 detik, pembukaan 1 cm dan ketuban utuh; Ibu mengetahui kondisi dirinya dan janin dalam keadaan baik dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
11.00 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan suami untuk melakukan USG kembali sesuai dengan anjuran dari Dokter untuk melihat kondisi janin saat ini dan melihat apakah air ketuban masih cukup banyak atau tidak. Ibu dan suami paham dengan anjuran yang diberikan dan akan melakukan USG saat itu juga di Poli Kebidanan RSKD.	
11.30 WITA	Menjelaskan kembali kepada ibu hasil dari USG yang telah dilakukan, hasil USG posisi janin dan kondisi janin masih dalam batas normal. Dokter menganjurkan untuk ibu masuk Ruang bersalin dan dilakukan pemeriksaan NST untuk melihat gambaran detak Jantung Janin dan gerakan keaktifan janin didalam rahim apakah bayi mendapatkan cukup banyak oksigen atau tidak. Jika hasil NST reaktif (positif) maka proses persalinan tidak perlu diakhiri dengan cepat, namun jika hasil NST Non Reaktif (Negatif) maka ibu harus di Induksi atau diberikan obat rangsangan agar persalinan dapat diakhiri dengan cepat melihat kondisi janin yang	

		<p>kurang baik didalam rahim ibu. Ibu dan suami paham dengan anjuran yang diberikan dan setuju untuk dilakukan pemeriksaan NST dan setuju masuk ruang bersalin.</p>	
	12.00 WITA	<p>Tindakan NST (Non Stress Test) dilakukan. Ibu telah bersedia untuk dilakukan pemeriksaan NST sesuai dengan anjuran dari dokter.</p>	
	12.25 WITA	<p>NST telah selesai dilakukan dan hasil diberikan kepada dokter untuk dibaca hasilnya apakah harus ada penanganan atau tindakan lanjut atau tidak. Hasil telah dibaca oleh dokter dan KIE tentang hasil NST telah dilakukan kepada suami Ny.S.</p>	
	13.30 WITA	<p>Menjelaskan kembali kepada ibu dan suami hasil dari NST. Hasil NST adalah Non Reaktif sehingga ibu harus di Induksi atau dirangsang dengan obat untuk segera mengakhiri kehamilan ibu, karena melihat dari kondisi janin yang kurang aktif bergerak dan kondisi detak jantung janin yang kurang baik, dikhawatirkan janin dapat kekurangan oksigen. Ibu dan suami setuju untuk dilakukan Induksi.</p>	
	13.45 WITA	<p>Memberikan KIE tentang pemakaian IUD Setelah melahirkan sesuai dengan Program RSKD. Menjelaskan keuntungan IUD dan cara pemasangan IUD setelah melahirkan. Ibu dan suami setuju untuk dilakukan pemasangan IUD setelah</p>	

		melahirkan.	
	14.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk berjalan-jalan atau makan minum, agar ibu pembukaan dapat maju dan ibu memiliki tenaga saat bersalin nanti	
	14.30 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam; tidak tampak oedema dan varices, tidak tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, pembukaan 1 cm longgar, ketuban masih utuh, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, Denominator UUK, station/hodge I. Kemudian memasukkan obat induksi cetotex $\frac{1}{4}$ bagian pada mulut rahim ibu. Ibu dan suami telah mengetahui tindakan yang dilakukan.	
	15.00	Mengamati tanda gejala persalinan kala II; Ibu merasakan perutnya mules dan semakin sakit. Darah dan lendir belum keluar. Melakukan Observasi kemajuan persalinan setelah pemberian induksi. HIS ibu semakin bagus 2-3x 10'(30-35'') dengan interval waktu , memantau tekanan darah ibu dan memantau DJJ tiap 1 jam sekali.	
	16.00	Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan, esensial untuk persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL; mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung spuit steril	

		kedalam partus set	
	16.00- 1 8. 4 0 W I T A	Melakukan Observasi kemajuan persalinan pada ibu, His ibu semakin bagus dan kuat. (3-4x 10'. Durasi : 40-45''). Memantau DJJ dan Tekanan Darah ibu. Darah dan lendir sudah keluar.	
	18.45 W I T A	Ketuban telah pecah secara spontan, banyak ±400cc, warna hijau mekonial. Ibu merasakan adanya dorongan kuat untuk meneran, ibu merasakan adanya tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, dan vulva tampak membuka.	
	18.50 WITA	lakukan pemeriksaan DJJ; Denyut Jantung Janin terdengar jelas, irama teratur, frekuensi 138 x/menit	

Persalinan Kala II

S : Ibu merasa pinggangnya sakit hingga menjalar ke perut dan merasakan ingin BAB

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 120/90 mmHg, suhu tubuh 36,6 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 148 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kiri bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi: 5 x 10' dengan durasi: 50-55 detik dan intensitas: kuat.

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

3. Pemeriksaan Dalam

Tanggal: 4 Mei 2015 Jam: 19.00 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan lengkap, ketuban negatif pecah secara spontan pkl.18.45 WITA, berwarna hijau bercampur Mekonial, tidak terdapat bagian terkecil

di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, Denominator UUK, hodge III-IV.

A :

Diagnosis : G₄ P₃₀₀₃ dengan inpartu kala II Janin Tunggal Hidup Intrauterine Presentasi Kepala

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 4 Mei 2015

	Waktu	Tindakan	Paraf
	19.00 WITA	memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran; ibu dan keluarga mengerti terhadap kondisi ibu saat ini dan ibu berjanji untuk meneran saat ada his	
	19.05 WITA	minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler)	
	19.10 WITA	mbimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat dengan cara kedua tangan memegang mata kaki, dagu ibu menyentuh dada dan mata dalam keadaan terbuka	

	19.15 WITA	ngajari ibu teknik nafas dalam atau relaksasi pada saat HIS yaitu dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung saat merasakan sakit dan menghembuskannya melalui mulut; Ibu dapat mengikuti teknik nafas yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
	19.15 WITA	nganjurkan ibu minum disela his; Ibu meminum setengah gelas air teh manis	
	19.16 WITA	nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. Jika bayi belum lahir dalam waktu 2 jam pada primi dan 1 jam pada multipara rujuk segera; Denyut Jantung Janin terdengar jelas, irama teratur, frekuensi 140 x/menit, kontraksi 4x 10' durasi 40-45 detik	
	18 WITA	Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi; handuk bersih telah terpasang diatas perut ibu	
	19.19 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu; duk steril telah terpasang dibawah bokong ibu	
	20 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin 10 unit telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan kedalam partus set	
	19.22 WITA	Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan; sarung tangan DTT telah terpasang	
	19.23 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; kepala bayi telah lahir	
	19.24 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin; tidak ada lilitan tali pusat	
	19.25 WITA	Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; janin melakukan putaran paksi luar menghadap kepaha kanan ibu	
	19.26 WITA	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; bahu depan dan bahu belakang janin telah lahir	
	19.27 WITA	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; tubuh dan lengan telah lahir	
	19.28 WITA	Menelusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; bayi lahir spontan pervaginam pukul 19. 30 WITA, jenis	

		kelamin perempuan, bayi segera menangis	
--	--	---	--

Persalinan Kala III

S : Ibu senang karena bayinya telah lahir

Ibu merasakan mules pada perutnya

O :

KU : Baik, Kesadaran : composmentis

Data bayi : Bayi lahir spontan pervaginam pukul 19.30 WITA, bayi lahir cukup bulan, segera menangis dan bergerak aktif, sisa ketuban jernih. Jenis kelamin perempuan, APGAR score menit pertama 7/8

Abdomen : TFU sepusat, kontraksi baik

Genitalia : Plasenta belum lahir

A :

Diagnosis : P₄₀₀₄ Parturient Kala III

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 4 Mei 2015

	Waktu	Tindakan	Paraf
	19.31 WITA	Melakukan penilaian selintas bayi baru lahir; bayi cukup bulan, ketuban mekonial, bayi menangis kuat dan bergerak aktif.	

	19.32 WITA	ngeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering	
	19.33 WITA	meriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; tidak ada bayi kedua dalam uterus	
	19.34 WITA	mberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin	
	19.35 WITA	Menyuntikkan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral; oksitosin telah disuntikkan	
	19.35 WITA	menjepit tali pusat dengan klem umbilical 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; tali pusat telah terklem	
	19.36 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggunting tali pusat diantara 2 klem; tali pusat telah terpotong	
8.	19.37 WITA	letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan memasang topi dikepala bayi (Inisiasi Menyusui Dini), menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sambil memperhatikan bayinya terutama pada pernapasan dan gerakan bayinya; bayi berada di atas dada ibu dalam keadaan tenang	

9.	19.39 W I T A	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva; klem berada 5-10 cm didepan vulva.	
10.	19.40 W I T A	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain meregangkan tali pusat; Kontraksi uterus dalam keadaan baik dan tali pusat memanjang	
11.	19.41 W I T A	Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	
12.	19.42 W I T A	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
13.	19.43 W I T A	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 pukul 19.43 WITA.	
14.	19.44 W	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok	

	I T A	fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat, dan keras. TFU sepusat, kandung kemih penuh	
15.	19.45 W I T A	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon \pm 20, selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateral pada plasenta, berat \pm 500 gram, panjang tali pusat \pm 50 cm, tebal plasenta \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 16 cm.	
16.	19.47 WITA	lakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat rufture derajat II yaitu dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum.	
	19.48 WITA	nyiapkan alat hecting set dan anastesi; lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 3 cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.	
	19.49 WITA	lakukan penyuntikan anastesi lokal; mengecek kerja obat, ibu sudah tidak merasakan sakit didaerah vagina	
	19.50 WITA	lakukan tindakan penjahitan luka robekan; Menggunakan teknik jahitan jelujur, memberitahu ibu agar menjaga perineumnya tetap kering dan bersih. Telah dilakukan penjahitan perineum, ibu mengerti dan	

		bersedia melaksanakan saran bidan.	
	20.15 WITA	lakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 150cc.	

Persalinan Kala IV

S : Ibu merasa lega dengan proses persalinannya

Ibu merasakan perutnya terasa mules

Ibu tidak bisa buang air kecil sendiri

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu setinggi pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra.

A :

Diagnosis : P₄₀₀₄ Parturient kala IV

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 4 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	20.20 WITA	Memastikan kontraksi uterus baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam; kontraksi baik dan perdarahan \pm 50 cc	
2.	20.25 WITA	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam 2-3 kali dalam 15 menit pertama; - 5 menit pertama kontraksi uterus baik dan perdarahan \pm 40 cc. - 5 menit kedua kontraksi uterus baik dan perdarahan \pm 40 cc. - 5 menit ketiga kontraksi uterus baik dan perdarahan \pm 40 cc.	
4.	20.40 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, beri antibiotika, salep mata dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral dan memberikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral; Berat badan 3140 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 35, dan vitamin K1 dan Hepatitis B telah diberikan	
5.	21.00 WITA	Melakukan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam setiap 15 menit pada 1 jam pertama PP dan setiap 20-30 menit pada jam kedua PP.	

7.	21.30 WITA	Mengajarkan ibu dan keluarga melakukan massase uterus; ibu dan keluarga mampu mempraktekkan dengan baik	
8.	21.35 WITA	Mengevaluasi jumlah kehilangan darah; jumlah perdarahan \pm 40 cc	
9.	21.37	Melakukan pemeriksaan tensi, nadi, dan VU setiap 15 menit selama 1 jam pertama PP dan setiap 30 menit selama jam kedua PP, memeriksa suhu setiap jam selama 2 jam pertama PP;	
10.	21.40 WITA	Memeriksa kembali bayi dan pantau setiap 15 menit untuk memastikan bayi bernafas dengan baik, serta suhu normal; pernafasan 40 x/menit, suhu 36,7 °C	
11.	21.43 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan alkasim untuk dekontaminasi (10 menit); alat telah terendam didalam larutan alkasim	
13.	21.45 WITA	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi; bahan-bahan yang terkontaminasi telah dibuang kedalam tempat sampah yang sesuai	
14.	21.48 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu mengenakan pakaian; membersihkan cairan ketuban, lendir darah dengan air DTT dan ibu telah memakai pakaian yang bersih	

15.	21.52 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu memakan menu yang telah disediakan rumah sakit dan minum air putih	
16.	22.00 WITA	Memindahkan ibu ke ruang masa nifas atau ke ruang Flamboyan C. Memberikan penjelasan kepada ibu dan keluarga jika ibu dan bayi belum dapat dilakukan rawat gabung karena menunggu visite dari dokter untuk melakukan pemeriksaan kepada bayinya, jika pemeriksaan telah selesai dilakukan oleh dokter maka bayi akan diantar ke runag Flamboyan C. Ibu dan keluarga paham dengan penjelasan yang diberikan dan ibu telah di pindahkan keruang Nifas.	
16.	22.20 WITA	Mendekontaminasi tempat tidur dengan larutan alkasim; tempat tidur telah bersih	
18.	22.30 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi; alat telah bersih dan sudah disterilisasi	
19.	22.50 WITA	Melengkapi partograf; partograf telah terlampir	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Tanggal/Waktu Pengkajian : 5 Mei 2016/Pukul: 07.00 WITA

Tempat : Flamboyan C RSKD

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny.S dan Tn. K, alamat rumah berada di Kelurahan Kampung Baru Ulu Balikpapan, tanggal lahir bayi 4 Mei 2016 pada hari Rabu pukul 19.30 WITA dan berjenis kelamin Perempuan.

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil keempat ini usia 36 tahun, dan ibu tidak pernah keguguran

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 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,5°C. Jenis persalinan adalah spontan.

1) Lama Persalinan :

Kala I : 8 Jam

Kala II : ± 30 menit

2) Komplikasi Persalinan

Bayi : tidak ada

3) Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 4 Mei 2016 Jam : 19.30 WITA

Jenis kelamin perempuan, bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan spontan, tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 7/8.

2. Nilai APGAR : 7/8

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

3. Pola fungsional kesehatan:

Pola	Keterangan
------	------------

Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI)
Eliminasi	- BAB (+) - BAK (+)

4. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 130 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu 36,7 °C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3140 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 35 cm.

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak molase, tidak tampak caput succadeneum, tidak tampak cephal hematoma, tidak tampak ananchepal, tidak tampak hedrocephalus, distribusi rambut bayi tampak merata, warna tampak kehitaman, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

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

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

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.
- Genetalia : labia minora telah menutupi labia mayora, terdapat klitoris, orifisium uretra dan vagina dan tidak terdapat pengeluaran secret mucus dari vagina.
- Anus : Tampak lubang anus
- Kulit : Tampak kemerahan, tidak tampak ruam, tidak tampak bercak, tidak tampak tanda lahir, tidak tampak memar, tidak ada pembengkakan, turgor baik. 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)

Glabella (+) bayi tampak berkedip saat diketuk perlahan 4-5 kali pada dahinya, mata boneka (+) bayi tampak membuka matanya dengan lebar saat ditolehkan kepala bayi ke satu sisi kemudian di tegakkan kembali, blinking (+) bayi tampak menutup kedua matanya saat di hembuskan udara, rooting (+) bayi tampak menoleh kearah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, tonic neck (+) bayi tampak berusaha mempertahankan lehernya untuk tetap tegak saat bayi ditelentangkan kemudian menarik bayi kearah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya, morro (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menagkupakan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentakkan, palmar grasping (+) bayi tampak menggengam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, magnet(+)

kedua tungkai bawah bayi tampak ekstensi melawan saat pemeriksa memberi tekanan pada telak kaki bayi, babinski (+) jari-jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya, plantar (+) jari-jari kaki bayi tampak berkerut rapat ketika disentuh pangkal jari kaki bayi, galant (+) tubuh bayi tampak fleksi dan pelvis diayunkan ke arah sisi yang terstimulasi saat punggung bayi digoreskan menggunakan jari ke arah bawah.

d. Terapi yang diberikan

Neo-K 0,5 ml

Hepatitis B 0.5 ml

Salep mata tetrasiklin 1 %

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan
Sesuai Masa Kehamilan Usia 1 Jam

Masalah : Tidak ada

Dasar : Tidak ada

DiagnosisPotensial : Tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 4 Mei 2016

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

1.	Melakukan pemotongan tali pusat dengan teknik aseptik dan septik.	
2.	Mengeringkan tubuh bayi dengan kain kering.	
3.	Memberikan Injeksi neo-k 0.5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri dan memberikan injeksi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan kemudian memeberikan salep mata; Bayi telah mendapatkan injeksi neo-k 0.5 ml, injeksi hepatitis B 0,5 ml dan salep mata.	
4.	Menggunakan pakaian pada bayi, memasang topi pada kepala bayi, mengkondisikan bayi di tempat yang hangat dan memberikan bayi kepada ibu agar disusui kembali.	
5.	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan 6 - 8 Jam pertama

Tanggal/Waktu Pengkajian : 4 Mei 2016/Pukul :7.00 WITA

Tempat : Ruang Flamboyan C RSKD

S :

Ibu tidak memiliki keluhan, ibu dapat beristirahat setelah proses persalinannya dan ibu sudah BAK ke kamar mandi.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,3°C, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Ekspresi Wajah : Ibu tampak bahagia atas kelahiran bayinya

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

Abdomen : Tidak Tampak adanya linea , tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

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

c. Terapi

Amoxicillin 3 x 500 mg

Tablet tambah darah 1x1

Asamafenamat

A :

Diagnosis : P₄₀₀₄ 7 jam Post Partum Spontan

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal 4 Mei 2015

No.	Tindakan	Paraf
	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 21 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
	Memberi tahu ibu mengenai kebutuhan dasar ibu nifas; ibu dapat menjelaskan kebutuhan dasar ibu nifas dengan benar	
	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya pada seminggu kemudian yaitu pada tanggal 13 Mei 2016; Ibu bersedia dilakukannya kunjungan	
	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan Ke-1

Tanggal/waktu pengkajian : 13 Mei 2016/ 17.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Pembimbing : Faridah Hariyani, M.Keb

S:

Ibu mengeluh perutnya terasa mules, nyeri pada luka bekas jahitan. Ibu mengeluhkan puting susu lecet, payudara terasa keras dan nyeri.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 130/80 mmHg, suhu tubuh 36,4 °C, nadi 78 x/menit, pernafasan 22 x/menit. BB : 58 kg

b. Pemeriksaan fisik

Payudara : Tampak bersih dan tampak pengeluaran ASI

Abdomen : Tidak tampak adanya linea, tidak tampak asites, TFU 3 jari
Di atas Sympisis, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, luka perineum dan jahitan tampak masih basah.

c. Pola Fungsional

a	erangan
rahat	beristirahat kurang saat malam hari karena bayi sering menyusu dan ibu kurang istirahat pada siang hari karena memasak dan mencuci
trisi	makan ketika lapar 3-4 x/ hari dengan 1 porsi nasi, 1 potong lauk (ayam, tahu tempe), 1 mangkuk sayur dan minum \pm 8 gelas air putih/hari
api	mendapat Antibiotik 3x1 500 mg, vitamin dan penambah darah 1 X 1
bilisasi	sudah bisa berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain
minasi	sudah BAK 4 kali/hari, konsistensi cair, warna kuninhg jernih, tidak ada keluhan , ibu sudah BAB 1 kali/hari konsistensi kecoklatan
nyusui	dapat menyusui bayinya dan ASI keluar lancer

A :

Diagnosa : P₄₀₀₄ post partum spontan hari ke-6

Masalah : payudara terasa penuh nyeri dan keras, puting susu lecet dan tenggelam

Diagnosa Potensial : Mastitis Payudara

Masalah Potensial : bengkak, kemerahan pada payudara

Kebutuhan Tindakan Segera : perawatan payudara dan memeras ASI

P :

No	Pelaksanaan	Paraf
1	<p>Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 3 jari diatas Sympisis, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair, luka jahitan tampak baik namun masih basah, payudara terasa penuh dan keras, ibu merasakan nyeri pada payudara serta puting yang lecet. sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; ibu mengerti dengan kondisi saat ini</p>	
2	<p>Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas; ibu dapat menyebutkan dan menjelaskan tanda bahaya nifas (SAP dan leaflet terlampir</p> <p>Menjelaskan kepada ibu tentang keluhan yang dirasakan. Keluhan mules pada perut yang dirasakan ibu bersifat normal karena proses involusi atau proses mengecilnya rahim ibu kembali. Dan keluhan mengenai nyeri pada bekas jahitan, menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan daerah kelaminnya dengan mengganti pembalut tiap 4 jam sekali, membersihkan daerah kemaluan dengan air yang bersih kemudian mengeringkannya. Ibu paham dengan anjuran yang diberikan.</p>	
3	<p>Mengajarkan kepada ibu cara melakukan perawatan payudara sendiri di rumah dan sebelum memberikan ASI kepada bayinya keluarkan sedikit ASI dan diolsekan pada bagian puting ibu agar puting tidak lecet kembali. Ibu dan suami paham dengan cara perawatan payudara dan akan</p>	

	melakukannya.	
4	Menganjurkan dan mengajarkan ibu untuk memeras ASI nya secara manual agar rasa nyeri dan keras yang dirasakan ibu dapat berkurang. Ibu dapat mempraktekkan cara memeras ASI yang benar dan akan melakukannya.	
5	KIE tentang efek samping IUD, tanda gejala penggunaan IUD yang tidak cocok dan cara mengontrol IUD sendiri dirumah. Ibu dan suami paham dengan informasi yang diberikan.	
6	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan kembali pada esok hari untuk membantu ibu perawatan payudara dan membantu untuk mengeluarkan puting iobu dengan menmggunakan Sduit.serta membuat kesepakatan kunjungan ulang masa nifas; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang pada tanggal 21 Mei 2016	
7	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan Ke-2

Tanggal/waktu pengkajian : 21 Juni 2016/ 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Pembimbing : Faridah Hariyani, M.Keb

S:

Ibu mengeluh nyeri saat BAK, Ibu mengatakan pengeluaran ASI lancar dan bayi menyusui sering dan aktif. Puting susu sudah mulai tidak lecet, payudara sudah tidak terasa penuh dan keras.

O :

KU : Baik; Kesadaran : composmentis;

TTV ; TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36°C

BB : 58 kg

Payudara : Tampak bersih, tampak pengeluaran ASI

Abdomen : Tidak Tampak adanya linea, TFU tidak teraba, dan kandung kemih teraba kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea alba, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, luka perineum dan jahitan tampak baik. Terdapat Kassa pada vagina ibu dan ibu tidak mengetahuinya.

Pola Fungsional

a	Keterangan
rahat	dapat beristirahat dan tidur saat bayi dan balita tidur
trisi	makan ketika lapar 3-4 x/ hari dengan 1 porsi nasi, 1 potong lauk (ayam, tahu tempe), 1 mangkuk sayur dan minum ± 8 gelas air putih/hari
bilisasi	sudah bisa berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain
minasi	sudah BAK 4-5 kali/hari, konsistensi cair, warna kuningh jernih, tidak ada keluhan, ibu sudah BAB 2 kali/hari konsistensi kecoklatan
nyusui	dapat menyusui bayinya dan ASI keluar lancar

A :

Diagnosa : P₄₀₀₄ 2 Minggu post partum spontan

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

No	Pelaksanaan	Paraf
1	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU tidak teraba, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea alba, luka jahitan tampak baik, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; ibu mengerti dengan kondisi saat ini	
2	Menjelaskan kepada ibu rasa nyeri saat BAB dan BAK karena luka jahitan yang belum sembuh dan masih basah. Luka jahitan belum dapat sembuh karena terkena infeksi dari kassa yang berada didalam vagina ibu yang tidak dikethui oleh ibu jika terdapat kassa didalam kemaluan ibu. Anjuran yang diberikan : menganjurkan ibu untuk membersihkan kemaluannya dengan menggunakan air yang bercampur dengan betadine, membersihkan dengan bersih daerah kemaluannya dan mengeringkannya menggunakan tissue atau handuk kering setelah BAB dan BAK. Ibu paham dengan anjuran yang diberikan.	
3	Mengingatkan ibu untuk kontrol IUD pada tanggal 6 juni 2016. Ibu paham dan akan kontrol IUD Pada tanggal 6 di Rumah sakit bersalin Kasih Bunda.	

4	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	
---	--	--

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan 6-8 jam pertama

Tanggal/Waktu Pengkajian : 4 Mei 2016/Pukul :07.00 WITA

Tempat : Ruang nifas Flamboyan C RSKD

S: -

O :

KU : Baik, N : 142 x/menit, R : 40 x/menit, S : 36,4 °C, BB : 3140 gram,

PB : 49 cm, LK : 35 cm, dan LILA : 11 cm.

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh Ibunya. Ibu menyusui bayinya secara on-demand. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	- BAB 2 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK ±3 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi sudah dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan

Sesuai Masa Kehamilan usia 7 jam

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal 4 Mei 2015

	Tindakan	Paraf
	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
	Memberikan tahu ibu tentang tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan/tangisan tidak ada, merintih, bayi sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu dapat menyebutkan dan menjelaskan tanda bahaya pada bayi	
	Memberi KIE tentang cara merawat tali pusat; ibu dapat mempraktekkan cara merawat tali pusat (SAP dan leaflet terlampir)	
	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada seminggu lagi, selanjutnya pada tanggal 13 Mei 2016 atau ada saat keluhan.	
	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke-1

Tanggal/waktu pengkajian : 13 Mei 2016/ 17.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Pembimbing : Faridah Hariyani, M.Keb

S :-

O :

KU : Baik, N : 136 x/menit, R : 48 x/menit, S : 36,7 °C, BB : 3230 gram,

PB : 49 cm, LK : 35 cm, LD : 35 cm, LP : 36 cm dan LILA 11 cm.

Wajah : Di daerah atas terdapat kulit yang berkelupas dan bewarna putih. Dan terdapat bintik-bintik merah. Wajah sedikit kuning.

Punggung : di daerah punggung terdapat bintik-bintik kecil bewarna merah dan berisi air.

Abdomen : Tali pusat sudah terlepas

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya minimal setiap 2 jam. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	- BAB 2 kali/hari konsistensi lunak warna kuning kehijauan - BAK 5-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih

Personal Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> - Bayi sudah dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	<ul style="list-style-type: none"> - Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan
 Sesuai Masa Kehamilan usia 9 hari

Masalah : Biang keringat/miliaria

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan tindakan segera : tidak ada

P :

Tanggal : 13 Mei 2015

No	Pelaksanaan	Paraf
1	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; namun bayi ibu sedikit kuning Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
2	Memberitahu ibu untuk menjemur bayinya saat pagi hari sekitar pukul 07.00 pagi karena sinar matahari sangat baik untuk kesehatan bayi dan menghindari dari terjadinya kuning yang berkelanjutan pada bayi dan mengajurkan kepada ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin tanpa di jadwalkan, ASI dapat membantu mengurangi bayi ibu yang kuning.; ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan	
3	Memberi tahu tentang Personal Hygiene terhadap bayi, dan menganjurkan untuk mencuci pakian yang baru sebelum	

	digunakan; Ibu dapat menyebutkan dan menjelaskan tentang personal hygiene pada bayi	
4	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang neonatus; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang pada tanggal 21 Mei 2016	
5	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke-2

Tanggal/waktu pengkajian :21 Mei 2016/ 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Nama Pengkaji : Dwi Mitasari

Pembimbing : Rusniar Naeko,SST

S :

Bayi menyusu dengan kuat dan aktif, bayi tidak rewel.

O :

KU : Baik, N : 138 x/menit, R : 51 x/menit, S : 36,9 °C, BB : 3530 gram,

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya minimal setiap 2 jam. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	- BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning kehijauan

	- BAK 6-7 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi sudah dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan

Sesuai Usia Kehamilan usia 17 hari

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan tindakan segera : -

P :

Tanggal : 21 Juni 2015

No	Pelaksanaan	Paraf
	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat akan tetapi agak sesak dalam bernafas; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
	Memberikan KIE kepada ibu tentang ASI EKSLUSIF, menyarankan untuk pemberian ASI saja tanpa susu formula, memberikan informasi tentang kegunaan ASI dan dampak dari SUFOR. Ibu dan suami paham dan berjanji akan memberikan ASI saja.	

	Mengingatkan ibu untuk melakukan Imunisasi BCG sesuai dengan jadwal yang telah diberikan pada 2 minggu lagi dan menyesuaikan dengan jadwal yang ada di Puskesmas. Ibu berjanji akan membawa anaknya ke Puskesmas untuk dilakukan Imunisasi BCG.	
	Melakukan dokumentasi; telah terdokumentasi dalam SOAP	

BAB V

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini, penulis akan mencoba menyajikan pembahasan yang membandingkan teori dengan Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. S 36 tahun sejak kontak pertama pada bulan maret 2016 yaitu dimulai dari masa kehamilan 34 minggu, persalinan, bayi baru lahir, post partum dan neonatus, dapat dibahas sebagai berikut :

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

1. Asuhan Kehamilan

Berdasarkan hasil pengkajian awal pada tanggal 11 Maret 2016 ditemukan Ny. S usia 36 tahun G₄P₃₀₀₃ usia kehamilan 34 minggu (TM III). Taksiran persalinan pada tanggal 24 April 2016. Hasil pemeriksaan : TD 140/90 mmHg, nadi 82 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,4°C. Pemeriksaan palpasi Leopold TFU 30 cm, 3 jari di bawah px. Denyut jantung janin 137 x/menit, Hb 12,7 gr % dan hasil pemeriksaan Urine Protein +1. Hasil pemeriksaan dan keadaan janin dalam batas normal.

Memasuki kehamilan trimester III Ny. S mengeluh nyeri pada pinggang, kepala terasa pusing dan kaki bengkak. Nyeri pinggang ketika bangun tidur merupakan hal yang normal pada ibu hamil, karena perut yang semakin membesar sehingga titik berat badan pindah kedepan dan menyebabkan spasme pada otot (Varney, 2007)

Keluhan tersebut dapat teratasi dengan diberikannya konseling mengenai cara mengatasi nyeri pinggang saat bangun dari tidur di kehamilan tua yaitu bangun dari tempat tidur dengan posisi miring terlebih dahulu, lalu tangan sebagai tumpuan untuk memngangkat tubuh (Varney (2007).

Untuk keluhan ibu mengenai kepala yang terasa pusing dan bengkak pada kaki ibu. Preeklamsi Ringan pada kehamilan terjadi pada kehamilan > 20 minggu dengan tanda gejala Tekanan Darah Meningkat diastolik 15 mmHg atau > 90 mmHg dalam 2 pengukuran berjarak 1 jam atau tekanan diastolik sampai 110 mmHg, kemudian terdapat oedema pada ekstremitas dan wajah dan pada pemeriksaan penunjang yaitu Urine protein mendapatkan hasil +1 (Sarwono, 2010)

Keluhan yang dirasakan oleh Ny.S secara umum dapat di atas dengan diet seimbang mengurangi garam, melakukan tirah baring dan dengan rutin memeriksakan tekanan darah ibu (Sarwono, 2010)

Menurut penulis kehamilan Ny. S sudah termasuk resiko tinggi melihat dari score Poedji Rochayati dan seharusnya mendapatkan pengawasan lebih agar tidak terjadi komplikasi antara ibu dan janin.

Tanggal 29 April 2016 pukul 16.00 WITA dilakukan kunjungan kedua pada Ny. S pada usia kehamilan 41minggu. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg. Pemeriksaan palpasi leopard TFU 32cm, pertengahan px dan pusat dengan tafsiran berat janin 3.410 gram. Kepala janin sudah memasuki pintu atas panggul. Denyut jantung janin 137 x/menit. Hasil pemeriksaan dan keadaan janin dalam keadaan normal.

Hal ini sesuai dengan teori Manuaba (2010) dengan usia kehamilan 35-36 minggu TFU berada 3 jari di bawah px dan pengukuran tafsiran berat janin sudah sesuai dengan rumus menurut Jhonson dengan mengurangkan 11 untuk janin yang sudah masuk pintu atas panggul. Keluhan Ny. S saat ini adalah masih mengalami nyeri pinggang. Hal ini masih di anggap fisiologis, yaitu wanita yang sebelumnya tidak nyeri pinggang dapat memiliki masalah ini pada trimester kedua atau ketiga (Varney, 2007)

Ibu merasa adakeluar keputihantetapi tidak berbau dan tidak gatal. Sesuai teori yang dikemukakan Varney (2007) yaitu seorang wanita lebih rentan mengalami keputihan pada saat hamil karena pada saat hamil terjadi perubahan hormonal yang salah satu dampaknya adalah peningkatan jumlah produksi cairan dan penurunan keasaman vagina serta terjadi pula perubahan pada kondisi pencernaan. Semua ini berpengaruh terhadap peningkatan risiko terjadinya keputihan, khususnya yang disebabkan oleh infeksi jamur.

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

Keluhan tersebut dapat teratasi dengan diberikannya konseling mengenaicara mencegah keputihan dengan meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun bukan

nilon, menghindari pencucian vagina dan mencuci vagina dengan sabun dari arah depan kebelakang (Kusmiyati dkk, 2009).

Tanggal 31 April 2016 pukul 17.00 WITA dilakukan kunjungan kedua pada Ny. S pada usia kehamilan 40 minggu 4 hari. Hasil pemeriksaan : TD 130/90 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36°C. Pemeriksaan palpasi leopold TFU 32 cm, pertengahan px dan pusat dengan tafsiran berat janin 3.410 gram. Kepala janin sudah memasuki pintu atas panggul. Denyut jantung janin 137x/menit. Hasil pemeriksaan dan keadaan janin dalam batas normal.

Ibu mengeluhkan keluar lendir beberapa hari yang lalu. Keluhan yang dirasakan ibu adalah salah satu tanda-tanda persalinan. (Sumarah,dkk 2009). Namun keluar lendir yang terjadi bukanlah tanda pasti dari proses persalinan akan berlangsung, karena bisa saja keluar lendir yang terjadi hanya persalinan semu atau keputihan yang berlebihan.

Ibu hamil dengan usia 40 minggu 4 hari atau 41 minggu. Memberikan penjelasan kepada ibu Kehamilan lewat waktu diawali dari umur 41 minggu, hal ini disebabkan meningkatnya pengaruh buruk pada keadaan perinatal setelah umur kehamilan 40 minggu dan meningkatnya insiden janin besar (Sarwono, 2010)

Pengaruh kehamilan posterm atau lewat waktu terhadap janin menambah bahaya itu sendiri pada janin, yaitu terletak pada fungsi plasenta yang menjadi sumber kehidupan janin didalam kandungan. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan kadar estriol dan plasenta laktogen. Rendahnya fungsi plasnta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin. Akibat

dari proses penuaan plasenta, pemasukan makanan dan oksigen akan menurun disamping adanya spasme arteri spiralis. (Sarwono, 2009)

Pengaruh kehamilan postterm atau lewat waktu berpengaruh pula kepada sang ibu. Janin dengan kehamilan postterm dapat terjadi makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras yang menyebabkan terjadinya distosia persalinan, partus lama, meningkatkan tindakan obstetrik dan persalinan traumatis atau perdarahan postpartum akibat bayi besar. Selain itu ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan (Sarwono, 2009)

Asuhan yang diberikan mengenai kehamilan postterm atau kehamilan lewat waktu, kehamilan jangan dibiarkan berlangsung lewat bulan atau segera dilahirkan, anjurkan ibu untuk terus memantau gerakan janin tiap saat dan menganjurkan ibu untuk segera memeriksakan dirinya ke dokter (Sarwono, 2009)

2. Asuhan Persalinan

Penulis menyimpulkan bahwa tanda-tanda persalinan yang dialami Ny. S tidak sesuai dengan teori yang ada sehingga terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik. Karena keluhan yang dirasakan oleh ibu hanya kontraksi perut pada bagian bawah dan rasa nyeri yang dirasakan tidak teratur.

a. Kala I

Tanggal 4 Mei pukul 10.45 WITA ibu masuk UGD RSKD. Ny. S mengatakan merasa kencang-kencang pada tadi malam dan tadi pagi namun belum keluar lendir darah. Pada pukul 10.55 WITA saat di periksa dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lembut, pembukaan 1 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge I, DJJ 138 x/menit dengan HIS yang kuat 1x dalam 10 menit dengan durasi 20-35 detik.

Hasil dari pemeriksaan saat di UGD, dokter menyarankan agar Ny.S melakukan pemeriksaan USG ulang untuk memastikan jumlah air ketuban yang ada karena kehamilan Ny.S yang melewati dari taksiran perkiraan dokter. Pengelolaan kehamilan lewat waktu diawali dari umur kehamilan 41 minggu. Hal ini disebabkan meningkatnya pengaruh buruk pada keadaan perinatal setelah umur kehamilan 40 minggu dan meningkatnya insiden janin besar (Sarwono, 2010)

Pemeriksaan USG dilakukan untuk melakukan pemeriksaan biometri yang gunanya untuk menaksir berat badan janin. Pemeriksaan derajat kematangan plasenta dan keadaan cairan amnion. Hasil dari USG Ny.S dinyatakan oleh dokter normal dengan Taksiran Berat Badan Janin tidak >4000 gram dan jumlah air ketuban yang cukup banyak. Kemudian dokter Obgyn menyarankan Ny.S perlu dilakukan penilaian adanya gangguan pertumbuhan janin intrauterin dan keaktifan janin (NST) (Sarwono, 2010)

Pemeriksaan NST dilakukan untuk mengetahui keaktifan janin didalam rahim, untuk menilai pergerakan janin, detak jantung janin dan menilai apakah janin kekurangan oksigen. Tidak dapat kesenjangan antara teori dengan praktek mengenai pemeriksaan NST ini. Pemeriksaan Tes Tanpa Kontraksi (NST/Non Stress Test), jika hasil NST reaktif maka tidak perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dan mengikuti proses persalinan ibu, tetapi jika hasil NST non reaktif maka dilakukan pemeriksaan lebih lanjut, seperti tes dengan kontraksi atau profil biofisik dan kehamilan harus di akhiri. (Sarwono,2010). Kemudian dari NST yang dilakukan mendapatkan hasil non reaktif, sehingga harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut yaitu mengakhiri kehamilan Ny.S dengan cara diInduksi.

Induksi yang didapatkan oleh Ny.S adalah jenis induksi melalui pervaginam menggunakan misoprostol dengan dosis 25µg dari 100µg. Misoprostol pervaginam memiliki manfaat yang serupa dengan oksitosin intravena untuk induksi persalinan dengan interval waktu 4-6 jam (Pangastuti, 2005). Kondisi Ny.S saat pemberian induksi dalam pembukaan 1 dengan His 1x dalam 10 menit dengan durasi 25-30 detik. Pada pukul 17.00 Ny.S sudah mulai merasakan sakit pada perut bagian bawah dengan His 3x /10 menit durasi >40 detik.

Saat klien telah memasuki fase aktif bidan menyiapkan partus set serta alat pelindung diri dan perlengkapan bayi. Hal ini sesuai dengan APN (JNPK-KR, 2013) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Penulis

berpendapat, penyiapan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan tersebut selain memudahkan bidan dalam proses pertolongan persalinan juga sebagai mengoptimalkan waktu dalam pertolongan persalinan.

Kala I hingga kala II yang dialami Ny. S berlangsung selama 10 jam yaitu sejak pukul 00.10 WITA hingga 06.10 WITA. Menurut JNPK-KR (2008), lama kala I untuk primigravida berlangsung selama \pm 12 jam sedangkan multigravida sekitar \pm 8 jam.

Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sumarah dkk (2009), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu penanganan terbaik dapat berupa observasi yang cermat dan seorang bidan harus mampu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab persalinan sehingga diharapkan dalam memberikan asuhan kebidanan pada proses persalinan yaitu passage (jalan lahir), power (his dan tenaga mengejan) dan passanger (janin, plasenta dan ketuban), serta factor lain seperti psikologi dan faktor penolong (Sumarah dkk, 2009)

b. Kala II

Kala II yang dialami Ny. S berlangsung selama 30 menit, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh JNPK-KR (2008) menyebutkan pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam. Bayi lahir spontan pukul 07.09 segera menangis A/S 7/8, Berat 31400 gram, Panjang 49 cm, lingkar kepala : 35 cm, anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : +/+, jenis kelamin laki-laki, sisa ketuban jernih.

c. Kala III

Pukul 19.43 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat ± 50 cm, tebal plasenta ± 2 cm, lebar plasenta ± 16 cm. Lama kala III Ny. S berlangsung ± 6 menit. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan JNPK-KR tahun 2008 bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala III berlangsung rata-rata antara 5 sampai 10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit. Selain itu didukung pula dengan teori yang menjelaskan bahwa biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan cc atau dengan tekanan pada fundus uteri (JNPK-KR, 2008)

Perdarahan kala III pada Ny. S berkisar sekitar normal yaitu 100 cc. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan JNPK-KR tahun 2008, bahwa Perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam 500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir.

d. Kala IV

Pada perineum terdapat laserasi derajat II yaitu mulai dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum. Sesuai dengan pengkategorian laserasi menurut JNPK-KR 2008, laserasi perineum derajat II yaitu yang luasnya mengenai mulai dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum, perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang

terjadi akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka (JNPK-KR 2008)

Penulis berpendapat, dalam pelaksanaannya bidan segera melakukan penjahitan pada perineum agar tidak terjadi perdarahan dan infeksi. Setelah dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, bidan melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

Pada 15 menit pertama pasca persalinan dilakukan pemantauan 2-3 kali. Hasil kontraksi uterus Ny. S baik dan perdarahan pervaginam \pm 40 cc. Pada 1 jam pertama pasca persalinan pemantauan dilakukan setiap 15 menit. Pada pukul 07.30 WITA, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,5°C, TFU sepusat, kontraksi uterus klien baik, kandung kemih kosong, perdarahan tetap \pm 40 cc. Dilanjutkan pemantauan kedua pada pukul 20.20 WITA, tekanan darah Ny. S 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 30 cc. Pemantauan ketiga pada pukul 20.35 WITA, tekanan darah Ny. S 110/70 mmHg, nadi 78 x/menit, TFU sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan pervaginam \pm 20 cc. Pemantauan keempat pada pukul 20.50 WITA, tekanan darah Ny. S 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan pervaginam \pm 15 cc.

Hal ini sejalan dengan teori yang dipaparkan Saifuddin tahun 2010, pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Penulis berpendapat, dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

3. Bayi Baru Lahir

Kehamilan Ny. S berusia 41 minggu 1 hari, hal ini sesuai dengan teori 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 (Muslihatun, 2011).

Bayi yang mengalami posterm dapat dibagi menjadi 3 stadium : Stadium I : Kulit menunjukkan kehilangan verniks kaseosa dan maserasi berupa kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas. Stadium II : gejala seperti kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas disertai pewarnaan mekoneum (kehijauan) pada kulit. Dan Stadium III : terdapat pewarnaan pada kuku, kulit dan tali pusat. Apabila saat bayi lahir ditemukan cairan ketuban yang terwarnai mekoneum harus segera dilakukan Resusitasi, yaitu penghisapan lendir secara agresif sebelum dada janin lahir, bila mekoneum tampak pada pita suara, pemberian ventilasi dengan tekanan positif di tangguhkan dahulu sampai trakea telah diintubasi dan penghisapan yang cukup, kemudian

Intubasi Trakea harus dilakukan rutin bila ditemukan mekoneum yang tebal (Sarwono, 2010)

Keadaan Bayi Ny.S setelah lahir dengan ketuban Mekoneum namun tidak segera dilakukan penghisapan lendir ataupun resusitasi, karena APGAR SCORE bayi yang baik 7/9 dan bayi segera menangis. Kemudian By.Ny.S tidak mengalami pembagian stadium pada bayi dengan postterm.

Setelah bayi lahir dilakukan penilaian Apgar Score (AS), didapatkan hasil AS bayi Ny. S yaitu 7/8. Penilaian ini termasuk dalam keadaan normal karena menurut Saifuddin, 2006, bahwa bayi normal/asfeksia ringan apabila memiliki nilai AS 7-10, asfeksia sedang apabila nilai AS 4-6, dan bayi asfeksia berat apabila nilai AS 0-3. Sehingga penulis berpendapat bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena nilai AS bayi Ny.S dalam batas normal yaitu 7/8.

Setelah 1 jam dilakukan IMD, dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi Ny. S dengan hasil yaitu BB : 3140 gram, PB : 49 cm, LK : 35 cm, caput (-), cephal (-), miksi (-), defekasi (-), cacat (-), reflek normal. Hasil dari pemeriksaan fisik bayi Ny. S dalam batas normal dan sesuai dengan teori. Pemeriksaan fisik awal pada bayi baru lahir dilakukan sesegera mungkin dengan tujuan untuk menentukan apakah terdapat kelainan atau tidak pada bayi serta memudahkan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.

Setelah pemeriksaan fisik, bayi Ny. S diberikan injeksi vitamin K 0,5 cc secara Intra Muscular (IM) pada paha kiri anterolateral. Setelah satu jam kemudian bayi Ny. S diberikan imunisasi hepatitis B secara IM pada paha kanan anterolateral dan antibiotik berupa salep mata. Asuhan ini di berikan

sesuai dengan teori JNPK (2008), bahwa 1 jam setelah bayi lahir dilakukan penimbangan dan pemantauan antropometri serta pemberian tetes mata tetrasiklin dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, diberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan anterolateral.

Penulis berpendapat, karena kondisi bayi yang telah stabil penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL sebagai upaya untuk mencegah defisiensi vitamin K, memberikan kekebalan tubuh pada bayi terhadap penyakit hepatitis dan mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi..

4. Nifas

Pada masa nifas, Ny. S mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 4 kali yaitu saat 6-8 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum. Hal ini 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 6 minggu post partum (Suherni, dkk, 2009).

Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas. Ketidaksamaan jadwal kunjungan nifas pada 6 minggu dikarenakan ketidak sediaannya waktu di nifas 6 minggu.

Tanggal 4 Mei 2016, pukul 07.00 WITA dilakukan kunjungan pada Ny Syaitu 6-8 jam post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan diperoleh hasil : ibu tidak memiliki keluhan, ibu dapat beristirahat setelah proses

persalinannya, ibu sudah BAK ke kamar mandi, ASI dapat keluar dengan lancar, TD 110/70 mmHg suhu tubuh 36,3°C, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong, perdarahan pervaginam tampak sedikit, lochea rubra, luka jahitan baik. Hal ini sesuai dengan teori menurut Suherni dkk (2009), tujuan pada asuhan kunjungan 6-8 jam post partum diantaranya yaitu mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Tanggal 13 Mei 2016, pukul 17.00 WITA dilakukan kunjungan pada Ny Syaitu 6 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan diperoleh hasil : ibu tidak memiliki keluhan, TD 130/80 mmHg suhu tubuh 36,4°C, nadi 78 x/menit, pernafasan 22 x/menit, BB 58 kg, TFU 3 jari diatas Syimpisis, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong, perdarahan pervaginam tampak sedikit, lochea rubra, luka jahitan baik. Hal ini sesuai dengan teori menurut Suherni dkk (2009), tujuan pada asuhan kunjungan hari keenam diantaranya memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

Hasil pemeriksaan pada kunjungan 6 hari PP ditemukan lochea pada ibu masih merah (lochea rubra). Lochea pada hari ke 3-7 hari berwarna merah

kecoklatan dan berlendir yaitu Lochea Sanguilenta. Lochea Rubra ini berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua (desidua yakni selaput lendir rahim dalam keadaan hamil) lochea Rubra akan keluar selama 2 hari pasca persalinan (Sukarni 2013)

Asuhan yang diberikan pada Ny. S selama masa nifas meliputi pemberian KIE tentang nutrisi nifas, mobilisasi dini, tanda bahaya nifas, cara perawatan luka jahitan perineum .

Penulis berpendapat terjadi kesenjangan antara teori dan praktek ini dapat dikarenakan ibu kelelahan karena merawat bayi dan balita, dan melakukan aktivitas memasak dan mencuci dirumah, dan ibu kurang istirahat pada siang hari dan keluhan tersebut dapat teratasi dengan diberikannya konseling mengenai nutrisi dan istirahat yang cukup.

Keluhan selanjutnya adalah ibu merasa payudaranya nyeri dan keras. Menurut Suherni dkk(2009), payudara yang mengalami distensi menjadi keras dan berbenjol-benjol yang dimana keadaan ini disebut dengan bendungan Asi, keadaan ini sering menyebabkan rasa nyeri yang cukup hebat dan bisa disertai dengan kenaikan suhu. Terjadi kesenjangan antara teori dengan yang terjadi pada ibu. Pada teori yang dikemukakan oleh Suherni, dkk (2009) mengatakan ibu dapat disertai dengan kenaikan suhu dan keadaan ini tidak terjadi pada Ny.S, ibu hanya merasakan rasa nyeri saja tanpa ada kenaikan suhu yang terjadi.

Asuhan yang diberikan kepada Ny.S menurut Suherni,dkk (2009) adalah dengan mengeluarkan ASI secara manual/ASI tetap diberikian kepada

bayi, mengompres dengan air hangat dan air yang dingin dengan menggunakan kain.

Selanjutnya keluhan yang dirasakan oleh ibu adalah puting susu yang dalam keadaan lecet. Terdapat beberapa faktor penyebab puting susu menjadi lecet, antara lain posisi menyusui yang salah, melepas puting dari mulut bayi yang salah dan memberikan puting susu dengan menggunakan sabun atau alkohol. Menurut penulis puting susu yang terjadi pada Ny.S disebabkan oleh cara melepas putng dari mulut yang salah, karena saat pengkajian cara posisi menyusui Ny.S telah benar dan menurut Ny.S tidak pernah memberikan apapun pada puting susunya.

Asuhan yang dapat diberikan kepada Ny.S dengan keadaan puting susu yang lecet adalah dengan mengeluarkan sedikit ASI dan dioleskan pada daerah puting sebelum memberikan ASI kepada bayinya, mengeluarkan putting susu dari mulut bayi dengan menggunakan jari kelingking dan tetap anjurkan untuk memberikan ASI kepada anaknya (Suherni dkk, 2009)

Tanggal 21 Mei 2016, pukul 17.00 WITA dilakukan kunjungan pada Ny Syaitu 2 minggu post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan diperoleh hasil : ibu mengeluh nyeri saat BAK, TD 120/80 mmHg suhu tubuh 36°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, BB 48 kg, TFU tidak teraba, perdarahan pervaginam tidak ada, lochea alba, luka jahitan baik.

Hal ini sesuai dengan teori menurut Suherni, dkk (2009), tujuan pada asuhan kunjungan 2 minggu diantaranya memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu

cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi. Hasil pemeriksaan pada ibu dalam batas normal.

Keluhan yang dialami oleh Ny.S nyeri saat BAK adalah karena bakteri yang terdapat pada perineum atau pada daerah kelamin ibu. Di daerah kelamin ibu terdapat Kassa yang tertinggal saat ibu melakukan kontrol ulang pada seminggu yang lalu dan Ny.S tidak mengetahui jika terdapat kassa yang tertinggal. Sehingga luka bekas jahitan pada kemaluan ibu masih terasa nyeri.

Infeksi berasal dari dua sumber utama, yaitu ibu dan lingkungan, termasuk didalamnya tempat persalinan, tempat perawatan dan rumah. Infeksi yang berasal dari ibu dari kontak dengan mikroorganisme, seperti kebersihan diri yang kurang dilakukan oleh ibu dan setelah itu infeksi yang sering terjadi berasal dari lingkungan. Hasil pengobatan akan menjadi lebih baik apabila tanda infeksi dapat dikenali secara dini dan segera ditangani segera (Sarwono, 2009)

Asuhan yang dapat diberikan menurut Suherni,dkk (2009) menyarankan ibu mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3-4 jam untuk mengganti pembalut. Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum menyentuh daerah kelamin dan menganjurkan ibu tidak sering menyentuh luka laserasi atau luka jahitannya.

5. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 4 kali kunjungan, yaitu pada 7 jam, 6 hari, dan 2 minggu dan 4 minggu 4 hari. Hal ini sesuai

dengan teori yang dikemukakan oleh Muslihatun (2010) yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN-1 dilakukan 6-8 jam, KN-2 dilakukan 3-7 hari, KN-3 dilakukan 8-28 hari.

Menurut penulis kunjungan pada neonatus penting dilakukan karena periode neonatus yaitu bulan pertama kehidupan. Bayi banyak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat signifikan. Begitu banyak perubahan yang terjadi dalam tubuh bayi dari ketergantungan pada saat didalam rahim menjadi tidak tergantung pada ibu saat bayi sudah melewati proses persalinan. Serta sebagai deteksi dini apabila terdapat penyulit pada neonatus.

Tanggal 4 Mei 2015. Pukul 07.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus 6-8 jam pertama pada bayi Ny. S yaitu pada 7 jam setelah bayi lahir. Keadaan umum neonatus baik, nadi 142 x/menit, pernapasan 40 x/menit, suhu 36,5 °C. Bayi telah mendapat injeksi vitamin K, bayi telah mendapat imunisasi Hepatitis B 0 hari, bayi telah diberi salep mata antibiotik, bayi sudah BAK dan BAB. Hasil pemeriksaan dalam batas normal.

Tanggal 13 Mei 2015. Pukul 17.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus pertama pada bayi Ny. S yaitu pada 6 hari setelah bayi lahir. Keadaan umum neonatus baik, nadi 136 x/menit, pernapasan 48 x/menit, suhu 36,7 °C, BB : 32300 gram, tali pusat sudah terlepas, ASI sebagai asupan nutrisi bayi, tampak ada bintik-bintik merah dan berair disekitar wajah bagian atas.

Menurut teori kelainan kulit yang ditandai dengan kemerahan, disertai dengan gelembung kecil berair yang timbul akibat keringat berlebihan disertai

sumbatan saluran kelenjar keringat yaitu di dahi, leher, bagian yang tertutup pakaian (dada, punggung), tempat yang mengalami tekanan atau gesekan pakaian dan juga kepala disebut miliaria/biang keringat (Sudoyo, 2009).

Asuhan yang dapat diberikan kepada bayi yang mengalami miliaria yaitu dengan mendorongnya terjadinya penguapan keringat, salah satu caranya adalah selalu memakaikan baju-baju yang terbuat dari bahan katun. Mempunyai pola hidup sehat dan bersih. Bila anak memang cenderung mudah terserang biang keringat, hindari keadaan yang dapat merangsang keringat yang berlebihan. (Harahap, 2000)

Menurut penulis bayi mengalami miliaria/biang keringat karena kurangnya Ny. S menjaga kebersihan pada bayi. Keluhan tersebut dapat teratasi karena ibu mengikuti anjuran yang diberikan oleh penulis untuk memandikan bayi secara teratur paling sedikit 2 kali sehari menggunakan air dingin dan sabun, bila berkeringat sesering mungkin dibasuh dengan menggunakan handuk (lap) basah, kemudian dikeringkan dengan handuk atau kain yang lembut. Setelah itu dapat diberikan bedak tabur.

Keluhan selanjutnya adalah bayi terlihat kuning pada daerah wajah, sclera, dada dan perut bayi. Bayi kuning atau bayi dengan Ikterus adalah kondisi munculnya warna kuning di kulit dan selaput mata pada bayi baru lahir karena adanya bilirubin pada kulit dan selaput mata sebagai akibat peningkatan kadar bilirubin dalam darah (Hidayat,2008). Keadaan kuning yang terjadi pada bayi Ny.S umumnya sering terjadi pada kebanyakan bayi-bayi yang lainnya. Keadaan Bayi Ny.S termasuk dalam Ikterus ringan, karena fungsi hati yang belum matang pada bayi baru lahir yang menyebabkan

proses pengeluaran bilirubin berjalan lambat. Keadaan ini umumnya muncul pada usia 2-4 hari dan menghilang pada usia 1-2 minggu. Penulis sependapat dengan teori, karena bayi Ny.S mengalami kuning pada awal kelahiran dan hal ini termasuk dalam ikterus fisiologis.

Asuhan yang diberikan oleh penulis menurut Suriadi (2010), adalah melakukan perawatan kepada bayi dengan : memandikan bayi secara teratur, melakukan perawatan tali pusat secara rutin, menjaga kehangatan bayi, menjemur bayi dibawah sinar matahari pagi pada pukul 07.00-09.00 WITA, memberikan ASI secara adekuat.

Tanggal 21Juni 2015. Pukul 17.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus kedua pada bayi Ny. S yaitu pada 14 hari setelah bayi lahir. Keadaan umum neonatus baik, nadi 138 x/menit, pernapasan 51 x/menit, suhu 36,9 °C, BB 3530 gram, PB 53 cm, LK 36 cm, LD 38 cm, LP 36 cm, ASI sebagai asupan nutrisi bayi, bayi tidak rewel, bayi agak sulit dalam bernafas.

Hasil pemeriksaan pada saat kunjungan 14 hari didapatkan hasil neonatus dalam keadaan normal dan tidak terdapat keluhan.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Tanggal 4 mei 2016 Ny. S mengatakan ingin memakai alat kontrasepsi IUD, Sehingga penulis dan bidan menyarankan kepada klien untuk memasang IUD setelah melahirkan. Rumah Sakit Umum memiliki program pemasangan IUD setelah melahirkan, sehingga penulis menyarankan agar ibu melahirkan di Rumah Sakit Umum.Keadaan ibu yang saat hamil dengan

tekanan darah yang tinggi, fakto usia yang lebih dari 35 tahun serta telah memiliki anak empat tepat menggunakan KB IUD. Keinginan maksud dan tujuan ibu untuk ber-KB tersebut 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 sel sperma.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

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

1. Keterbatasan pada klien

Kurangnya pengetahuan klien mengenai tanda bahaya saat masa kehamilan, klien kurang memahami pengetahuan tentang masa-masa kehamilan, kurangnya pengetahuan tentang cara mengatasi Preeklamsi yang terjadi. Klien mudah cemas dan takut dengan kondisi kehamilan, persalinan dan masa nifasnya. Klien mudah terpengaruh dengan mitos-mitos penggunaan KB IUD.

2. Keterbatasan pada penulis

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PKL II terkadang menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang sangat terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

- a. Kehamilan termasuk berisiko karena Ibu hamil dengan preeklamsi Ringan, namun hingga akhir kehamilan kondisi klien dalam keadaan fisiologis tanpa adanya Preeklamsi Ringan yang menyertai kehamilannya karena adanya pengawasan lebih agar tidak terjadi komplikasi antara ibu dan janin.
- b. Persalinan berlangsung normal usia Kehamilan 41-42 minggu dengan postterm. Dilakukan pemeriksaan NST dan hasil Nonreaktif sehingga dilakukan induksi dengan misoprostol pervaginam
- c. Bayi lahir sehat secara spontan dengan air ketuban hijau, segera menangis dan tidak tampak kelainan konginental
- d. Pada saat kunjungan hari ke 6 didapatkan hasil pemeriksaan bahwa ibu dengan bendungan ASI dan puting susu lecet dan Ibu ingin melepas IUD karena keluhan yang dirasakan Ny.S merasa itu akan berbahaya.
- e. Pada neonatus saat kunjungan didapatkan dalam keadaan normal dan diharapkan bayi dapat sehat serta terhindar dari masalah patologi.

- f. Klien menggunakan KB IUD, telah terpasang KB IUD saat plasenta telah lahir. Klien diberikan konseling mengenai efek samping pada penggunaan IUD, mitos yang terjadi pada penggunaan IUD dan menganjurkan ibu untuk kontrol IUD. Hasil dari kontrol IUD yang telah dilakukan posisi atau keadaan IUD normal.

Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan

Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan diupayakan mampu memberikan kontribusi yang nyata dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif ini dengan tidak mempersulit penulis untuk mendapatkan data sekunder sebagai referensi dalam penyusunan laporan asuhan komprehensif ini. Karena dengan adanya laporan tugas akhir berupa asuhan komprehensif ini maka kami telah membantu terlaksananya program MPR

2. Bagi Puskesmas Wilayah Kerja Setempat

- a. Diupayakan bimbingan dan asuhan yang diberikan lebih sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang telah diberikan untuk menghasilkan asuhan kebidanan yang tepat, bermutu dan memuaskan klien.
- b. Bidan diupayakan mampu menjalin komunikasi yang baik dengan pasien agar tercipta suasana yang terbuka dan harmonis, sehingga dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan pelayanan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta keluarga berencana.

3. Bagi institusi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diupayakan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, professional, dan mandiri. Selain itu lebih menyelaraskan lagi persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

4. Bagi klien

Kepada klien diupayakan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil khususnya jarak kehamilan yang beresiko, persalinan yang aman, bayi baru lahir, nifas, neonates dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.

5. Bagi penulis

Bagi penulis diupayakan dapat mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif melalui pendidikan dan penatalaksanaan serta mendapat pengalaman secara nyata di lapangan agar dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E.Retna & Wulandari, Diah. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: MitraCendikia Press.
- Aprilia, Yesie.2014. <http://test.bidankita.com/author/yesie-aprilia/page/25/>. Diakses tanggal 9 Maret 2016
- Benson, Ralph C. Pernoll, Martin L. 2008. *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta : EGC
- BKKBN.2006. *Buku Saku bagi petugas Lapangan Program KB Nasional Konseling*. Jakarta. BKKBN
- BKKBN. 2007. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Cetakan Ke-5. Jakarta: Pustaka sinar harapan
- Dorland. 2003. *Kamus Saku Kedokteran*. Jakarta : EGC
- Harahap Marwali. *Ilmu Penyakit Kulit*. 2000. Jakarta : EGC
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2001. *KapitaSelekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta : EGC
- Hidayat,A.Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf> di akses 26 Maret 2016
- Kusmiyati, Yuni, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta :Fitramaya.
- Lyndon,Saputra. 2014. *Asuhan Kebidanan Neonatus Normal dan Patologis*. Tangerang : BinaRupaAksara
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, et al. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan Edisi 2*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Marmi. 2012. *Intranatal Care*. Yogyakarta Pustaka Pelajar.
- Mufdilah.2009.*Panduan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Mitra Cendikia
- Muslihatun, WafiNur. 2011. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Pantiawati, I. 2010. *Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina pustaka sarwono prawirohardjo
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Bina pustaka sarwono prawirohardjo
- Rukiyah, Lia Yulianti. 2010. *Asuhan Kebidanan 4 Patologi*. Jakarta: TIM
- Saifuddin, Abdul.(2007). “Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal”. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sudoyo, Aru W.2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit*. Jakarta : Interna Publishing
- Suherni, dkk. 2009. *Perawatan Masa Nifas*.Yogyakarta :Fitramaya.
- Sukarni, I dan Margareth, Z.H. (2013). *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: NuhaMedika
- Sulistiyawati,Ari. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*,Yogyakarta: Andi Tenreng. (2008). *Asuhan Keperawatan Post SC*. Diambil tanggal25 Maret 2016 dari<http://www.tenreng.files.com>
- Sumarah, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya
- Suriadi, Yuliani,Rita. 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Edisi 2*. Jakarta : CV. Sagung Seto
- Suseno, Tutu A, dkk. 2009. *KamusKebidanan*. Yogyakarta : Citra Pustaka
- Utami, Sintha.2008.*Info Penting Kehamilan*. Jakarta : Dian Rakyat
- Varney, H. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan (edisi 4, vol 1)*. Jakarta : EGC.
- Varney, H. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan (edisi 4, vol 2)*. Jakarta : EGC.
- World Health Organization (WHO). 2014. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: World Health Organization.

