

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "L" G₃P₂₀₀₂
HAMIL 29 MINGGU 3 HARI DENGAN RIWAYAT
TUBERKULOSIS DI KELURAHAN SUMBER
REJO KOTA BALIKAPAPAN



Oleh :

JESSI NURMALA
NIM. PO 7224113018

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

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI DIII KEBIDANAN BALIKPAPAN

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.L G3P2002 Hamil 29
Minggu 3 Hari dengan Riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber
Rejo Kota Balikpapan

Nama Mahasiswa : Jessi Nurmala

NIM : PO 7224113018

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

Balikpapan, 30 Juni 2016

MENYETUJUI

Pembimbing I

Meity Albertina.,SKM.,S.ST.,MPd
NIP. 195708121979092001

Pembimbing II

Lusita Hakim.,S.ST
NIP. 196901131991022003

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "L" DENGAN RIWAYAT TUBERKULOSIS DI KELURAHAN SUMBER REJO KOTA BALIKPAPAN

JESSI NURMALA

Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan

Tim Penguji Politeknik Kesehatan Depkes Kalimantan Timur

Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Pada Tanggal 30 Juni 2016

Penguji Utama

Susi Purwanti, S.SiT, M.P.H

NIP. 197110261992032001

(.....)

Penguji I

Meity Albertina, SKM., S.ST., MPd

NIP. 195708121979092001

(.....)

Penguji II

Lusita Hakim, SST

NIP. 196901131991022003

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan

Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Sonya Yulia S, S.Pd, M.Kes

NIP.195507131974022001

Eli Rahmawati, S.SiT.,M.Kes

NIP. 197403201993032001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Jessi Nurmala

NIM : PO 7224113018

Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 03 Januari 1995

Agama : Islam

Alamat : Jl. Mulawarman RT. 28 No. 25 Kelurahan Manggar
Kecamatan Balikpapan Timur

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 006 Balikpapan Lulus Tahun 2007
2. SMP Negeri 008 Balikpapan Lulus Tahun 2010
3. SMA Negeri 004 Balikpapan Lulus Tahun 2013
4. Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Sekarang

HALAMAN PERSEMBAHAN

Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat' (QS. Al-Mujadalah ayat: 11)

"Kehidupan dapat diibaratkan layaknya revisian Laporan Tugas Akhir, ada beberapa hal yang harus diubah maupun dikurangi dan ada beberapa hal yang harus ditambahkan. Percaya dan yakinlah lakukan dengan doa dan usaha maka apa yang kamu kerjakan tidak akan sia-sia"

Persembahan

Yang Paling Utama Dari Segalanya

Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya karya kecil yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat serta dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW. Kupersembahkan karya kecil sederhana ini kepada orang yang sangat kukasih dan kusayangi.

Bapak & Mama

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada bapak & mama tercinta yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan dan cinta kasih tiada terhingga yang tidak mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan. Sosok yang pertama dari tujuan hidupku yang selalu membangkitkanku disaat terpuruk dari hidupku. Terima kasih tuhan telah kau berikan kepadaku malaikatmu, terima kasih telah kau lahirkan aku dari rahimnya.

Kakak & Adik

Untuk kakak & adikku, tiada yang paling mengharukan saat kumpul bersama walaupun sering bertengkar tapi hal itu selalu menjadi warna yang tak akan bisa tergantikan, terima kasih atas doa dan bantuan selama ini karya kecil ini yang dapat aku persembahkan, maaf belum bisa menjadi panutan seutuhnya, tapi aku akan selalu menjadi yang terbaik untukmu.

My Special Moodbooster

Sebagai tanda kasihku kepadamu "aku persembahkan karya kecil ini untukmu, terima kasih atas kasih sayang, perhatian dan kesabaranmu yang selalu memberikan semangat dan inspirasi dalam menyelesaikan karya kecil ini, semoga kita akan saling mendoakan menyemangati dan untuk meraih cita-cita.

Dosen Pembimbing dan Penguji Utama Tugas Akhirku

Ibu Meity Albertina.,SKM.,S.ST.,MPd dan Ibu Lusita Hakim S.ST selaku dosen pembimbing tugas akhirku dan Ibu Susi Purwanti S.SiT., M.PH selaku penguji utama tugas akhirku, terimakasih ibu atas bimbingan serta nasehat yang tiada hentinya ibu berikan kepada saya tidak akan lupa segala jasa dan limpahan kesabaran ibu dalam membimbing saya selama ini serta saya bangga pernah dibimbing oleh ibu.

Seluruh Dosen Pengajar dan staff di Poltekkes Kemenkes Kaltim

Terima kasih banyak untuk semua ilmu, didikan, bimbingan serta pengalaman berharga yang telah kalian berikan kepada saya.

Rekan-rekan AKB '19

Teruntuk kepada wanita-wanita hebatku calon bidan. Salam hangat untuk kalian atas kebersamaan saat menimba ilmu selama tiga tahun, terima kasih untuk segala suka maupun duka dari kalian aku banyak belajar tentang arti hidup.

Buat Pasien Study Kasusku

Tidak lupa ucapan terima kasih kepada keluarga Tn. S dan Ny. M yang bersedia untuk menjadi pasien dalam pelaksanaan tugas akhir saya. Tanpa kerja sama dari kalian tugas akhir ini tidak akan terselesaikan. Terima kasih atas waktu yang telah diuangkan selama pelaksanaan, semoga adik bilal menjadi anak yang sholeh dan patuh kepada kedua orang tua dan semoga hubungan silaturahmi ini selalu terjaga. Amin.

Terima kasih untuk semuanya yang mungkin tidak bisa saya sebutkan satu persatu dalam lembar

persembahan ini, terima kasih atas motivasi dan kerjasamanya,

karena berkat motivasi dan kerjasamanya saya dapat menyelesaikan

karya kecil ini dengan tepat waktu.

"Karya kecil untuk mereka yang kusayang dan kucintai"

Salam hangat, penuh kasih sayang

Penulis

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT., berkat rahmat dan bimbingan-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.L dengan Riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan”. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Prodi D-III Kebidanan Balikpapan, Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

Bersama ini, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih dengan hati yang tulus kepada :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah memberikan izin dan memfasilitasi kami dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
2. Sonya Yulia, M.Pd., selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes., selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Susi Purwanti. S.SiT., M.P.H selaku Penguji Utama Laporan Tugas Akhir.
5. Dra. Meity Albertina.,SKM.,S.ST.,M.Pd selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dalam memberikan asuhan dan penyelesaian Laporan Tugas Akhir.
6. Lusita Hakim S.ST., selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dalam memberikan asuhan dan penyelesaian Laporan Tugas Akhir

7. Para Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.
8. Orang tua dan adik serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
9. Pasien Laporan Tugas Akhir yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi pasien saya untuk menyelesaikan LTA ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan
10. Rekan-rekan AKB 80 yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

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

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

Balikpapan, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	9
E. Ruang Lingkup.....	9
F. Sistematika Penulisan	10
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Managemen Kebidanan	11
1. Pengertian	10
2. Hasil Pengkajian	15
3. Perencanaan Asuhan	26

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	38
1. Kehamilan	38
2. Persalinan	55
3. Bayi Baru Lahir.....	81
4. Nifas	93
5. Neonatus.....	103
6. Keluarga Berencana	107
C. Tuberkulosis.....	115
D. Oligohidramnion	131
1. Pengertian	131
2. Patofisiologi	132
3. Oligohidramnion dalam Kehamilan Lanjut	134
4. Etiologi	135
5. Faktor Risiko	137
6. Komplikasi dari Oligohidramnion	138
7. Pemeriksaan Penunjang	139
8. Akibat Oligohidramnion	139
9. Tindakan Konservatif.....	140
10. Managemen Pelaksanaan	140
E. Inersia Uteri.....	142
1. Pengertian	142
2. Etiologi	143
F. Induksi Persalinan	144
1. Pengertian	144
2. Tujuan induksi	144
3. Indikasi.....	145
4. Kontra indikasi Induksi	141
5. Risiko Melakukan Induksi	147
6. Induksi Persalinan denagan Metode Bedah	147
G. Non Stress Test (NST)	152
1. Definisi.....	152
2. Indikasi.....	152

BAB III SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Pelaksanaan Studi Kasus	150
B. Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus	150
C. Subjek Studi Kasus	152
D. Etika Penelitian	152

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.....	159
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Persalinan.....	172
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir.....	194
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas.....	199
E. Dokumentasi Asuhan Kunjungan Neonatus	208
F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	216

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	219
B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan.....	235

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	237
B. Saran.....	238

Daftar Pustaka

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel

2.1 Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri	40
2.2 Pertambahan Berat Badan Pada Kehamilan	41
2.3 Jadwal Pemberian Imunisasi TT	52
2.4 Pola Fungsional Kesehatan Persalinan	60
2.5 APGAR SKOR	80
2.6 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum	94
2.7 Perjalanan Alamiah TB	115

DAFTAR SINGKATAN

AFI	: Amniotic Fluid Index
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ARTI	: <i>Annual Risk of Tuberculosis Infection</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BTA	: Bakteri Tahan Asam
CPD	: Disproporsi Sefalopelvik
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DMPA	: Depot Medroksiprogesteron Asetat
DTT	: Dekontaminasi Tingkat Tinggi
FAD	: Fetal Activity Detemination
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
ICA	: <i>Indeks Cairan Amnion</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IM	: Intramuskular
IMT	: Indeks Masa Tubuh
INH	: Isoniazid
IUD	: Intra Uterine Device
IUGR	: Intra Uterin Growth Retardation

KIA	: Kesehatan Ibu Dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal
MDGs	: <i>Millenium Developmtent Goals</i>
MOTT	: <i>Mycobacterium Other Than Tuberkulosis</i>
NST	: Non Stress Test
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PAP	: Pintu Atas Panggul
PBB	: Perserikatan Bangsa- Bangsa
PBP	: Pintu bawah panggul
ROM	: <i>Rupture Of Amniotic Membranes</i>
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDP	: Single Deepest Pocket
TBC	: Tuberculosis
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
UC	: Uterus Contraction
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
TTV	: Tanda Tanda Vital

DAFTAR LAMPIRAN

1. Informasi Asuhan Kebidanan
2. Inform Consent
3. Lembar Konsultasi LTA
4. Daftar hadir ujian proposal
5. Daftar hadir kunjungan rumah
6. Surat tugas
7. Partograph
8. SAP
9. Leaflet

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan tolak ukur dalam menilai kesehatan suatu bangsa. Masyarakat Internasional berupaya keras menurunkan AKI dan AKB. Perserikatan Bangsa- Bangsa (PBB) mengadopsi tujuan berkelanjutan *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang menjadi komitmen masyarakat internasional sebagai agenda pembangunan global yang baru untuk periode 2016 – 2030 untuk meneruskan pencapaian Tujuan Pembangunan *Millenium Development Goals* (MDGs) (UNDP, 2015).

Tujuan SDGs ke tiga adalah kesehatan yang baik yang didalamnya terdapat 13 target diantaranya pada tahun 2030 menurunkan angka kematian ibu di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 12 per 100.000 kelahiran hidup (Ditjen BGKIA, 2015).

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

Setiap menit setiap hari, di suatu tempat di dunia, satu orang meninggal disebabkan oleh komplikasi persalinan. Kebanyakan kematian ibu tersebut merupakan

tragedi yang dapat di cegah, di hindari dan membutuhkan perhatian dari masyarakat internasional. Secara global 80% kematian ibu tergolong pada kematian langsung. Pola penyebab langsung dimana-mana sama, yaitu perdarahan (25% biasanya perdarahan pasca persalinan), sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%), komplikasi aborsi tidak aman (13 %) dan sebab-sebab lain (Saifudin, 2010).

Resiko penularan tuberkulosis setiap tahun (*Annual Risk of Tuberculosis Infection = ARTI*) di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1 - 2 %. Pada daerah dengan ARTI sebesar 1 %, berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk, 10 (sepuluh) orang akan terinfeksi. Sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi penderita Tuberkulosis, hanya 10 % dari yang terinfeksi yang akan menjadi penderita Tuberkulosis. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita Tuberkulosis adalah daya tahan tubuh yang rendah diantaranya karena gizi buruk atau HIV/AIDS.

Kehamilan dengan Tuberkulosis dapat berefek terhadap tuberculosis dimana peningkatan diafragma akibat kehamilan akan menyebabkan kavitas paru bagian bawah mengalami kolaps yang disebut pneumo-peritoneum.

Menurut Oster, 2007 jika kuman Tuberkulosis hanya menyerang paru, maka akan ada sedikit risiko terhadap janin. Untuk meminimalisasi risiko, biasanya diberikan obat-obatan Tuberkulosis yang aman bagi kehamilan seperti Rifampisin, Isoniazid dan Etambutol.

Ibu hamil dengan Tubercolosis jika dibandingkan dengan kelompok wanita sehat yang tidak mengalami tuberculosis selama hamil mempunyai risiko hospitalisasi lebih tinggi (21% : 2%), bayi dengan APGAR skor rendah segera setelah lahir (19% : 3%), berat badan lahir rendah (<2500) . Selain itu, risiko juga

meningkat pada janin, seperti abortus, terhambatnya pertumbuhan janin, kelahiran prematur dan terjadinya penularan Tuberkulosis dari ibu ke janin melalui aspirasi cairan amnion (disebut Tuberkulosis congenital). Gejala Tuberkulosis congenital biasanya sudah bisa diamati pada minggu ke 2-3 kehidupan bayi, seperti prematur, gangguan napas, demam, berat badan rendah, hati dan limpa membesar. Penularan kongenital sampai saat ini masih belum jelas, apakah bayi tertular saat masih di perut atau setelah lahir.

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pada keluarga berencana. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Saifuddin, 2006).

Berdasarkan survey demografi dan Kesehatan Indonesi Tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup.

Provinsi Kalimantan Timur Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Rate*) menunjukkan penurunan yang cukup berarti yakni pada tahun 2008 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2009 menjadi 99 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2010 adalah 90 per per 100.000 kelahiran hidup, namun pada tahun 2012 Angka Kematian ibu meningkat yakni 111 dan angka kematian ibu tahun 2013 meningkat menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi (AKB) di Kalimantan Timur sebesar 12,21 per 1000 yang jika dibandingkan dengan target nasional Kalimantan Timur telah dibawah target (Profil Kesehatan Kaltim, 2013).

Angka kematian Ibu di Kota Balikpapan tahun 2012 mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya yaitu 78 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih masih di

bawah target nasional yaitu 112 per 100.000 kelahiran hidup namun harus tetap dilakukan upaya-upaya untuk menurunkan angka kematian ibu. Angka Kematian Bayi per 1.000 kelahiran mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Tahun 2010 sebanyak 3 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2011 sebanyak 4 per 1.000 kelahiran hidup dan tahun 2015 sebanyak 5 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2012).

Terdapat sekitar 9,5 juta kasus baru Tuberkulosis, dan sekitar 0,5 juta orang meninggal akibat Tuberkulosis di seluruh dunia (WHO, 2009). Prevalensi Tuberkulosis dalam kehamilan di Indonesia tahun 2004 adalah 119/100.000 penduduk dan dalam kehamilan prevalensi tuberkolosis bervariasi antara 0,37-1,6% (Prawiroharjo, 2009).

Balikpapan tahun 2012 mencapai 87,56 % sedikit mengalami penurunan namun sudah melebihi target nasional (80 %). Sedangkan angka kesembuhan telah mencapai 87,13 % pada Tahun 2012 dan sudah mencapai target nasional (85 %) (Profil Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2012).

Pelayanan kebidanan merupakan layanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangan yang diberikannya dengan maksud untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka tercapainya keluarga berkualitas, bahagia dan sejahtera (Elisabeth, 2014).

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memeberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, anak dan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana (Permenkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010).

Hasil pengkajian saya yang saya lakukan Tanggal 25 Februari 2016 ditemukan bahwa Ny. L berusia 32 tahun hamil anak ke tiga tidak pernah keguguran bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga bertempat tinggal di Jl. S. Parman RT. 07 No.-

Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan. Saat ini mengeluh sesak dan nyeri bagian bawah ini tergambar dari hasil pemeriksaan pertengahan pusat *prosesus xifoideus* ini menyebabkan diafragma tertekan sehingga membuat ibu lebih sesak, teraba lunak pada fundus yaitu bokong pada Leopold I dan kepala bayi teraba di bagian bawah pada pemeriksaan Leopold III. TFU 26 cm Suami Ny. L merupakan penderita Tuberkulosis positif dan setiap hari kontak secara langsung Ny. L dan suami telah meminum obat Tuberkulosis selama 6 bulan Ny. L telah selesai minum obat Tuberkulosis di usia kehamilannya ke 8 minggu.

Sehingga melalui proses pengkajian dan pemeriksaan secara *head to toe* penulis dapat mengupulkan masalah, latar belakang, situasi dan kondisi klien, perasaan dan kebutuhan klien, serta pemahaman klien terhadap masalah yang dihadapinya sehingga akan berdampak baik terhadap pemecahan masalah, pengambilan keputusan dan perencanaan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien (Saraswati,2008).

Berdasarkan masalah dari hasil pengkajian tersebut, mahasiswa merasa perlu untuk melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus continuity of care pada Ny. L selama masa ke hamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.L G₃P₂₀₀₂ Usia Kehamilan 29 Minggu 3 Hari dengan Riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan ”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.”L” G₃P₂₀₀₂ hamil 29 minngu 3 hari dengan riwayat tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota

Balikpapan dalam masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Peneliti mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif baik pada masa Hamil bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi pada Ny."L" G₃P₂₀₀₂ hamil 29 minggu 3 hari dengan riwayat tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan

2. Tujuan Khusus

Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan untuk :

- a. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada asuhan kehamilan terhadap Ny. L G₃P₂₀₀₂ dengan riwayat Tuberkulosis di kelurahan Sumber Rejo dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- b. Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial pada Ny. L G₃P₂₀₀₂ dengan riwayat Tuberkulosis di kelurahan Sumber Rejo.
- c. Memberikan asuhan antisipasi terhadap diagnosa, masalah potensial dan kasus kambuh (Relaps) pada Ny. L G₃P₂₀₀₂ dengan riwayat Tuberkulosis di kelurahan Sumber Rejo.
- d. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada asuhan persalinan terhadap Ny. L dengan riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo

Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.

- e. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada asuhan bayi baru lahir terhadap Ny. L dengan riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- f. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada asuhan masa nifas terhadap Ny. L dengan riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- g. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada asuhan neonatus terhadap Ny. L dengan riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- h. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada asuhan keluarga berencana terhadap Ny. L dengan riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.

D. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny.L G₃P₂₀₀₂ Usia Kehamilan 29 Minggu 3 Hari dengan Riwayat Tuberkulosis di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan Tahun 2016 mulai dari kehamilan, persalinan, bayi

baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan program KB pada periode Maret – Juni 2016

E. Manfaat

1. Manfaat Praktis

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

2. Manfaat Teoritis

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

F. Sistematika Penulisan

Sistematika umum penulisan laporan tugas akhir adalah sebagai berikut. Bab I : (Pendahuluan) Dalam bab ini terdiri atas Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan, Manfaat, Ruang Lingkup, Sistematika Penulisan. Bab II : (Tinjauan Pustaka) Dalam bab ini terdiri dari dasar teori yang meliputi Konsep Dasar Teori, Konsep Dasar Manajemen. Bab III : (Subjek dan Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus) Dalam

bab ini berisikan Rancangan Penelitian, Subjek Penelitian, Kerangka Kerja, Etika Penulisan. BAB IV : (Tinjauan Kasus) dalam bab ini berisikan SOAP asuhan kehamilan, SOAP asuhan persalinan kala I, kala II, kala III dan kala IV, SOAP asuhan bayi baru lahir, SOAP asuhan nifas, SOAP asuhan neonatus, SOAP pelayanan kontrasepsi. BAB V : (Pembahasan) dalam bab ini berisikan pembahasan proses asuhan kebidanan dan keterbatasan pelaksanaan asuhan. BAB VI : (Kesimpulan dan Saran).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Manajemen Kebidanan

Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity of Care*) terdiri dari 6 tahap yaitu mulai kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi. Manajemen asuhan kebidanan pada *Continuity of Care* menggunakan 7 langkah varney yang diuraikan sebagai berikut :

1. Pengertian

a. Pengkajian data asuhan kebidanan

Tahap ini data/fakta yang dikumpulkan adalah data subjektif dan atau data objektif dari pasien. Bidan dapat mencatat hasil penemuan data dalam catatan harian sebelum didokumentasikan (wildan dan hidayat, 2008).

1) Data subjektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (allo anamnesis).

2) Data Objektif

Pencatatan dilakukan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan, data penunjang, hasil laboratorium seperti VDRL, HIV, pemeriksaan radiodiagnostik, ataupun USG yang dilakukan sesuai dengan beratnya masalah.

Data yang telah terkumpul diolah, disesuaikan dengan kebutuhan pasien kemudian dilakukan pengolahan data, yaitu menggabungkan dan menghubungkan dan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga

menunjukkan fakta. Tujuan dari pengolahan data adalah untuk menunjukkan fakta berdasarkan kumpulan data. Data yang diolah dianalisis dan hasilnya didokumentasikan.

b. Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosis atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah.

Setelah menentukan masalah dan masalah utama selanjutnya bidan memutuskan dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosis hasil dari perumusan masalah yang merupakan keputusan yang ditegakkan oleh bidan yang disebut dengan diagnosa kebidanan. Dalam menentukan diagnosa kebidanan, pengetahuan keprofesian bidan sangat diperlukan.

Penentuan diagnosis bidan mencakup hal-hal berikut.

- 1) Kondisi pasien terkait dan masalahnya
- 2) Masalah utama dan penyebab utamanya terhadap resiko
- 3) Masalah potensial
- 4) Prognosis

Tiga jenis pedoman dalam mencatat diagnosis kebidanan adalah sebagai berikut :

- 1) Diagnosa kebidanan yang sama dengan diagnosis medis seperti anemia ibu hamil, retensio plasenta, plasenta previa dan lain-lain.

- 2) Masalah diidentifikasi berdasarkan masalah yang ditemukan dengan didukung oleh data subjektif dan objektif seperti cemas, potensial atonia uteri dan lain sebagainya.
- 3) Kebutuhan disesuaikan dengan kebutuhan pasien saat itu misalnya penyuluhan gizi pada ibu hamil.

c. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

d. Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan rujukan.

e. Perencanaan

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

Berdasarkan diagnosis yang ditegakkan bidan dalam mencatat rencana kegiatannya, maka rencana kegiatan mencakup tujuan dan langkah-langkah yang akan dilakukan bidan dalam melakukan intervensi dalam rangka memecahkan

masalah termasuk rencana evaluasi. Berdasarkan hasil tersebut, maka langkah penulisan adalah sebagai berikut:

- 1) Mencatat tujuan tindakan yang akan dilakukan
- 2) Mengemukakan sasaran dan hasil yang akan dicapai didalam tujuana tersebut
- 3) Mencatat langkah-langkah tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai. Langkah-langkah tindakan mencakup kegiatan

f. Pelaksanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapt dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

g. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan secara terus menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

2. Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan Asuhan

Oleh : Jessi Nurmala

S:

Pengkajian

a. Data Subjektif

- 1) Identitas

Nama klien	: Ny. L	Nama suami	: Tn. S
Umur	: 32 Tahun	Umur	: 42 Tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Alamat	: Sumber Rejo RT. 07 No. -		

2) Keluhan utama : Sesak dan nyeri perut bagian bawah, ibu mengeluh mual jika minum SF

3) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat obstetri

(1) Menarche	: 15 tahun
(2) Siklus	: 28 hari
(3) Lamanya	: 5 hari
(4) Keluhan	: tidak ada
(5) HPHT	: 01 Agustus 2015
(6) TP	: 08 Mei 2016
(7) Usia Kehamilan	: 29 minggu 3 hari

b) Riwayat ginekologi

Ibu tidak pernah mengalami flour albus abnormal dan penyakit yang berkaitan dengan kandungannya.

4) Riwayat kehamilan saat ini

Ibu rajin memeriksakan kehamilannya \pm 5 kali selama hamil di puskesmas Gunung Sari Ulu. Ibu sudah mendapatkan konseling diantaranya mengenai kehamilan dan pola istirahat. Ibu mendapatkan terapi diantaranya vitamin B kompleks, kalsium dan SF.

5) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Kehamilan pertama ibu bersalin di rumah namun di tolong oleh bidan jenis kelamin laki-laki Berat badan 4.000 gram panjang badan 50 cm dan tidak ada kelainan selama persalinan . Persalihan ke dua ibu bersalin di dukun karena persalinan kedua ini ibu tinggal di daerah pedalaman yang sulit untuk ditemukan bidan berat badan 4.000 gram panjang badan 49 cm. Ini merupakan kehamilan yang ketiga dan ibu tidak pernah keguguran.

6) Riwayat penyakit ibu terdahulu dan saat ini

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti Hepatitis, HIV/AIDS, asma, diabetes militus dan hipertensi tetapi, Ibu pernah menderita Tuberkulosis dan pernah mengonsumsi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sejak bulan Mei hingga bulan Oktober 2015 dan setelah minum OAT telah dilakukan pemeriksaan laboratorium dan hasilnya negative.

7) Riwayat penyakit yang menderita penyakit keluarga

Keluarga ibu yaitu suami ibu mempunyai riwayat penyakit jantung dan Tuberkulosis dan pada bulan Oktober 2015 baru saja menyelesaikan pengobatannya selama 6 bulan.

8) Riwayat perkawinan

- a) Kawin/Lamanya : Ya, 4 tahun
- b) Usia saat perkawinan : 19 tahun
- c) Menikah yang ke : 3

9) Riwayat KB

- a) Pernah ikut KB : Suntik KB 3 bulan

10) Pola nutrisi

Pola nutrisi ibu meningkat dua kali lebih banyak dibandingkan sebelum hamil. Ibu memiliki alergi makanan pada ikan laut sehingga ibu lebih meningkatkan asupan nutrisi protein dari tahu, tempe dan ikan sungai.

11) Pola eliminasi

a) BAB

- (1) Frekuensi : \pm 1-2 kali sehari
(2) Warna : kuning kecoklatan
(3) Konsistensi : Padat lembek
(4) Keluhan : tidak ada

b) BAK

- (1) Frekuensi : 8-9 kali sehari
(2) Warna : kuning jernih
(3) Keluhan : tidak ada

12) Pola aktivitas, istirahat dan tidur

a) Pola aktivitas

Selama ibu hamil, ibu masih dapat melakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa dan masih bisa berjualan. Memasuki kehamilan trimester III ibu mulai mengurangi pekerjaan sehari-harinya dan tidak berjualan lagi.

b) Pola istirahat dan tidur

- (1) Siang : \pm 2-3 jam

(2) Malam : ±8-9 jam

13) Pola psikologi ibu dan respon ibu serta keluarga terhadap kehamilannya.

Kehamilan ini sangat diharapkan oleh ibu. Ibu juga mengharapkan kehamilan dan persalinannya berjalan dengan normal

serta anak yang dilahirkan selamat dan sehat. Suami dan keluarga sangat bahagia dan mendukung atas kehamilan ibu. Hubungan ibu dengan keluarga dan lingkungan sekitar sangat baik.

14) Pola konsumsi obat

Usia kehamilan 1 – 8 minggu ibu mengkonsumsi obat anti tuberkulosis. Ibu mengonsumsi vitamin B kompleks dan Kalk. Selama hamil dengan dosis 1 tablet perhari diminum dengan air putih. Namun ibu jarang meminum SF karena ibu mengeluh mual.

15) Pengetahuan ibu tentang kehamilannya

Ibu cukup mengetahui tentang kehamilannya. Ibu telah memperoleh informasi mengenai kehamilannya saat pemeriksaan kehamilan, ibu telah mengikuti kelas ibu hamil sebanyak 2 kali yang dilakukan puskesmas yaitu pada tanggal 16 Februari 2016 dan 16 Maret 2016 dan mendapatkan informasi mengenai kehamilannya dari bidan.

O :

a. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Kesadaran : Compos mentis
- c) Tinggi Badan : 160 cm
- d) Berat Badan sekarang : 62 kg

- e) Berat Badan sebelum hamil : 46 kg
- f) LILA : 27 cm
- g) Tanda-tanda vital
 - (1) Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - (2) Nadi : 80 x/menit
 - (3) Pernapasan : 25 x/menit
 - (4) Suhu : 36 °C

2) Pemeriksaan khusus

a) Inspeksi

- (1) Rambut : tampak bersih dan tidak rontok
- (2) Muka : tidak tampak cloasma gravidarum dan tida oedema.
- (3) Mata : konjungtiva tidak tampak anemis dan sclera tidak ikterik.
- (4) Leher : tidak ada pembesaran kelenjaran tyroid dan vena jugularis.
- (5) Dada : payudara tampak simetris, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu tampak menonjol.
- (6) Abdomen : tampak linea gravidarum, tidak tampak luka bekas operasi. Pembesaran perut sesuai umur kehamilannya.
- (7) Genetalia : tidak ada oedema dan varises
- (8) Tungkai : tidak tampak oedema dan tidak tampak varices

b) Palpasi

- (1) Leher : tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid atau vena jugularis
- (2) Dada : tidak teraba benjolan abnormal pada payudara, ada pengeluaran colostrum
- (3) Abdomen
- (a) Leopold I : TFU 26 cm Pertengahan pusat Px. Pada fundus teraba lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong).
Tafsiran berat janin : 2.170 gram.
- (b) Leopold II : teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kiri, dan teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kanan (punggung kiri).
- (c) Leopold III : teraba bulat, keras dan melenting (presentasi kepala).
- (d) Leopold IV : konvergen (bagian terendah janin belum masuk PAP).
- (4) Tungkai : tidak ada oedema dan varices

c) Auskultasi

Denyut jantung janin : 125 x/menit

d) Perkusi

Refleks Patella : Positif kanan dan kiri

b. Pemeriksaan Penunjang :

Tanggal : Kamis, 03 Maret 2016

1) USG :

Taksiran Persalinan USG : 5 Mei 2016

Taksiran berat janin : 1.600 gram

Keadaan janin : Normal, terlihat lilitan tali pusat longgar pada bagian leher janin.

1. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosis

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 29 minggu 3 hari janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Masalah : suami memiliki riwayat Tuberkulosis ibu setiap hari kontak secara langsung dengan suaminya. Di pengobatan ke 4 bulan ibu hamil sehingga mengkonsumsi obat TB selama 8 minggu saat hamil. Ibu mengeluh mual jika minum Tablet Fe.

b. Kebutuhan : tidak ada

2. Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Bagi ibu

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tuberkulosis Dalam Kehamilan dan Anemia Ringan

Tindakan antisipasi : Anjurkan ibu minum tablet Fe

Bagi janin

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tuberkulosis Konginetal

3. Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera :

Tidak Ada

4. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

a. Jelaskan hasil pemeriksaan

Rasional : penjelasan mengenai hasil pemeriksaan merupakan hak klien dan keluarga (Varney, 2007).

b. Beri dukungan mental pada ibu

Rasional : dukungan keluarga serta dukungan dari tenaga kesehatan dapat memberi rasa nyaman selama kehamilan (Kusmiyanti, 2009).

c. Anjurkan Ibu untuk menghabiskan vitamin yang diberikan oleh bidan dengan dosis 1x1 tablet, untuk mencegah mual anjurkan ibu untuk minum SF dimalam hari sebelum tidur dan anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, seperti : sayur – sayuran hijau, ikan, tahu, tempe, daging, dan hati ayam dan menghindari makanan alergi.

d. Menganjurkan tidur dengan posisi *semi fowler* (setengah duduk) atau miring kiri

Rasional : posisi *semi fowler* yaitu posisi setengah duduk posisis ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan (Alimul Hidayat, 2009).

Tidur miring kiri dapat mengurangi penekanan pada pembuluh darah sehingga aliran oksigen ke janin lancar.

e. Memberikan KIE mengenai Tanda-tanda bahaya pada ibu hamil.

Rasional : mengetahui tanda bahaya pada kehamilan membuat ibu mampu mendeteksi dini tanda yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janinnya.

f. Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang

Rasional : pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting selama kehamilan, karena dapat mencegah secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi kehamilan, menetapkan resiko kehamilan, menyiapkan persalinan, menuju ibu dan bayi sehat (Manuaba, 2010).

g. Lakukan dokumentasi

Rasional : dokumentasi asuhan kebidanan bertujuan sebagai bukti pelayanan yang bermutu, tanggung jawab legal terhadap pasien, informasi untuk perlindungan tim kesehatan, pemenuhan pelayanan standar, sumber statistis untuk standarisasi, informasi untuk data wajib, informasi untuk pendidikan, pengalaman belajar, perlindungan hak pasien, perencanaan pelayanan dimasa yang akan datang (Varney, 2007).

5. Melakukan Asuhan Menyeluruh

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa secara umum keadaan ibu dan janin baik
- b. Memberi dukungan mental kepada ibu agar ibu lebih merasa tenang dalam menghadapi kehamilannya.
- c. Menganjurkan Ibu untuk menghabiskan vitamin yang diberikan oleh bidan dengan dosis 1x1 tablet dan menganjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, seperti : sayur-sayuran hijau, ikan, tahu, tempe, daging dan hati ayam.

- d. Menganjurkan tidur dengan posisi *semi fowler* (setengah duduk) atau miring kiri
- e. Memberikan KIE mengenai Tanda-tanda bahaya pada ibu hamil.
- f. Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang.
- g. Melakukan pendokumentasian mengenai pemeriksaan yang dilakukan.

7. Evaluasi

- a. hasil pemeriksaan bahwa secara umum keadaan ibu dan janin baik
- b. Dukungan mental telah diberikan dan ibu lebih merasa tenang dalam menghadapi kehamilannya.
- c. Ibu akan meminum obat yang diberikan dan berjanji akan menghindari makanan alergi
- d. Ibu berjanji akan melakukan tidur dengan posisi *semi fowler* (setengah duduk) atau miring kiri
- e. Ibu mengerti dan dapat mengenali Tanda-tanda bahaya pada ibu hamil.
- f. Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan ulang.
- g. Telah dilakukan pendokumentasian mengenai pemeriksaan yang dilakukan

3. Perencanaan Asuhan

- a. Rencana Asuhan kebidanan pada ibu hamil K2 dan K3

Langkah I : Menanyakan apakah ibu ada keluhan pada kehamilannya saat ini, kemudian menanyakan apakah keluhan pada saat kunjungan pertama masih ibu rasakan yaitu bagaimana sesak dan nyeri perut bagian bawah sekarang apakah berkurang, bertambah atau masih sama. Menanyakan pada ibu keadaan ibu dan janin saat ini. Menanyakan pola bab dan bak ibu saat ini. Menanyakan apakah obat yang selama ini diberikan diminum secara rutin dan apakah cara meminum SF sebelum tidur dapat mengurangi rasa mual yang dirasakan ibu.

Melakukan pemeriksaan diantaranya keadaan umum ibu, berat badan ibu saat ini, tanda-tanda vital, melakukan perhitungan usia kehamilan, lakukan inspeksi bagian mata, lakukan palpasi bagian payudara, palpasi bagian abdomen dari Leopold 1 sampai 4, auskultasi DJJ, melakukan perhitungan taksiran berat janin dan lakukan pemeriksaan ekstremitas. Melakukan pemeriksaan laboratorium yaitu Hb saat kunjungan kedua.

Langkah II : Diagnosa G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan..... janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Didapatkan hasil keluhan ibu saat ini.

Ditemukan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu, berat badan ibu saat ini, tanda-tanda vital, bagian mata apakah pucat atau tidak, hasil palpasi bagian payudara, hasil palpasi bagian abdomen dari Leopold 1 sampai 4, hasil auskultasi DJJ, hasil inspeksi vagina apakah terdapat keputihan hasil perhitungan usia kehamilan, dan lakukan pemeriksaan ekstremitas adanya odema atau tidak.

Langkah III : tidak ada

Langkah IV : tidak ada

Langkah V : menyusun rencana asuhan yaitu asuhan mandiri menjelaskan hasil pemeriksaan ibu saat ini, berikan kIE mengenai cara mengatasi keluhan ibu saat ini, memantau pola nutrisi ibu saat ini, berikan kIE mengenai asupan nutrisi gizi seimbang, berikan kIE mengenai tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan, kIE mengenai cara meminum Fe jika belum teratasi, kIE mengenai Tb dalam kehamilan, cara

mengantisipasi agar Tb tidak kambuh dan menganjurkan ibu untuk bersalin di rumah sakit.

Langkah VI : Pelaksanaan asuhan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu saat ini, memberikan kie mengenai cara mengatasi keluhan ibu saat ini, memantau pola nutrisi ibu saat ini, memberikan kie mengenai asupan nutrisi gizi seimbang , memberikan kie mengenai tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan kie mengenai cara meminum Fe jika belum teratasi. Kie mengenai Tb dalam kehamilan, cara mengantisipasi agar Tb tidak kambuh dan menganjurkan ibu untuk bersalin di rumah sakit.

Langkah VII : Evaluasi asuhan yaitu tanyakan kepada ibu kembali bagaimana cara mengatasi keluhan ibu saat ini, cara memantau pola nutrisi ibu saat ini dan asupan nutrisi gizi seimbang. Tanyakan kembali pada ibu mengenai tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan , cara meminum Fe jika belum teratasi, mengenai Tb dalam kehamilan, cara mengantisipasi agar Tb tidak kambuh dan ibu berjanji akan bersalin rumah sakit.

4. Rencana Asuhan kebidanan pada ibu bersalin

Langkah I : Menanyakan pada ibu tentang keluhan ibu saat ini serta apakah ada tanda tanda persalinan yaitu pengeluaran pervaginam, kontraksi, apakah ada keluar air-air, bagaimana gerakan janin dalam 24 jam terakhir, menanyakan makan dan minum terakhir.

Melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu, tanda-tanda vital ibu, melakukan pemeriksaan apakah ada pengeluaran colostrum,

melakukan pemeriksaan Leopold 1 sampai 4, melakukan inspeksi pengeluaran pervaginam, melakukan pemeriksaan dalam, melakukan pemeriksaan penunjang lainnya.

Langkah II : Diagnosa G₃P₃₀₀₃ usia kehamilan minggu inpartu kala..... fase....

Didapatkan hasil keluhan ibu saat ini.

Ditemukan hasil pemeriksaan saat ini yaitu keadaan umum ibu, tanda-tanda vital ibu, ada pengeluaran colostrum atau tidak, hasil Leopold I – IV, hasil pemeriksaan dalam, his, dan hasil laboratorium.

Langkah III : Tidak ada

Langkah IV : Persiapan kolaborasi dengan dr Sp. OG untuk tindakan segera jika ibu mengalami sukar dalam bernafas

Langkah V : Menyusun rencana asuhan yaitu pada kala I jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan mengajarkan ibu teknik nafas dalam pada saat his. Melakukan tindakan pencegahan infeksi dengan menganjurkan ibu memakai masker dan petugas memakai alat pelindung diri. pada kala II menjelaskan kemajuan persalinan, memantau kesejahteraan ibu dan janin ajarkan ibu teknik meneran yang benar, tolong ibu untuk melahirkan kepala dan badan bayi, tangan dan kaki bayi baru lahir, kemudian memantau keadaan ibu dan bayi. Menyusun rencana asuhan pada kala III yaitu menjelaskan keadaan ibu saat ini, kemudian memastikan janin tunggal, berikan suntikan oxytocin untuk kontraksi rahim serta observasi tanda-tanda pelepasan placenta, melakukan manajemen aktif kala III, mengobservasi kelengkapan placenta kemudian periksa adanya lacerasi jalan lahir dan

mengobservasi keadaan umum, TTV serta estimasi perdarahan, kandung kemih, TFU dan UC. Kemudian lakukan obseravsi pada kala IV ttv, perdarahan ibu, uc, tfu, kandung kemih ,kemudian bersihkan ibu, dekontaminasi alat alat setelah persalinan, berikan asuhan BBL setelah satu jam pertama dan lengkapi partograf.

Langkah V : Asuhan pada kala I menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan mengajarkan ibu teknik nafas dalam pada saat his , lakukan tindakan pencegahan infeksi dengan menganjurkan ibu memakai masker dan petugas memakai alat pelindung diri. Pada kala II menjelaskan kemajuan persalinan, memantau kesejahteraan ibu dan janin ajarkan ibu teknik meneran yang benar, tolong ibu untuk melahirkan kepala dan badan bayi, tangan dan kaki bayi baru lahir, kemudian memantau keadaan ibu dan bayi.

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

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

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

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

Telah dipantau kala IV, kemudian ibu telah bersihkan, telah di dekontaminasi alat alat setelah persalinan, diberikannya asuhan BBL setelah satu jam pertama dan telah di lengkapi partograf.

5. Rencana Asuhan pada ibu Nifas

Langkah I : Kunjungan pertama menanyakan keluhan ibu saat ini, menanyakan pemenuhan kebutuhan dasar ibu apakah terpenuhi atau tidak , kemudian melakukan deteksi dini komplikasi ibu nifas dengan persalinan lama, menanyakan bagaimana mengenai pola nutrisi ibu setelah bersalin apakah ada peningkatan atau tidak, setelah itu melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu, ttv ibu, pemeriksaan fisik ibu nifas berupa inspeksi mata, inspeksi dan palpasi payudara,

inspeksi dan palpasi abdominal, inspeksi pengeluaran vagina ,
jahitan laserasi jalan lahir dan pemeriksaan penunjang

Langkah II : Diagnosa P₃₀₀₃ Post Partum Normal 6 jam.

Langkah III : tidak ada

Langkah IV: tindakan segera yaitu anjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi gizi
seimbang selama masa nifas, anjurkan konsumsi tablet fe, vitamin

Langkah V : Menyusun rencana asuhan memberitahu ibu hasil pemeriksaan,
menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih dan
memastikan kontraksi uterus baik serta memantau perdarahan ibu,
menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisi gizi seimbang
dan anjurkan ibu untuk menyusui bayinya dengan teknik menyusui
yang baik dan benar. Jelaskan bahwa ibu dengan riwayat tb dapat
memberikan ASI dan tidak berpengaruh terhadap bayinya.

Langkah VI : Beritahu ibu hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk
mengosongkan kandung kemih dan memastikan kontraksi uterus
baik serta memantau perdarahan ibu, menganjurkan ibu untuk
memenuhi asupan nutrisi dengan gizi seimbang dan menganjurkan
ibu untuk menyusui bayinya. Menjelaskan bahwa ibu dengan
riwayat tb dapat memberikan ASI dan tidak berpengaruh terhadap
bayinya.

Langkah VII : Ibu sudah buang air kecil beberapa menit yang lalu, pada uterus
ibu teraba bulat keras dan jumlah perdarahan ibu dalam batasan
normal, ibu sudah makan beberapa menit yang lalu ,makan nasi lauk

pauk dan sayur serta air putih dan buah-buahan, ibu baru saja mau menyusui bayinya dan tidak takut bayinya tertular Tb melalui ASI.

6. Menyusun Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Langkah I : Mendeteksi dini adanya komplikasi komplikasi yang di derita bayi baru lahir dan memantau apakah terdapat tuberkulosis konginetal. Melakukan penilaian keadaan bayi baru lahir, melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir normal dan melakukan pemeriksaan laboratorium.

Langkah II : Diagnosa NCB SMK usia 0 hari

Langkah III : diagnosa atau masalah potensial adalah bayi lahir dengan tuberkolosis konginetal

Langkah IV : kebutuhan terhadap tindakan segera adalah penanganan bayi normal

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

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

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

7. Rencana Asuhan pada Neonatus

Langkah I : Menanyakan bagaimana pola pemenuhan nutrisi bayi pada ibu, menanyakan bagaimana perawatan bayi dirumah, melakukan deteksi dini komplikasi pada neonatus, melakukan pemeriksaan fisik pada neonatus dengan memeriksa keadaan umum bayi, menimbang dan mengukur panjang bayi

Langkah II : Diagnosa NCB SMK

Ditemukan data subjektif dan data objektif

Langkah III : Tidak ada diagnosa atau masalah potensial

Langkah IV : Tidak ada kebutuhan terhadap tindakan segera

Langkah V : Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, Melakukan pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah, melakukan pemeriksaan fisik pada neonatus dengan memeriksa keadaan umum bayi, menimbang dan mengukur panjang bayi melakukan perawatan tali pusat, melakukan konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asi eksklusif.

Langkah VI : Beritahu ibu hasil pemeriksaan, lakukan pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah, lakukan perawatan tali pusat, melakukan pemeriksaan fisik

pada neonatus dengan memeriksa keadaan umum bayi, menimbang dan mengukur panjang bayi, konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asli eksklusif

Langkah VII : Telah dilakukan pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah, lakukan perawatan tali pusat, melakukan pemeriksaan fisik pada neonatus dengan memeriksa keadaan umum bayi, menimbang dan mengukur panjang bayi konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asli eksklusif.

8. Menyusun Rencana Asuhan Keluarga berencana

Langkah I : menanyakan keluhan ibu pada pemakaian kontrasepsi terakhir ibu, menanyakan lama pemakaian kontrasepsi tersebut, menanyakan rencana ber KB apa setelah melahirkan, menanyakan pengetahuan ibu tentang KB, dan melakukan pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan umum ibu, ttv, dan tanda-tanda ada atau tidaknya kehamilan.

Langkah II : Diagnosa P₃₀₀₃ calon Akseptor KB IUD

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial tidak ada

Mengantisipasi penanganan tidak ada

Langkah IV : Tidak ada kebutuhan terhadap tindakan segera

Langkah V : Menyusun rencana Asuhan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, kemudian memberi ibu informasi mengenai jenis-jenis KB,

pengertian, efektifitas dan efek samping kb IUD. Menyerahkan keputusan kepada ibu untuk memilih KB.

Langkah VI : Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, kemudian memberi ibu informasi mengenai jenis-jenis KB, pengertian, efektifitas dan efek samping kb IUD. Menyerahkan keputusan kepada ibu untuk memilih KB.

Langkah VII : Ibu mengerti tentang keadaannya saat ini,ibu juga sudah tau macam macam KB yang ada, ibu berkata akan memikirkan untuk memakai KB IUD.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung selama dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawiroharjo, 2009).

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester pertama (0-12 minggu), trimester kedua (13-27 minggu) dan trimester ketiga (28-40 minggu) (Prawiroharjo, 2009).

Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan ovum, terjadi migrasi ovum dan spermatozoa, terjadi konsepsi dan

pertumbuhan zigot, terjadi nidasi pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi hingga aterm (Manuaba, 2012).

Kehamilan merupakan suatu perubahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh di dalam rahim ibu, dan selanjutnya dapat dijelaskan tingkat pertumbuhan dan besarnya janin sesuai usia kehamilan, pada setiap dilakukan pemeriksaan kehamilan (Muhimah dan Safe'I, 2010).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah peristiwa yang dimulai dari konsepsi (pembuahan) dan berakhir dengan permulaan persalinan.

a. *Asuhan Ante Natal Care*

Ante Natal Care merupakan cara penting untuk memonitoring dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal, ibu hamil sebaiknya dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan dan asuhan *Ante Natal Care* (Prawirohardjo, 2010).

Pemeriksaan *Ante Natal Care* (ANC) dalam Depkes RI 2010, standar minimal Pelayanan ANC adalah "14 T", yaitu :

- 1) Tinggi badan dan berat badan ditimbang. Ukur berat badan dalam kilogram tiap kali kunjungan. Kenaikna berta badan normal 0,5 kg perminggunya mulai trimester kedua
- 2) Periksa Tekanan darah
Tekanan darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi.

- 3) Tinggi fundus uteri diukur
- 4) Terapi pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan
- 5) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi *tetanus toxoid* (TT)
- 6) Tentukan kadar Hb
- 7) Pemeriksaan sediaan vagina dan VDRL (PMS) sesuai indikasi
- 8) Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara
- 9) Pemeliharaan tingkat kebugaran/ senam hamil
- 10) Temu wicara dan konseling

Perlu dibicarakan dalam kunjungan ibu tentang rujukan ketingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi bila ditemukan ibu hamil berisiko yang tidak dapat ditangani ditingkat pelayanan dasar

- 11) Pemeriksaan protein urine atas indikasi
- 12) Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi
- 13) Pemberian terapi konsul yodium untuk daerah endemis gondok. Ibu hamil 175 mikrogram/hari, Ibu hamil yang kekurangan iodium dapat menyebabkan bayi tumbuh dengan tubuh kerdil atau kretinisme dan tingkat kecerdasannya rendah
- 14) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis

Jadwal Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam (Manuaba, 2010):

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

b. Diagnosa Kehamilan (Manuaba, 2012)

Pada trimester pertama dan awal trimester ke dua didasarkan pada kombinasi tanda praduga dan tanda kemungkinan kehamilan. Kehamilan dengan sendirinya akan terlihat seiring kemajuan usia kehamilan, ketika tanda-tanda positif kehamilan dengan mudah dapat diamati.

1) Tanda Pasti Kehamilan

- a) Gerakan janin bermula pada usia kehamilan 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan ibu saat usia kehamilan 16-20 minggu (Prawirohardjo, 2009)
- b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.
- c) Denyut jantung janin, jantung janin mulai berdenyut sejak sejak awal minggu ke empat, tetapi sejak usia 20 minggu bunyi detak jantung dapat dideteksi dengan fetoskop.

2) Tanda Tidak Pasti Kehamilan

- a) Rahim membesar sesuai dengan tuanya kehamilan
- b) Pada pemeriksaan dijumpai
 - (1)Tanda hegar, isthimus melembek pada saat hamil.
 - (2)Tanda pascaseck, uterus membesar sampai sebesar telur angsa.
 - (3)Tanda chadwicks, warna selaput lendir vagina dan vulva jadi keunguan.
 - (4)Teraba braxton hicks, saat hamil uterus mudah berkontraksi
- c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu.

c. Perubahan fisisk pada masa kehamilan Trimester III

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang tipis. Batas itu dikenal dengan lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, diatas lingkaran ini jauh lebih tebal dari pada SBR.

Setelah minggu ke 28 kontraksi *braxton hicks* semakin jelas, terutama pada wanita yang langsing. Umumnya akan menghilang bila wanita tersebut melakukan aktifitas fisik atau berjalan. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan kontraksi semakin kuat sehingga sulit dibedakan dari kontraksi untuk memulai persalinan (Kusmiyati et al, 2009).

Tabel 2.1
Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 jari di atas simfisis	12 minggu
1/2 di atas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
2 jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : Manuaba, 2012

2) Sistem Traktus Uranius

Karena turunya kepala pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh (Manuaba, 2012)

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodilusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

Pada kehamilan tahap lanjut, pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan akibat terdapat kolon rektisigmoid di sebelah kiri. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine (Kusmiyati et al, 2009).

3) Sistem Respirasi

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas (Kusmiyati et al, 2009).

4) Kenaikan berat badan

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 Kg, penambahan Berat badan dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 kg (Yuni Kusmiyati et al, 2009).

Tabel 2.2
Pertambahan Berat Badan Pada Kehamilan

Pertambahan Berat Badan Pada Kehamilan	
Janin	3- 3,5 kg
Plasenta	0,5 kg
Air ketuban	1 kg
Rahim sekitar	1 kg
Timbunan lemak	1,5 kg
Timbunan protein	2 kg
Retensi air garam	1,5 kg

Sumber : Manuaba, 2012

5) Sirkulasi darah

Hemodilusi penambahan volume darah sekitar 25% dengan puncak pada usia 32 minggu, sedangkan hematokrit mencapai level terendah pada minggu 30-32 minggu karena setelah 34 minggu massa RBC terus terus meningkat tapi volume plasma tidak. Peningkatan RBC menyebabkan penyaluran oksigen pada wanita dengan hamil lanjut mengeluh sesak nafas dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan meningkat untuk memenuhi kebutuhan bayi (Kusmiyati et al, 2009).

6) Sistem Muskuloskeletal

Sendi pelvik pada saat kehamilan sedikit dapat bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (*realignement*) kurvatura spinalis. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan. *Kurva lumbo sakrum* normal harus semakin melengkung dan di daerah servikodorsal harus memebentuk

kurvatura (fleksi anterior kepala berlebihan) untuk memepertahankan keseimbangan (Kusmiyati et al, 2009).

d. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang di kandung. Untuk mencegah hal tersebut di atas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- a) Latihan nafas melalui senam hamil.
- b) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- c) Makan tidak terlalu banyak.
- d) Kurangi atau hentikan merokok.
- e) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dll.

Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan kurangi tekanan pada vena asenden (hipotensi supine) (Kusmiyah, 2008).

2) Nutrisi dalam kehamilan

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu

hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (seimbang).

a) Kalori

Di Indonesia kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedangkan untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800 Kkal. Kalori dipergunakan untuk produksi energi. Kurang energi akan diambil dari pembakaran protein yang mestinya dipakai untuk pertumbuhan. Asupan makan ibu hamil Pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan sangat baik dan ibu sangat merasa lapar.

b) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, placenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin, dll). Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30gr/hari. Protein yang di anjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju, dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produk susu disamping sebagai sumber protein adalah juga kaya dengan kalsium.

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferofumarat atau feroglikonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemik, dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium. Bila ibu hamil tidak dapat minum susu, suplemen kalsium dapat diberikan dengan dosis 1 gram per hari. Pada umumnya dokter selalu memberi suplemen mineral dan vitamin prenatal untuk mencegah kemungkinan terjadinya defisiensi.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

3) Personal Higiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetikal) dengan cara dibersihkan dengan air dan keringat. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat

perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan peruburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi. (Kusmiyah.,SST, Dkk 2008)

4) Pakaian selama kehamilan

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam pakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologi ibu.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini:

- a) Pakaian harus longgar bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat .
- c) Pakailah bra yang menyongkong payudara.
- d) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- e) Pakaian dalam yang selalu bersih. (Suryati Romauli, 2011)

5) Eliminasi (BAB/BAK)

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar. Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur (trikomonas) tumbuh sehingga wanita hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan. Rasa gatal sangat mengganggu, sehingga sering

di garuk dan menyebabkan saat mengkemih terdapat residu (sisa) yang memudahkan infeksi kandung kemih. Wanita perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali selesai berkemih atau buang air besar dan harus menggunakan tisu atau lap atau handuk yang bersih setiap kali melakukannya. Membersihkan dan mengelap dari belakang ke depan akan membawa bakteri dari daerah rektum ke muara uretra dan meningkatkan resiko infeksi. Sebaiknya gunakan tisu yang lembut dan yang menyerap air, lebih disukai yang berwarna putih, dan tidak diberi wewangian, karena tisu yang kasar diberi wewangian atau bergambar dapat menimbulkan iritasi. Wanita harus sering mengganti pelapis atau pelindung celana dalam.

Dianjurkan minum 8-12 gelas cairan setiap hari. Mereka harus cukup minum agar produksi air kemihnya cukup dan jangan sengaja mengurangi minum untuk menjarangkan berkemih. Ia harus selalu berkemih sebelum berangkat tidur di malam hari. Bakteri bisa masuk sewaktu melakukan hubungan seksual. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan untuk berkemih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual dan minum banyak air untuk meningkatkan produksi kandung kemihnya.

Akibat pengaruh progesteron, otot-otot tractus digestivus tonusnya menurun, akibatnya motilitas saluran pencernaan berkurang dan menyebabkan obstipasi. Untuk mengatasi hal itu, ibu hamil dianjurkan minum lebih 8 gelas. Wanita sebaiknya diet yang mengandung serat,

latihan/senam hamil, dan tidak dianjurkan memberikan obat-obat perangsang dengan laxon. (Kusmiyah.,SST, dkk 2008)

6) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran.

Koitus tidak dibenarkan bila:

- a) Terdapat perdarahan pervaginam
- b) Terdapat riwayat abortus berulang
- c) Abortus /partus prematurus imminens
- d) Ketuban pecah
- e) Serviks telah membuka

Pada saat orgasme dapat dibuktikan adanya *fetal bradycardia* karena kontraksi uterus dan para peneliti berpendapat wanita yang melakukan hubungan seks dengan aktif menunjukkan insidensi fetal distress yang lebih tinggi.

7) Mobilisasi dan Body Mekanik

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligamen ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligamen karena adanya pembesaran rahim nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil

Duduk adalah posisi yang lazim dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanannya penting. Ibu harus diingatkan untuk duduk bersandar

dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan oleh karena itu, lebih baik berjalan tetapi tetap memperhatikan semua aspek yang baik, postur tegak harus diperhatikan. Ibu hamil penting untuk tidak memakai sepatu berhak tinggi atau tanpa hak. Hindari juga sepatu bertumit runcing karena mudah menghilangkan keseimbangan. Kebanyakan ibu menyukai posisi berbaring miring dengan sanggaan dua bantal dibawah kepala dan satu dibawah lutut atas serta paha untuk mencegah perenggangan pada sendi sakroiliaka. Sebuah bantal kecil atau gulungan handuk menambah rasa nyaman bila diletakan di bawah pinggang atau abdomen,

8) Exercise/ Senam Hamil

Senam hamil di mulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan toitik berat tubuh. Senam hamil di tujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal, dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai anemia).

Syarat senam hamil :

- a) telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter atau bidan.
- b) Latihan dilakukan setelah kehamilan 22 minggu.
- c) Latihan dilakukan secara teratur dan disiplin.

- d) Sebaiknya latihan dilakukan dirumah sakit atau klinik bersalin dibaeah pimpinan instruktur senam hamil
(Kusmiyah.,SST, dkk 2008).

9) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah *tetanus toxoid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan internal minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ke-3 (interval minimal dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T-4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T-5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4).

Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya TO maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan 1 kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya (Prawiroharjo, 2009).

Ibu hamil dengan status T5 tidak perlu di suntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun). Walaupun tidak hamil maka bila wanita usia subur belum mencapai status T5 diharapkan dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi wanita untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus Long Card (LLC).

Tabel 2.3
Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	Durasi Perlindungan
TT1	Selama kunjungan antenatal pertama	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun (seumur hidup)

Sumber : Suryati Romauli, 2011

10) Memantau Kesejahteraan Janin

Pemantauan kesejahteraan janin dilakukan selama 12 jam, misalnya ibu hamil setiap merasakan gerakan janin mencatat dengan tanda tally pada kartu pergerakan janin, dalam 12 jam pemantauan, contohnya dari pukul 08.00 sampai pukul 22.00. selanjutnya keseluruhan pergerakan janin di jumlahkan. Normalnya pergerakan janin dalam 12 jam adalah 10 kali (Kusmiyah.,SST, dkk 2009).

e. Tanda Bahaya dalam Kehamilan

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan (Kusmiyah.,SST, dkk 2009).

1) Perdarahan pervaginam

- 2) Sakit kepala yang hebat
- 3) Penglihatan kabur
- 4) Nyeri perut hebat
- 5) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
- 6) Keluar cairan pervaginam
- 7) Gerakan janin tidak terasa

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah rangkaian peristiwa mulai dari kencang-kencang teatur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Manuaba, 2012).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR. 2008).

b. Sebab- sebab terjadinya persalinan (Manuaba, 2012)

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his.

Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan saat hamil, yaitu :

- 1) Estrogen
 - a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim

- b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitoksin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

2) Progesteron

- a) Menurunkan sensitivitas otot rahim
- b) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitoksin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis
- c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Estrogen dan progesterone terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone menyebabkan oksitoksin yang dikeluarkan oleh hipofise pars anterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks akan menjadi kekuatan dominant saat mulainya persalinan, oleh karena itu makin tua hamil frekuensi kontraksi makin sering. Oksitoksin diduga bekerja sama atau melalui prostaglandin yang makin meningkat mulai dari umur kehamilan minggu ke-15. Disamping itu factor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk dimulainya kontraksi rahim.

Berdasarkan uraian tersebut dapat dikemukakan beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan :

a) Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan merenggang dalam waktu tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai.

b) Teori penurunan progesterone

Proses penebaran plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami

penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c) Teori oksitoksin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi braxton hicks. Dengan menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuannya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai.

d) Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin dianggap dapat memicu terjadinya persalinan.

e) Teori hipotalamus ptuitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinana karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin.

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Kehamilan

secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos miometrium yang relative tenang yang memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos auterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinas, diselingi dengan suatu priode relaksasi, dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada priode postpartum (Prawirohardjo, 2010).

c. Tanda-tanda Permulaan Persalinan (Manuaba, 2012)

Disebut juga kala pendahuluan (Preparatory Stase Of Labour), tanda-tandanya :

- 1) *Linghtening / setting / droping* yaitu kepala turun memasuki PAP terutama primigravida
- 2) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
Perasaan sering atau susah kencing (polakisuria) karena UU tertekan oleh bagian teraba janin
- 3) Perasaan sakit diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi kontraksi lemah dari uterus, kadang disebut false labor pains
- 4) Servix menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa juga bercampur darah (*bloody show*).

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 ke depan
 - 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 di bagian 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 belum masuk PAP walaupun ada kontraksi

k) Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

d. Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan

Peran dari penolong adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Penanganan yang 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 faktor lain seperti psikologi dan faktor penolong (Sumarah. dkk, 2009).

1) Faktor jalan lahir (*passage*)

Passage atau jalan lahir terdiri dari bagian keras (tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan, dan ligament). Tulang-tulang panggul meliputi 2 tulang pangkal paha, 1 tulang kelangkang, dan 1 tulang tungging. Pembagian bidang panggul meliputi :

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

2) Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) Kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu sangat penting dalam proses persalinan.

Sifat His yang sempurna dan efektif:

- a) Adanya koordinasi dari gelombang kontraksi, sehingga kontraksi simetris.
- b) Kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di fundus uteri.
- c) Sesudah tiap his, otot-otot korpus uteri menjadi lebih pendek dari sebelumnya, sehingga servik tertarik dan membuka karena servik kurang mengandung otot.
- d) Adanya relaksasi, frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya dihitung dalam waktu 10 menit. Misalnya, pada akhir kala I frekuensi his menjadi 2-4 kali kontraksi dalam 10 menit. Aktifitas uterus adalah amplitude dikali frekuensi his yang diukur dengan unit Montevideo. Durasi his adalah lamanya setiap his berlangsung (detik). Lamanya his terus meningkat, mulai dari hanya 20 detik pada permulaan partus sampai 60-90 detik pada akhir kala I atau permulaan kala II. Interval adalah waktu relaksasi/jangka waktu antara 2 kontraksi (Saifuddin, 2009).
- e) Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 2.4
Pola Fungsional Kesehatan Persalinan

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

(Sumber: Varney, 2008)

3) Faktor janin (*passanger*)

Kepala janin merupakan bagian yang paling besar dan keras daripada bagian-bagian lain janin yang akan dilahirkan. Janin dapat memengaruhi jalannya persalinan dengan besarnya dan posisi kepala.

a) Kepala janin

Berbagai posisi kepala janin dalam kondisi defleksi dengan lingkaran yang melalui jalan lahir bertambah panjang sehingga menimbulkan masalah. Kedudukan rangkap yang paling berbahaya adalah antara kepala dan tali pusat, sehingga makin turun kepala makin terjepit tali pusat, menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

Kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki ciri sebagai berikut :

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

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

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

(4) Lingkar bokong (27 cm).

4) Psikologi ibu

Menurut Saifuddin (2009), keadaan psikologis yaitu keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan. Banyak wanita normal dapat merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Psikologi ibu dapat memengaruhi persalinan apabila ibu mengalami kecemasan, stress, bahkan depresi. Hal ini akan memengaruhi kontraksi yang dapat memperlambat proses persalinan. Selain itu, ibu yang tidak siap mental juga akan mempengaruhi persalinan karena ibu akan sulit diajak kerjasama dalam proses persalinannya. Untuk itu sangat penting bagi Bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan.

5) Penolong

Menurut Saifuddin (2009), peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar. Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang merah asuhan persalinan normal.

e. Tahapan persalinan

(1) Kala I (Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement) kala dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar \pm 8 jam. Berdasarkan kurva friedman pembukaan primi 1cm/jam, sedangkan pada multi 2cm/jam (JNPK-KR, 2008). Kala pembukan dibagi menjadi dua fase, yaitu:

a) Fase Laten : pembukaan serviks, sampai ukuyran 3 cm,

berlangsung dalam 7-8 jam.

b) Fase Aktif : berlangsung \pm 6 jam, di bagi atas 3 sub fase, yaitu :

(1)Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm

(2)Periode dilatasi maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

(3)Periode deselerasi berlangsung lambat, selama 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (JNPK-KR, 2008).

Gejala dan tanda kala II persalinan (JNPK-KR, 2008):

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum/pada vaginanya
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka

e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3) Kala III (kala uri)

Kala III yaitu waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR, 2008).

a) Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu:

- (1) Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus
- (2) Tali pusat memanjang
- (3) Semburan darah mendadak dan singkat

b) Manajemen aktif kala III, yaitu:

- (1) Pemberian suntikan oksitosin
- (2) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
- (3) Massase fundus uteri

c) Evaluasi perdarahan kala III

Perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam 500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan (Saifuddin, 2010).

Asuhan dan pemantauan kala IV (JNPK-KR, 2008):

- a) Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan
- c) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy). Menurut JNPK-KR (2008), Klasifikasi laserasi perineum dibagi menjadi empat derajat:
 - (1) Robekan derajat I
Meliputi mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum.
 - (2) Robekan derajat II
Meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum.
 - (3) Robekan derajat III
Sebagaimana ruptur derajat II hingga otot sfingter ani
 - (4) Robekan derajat IV
Sebagaimana ruptur derajat III hingga dinding depan rektum.
- e) Evaluasi keadaan umum ibu
- f) Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan.

f. Mekanisme Persalinan

Menurut Sumarah, dkk (2009), dalam mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu :

- 1) Penurunan, pada primipara kepala janin turun kerongga panggul atau masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi mulai saat mulainya persalinan. masuknya kepala janin melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus atau asinklitismus, dapat juga dalam keadaan melintang atau serong, dengan fleksi ringan (dengan diameter kepala janin suboksipitofrontalis 11,25 cm) penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala II) oleh ibu. Fiksasi (engagement) ialah tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.
- 2) Sinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada ditengah-tengah jalan lahir atau PAP). Asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau simfisis pubis). Asinklitismus anterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang. Sinklitimus posterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekatai simfisis pubis sehingga os parietal belakang lebih rendah dari pada os parietal depan.
- 3) Fleksi terjadi apabila kepala semakin turun kerongga panggul, kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya dihode III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm). Menurut hukum Koppel, fleksi kepala janin terjadi akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati sub oksiput, maka tahanan oleh

jaringan dibawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan kepala mengadakan fleksi didalam rongga panggul. Fleksi sangat penting bagi penurunan selama kala dua. Melalui fleksi ini, diameter terkecil dari kepala janin dapat masuk kedalam panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala berada didasar panggul tahanannya akan meningkat sehingga akan terjadi fleksi yang bertambah besar yang sangat diperlukan agar diameter terkecil dapat terus turun.

- 4) Putaran paksi dalam, kepala yang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kearah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala melakukan rotasi/putaran paksi dalam, yaitu UUK memutar kearah depan (UUK berada dibawah simfisis).
- 5) Ekstensi terjadi sesudah kepala janin berada didasar panggul dan UUK berada dibawah simfisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi/ekstensi untuk dapat dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.
- 6) Putaran paksi luar terjadi setelah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi (putaran paksi luar), yaitu gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.
- 7) Ekspultasi terjadi setelah kepala lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Menyusul trokhanter depan terlebih dahulu, kemudian trokhanter belakang. Maka lahirnya bayi seluruhnya (ekspulsi).

g. Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal (JNPK-KR, 2008), yaitu:

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitrosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam partus set
- 3) Memakai celemek plastik
- 4) Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk periksa dalam
- 6) Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan dan letakkan kembali kedalam partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan $\frac{1}{2}$ kocher pada partus set
- 7) Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran).
- 8) Melakukakan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka srung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal

- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran
- 14) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 sampai 6 cm, letakkan handuk bersih, pada perut ibu untuk mengeringkan bayi
- 15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
- 16) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- 18) Saat Sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan diaalas lipatan kain dibawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal saat kepala lahir. Minta ibu untuk tidak meneran dengan nafas pendek-pendek. Bila didapatkan mekonium pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung bayi menggunakan penghisap lendir De Lee
- 19) Menggunakan kassa/kain bersih untuk membersihkan muka bayi dari lendir dan darah
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

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

- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari umbilicus bayi.
Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama
- 28) Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat diantara 2 klem.
Bila bayi tidak bernapas spontan lihat penanganan khusus bayi baru lahir.
- 29) Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala
- 30) Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki
- 31) Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal
- 32) Memberitahu ibu akan disuntik
- 33) Menyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular pada bagian 1/3 atas luar paha kanan setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah
- 34) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kasa dengan jarak 5-10 cm dari vulva
- 36) Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso cranial. Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 37) Jika dengan peregang tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian

ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.

- 38) Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan massase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
- 40) Sambil tangan kiri melakukan massase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan dalam kantong plastic yang tersedia
- 41) Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menyebabkan perdarahan aktif. Bila ada lakukan penjahitan
- 42) Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik
- 43) Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah didalam larutan klorin 0,5% kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya
- 44) Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati
- 45) Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya
- 46) Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%
- 47) Membungkus kembali bayi

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

h. Partograf

- 1) Pengertian

Partograf adalah suatu alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I (Sumarah, dkk, 2009).

2) Tujuan

Menurut Sumarah, dkk (2009), tujuan partograf adalah:

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

3) Komponen partograf

- a) Catatan janin.
- b) Catatan kemajuan persalinan.
- c) Catatan ibu

4) Pengamatan yang dicatat dalam partograf

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

a) Kemajuan persalinan

- (1) Pembukaan serviks
Pembukaan serviks Bidan menilai pembukaan servik dengan melakukan periksa dalam. Periksa dalam dilakukan setiap 4 jam sekali (indikasi waktu). Pemeriksaan dalam yang dilakukan kurang dari 4 jam harus atas indikasi. Bidan harus memeriksa adanya tanda gejala kala II, ketuban pecah sendiri, atau gawat janin. Penulisan

pembukaan serviks di partograf dengan tanda “x” (Sumarah, dkk, 2009)

(2) Penurunan bagian terendah

Bidan menilai turunnya bagian terendah janin dengan palpasi perlimaan yang dilakukan setiap 4 jam, yaitu sesaat sebelum melakukan pemeriksaan dalam. Penulisan turunnya bagian terendah di partograf dengan tanda “o” (Sumarah, dkk, 2009).

(3) His

Bidan menilai his dengan cara palpasi, menghitung frekuensi his (berapa kali) dalam waktu 10 menit dan dirasakan berapa lama his tersebut berlangsung (dalam detik). Observasi his dilakukan setiap 30 menit (Sumarah, dkk, 2009).

(4) Memantau kondisi janin (Sumarah, dkk, 2009)

(a) Denyut jantung janin

Bidan menilai frekuensi Djj menggunakan Doppler atau stetoskop, dihitung selama 1 menit. Observasi Dj dilakukan setiap 30 menit. Bila Djj menunjukkan <100 denyut/menit atau >180 denyut/menit, menunjukkan gawat janin hebat, dan bidan harus segera bertindak.

(b) Ketuban

Bidan mengidentifikasi pecahnya selaput ketuban dan menilai keadaan air ketuban bila sudah pecah (volume, warna dan bau). Pengamatan dilakukan setiap pemeriksaan dalam yang dicatat di partograf bila selaput ketuban utuh ditulis (U), bila selaput ketuban pecah ditulis

(J) untuk air ketuban jernih, (M) untuk ketuban bercampur mekonium, (D) untuk ketuban bercampur darah, dan (K) untuk ketuban yang kering (JNPK-KR, 2008).

(c) Moulase kepala janin

Bidan menilai adanya penyusupan kepala janin pada setiap pemeriksaan dalam. Penyusupan yang hebat dengan kepala diatas PAP menunjukkan adanya disproporsi sefalopelvik. Pencatatan di partograf dengan tulisan 0 bila tulang-tulang kepala terpisah dan sutura mudah diraba (tidak ada moulase). 1 bila tulang-tulang kepala saling menyentuh satu sama lain. 2 bila tulang - tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan. 3 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih berat. Tidak dapat dipisahkan.

3. Bayi baru lahir

a. Pengertian

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Aspek-aspek penting dari asuhan bayi baru lahir adalah jaga agar bayi tetap kering dan hangat, usahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin.(Buku Panduan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2010)

b. 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 perlengkapan yang akan di gunakan telah di DTT atau steril. Khusus untuk bola karet penghisap lender jangan dipakai untuk lebih dari satu bayi.
 - d) Handuk, pakaian atau kain yang akan digunakan dalam keadaan bersih (demikian juga dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dll).
 - e) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK-KR, 2008)
- 2) Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah lahir, letakkan letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan diatas perut ibu. Segera lakukan penialaian awal yaitu :

Apakah bayi cukup bulan ?

Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?

Apakah bayi menangis atau bernafas ?

Apakah tonus otot bayi baik ?

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

Tabel 2.5
APGAR SKOR

Skor	0	1	2
Appearance color(warna kulit)	Biru pucat	Badan merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemereh-merahan

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)	Tidak ada	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/Menangis kuat

Sumber (Sumarah Dkk, 2009)

3) Memotong dan merawat tali pusat

Apabila bayi lahir tampak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan. Tali pusat dipotong $\pm 2-3$ cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Sebelum memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah di klem dengan baik (Yanti, 2009)

4) Mempertahankan suhu

Mekanisme pengaturan temperatur bayi baru lahir belum berfungsi sempurna oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia sangat berisiko mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian. Hipotermia sangat mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diseimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat (Sumarah, dkk, 2009).

a) Mekanisme kehilangan panas

Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui (JNPK-KR 2008)

- (1) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi segera dikeringkan. Kehilangan panas tubuh bayi juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- (2) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- (3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin (misalnya melalui kipas angin, hembusan udara, atau pendingin ruangan).
- (4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung). tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

b) Mencegah Kehilangan Panas

Keringkan bayi segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernafasan), dan untuk tidak memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir untuk mencegah hipotermi (Depkes RI, 2004).

5) Bounding Attachment

Bounding : Langkah awal untuk mengungkapkan perasaan afeksi oleh ibu kepada bayi segera setelah lahir.

Attachment : interaksi antara ibu-bayi secara spesifik sepanjang waktu (Yanti, 2009).

Adalah suatu usaha untuk segera mendekatkan bayi pada ibunya dengan segera setelah dilahirkan dengan tujuan agar bayinya secara naluriah dapat mengenali ibunya, serta sang ibu dapat mengetahui kondisi bayinya (Sumarah Dkk, 2009).

c. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

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

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

Pemeriksaan Umum :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital
 - a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)
 - b) Suhu tubuh (36,5°C-37°C)
 - c) Pernafasan (40-60 kali per menit)
- 2) Pemeriksaan antropometri (Muslihatun, 2011)
 - a) Berat badan (2500-3000 gram)
 - b) Panjang badan (45-50 cm)
 - c) Lingkar kepala (33-35 cm)
 - d) Lingkar dada (30-33 cm)

Pemeriksaan fisik

- 1) Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling, perlu dikurangi rangsangan terhadap reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan.
- 2) Keaktifan pada bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan yang simetris pada waktu bangun. Adanya temor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala auatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.
- 3) Simetris pada bayi apakah secara keseluruhan badan seimbang. Kepala: apakah terlihat simetris, benjolan seperti tumor yang lunak dibelakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang ini disebabkan akibat proses kelahiran, benjolan pada kepala, pengukuran lingkar kepala dapat ditunda

sampai kondisi benjol (capput succedaneum) dikepala hilang dan jika terjadi moulase, tunggu hingga kepala bayi kembali pada bentuknya semula.

- 4) Muka wajah pada bayi tampak ekspresi, mata: perhatikan kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, perhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah ang akan menghilang dalam waktu 6 minggu.
- 5) Mulut bayi penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi, saliva tidak terdapat pada bayinormal, bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna.
- 6) Leher, dada, abdomen terlihat adanya cedera akibat persalinan. Perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernafasanbayi, karena bayi masih ada pernafasan mulut.
- 7) Punggung terdapat adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Bahu, tangan, sendi, tungkai, perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktor (bila ekstremitas lunglai/kurang gerak), farices.
- 8) Kulit dan kuku dalam keadaan normal kulit bewarna kemerahan, kadang kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan, pengeluaran yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan, waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (cutis marmorata) ini dapat disebabkan karena temperature dingin, telapak tangan, telapak kaki dan kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat dan kuning, bercak bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (monglian spot) akan menghilang pada umur 1 sampai 5 tahun.
- 9) Kelancaran menghisap dan pencernaan harus diperhatikan. Tinja dan kemih diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah , dan mungkin dengan

kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut, untuk kemungkinan Hirschprung/Congenital Megacolon.

10) Refleks

- a) Reflek glabella, yaitu melakukan ketukan berulang-ulang di dahi bayi, batang hidung, atau maksila bayi baru lahir yang matanya sedang terbuka.
- b) Respon: mata bayi akan berkedip sebagai respon pada 4-5 ketukan pertama. Kedipan yang terus terjadi menunjukkan adanya gangguan ekstrapiramidal.
- c) Refleks mata boneka , yaitu menolehkan kepala bayi baru lahir ke satu sisi kemudian di tegakkan kembali.
Respon: mata bayi akan terbuka lebar.
Tidak ada respon: kelainan pada batang otak.
- d) Refleks blinking (menatap), yaitu memberikan kilatan cahaya atau hembusan udara.
Respon: bayi akan menutup mata kedua matanya.
Tidak ada respon: kelainan pada syaraf di otak.
- e) Refleks rooting (menghilang pada usia 3-4 bulan, ada yang menetap sampai usia 1 tahun), yaitu menyentuh pipi atau ujung mulut.
Respon: bayi akan menolehkan kepala menuju sesuatu yang menyentuh pipi atau ujung mulutnya, mencari objek dengan menggerakkan kepala terus menerus dan gerakan berkurang setelah objek ditemukan. Mulut bayi akan membuka dan melakukan gerakan seperti orang menghisap.
Tidak ada respon: bayi premature atau ada kelainan neurologis atau bayi telah di beri minum.

- f) Refleks sucking (menghilang pada usia 3-4 bulan), yaitu menyentuh/memasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit bayi.

Respon: bayi langsung melakukan gerakan menghisap.

Tidak ada respon: kelainan saluran pernafasan dan termasuk langit-langit.

- g) Refleks swallowing (menghilang pada usia 3-4 bulan, dapat menetap sampai 1 tahun), yaitu memberi minum bayi.

Respon: bayi menelan, dan umumnya menyertai reflek menghisap tanpa menyebabkan bayi tersedak, batuk atau muntah.

Tidak ada respon: prematuritas atau efek neurologis.

- h) Refleks tonic asimetris (mudah terlihat usia 2 bulan, menghilang usia 3-4 bulan), yaitu bayi dilentangkan, kemudian kepala di miringkan ke salah satu sisi tubuh, misalnya ke kiri.

Respon: bayi akan menghadap ke sisi kiri, lengan dan kaki pada sisi itu akan lurus, sedangkan lengan dan tungkainya akan berada dalam posisi fleksi (tampak seperti pemain anggar/the fencer pose). Respon yang menetap lebih dari 7 bulan kemungkinan ada kelainan otak.

- i) Refleks tonic neck (menghilang pada usia 2-3 bulan), yaitu bayi dilentangkan, menarik bayi ke arah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya.

Respon: bayi berusaha mempertahankan leher untuk tetap tegak. Tidak ada respon: prematuritas atau kelemahan tonus otot leher dan kontur punggung.

- j) Refleks morro (menhilang usia 3-6 bulan), yaitu bayi dilentangkan, buat suara atau hentakan dengan tiba-tiba pada permukaan tersebut.

Respon: bayi terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menangkupkan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan.

Tidak ada respon: kerusakan system syaraf.

Respon asimetris: cidera karena trauma persalinan (fraktur klavikula, freaktur humeri, cidera fleksus brakhialis).

- k) Refleks palmar grasping (melemah usia 3-4 bulan, menghilang usia 1 tahun), yaitu menyentuh telapak tangan bayi atau menempatkan jari pemeriksa pada telapak tangan.

Respon: jari-jari bayi menggenggam jari pemeriksa.

Tidak ada respon/respon menetap: kelainan syaraf.

- l) Refleks magnet (menghilang usia 3-6 bulan), yaitu bayi ditelentangkan, agak fleksikan kedua tungkai bawah dan beri tekanan pada telapak kaki bayi.

Respon: kedua tungkai bawah ekstensi melawan tekanan pemeriksa.

Tidak ada respon: kerusakan/malformasi medulla spinalis.

- m) Refleks walking (menghilang usia 3-4 bulan), yaitu tubuh bayi diangkat dan diposisikan berdiri di atas permukaan lantai, telapak kaki menapak lantai.

Respon: kaki bayi menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuh bayi condong ke depan.

Tidak ada respon: kelainan pada motorik kasar.

- n) Refleks babinski (menghilang usia 1 tahun), yaitu menyentuh telapak kaki bayi.

Respon: jari-jari kaki akan menyebar/membuka.

Tidak ada respon: periksa neurologis.

Menetap: kelainan syaraf otak.

- o) Refleks plantar (berkurang usia 8 bulan, menghilang usia 1 tahun), yaitu menyentuh pangkal jari kaki bayi.

Respon: jari-jari kaki bayi berkerut rapat.

Tidak ada respon: kelainan syaraf pusat.

- p) Refleks gallant (menghilang usia 4-6 bulan), yaitu bayi di tengkurapkan pada permukaan datar, goreskan jari ke arah bawah sekitar 4-5 cm lateral terhadap tulang belakang, mula-mula pada satu sisi kemudian sisi yang lain.

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

Tidak ada respon/ menetap: kelainan system syaraf.

- q) Refleks swimming (menghilang usia 4-6 bulan), yaitu bayi ditengkurapkan di atas permukaan air.

Respon: bayi akan mulai menggerakkan tangannya seperti dayung dan kakinya menendang-nendang seperti gerakan berenang.

Tidak ada respon: premature atau gangguan motorik kasar.

- 11) Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan.

Konseling :

Jaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, awasi tanda-tanda bahaya

d. Inisiasi Menyusui Dini

Untuk mempererat ikatan batin antara ibu- anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan memang baik bagi bayi. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting ibu. Perilaku bayi tersebut dikenal dengan istilah Inisiasi Menyusui Dini (IMD) (Sumarah, dkk, 2009).

e. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

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

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

4. Nifas

a. Pengertian

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Suherni et al, 2009).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas menurut Ari Sulistyawati, 2009

Asuhan yang diberikan pada masa katkanifas bertujuna untuk :

- 1) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi
- 2) Pencegahan, diagnosa dini dan pengobatan komplikasi pada ibu
- 3) Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli bilamana perlu
- 4) Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memeungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus
- 5) Imunisasi ibu terhadap tetanus
- 6) Mendorong pelaksanaan metode sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak

c. Tahapan Masa Nifas (Suherni et al , 2009)

- 1) Puerperium dini masa saat-saat ibu diperbolehkan berdiri sendiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.
- 3) Remot puerperium waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

d. Perubahan fisiologis pada massa nifas

- 1) Perubahan sistem reproduksi
 - a) Involusi uterus

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

- (1) Iskemia miometrium

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

(2) Autolysis

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

(3) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.6
Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Waktu	TFU	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
-------	-----	--------------	-----------------	-----------------

Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
Akhir minggu ke-1	$\frac{1}{2}$ pusat sympisis	450-500 gr	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	Tidak teraba	200 gr	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Ambarwati, 2010

b) 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):

(1) Lochea Rubra/merah (Kruenta)

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

(2) Lochea Sangiolenta

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

(3) Lochea Serosa

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

(4) Lochea Alba

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

(5) Loche Purulenta

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

c) Serviks

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

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tida hamil, dan rugae dalam vagina secara berangsur angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Sukarni, 2013).

e) Perubahan sistem pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan

makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang (Saifuddin,2010).

f) Perubahan sistem perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan. Buang air kecil sulit kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo minggu (Saifuddin, 2010).

g) Perubahan endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesterone turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

e. 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) Memeberi 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

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

1) Nutrisi dan cairan

Pada mereka yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan perempuan boleh minum dan makan seperti biasa bila

ingin. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil.

2) Ambulasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan pada hari ke 4 atau 5 sudah boleh pulang. Mobilisasi diatas mempunyai variasi yang berbeda, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

3) Eliminasi

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

Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomi, anjurkan ibu untuk

membersihkan alat genetaliaanya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan 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 ke dalam vagina tanpa ada rasa nyeri. Begitu ibu merasa aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

11) Rencana kontrasepsi

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

12) Senam nifas

Senam nifas yaitu gerakan untuk mengembalikan otot perut yang kendur karena peregangan selam 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.

5. Neonatus

a. Pengertian

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari. (Muslihatun, 2010)

b. Periode Neonatal

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

- 1) Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 0-7 hari setelah lahir.

- 2) Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir.

Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan. Selama periode neonatal bayi mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang amat menakjubkan. Pada saat kelahiran, banyak perubahan dramatik yang terjadi di dalam tubuh bayi karena berubah dari ketergantungan menjadi tidak tergantung pada ibu. Dari sudut pandangan ibu, proses kelahiran merupakan pengalaman traumatik (Wahyuni, 2009).

Periode neonatal merupakan periode yang paling kritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi. Kurang baiknya penanganan pada bayi baru lahir atau neonatus yang sehat akan menyebabkan kelainan-kelainan yang dapat mengakibatkan kecacatan seumur hidup, bahkan kematian (Dewi, 2011).

Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupan (Ambarwati, 2009).

c. Kunjungan Neonatal

1) Pengertian

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

- a) Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ke tujuh (sejak 6 jam setelah lahir).
- b) Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai hari kedua puluh delapan (Syarifudin, 2009).

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

- a) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah
- b) Perawatan tali pusat
- c) Pemberian vitamin K1 bila belum diberikan pada hari lahir
- d) Imunisasi Hepatitis B 0 bila belum diberikan pada saat lahir

- e) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asli eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA
- f) Penanganan dan rujukan kasus (Ambarwati, 2009).

Tujuan kunjungan ada tiga, yaitu: mengidentifikasi gejala penyakit, merekomendasikan tindakan pemindaian, dan mendidik serta mendukung orang tua. Kategori Kunjungan neonatal terbagi dalam dua kategori antara lain :

- a) Kunjungan Neonatal ke satu (KN 1)

Kunjungan neonatal yang ke satu (KN 1) adalah kunjungan neonatal pertama kali yaitu pada hari pertama sampai hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir).

- b) Kunjungan Neonatal yang kedua (KN 2)

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatus (0-28 hari) dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kesehatan dengan syarat usia 0–7 hari minimal 2 kali, usia 8 sampai 28 hari minimal 1 kali (KN2) di dalam/diluar Institusi Kesehatan (Depkes RI, 2004).

3) Cakupan Kunjungan Neonatal

Cakupan Kunjungan Neonatal adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar sedikitnya tiga kali yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke 3-7 dan 1 kali pada hari ke 8-28 setelah bayi lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan pelayanan neonatal oleh tenaga kesehatan untuk mengetahui jangkauan layanan kesehatan neonatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat melakukan layanan kesehatan neonatal (Muslihatun, 2010).

6. Dasar Teori Keluarga Berencana

a. Pengertian KB

Kontrasepsi adalah usaha – usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha – usaha itu dapat bersifat sementara, dapat juga bersifat permanen (Prawirohardjo, 2008).

Metode kontrasepsi dapat digunakan oleh pasangan usia subur secara rasional berdasarkan fase-fase kebutuhan seperti:

- 1) Masa menunda kehamilan.
- 2) Masa mengatur atau menjarangkan kehamilan.
- 3) Masa mengkhiri kesuburan atau tidak hamil lagi.

b. Macam-macam Jenis Kontrasepsi

- 1) Kontrasepsi sederhana tanpa alat (Manuaba, 2012).

a) Senggama Terputus

Mengeluarkan kemaluan menjelang terjadinya ejakulasi. Kekurangan metode ini adalah mengganggu kepuasan kedua belah pihak, kegagalan hamil sekitar 30 sampai 35% karena semen keluar sebelum mencapai puncak kenikmatan, terlambat mengeluarkan kemaluan, semen yang tertumpah diluar sebagian dapat masuk ke genetalia, dan dapat menimbulkan ketegangan jiwa kedua belah pihak.

b) Pantang Berkala (sistem berkala)

Cara ini dilakukan dengan tidak melakukan senggama pada saat istri dalam masa subur. Syarat utama metode pantang berkala adalah patrun menstruasi teratur dan kerja sama dengan suami harus baik. Metode pantang berkala mempunyai kegagalan tinggi bila patrun menstruasi tidak teratur, apalagi kerja sama dengan suami tidak mungkin dilakukan (Manuaba, 2012).

2) Kontrasepsi sederhana dengan alat

a) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang didapat terbuat dari beberapa bahan diantaranya lateks (karet), plastic, (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual, kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbrntuk silinders, dengan muaranya berpinggir tebal. Yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu, berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik intuk meningkatkan efek aktivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual (Saifuddin,2006).

Manfaat pemakaian kontrasepsi kondom:

- (1) Efektif bila digunakan dengan benar.
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (3) Tidak mengganggu kesehatan klien.
- (4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- (5) Murah dan dapat dibeli secara umum.
- (6) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatah khusus.
- (7) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

b) KB Suntik (Varney, 2007).

Kontrasepsi suntikan adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal.

KB Suntik 1 bulan (kombinasi) Adalah suspensi cair dosis 0,5 mL yang diberikan per bulan, dan mengandung 25 mg medroksiprogesteron dan 5 mg

estradiol cipionat (MPA/E2C). Mekanisme kerja utamanya ialah menekan ovulasi, menghambat sperma masuk kedalam vagina dengan cara menggentalkan lendir serviks.

Kerugian menggunakan KB Suntik:

- (1) Di bulan-bulan pertama pemakaian terjadi mual, pendarahan berupa bercak di antara masa haid, sakit kepala dan nyeri payudara.
- (2) Tidak melindungi dari IMS dan HIV AIDS.

KB Suntikan 3 bulan depo-provera

Merupakan suspensi cair yang mengandung kristal-kristal mikro depot medroksiprogesteron asetat (DMPA). Dengan 150 mg/mL, yang disuntikan secara intramuskular (IM) setiap 12 minggu.

DMPA merupakan suatu progestin yang mekanisme kerjanya bertujuan menghambat sekresi hormon pemicu folikel (FSH) dan LH serta lonjakan LH.

Keuntungan KB suntik 3 bulan

- (1) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- (2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- (3) Alternatif
- (4) Jangka panjang.
- (5) Efek samping sangat kecil.

Kerugian KB suntik 3 bulan

- (1) Gangguan haid. Siklus haid memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, spotting, tidak haid sama sekali.
- (2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu.

- (3) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- (4) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- (5) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- (6) Pada penggunaan jangka panjang dapat menurunkan densitas tulang.
- (7) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, dan jerawat.

c) KB Pil

Pil adalah obat pencegah kehamilan yang diminum. Pil diperuntukkan bagi wanita yang tidak hamil dan menginginkan cara pencegah kehamilan sementara yang paling efektif bila diminum secara teratur. Minum pil dapat dimulai segera sesudah terjadinya keguguran, setelah menstruasi, atau pada masa post-partum bagi para ibu yang tidak menyusui bayinya. Jika seorang ibu ingin menyusui, maka hendaknya penggunaan pil ditunda sampai 6 bulan sesudah kelahiran anak (atau selama masih menyusui) dan disarankan menggunakan cara pencegah kehamilan yang lain.

Jenis-jenis kontrasepsi Pil :

(1) Pil gabungan atau kombinasi

Merupakan pil kontrasepsi yang sampai saat ini dianggap paling efektif. Selain mencegah terjadinya ovulasi, pil juga mempunyai efek lain terhadap traktus genitalis, seperti menimbulkan perubahan-perubahan pada motilitas tuba fallopii dan uterus (Prawirohardjo, 2009).

(2) Pil khusus – Progestin (pil mini)

Pil ini mengandung dosis kecil bahan progestin sintetis dan memiliki sifat pencegah kehamilan, terutama dengan mengubah mukosa dari leher rahim (merubah sekresi pada leher rahim) sehingga mempersulit pengangkutan sperma. Selain itu, juga mengubah lingkungan endometrium (lapisan dalam rahim) sehingga menghambat perletakan telur yang telah dibuahi.

Kontra indikasi Pemakaian Pil :

Kontrasepsi pil tidak boleh diberikan pada wanita yang menderita hepatitis, radang pembuluh darah, kanker payudara atau kanker kandungan, hipertensi, gangguan jantung, varises, perdarahan abnormal melalui vagina, kencing manis, pembesaran kelenjar gondok (struma), penderita sesak napas, eksim, dan migraine (sakit kepala yang sebelah).

Efek Samping Pemakaian Pil :

Pemakaian pil dapat menimbulkan efek samping berupa perdarahan di luar haid, rasa mual, bercak hitam di pipi (hiperpigmentasi), jerawat, penyakit jamur pada liang vagina (candidiasis), nyeri kepala, dan penambahan berat badan.

d) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim).

AKDR atau IUD (Intra Uterine Device) alat kontrasepsi yang di pasang diluar hamil dan saat menstruasi (Prawirohardjo, 2009).

Jenis-jenis AKDR :

- 1) Copper-T

AKDR berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik.

2) Copper-7

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm², fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Coper-T.

3) Multi Load

AKDR ini terbuat dari dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. Batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektivitas. Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil), dan mini.

e) Implant/ Norplant

Suatu alat kontrasepsi yang mengandung lenovorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silactic-silicone dan disusukan dibawah kulit (Prawiroharjdo, 2009)

Mekanisme kerja :

- (1) Mengentalkan lendi serviks uteri sehingga menyulitkan penetrasi sperma
- (2) Menimbulkan perubahan-perubahan pada endometrium sehingga tidak cocok untuk implantasi zygote.
- (3) Pada sebagian kasis dapat pula menghalangi terjadinya ovulasi.

Efek samping

- (1) Gangguan pola haid
- (2) Perubahan libido
- (3) Perubahan berat badan
- (4) Timbulnya akne

f) Kontrasepsi Tubektomi (Sterilisasi pada Wanita)

Tubektomi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan wanita tersebut tidak akan mendapatkan keturunan lagi (Prawirohardjo, 2009).

g) Kontrasepsi vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

Indikasi kontrasepsi vasektomi:

Vasektomi merupakan upaya untuk menghenttikan fertilis dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga.

c. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (Prawirohardjo, 2010)

- 1) Bidan memberikan asuhan tentang macam-macam KB,
- 2) Efek dan dampak dari pemakaian KB,
- 3) Serta memberikan wewenang terhadap Ibu untuk memilih macam-macam KB yang akan
- 4) Menjelaskan Perubahan fisiologis yang sering terjadi
- 5) Memberikan Konseling sesuai dengan Kontrasepsi yang digunakan.

C. Tuberculosis (TBC)

1. Prevalensi

Prevalensi TBC dalam kehamilan di Indonesia tahun 2004 adalah 119/100.000 penduduk dan dalam kehamilan prevalensi tuberkulosis bervariasi antara 0,37-1,6% (Sarwono, 2009)

2. Kuman Penyebab Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobakterium Tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium* antara lain: *M. Tuberculosis*, *M. africanum*, *M. Bovis*, *M. Lepree* dan sebagainya yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA). Kelompok *Mycobacterium* selain *Mycobakterium Tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal dengan *Mycobacterium Other Than Tuberculosis (MOTT)* yang terkadang bisa mengganggu penegakan dan pengobatan TB.

3. Patofisiologis

Penularan tuberkulosis paru terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersinkan keluar menjadi droplet dalam udara. Partikel ini dapat menetap di udara selama 1-2 jam, tergantung ada atau tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi yang baik dan kelembapan. Dalam suasana gelap dan lembab kuman dapat bertahan berhari-hari sampai berbulan-bulan. Bila partikel infeksi ini terhisap oleh orang sehat, maka ini akan menempel pada jalan nafas atau paru-paru. Kebanyakan partikel ini akan mati oleh makrofag yang keluar dari cabang trakeo-bronchial beserta gerakan silia dengan sekretnya. Bila kuman menetap dalam jaringan paru, ia akan menetap dalam sitoplasma makrofag. Dari sini ia akan terbawa ke organ tubuh lainnya. Kuman yang bersarang di paru akan membentuk sarang primer atau efek primer. Kemudian timbul peradangan saluran getah bening, menjadi kompleks primer yang selanjutnya dapat timbul menjadi : sembuh tanpa cacat,

sembuh dengan sedikit cacat atau bekas berupa garis-garis fibrotik, klasifikasi hilus, berkompilasi dan menyebar secara perkontinuitatum, bronkogen, limfogen dan hematogen

4. Cara Penularan Tuberkulosis menurut Kemenkes RI, 2014

- a. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif melalui percik renik dahak yang dikeluarkannya. Namun, bukan berarti bahwa pasien TB dengan hasil pemeriksaan BTA negatif tidak mengandung kuman dalam dahaknya. Hal tersebut bisa saja terjadi oleh karena jumlah kuman yang terkandung dalam contoh uji dari 5.000 kuman/cc dahak sehingga sulit dideteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung.
- b. Pasien TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB BTA positif adalah 65%, pasien TB BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TB dengan hasil kultur negatif dan foto Toraks positif adalah 17 %.
- c. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik renik dahak yang infeksius tersebut.
- d. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei/percik renik) Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.

5. Tuberkulosis Berdasarkan Tipe Penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita yaitu :

a. Kasus baru

Kasus baru adalah penderita yang belum pernah mendapat pengobatan dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian)

b. Kasus kambuh (relaps)

Kasus Kambuh adalah penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif atau biakan positif. Bila hanya menunjukkan perubahan pada gambaran radiologik sehingga dicurigai lesi aktif kembali, harus dipikirkan beberapa kemungkinan :

- 1) Infeksi sekunder
- 2) Infeksi jamur
- 3) TB paru kambuh

c. Kasus pindahan (Transfer In)

Kasus pindahan adalah penderita yang sedang mendapatkan pengobatan di suatu kabupaten dan kemudian pindah berobat ke kabupaten lain. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan/pindah

d. Kasus lalai berobat

Kasus lalai berobat adalah penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan, dan berhenti 2 minggu atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

e. Kasus Gagal

- 1) Penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke-5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan)
- 2) Penderita dengan hasil BTA negatif gambaran radiologik positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke-2 pengobatan dan atau gambaran radiologik ulang hasilnya perburukan

f. Kasus Kronik

Kasus Kronik adalah penderita dengan hasil pemeriksaan dahak BTA masih positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2 dengan pengawasan yang baik

g. Kasus Bekas Tuberkulosis

- 1) Hasil pemeriksaan dahak mikroskopik (biakan jika ada fasilitas) negatif dan gambaran radiologik paru menunjukkan lesi TB inaktif, terlebih gambaran radiologik serial menunjukkan gambaran yang menetap.
- 2) Riwayat pengobatan OAT yang adekuat akan lebih mendukung Pada kasus dengan gambaran radiologik meragukan lesi TB aktif, namun setelah mendapat pengobatan OAT selama 2 bulan ternyata tidak ada perubahan gambaran radiologik.

Tabel 2.6
Perjalanan Alamiah TB

Paparan	
Peluang peningkatan paparan terkait dengan:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jumlah kasus menular di masyarakat ➤ Peluang kontak dengan kasus menular ➤ Tingkat daya tular dahak sumber penularan ➤ Intensitas batuk sumber penularan ➤ Kedekatan kontak dengan sumber penularan ➤ Lamanya waktu kontak dengan sumber penularan ➤ Faktor lingkungan: konsentrasi kuman diudara (ventilasi, sinar ultra violet, penyaringan adalah faktor yang dapat menurunkan konsentrasi)
Catatan : Paparan kepada pasien TB menular merupakan syarat untuk	

<p>terinfeksi. Setelah terinfeksi, ada beberapa faktor yang menentukan seseorang akan terinfeksi saja, menjadi sakit dan kemungkinan meninggal dunia karena TB.</p>	
<p>b. Infeksi</p>	
<p>Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6 –14 minggu setelah infeksi</p> <p>Reaksi imunologi (lokal)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kuman TB memasuki alveoli dan ditangkap oleh makrofag dan kemudian berlangsung reaksi antigen–antibody. ➤ Reaksi imunologi (umum) Delayed hypersensitivity (hasil Tuberkulin tes menjadi positif) 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lesi umumnya sembuh total namun dapat saja kuman tetap hidup dalam lesi tersebut (dormant) dan suatu saat dapat aktif kembali. ➤ Penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat terjadi sebelum penyembuhan lesi 	
<p>c. Sakit TB</p>	
<p>Faktor risiko untuk menjadi sakit TB adalah tergantung dari :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Konsentrasi / jumlah kuman yang terhirup ➤ Lamanya waktu sejak terinfeksi ➤ Usia seseorang yang terinfeksi ➤ Tingkat daya tahan tubuh seseorang. <p>Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) akan memudahkan berkembangnya TB aktif (sakit TB). Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula.</p>
<p>Catatan: Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB. Namun bila seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TB melalui proses reaktifasi. TB umumnya terjadi pada paru (TB Paru). Namun, penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat menyebabkan</p>	

terjadinya TB diluar organ paru (TB Ekstra Paru). Apabila penyebaran secara masif melalui aliran darah dapat menyebabkan semua organ tubuh terkena (TB milier).	
d. Meninggal Dunia	
Meninggal dunia Faktor risiko kematian karena TB:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Akibat dari keterlambatan diagnosis ➤ Pengobatan tidak adekuat ➤ Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta
Catatan: Pasien TB tanpa pengobatan, 50% akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif	

Sumber : Kemenkes RI 2014

6. Langkah-langkah penanganan Tuberkulosis pada kehamilan menurut Sarwono,2009

a. Sebelum kehamilan

- 1) Konseling mengenai pengaruh kehamilan dan TBC serta pengobatan.
- 2) Pemeriksaan penyaringan tuberkolosis pada populasi risiko tinggi
- 3) Perbaiki keadaan umum (gizi, anemia)

b. Selama kehamilan

- 1) Tuberkolosis bukan merupakan indikasi untuk melakukan penguguran kandungan
- 2) Pengobatan dengan regimen kombinasi dapat segera dimulai begitu diagnosis ditegakkan
- 3) Antenatal care dilakukan seperti biasa, dianjurkan untuk datang paling awal atau paling akhir untuk menghindari penularan pada orang sekitarnya

c. Saat persalinan

- 1) Persalinan dapat berlangsung seperti biasa. Penderita diberi masker untuk menutupi hidung dan mulutnya agar tidak terjadi penyebaran kuman ke sekitarnya

- 2) Pemberian oksitosin adekuat
- 3) Tindakan pencegahan infeksi
- 4) Ekstraksi vakum/forceps bila ada indikasi obstetrik
- 5) Sebaiknya persalinan di ruang isolasi, cegah perdarahan pascapersalinan dengan uterotonika

d. Pasca persalinan

- 1) Observasi 6-8 jam kemudian penderita dapat langsung di pulangkan. Bila tidak mungkin dipulangkan, penderita harus dirawat di ruang isolasi
- 2) Perawatan bayi harus dipisahkan dari ibunya sampai tidak terlihat tanda proses aktif lagi (dibuktikan dengan pemeriksaan sputum sebanyak sebanyak 3 kali dan hasilnya negative)
- 3) Pemberian ASI tidak merupakan kontraindikasi meskipun ibu mendapatkan OAT
- 4) Profilaksis neonatus dengan isonizad 10 mg/kg/hari dan vaksinasi BCG.

7. Kehamilan tidak mempengaruhi perjalanan penyakit ini. Namun, pada kehamilan dengan infeksi TBC risiko prematuritas, IUGR dan berat badan lahir rendah meningkat serta resiko kematian perinatal meningkat enam kali lipat. Keadaan ini terjadi baik akibat diagnosis yang terlambat, pengobatan yang tidak teratur dan derajat keparahan lesi di paru maupun infeksi ekstrapulmoner. Infeksi TBC dapat menginfeksi plasenta, biasanya dalam bentuk granuloma. Keadaan ini dapat menyebabkan infeksi pada janin yang menyebabkan tuberkulosis konginetal. Tuberkulosis konginetal juga termasuk bayi yang terinfeksi dari aspirasi sekret pada proses persalinan. Noeanatal tuberkulosis jarang terjadi jika ibu sudah mendapatkan pengobatan sebelum persalinan atau bila uji

sputum BTA negative. Pada ibu dengan TBC aktif risiko penularan bayi 50% pada tahun pertama.

8. Penanganan

Sebelum kehamilan perlu diberi konseling mengenai pengaruh kehamilan, TBC dan pengobatan TBC dengan isoniazid, rifampisin, etambutol dan pirazinamid tidak merupakan kontraindikasi dalam kehamilan. Pengobatan TBC dalam kehamilan menurut rekomendasi WHO adalah dengan pemberian 4 regimen kombinasi isoniazid, rifampisin, etambutol dan pirazinamid selama 6 bulan. Cara pengobatan sama dengan tidak hamil. Saat persalinan mungkin diperlukan pemberian oksigen yang adekuat dan cara persalinan sesuai dengan indikasi obstetrik. Pemakaian masker dan ruangan isolasi diperlukan untuk mencegah penularan. Pemberian ASI tidak merupakan kontraindikasi meskipun ibu mendapatkan anti TBC. Perlu dilakukan vaksinasi BCG setelah profilaksis dengan isoniazid 10mg/kg/hari pada bayi dari ibu tuberkulosis.

9. Evaluasi Pengobatan

- a. Klinis : biasanya penderita dikontrol setiap minggu selama 2 minggu, selanjutnya setiap 2 minggu selama sebulan sampai akhir pengobatan. Secara klinis hendaknya terdapat perbaikan dari keluhan-keluhan penderita seperti : batuk-batuk berkurang, batuk darah hilang nafsu makan bertambah.
- b. Bakteriologis : biasanya setelah 2-3 minggu pengobatan sputum BTA mulai jadi negatif. Pemeriksaan kontrol sputum BTA dilakukan sekali sebulan. Bila sudah negatife sputum BTA tetap diperiksa sedikitnya sampai 3 kali berturut-turut bebas kuman. Sewaktu-waktu mungkin *silent bacterial shedding*, dimana sputum BTA positif dan tanpa keluhan yang relevan pada kasus-kasus yang memperoleh kesembuhan. Bila ini terjadi yakni BTA positif pada 3 kali pemeriksaan biakan (3

bulan). Berarti penderita mulai kambuh lagi tuberkulosisnya. Bila bakteriologis ada perbaikan tetapi klinis dan radiologis harus dicurigai adanya penyakit lain disamping tuberkulosis paru. Bila klinis, bakteriologis dan radiologis tetap tidak ada perbaikan penderita sudah diobati dengan dosis adekuat serta teratur, perlu dipikirkan adanya gangguan imunologis pada penderita tersebut.

10. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 atau 7 bulan. Paduan obat yang digunakan terdiri dari paduan obat utama dan tambahan

Obat yang dipakai:

a. Jenis obat utama (lini 1) yang digunakan adalah:

- 1) Rifampisin
- 2) INH
- 3) Pirazinamid
- 4) Streptomisin
- 5) Etambutol

b. Kombinasi dosis tetap (Fixed dose combination) Kombinasi dosis tetap ini terdiri dari :

- 1) Empat obat antituberkulosis dalam satu tablet, yaitu rifampisin 150 mg, isoniazid 75 mg, pirazinamid 400 mg dan etambutol 275 mg dan
- 2) Tiga obat antituberkulosis dalam satu tablet, yaitu rifampisin 150 mg, isoniazid 75 mg dan pirazinamid 400 mg

c. Jenis obat tambahan lainnya (lini 2)

- 1) Kanamisin
- 2) Kuinolon

- 3) Obat lain masih dalam penelitian ; makrolid,
- 4) amoksilin + asam klavulanat
- 5) Derivat rifampisin dan INH

11. Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis :

Sebagian besar penderita TB dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping. Namun sebagian kecil dapat mengalami efek samping, oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan selama pengobatan. Efek samping yang terjadi dapat ringan atau berat, bila efek samping ringan dan dapat diatasi dengan obat simtomatik maka pemberian OAT dapat dilanjutkan.

a. Isoniazid (INH)

Efek samping ringan dapat berupa tanda-tanda keracunan pada syaraf tepi, kesemutan, rasa terbakar di kaki dan nyeri otot. Efek ini dapat dikurangi dengan pemberian piridoksin dengan dosis 100 mg perhari atau dengan vitamin B kompleks. Pada keadaan tersebut pengobatan dapat diteruskan. Kelainan lain ialah menyerupai defisiensi piridoksin (syndrom pellagra) Efek samping berat dapat berupa hepatitis yang dapat timbul pada kurang lebih 0,5% penderita. Bila terjadi hepatitis imbas obat atau ikterik, hentikan OAT dan pengobatan sesuai dengan pedoman TB pada keadaan khusus.

2) Rifampisin

Efek samping ringan yang dapat terjadi dan hanya memerlukan pengobatan simtomatik ialah :

- 1) Sindrom flu berupa demam, menggigil dan nyeri tulang

2) Sindrom perut berupa sakit perut, mual, tidak nafsu makan, muntah kadang-kadang diare

3) Sindrom kulit seperti gatal-gatal kemerahan

Efek samping yang berat tapi jarang terjadi ialah :

a) Hepatitis imbas obat atau ikterik, bila terjadi hal tersebut OAT harus distop dulu dan penatalaksanaan sesuai pedoman TB pada keadaan khusus

b) Purpura, anemia hemolitik yang akut, syok dan gagal ginjal. Bila salah satu dari gejala ini terjadi, rifampisin harus segera dihentikan dan jangan diberikan lagi walaupun gejalanya telah menghilang

c) Sindrom respirasi yang ditandai dengan sesak napas

Rifampisin dapat menyebabkan warna merah pada air seni, keringat, air mata, air liur. Warna merah tersebut terjadi karena proses metabolisme obat dan tidak berbahaya. Hal ini harus diberitahukan kepada penderita agar dimengerti dan tidak perlu khawatir.

3) Pirazinamid

Efek samping utama ialah hepatitis imbas obat (penatalaksanaan sesuai pedoman TB pada keadaan khusus). Nyeri sendi juga dapat terjadi (beri aspirin) dan kadang-kadang dapat menyebabkan serangan arthritis Gout, hal ini kemungkinan disebabkan berkurangnya ekskresi dan penimbunan asam urat. Kadang-kadang terjadi reaksi demam, mual, kemerahan dan reaksi kulit yang lain.

4) Pirazinamid

Efek samping utama ialah hepatitis imbas obat (penatalaksanaan sesuai pedoman TB pada keadaan khusus). Nyeri sendi juga dapat terjadi (beri aspirin) dan kadang-kadang dapat menyebabkan serangan arthritis Gout, hal ini

kemungkinan disebabkan berkurangnya ekskresi dan penimbunan asam urat. Kadang-kadang terjadi reaksi demam, mual, kemerahan dan reaksi kulit yang lain.

5) Streptomisin

Efek samping utama adalah kerusakan syaraf kedelapan yang berkaitan dengan keseimbangan dan pendengaran. Risiko efek samping tersebut akan meningkat seiring dengan peningkatan dosis yang digunakan dan umur penderita. Risiko tersebut akan meningkat pada penderita dengan gangguan fungsi ekskresi ginjal. Gejala efek samping yang terlihat ialah telinga mendenging (tinitus), pusing dan kehilangan keseimbangan. Keadaan ini dapat dipulihkan bila obat segera dihentikan atau dosisnya dikurangi 0,25 gr. Jika pengobatan diteruskan maka kerusakan alat keseimbangan makin parah dan menetap (kehilangan keseimbangan dan tuli). Reaksi hipersensitiviti kadang terjadi berupa demam yang timbul tiba-tiba disertai sakit kepala, muntah dan eritema pada kulit. Efek samping sementara dan ringan (jarang terjadi) seperti kesemutan sekitar mulut dan telinga yang mendenging dapat terjadi segera setelah suntikan. Bila reaksi ini mengganggu maka dosis dapat dikurangi 0,25 gr Streptomisin dapat menembus barrier plasenta sehingga tidak boleh diberikan pada wanita hamil sebab dapat merusak syaraf pendengaran janin.

12. Panduan Obat Anti Tuberkulosis

Pengobatan tuberkulosis dibagi menjadi :

- a. TB paru (kasus baru), BTA positif atau lesi luas

Paduan obat yang diberikan : 2 RHZE / 4 RH

Alternatif : 2 RHZE / 4R3H3 atau (program P2TB) 2
RHZE/ 6HE

Paduan ini dianjurkan untuk

- 1) TB paru BTA (+), kasus baru
- 2) TB paru BTA (-), dengan gambaran radiologik lesi luas (termasuk luluh paru)
- 3) TB di luar paru kasus berat

Pengobatan fase lanjutan, bila diperlukan dapat diberikan selama 7 bulan, dengan paduan 2RHZE / 7 RH, dan alternatif 2RHZE/ 7R3H3, seperti pada keadaan:

- 1) TB dengan lesi luas
- 2) Disertai penyakit komorbid (Diabetes Melitus, Pemakaian obat immunosupresi / kortikosteroid)
- 3) TB kasus berat (milier, dll)

Bila ada fasilitas biakan dan uji resistensi, pengobatan disesuaikan dengan hasil uji resistens

b. TB Paru (kasus baru), BTA negatif

Paduan obat yang diberikan : 2 RHZ / 4 RH

Alternatif : 2 RHZ/ 4R3H3 atau 6 RHE

Paduan ini dianjurkan untuk :

- 1) TB paru BTA negatif dengan gambaran radiologik lesi minimal
- 2) TB di luar paru kasus ringan

c. TB paru kasus kambuh

Pada TB paru kasus kambuh minimal menggunakan 4 macam OAT pada fase intensif selama 3 bulan (bila ada hasil uji resistensi dapat diberikan obat sesuai hasil uji resistensi). Lama pengobatan fase lanjutan 6 bulan atau lebih lama dari pengobatan sebelumnya, sehingga paduan obat yang diberikan : 3 RHZE / 6 RH

Bila tidak ada / tidak dilakukan uji resistensi, maka alternatif diberikan paduan obat : 2 RHZES/1 RHZE/5 R3H3E3 (Program P2TB)

d. TB Paru Kasus Gagal Pengobatan

Pengobatan sebaiknya berdasarkan hasil uji resistensi, dengan minimal menggunakan 4-5 OAT dengan minimal 2 OAT yang masih sensitif (seandainya H resisten, tetap diberikan). Dengan lama pengobatan minimal selama 1-2 tahun . Menunggu hasil uji resistensi dapat diberikan dahulu 2 RHZES , untuk kemudian dilanjutkan sesuai uji resistensi

- 1) Bila tidak ada / tidak dilakukan uji resistensi, maka alternatif diberikan paduan obat : 2 RHZES/1 RHZE/5 H3R3E3 (Program P2TB)
- 2) Dapat pula dipertimbangkan tindakan bedah untuk mendapatkan hasil yang optimal
- 3) Sebaiknya kasus gagal pengobatan dirujuk ke ahli paru

13. Jika ibu menderita Tuberkulosis paru aktif dan diobati selama kurang dari 2 bulan sebelum melahirkan, atau terdiagnosis menderita Tuberkulosis sesudah melahirkan:

- a. Yakinkan ibu bahwa ASI aman diberikan pada bayinya.
- b. Jangan memberikan vaksin BCG saat bayi baru lahir.
- c. Pastikan bayi mendapatkan terapi Isoniazid profilaksis oral 5 mg/kg 1 kali per hari.
- d. Pastikan pada umur 6 minggu bayi dibawa ke fasilitas kesehatan untuk evaluasi kembali. Apabila hasil evaluasi menunjukkan penyakit aktif, pastikan bayi meminum obat anti Tuberkulosis lengkap. Apabila hasil evaluasi menunjukkan negatif, lanjutkan bayi meminum Isoniazid profilaksis selama 6 bulan.

- e. Tunda pemberian vaksin BCG sampai 2 minggu sesudah pengobatan selesai.
- f. Jika BCG sudah diberikan, ulangi pada 2 minggu setelah pengobatan dengan Isoniazid selesai. (Kemenkes RI, 2010)

D. Oligohidramnion

1. Pengertian

Cairan ketuban atau cairan amnion adalah cairan yang memenuhi rahim. Cairan ini ditampung di dalam kantung amnion yang disebut kantung ketuban atau kantung janin. Cairan ketuban diproduksi oleh buah kehamilan, yaitu sel-sel trofoblas, kemudian akan bertambah dengan produksi cairan janin, yaitu air seni janin. Sejak usia kehamilan 12 minggu, janin mulai minum air ketuban dan mengeluarkannya kembali dalam bentuk air seni. Jadi ada pola berbentuk lingkaran atau siklus yang berulang.

Cairan amnion biasanya diproduksi oleh janin maupun ibu, dan keduanya memiliki peran tersendiri pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan awal, cairan amnion sebagian besar diproduksi oleh sekresi epitel selaput amnion. Dengan bertambahnya usia kehamilan, produksi cairan amnion didominasi oleh kulit janin dengan cara difusi membran. Pada kehamilan 20 minggu, saat kulit janin mulai kehilangan permeabilitas, ginjal janin mengambil alih peran tersebut dalam memproduksi cairan amnion. Pada kehamilan aterm, sekitar 500 ml per hari cairan amnion di sekresikan dari urin janin dan 200 ml berasal dari cairan trakea. Pada

penelitian dengan menggunakan radioisotop, terjadi pertukaran sekitar 500 ml per jam antara plasma ibu dan cairan amnion pada kondisi terdapat gangguan pada ginjal janin, seperti agenesis ginjal, akan menyebabkan oligohidramnion.

Normal volume cairan amnion bertambah dari 50 ml pada saat usia kehamilan 12 minggu sampai 400 ml pada pertengahan gestasi dan 1000 – 1500 ml pada saat aterm. Pada kehamilan postterm jumlah cairan amnion hanya 100 sampai 200 ml atau kurang.

Jumlah air ketuban yang normal pada primigravida adalah 1 liter, pada multigravida sebanyak 1,5 liter, dan sebanyak – banyaknya yang masih dalam batas normal adalah 2 liter.

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 500 cc (Manuaba, 2007), atau juga didefinisikan dengan indeks cairan amnion 5 cm atau kurang dari 12% dari 511 kehamilan dengan usia kehamilan 41 minggu atau lebih.

Menurut Purnama, 2014 Oligohidramnion mempunyai karakteristik seperti di bawah ini:

- a. Berkurangnya volume cairan amnion
- b. Volume cairan amnion < 500 mL pada usia kehamilan 32- 36 minggu
- c. *Single deepest pocket* (SDP) < 2 cm
- d. *Amniotic fluid index* (AFI) < 5 cm atau < 5 percentile dari umur kehamilan
- e. Tidak ditemukan kantong yang bebas dari tali pusat pada pengukuran minimal 1 cm pada pengukuran SDP

2. Patofisiologi

Terlalu sedikitnya cairan ketuban dimasa awal kehamilan dapat menekan organ-organ janin dan menyebabkan kecacatan, seperti kerusakan paru-

paru, tungkai dan lengan. Oligohidramnion yang terjadi dipertengahan masa kehamilan juga meningkatkan resiko keguguran, kelahiran prematur dan kematian bayi dalam kandungan. Jika oligohidramnion terjadi di masa kehamilan trimester terakhir, hal ini mungkin berhubungan dengan pertumbuhan janin yang kurang baik. Disaat-saat akhir kehamilan, oligohidramnion dapat meningkatkan resiko komplikasi persalinan dan kelahiran, termasuk kerusakan pada ari-ari memutuskan saluran oksigen kepada janin dan menyebabkan kematian janin.

Sindroma Potter dan Fenotip Potter adalah suatu keadaan kompleks yang berhubungan dengan gagal ginjal bawaan dan berhubungan dengan oligohidramnion (cairan ketuban yang sedikit).

Fenotip Potter digambarkan sebagai suatu keadaan khas pada bayi baru lahir, dimana cairan ketubannya sangat sedikit atau tidak ada. Oligohidramnion menyebabkan bayi tidak memiliki bantalan terhadap dinding rahim. Tekanan dari dinding rahim menyebabkan gambaran wajah yang khas (wajah Potter). Selain itu, karena ruang di dalam rahim sempit, maka anggota gerak tubuh menjadi abnormal atau mengalami kontraktur dan terpaku pada posisi abnormal.

Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru (paru-paru hipoplastik), sehingga pada saat lahir, paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

Pada sindroma Potter, kelainan yang utama adalah gagal ginjal bawaan, baik karena kegagalan pembentukan ginjal (agenesis ginjal bilateral) maupun karena penyakit lain pada ginjal yang menyebabkan ginjal gagal berfungsi.

Ginjal membentuk cairan ketuban (sebagai air kemih) dalam keadaan normal dan tidak adanya cairan ketuban menyebabkan gambaran yang khas dari sindroma Potter. Gejala Sindroma Potter berupa, wajah Potter (kedua mata terpisah jauh, terdapat lipatan epikantus, pangkal hidung yang lebar, telinga yang rendah dan dagu yang tertarik ke belakang). Tidak terbentuk air kemih dan gawat pernafasan

3. Oligohidramnion kehamilan lanjut

Volume cairan amnion berkurang setelah kehamilan 35 minggu. Manajemen dari oligohidramnion pada kehamilan lanjut tergantung pada keadaan klinis. Evaluasi terhadap kelainan fetus dan gangguan pertumbuhan adalah sangat penting. Pada kehamilan yang terkomplikasi dengan oligohidramnion dan gangguan pertumbuhan fetus, observasi ketat terhadap pertumbuhan fetus sangat penting karena berkaitan dengan morbiditas, dan melahirkan bayi merupakan rekomendasi dengan indikasi pada bayi atau ibunya.

Walaupun usia kehamilan merupakan pertimbangan pada keputusan ini, namun bukti - bukti pengendalian pada faktor ibu atau bayi umumnya akan mengatasi peluang terjadinya komplikasi dari kelahiran preterm.

Kejadian Oligohidramnion pada kehamilan postterm. Mereka menemukan reduksi kecepatan diastolik akhir pada arteri renal, yang diperkirakan peningkatan hambatan arteri merupakan faktor penting. Dengan menggunakan AFI yang kurang dari 5 cm. Volume cairan amnion secara semikuantitatif dapat ditentukan dengan mengukur diameter vertikal kantung amnion. Volume cairan amnion dianggap normal apabila terdapat kantung amnion berdiamter 2 cm atau lebih. Cara lain menentukan volume cairan amnion adalah dengan mengukur *indeks cairan amnion* (ICA), yaitu mengukur diameter vertikal kantung amnion pada 4 kuadran uterus.

Volume cairan amnion yang normal adalah bila ICA berjumlah antara 5-25 cm.

Volume amnion kurang dari 2 cm atau ICA kurang dari 5 cm (Purnama : 2014)

4. Etiologi

Etiologi yang pasti belum jelas, tetapi ada kaitannya dengan renal agenosis janin. Etiologi primer lainnya mungkin oleh karena amnion kurang baik pertumbuhannya dan etiologi sekunder lainnya, misalnya pada ketuban pecah dini (*premature rupture of the membrane = PROM*).

Penyebab sekunder biasanya dikaitkan dengan :

a. Pecahnya membran ketuban

Menurut Prawirhardjo, 2009 selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada trimester akhir adalah fisiologis.

b. Penurunan fungsi ginjal atau terjadinya kelainan ginjal bawaan pada janin sehingga produksi urin janin berkurang, urin janin termasuk salah satu sumber terbentuknya air ketuban. Kehamilan post-term sehingga terjadinya penurunan fungsi plasenta.

c. Gangguan pertumbuhan janin.

d. Penyakit yang diderita ibu seperti Hipertensi, Diabetes mellitus, gangguan pembekuan darah,serta adanya penyakit autoimmune seperti Lupus.

Penyebab oligohidramnion tidak dapat dipahami sepenuhnya. Mayoritas wanita hamil yang mengalami tidak tau pasti apa penyebabnya. Penyebab oligohidramnion yang telah terdeteksi adalah cacat bawaan janin dan bocornya kantung / membran cairan ketuban yang mengelilingi janin dalam rahim.

Masalah kesehatan lain yang juga telah dihubungkan dengan oligohidramnion adalah tekanan darah tinggi, diabetes, SLE, dan masalah pada plasenta. Serangkaian pengobatan yang dilakukan untuk menangani tekanan darah tinggi, yang dikenal dengan nama angiotensin-converting enzyme inhibitor (miscaptopril), dapat merusak ginjal janin dan menyebabkan oligohidramnion parah dan kematian janin. Wanita yang memiliki penyakit tekanan darah tinggi yang kronis seharusnya berkonsultasi terlebih dahulu dengan ahli kesehatan sebelum merencanakan kehamilan untuk memastikan bahwa tekanan darah mereka tetap terawasi baik dan pengobatan yang mereka lalui adalah aman selama kehamilan mereka.

Jika dilihat dari segi Fetal, penyebabnya bisa karena :

- a. Kelainan Kromosom
- b. Cacat Kongenital
- c. Hambatan pertumbuhan janin dalam rahim
- d. Kehamilan postterm.

Premature ROM (*Rupture of amniotic membranes*) Jika dilihat dari sisi Maternal, penyebabnya :

- a. Dehidrasi
- b. Insufisiensi uteroplental
- c. Hipertensi / Preeklamsia
- d. Diabetes Mellitus
- e. Hypoxia kronis

Pada kehamilan lewat bulan, kekurangan air ketuban juga sering terjadi karena ukuran tubuh janin semakin besar. Oligohidramnion dapat terjadi di masa kehamilan trimester pertama atau pertengahan usia kehamilan cenderung berakibat serius dibandingkan jika terjadi di masa kehamilan trimester terakhir (Cakra, 2015).

5. Faktor Risiko

Wanita dengan kondisi berikut akan meningkatkan insiden terjadinya oligohidramnion, yaitu :

- a. Anomaly congenital (misalnya agenosis ginjal, sindroma potter)
- b. Retradasi pertumbuhan intra uterin
- c. Ketuban pecah sebelum waktunya (usia kehamilan 24 – 26 minggu)
- d. Sindroma paska maturitas
- e. Terdapat riwayat Hipertensi atau preeklampsia
- f. Riwayat obstetric yang jelek

6. Komplikasi dari oligohidramnion :

a. Dari sudut maternal

Komplikasi oligohidramnion pada maternal praktis tidak ada, kecuali akibat persalinannya oleh karena :

- 1) Sebagian persalinannya dilakukan dengan induksi
- 2) Persalinan dilakukan dengan sc

Dengan demikian komplikasi maternal adalah trias komplikasi persalinan dengan tindakan perdarahan, infeksi, dan perlukaan jalan lahir.

b. Komplikasi terhadap janin

Oligohidramnion menyebabkan tekanan langsung pada janin:

- 1) Deformitas janin
- 2) Leher telalu menekuk miring
- 3) Bentuk tulang kepala janin tidak bulat
- 4) Deformitas ekstremitas
- 5) Talipes kaki terpelintir keluar

- 6) Kompresi tali pusat langsung sehingga dapat menimbulkan fetal distress.
- 7) Fetal distress menyebabkan makin terangsangnya nervus vagus dengan dikeluarkannya mekonium semakin mengentalkan air ketuban.
- 8) Oligohidramnion makin menekan dada sehingga saat lahir terjadi kesulitan bernafas, karena paru mengalami hipoplasia sampai atelektase paru.
- 9) Sirkulus yang sulit diatasi ini akhirnya menyebabkan kematian janin intrauteri.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang biasa dilakukan:

- a. USG ibu (menunjukkan oligohidramnion serta tidak adanya ginjal janin atau ginjal yang sangat abnormal) Cara memeriksanya yaitu dengan memeriksa indeks cairan amnion, yakni jumlah pengukuran kedalaman air ketuban di empat sisi kuadran perut ibu. Nilai normal adalah antara 10 – 20 cm. bila kurang dari 10 cm disebut air ketuban telah berkurang, jika kurang dari 5 cm maka inilah yang disebut dengan oligohidramnion.
- b. CTG
Rontgen perut bayi, rontgen paru-paru bayi dan analisa gas darah.

8. Akibat Oligohidramnion

- a. Bila terjadi pada permulaan kehamilan maka janin akan menderita cacat bawaan dan pertumbuhan janin dapat terganggu bahkan bisa terjadi *foetus papyraceous* yaitu tubuh janin picak seperti kertas kusut karena janin mengalami tekanan dinding rahim bahkan kematian janin. Bisa juga terjadi abortus dan partus prematurus.

- b. Bila terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut akan terjadi cacat bawaan seperti clubfoot, cacat bawaan karena tekanan atau kulit jadi tenal dan kering (lethery appereance).
- c. Jika terjadi pada saat menjelang persalinan, akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi selama kelahiran, seperti tidak efektifnya kontraksi rahim akibat tekanan di dalam rahim yang tidak seragam kesegala arah, sehingga proses persalinan akan melemah atau berhenti (Purnama, 2014).

9. Tindakan Konservatif

- a. Tirah baring / istirahat yang cukup.
- b. Rehidrasi.
- c. Perbaiki nutrisi.
- d. Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin, NST, Bpp).
- e. Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion.
- f. Amnion infusion.
- g. Induksi dan kelahiran.

10. Managemen penatalaksanaan (Purnama, 2014):

ICA punya spesifitas dan positive predictive value yang rendah untuk menilai oligohidramnion, hanya sedikit kejadiannya bahwa oligohidramnion pada hamil aterm menyebabkan luaran janin yang kurang baik. Bila ditemukan ICA < 5 cm perlu dilakukan pemeriksaan tambahan terlebih dahulu dari pada induksi segera terutama pada kehamilan resiko rendah.

Penilaian awal:

- a. Nilai adanya ketuban pecah dini melalui anamnesis yang teliti dan pemeriksaan spekulum steril.

- b. Nilai kembali usia kehamilannya, oligohidramnion yang terjadi pada kehamilan postterm (> 41 mgg) merupakan indikasi untuk induksi.
- c. Lakukan Non Stress Test (NST) untuk menilai kesejahteraan janin.
- d. Nilai Intra uterin growth retardation (IUGR) dengan USG untuk taksiran berat janin dan rasio HC/AC. Perbandingan dengan hasil USG sebelumnya dapat membantu menilai interval pertumbuhan.
- e. Taksiran berat janin di bawah 10 persentil, peningkatan rasio HC/AC, atau interval pertumbuhan yang jelek menunjukkan IUGR.
- f. Susun survey anatomi dengan USG untuk menilai anomali janin jika belum dilakukan sebelumnya.
- g. Tentukan bila ada preeklampsia, hipertensi kronis, diabetes melitus, atau kondisi maternal lainnya yang berhubungan dengan insufisiensi uteroplasental.

Langkah - langkah pelaksanaan:

Penemuan positif pada penilaian awal, lanjutkan dengan induksi persalinan. Jika penilaian awal tidak dapat dilakukan, dan ICA < 5 cm, pertimbangkan hidrasi maternal oral dengan minum air dan ulangi pemeriksaan ICA 2 - 6 jam kemudian. Oligohidramnion persisten pada hamil aterm, biasanya serviks sudah matang, dapat dipertimbangkan untuk induksi persalinan. Penatalaksanaan dilanjutkan pada hamil aterm dengan oligohidramnion, dan pemantauan kesejahteraan janin 2 kali seminggu, mungkin juga dapat jadi pilihan yang cukup beralasan sehubungan dengan kurangnya bukti bahwa oligohidramnion berhubungan dengan hasil sebaliknya dari skenario ini. Hasil normal dari penelitian doppler aliran arteri umbilikalis telah digunakan untuk menurunkan kebutuhan induksi pada kehamilan resiko tinggi dengan oligohidramnion, dan tehnik ini mungkin memegang peranan

pada keadaan oligohidramnion aterm tanpa komplikasi ibu dan janin. Suatu hal yang penting adalah pasien mendapat konseling dan diberikan informed consent mengenai resiko dan keuntungan dari observasi atau induksi pada oligohidramnion aterm tanpa komplikasi.

E. Inersia uteri

1. Pengertian

Distosia kelainan tenaga/ his adalah his yang tidak normal dalam kekuatan/sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir, dan tidak dapat di atasi sehingga dapat menyebabkan persalinan macet.

Dalam persalinan diperlukan his normal yang mempunyai sifat:

- a. Kontraksi otot rahim mulai dari salah satu tanduk rahim
- b. Fundal dominan, menjalar ke seluruh otot rahim
- c. Kekuatannya seperti memeras isi rahim
- d. Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim (Nugroho, 2012).

His yang sempurna bila terdapat kontraksi yang simetris, kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di fundus uteri dan sesudah itu terjai relaksasi (Prawiroharjo, 2009).

His hipotonik disebut juga inersia uteri yaitu his yang tidak normal, fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dulu dari pada bagian lain. Kelainan terletak pada kontraksinya yang singkat dan jarang. Hisnya bersifat lemah, pendek dan jarang.

Inersia uteri hipotonik kontraksi terkoordinasi tapi lemah hingga menghasilkan tekanan kurang dari 15 mmHg. His kurang sering dan pada puncak kontraksi dinding rahim masih dapat ditekan kedalam (Nugroho, 2012).

Inersia uteri dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Inersia uteri primer

Bila sejak awal kekuatannya sudah lemah dan persalinannya berlangsung lama dan terjadi pada kala I fase laten.

b. Inersia uteri sekunder

Timbul setelah berlangsung his kuat untuk waktu yang lama dan terjadi di kala I fase aktif, his pernah kuat kemudian melemah, dapat ditegakkan dengan melakukan evaluasi pada pembukaan dan pada bagian terendah terdapat kaput dan mungkin ketuban telah pecah (Nugroho, 2012).

2. Etiologi menurut Nugroho, 2012

- a. Kelainan his terutama ditemukan pada primigravida, khususnya primigravida tua
- b. Inersia uteri sering dijumpai pada multigravida
- c. Faktor herediter
- d. Faktor emosi dan ketakutan
- e. Salam pimpinan persalinan
- f. Bagian terbawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah uterus, seperti pada kelainan letak janin atau pada disproporsi pelvik
- g. Kelainan uterus, seperti uterus unikolis
- h. Salam pemberian obat-obatan, oksitosin dan obat penenang
- i. Peregangan rahim yang berlebihan pada kehamilan ganda atau hidramnion
- j. Kehamilan postmatur

F. Induksi Persalinan

1. Pengertian

Induksi persalinan adalah usaha agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his (Saifuddin, 2002).

3. Tujuan Induksi

Tujuan melakukan induksi antara lain:

- a. Mengantisipasi hasil yang berlainan sehubungan dengan kelanjutan kehamilan
- b. Untuk menimbulkan aktifitas uterus yang cukup untuk perubahan serviks dan penurunan janin tanpa meyebabkan hiperstimulasi uterus atau komplikasi janin
- c. Agar terjadi pengalaman melahirkan yang alami dan seaman mungkin dan memaksimalkan kepuasan ibu

4. Indikasi

a. Indikasi melakukan induksi persalinan antara lain:

- 1) Ibu hamil tidak merasakan adanya kontraksi atau his. Padahal kehamilannya sudah memasuki tanggal perkiraan lahir bahkan lebih (sembilan bulan lewat).
- 2) Induksi juga dapat dilakukan dengan alasan kesehatan ibu, misalnya si ibu menderita tekanan darah tinggi, terkena infeksi serius, atau mengidap diabetes.
- 3) Ukuran janin terlalu kecil, bila dibiarkan terlalu lama dalam kandungan diduga akan beresiko atau membahayakan hidup janin.
- 4) Membran ketuban pecah sebelum ada tanda-tanda awal persalinan.
- 5) Plasenta keluar lebih dahulu sebelum bayi.

b. Indikasi induksi persalinan berdasarkan tingkat kebutuhan penanganan, antara lain:

1) Indikasi darurat:

- a) Hipertensi gestasional yang berat
- b) Diduga komplikasi janin yang akut
- c) PJT (IUGR) yang berat
- d) Penyakit maternal yang bermakna dan tidak respon dengan pengobatan
- e) APH yang bermakna dan Korioamnionitis

2) Indikasi segera (Urgent)

- a) KPD saat aterm atau dekat aterm
- b) PJT tanpa bukti adanya komplikasi akut
- c) DM yang tidak terkontrol
- d) Penyakit iso-imun saat aterm atau dekat aterm

3) Indikasi tidak segera (Non urgent)

- a) Kehamilan 'post-term'
- b) DM terkontrol baik
- c) Kematian intrauterin pada kehamilan sebelumnya
- d) Kematian janin
- e) Problem logistik (persalinan cepat, jarak ke rumah sakit)

Untuk dapat melakukan induksi persalinan perlu dipenuhi beberapa kondisi dibawah ini, yaitu:

- a. Sebaiknya serviks uteri sudah matang, yakni serviks sudah mendatar dan menipis dan sudah dapat dilalui oleh sedikitnya 1 jari, serta sumbu serviks mengarah ke depan.
- b. Tidak ada disproporsi sefalopelvik (CPD).
- c. Tidak terdapat kelainan letak janin yang tidak dapat dibetulkan.
- d. Sebaiknya kepala janin sudah mulai turun ke dalam rongga panggul.

4. Kontra indikasi induksi antara lain:

- a. Disproporsi sefalopelvik
- b. Insufisiensi plasenta
- c. Malposisi dan malpresentasi
- d. Plasenta previa
- e. Gemelli
- f. Distensi rahim yang berlebihan
- g. Grande multipara
- h. Cacat rahim

5. Risiko Melakukan Induksi

Risiko induksi persalinan yang mungkin terjadi diantaranya adalah :

- a. Adanya kontraksi rahim yang berlebihan. Itu sebabnya induksi harus dilakukan dalam pengawasan yang ketat dari dokter yang menangani. Jika ibu merasa tidak tahan dengan rasa sakit yang ditimbulkan, biasanya proses induksi dihentikan dan dilakukan operasi caesar.
- b. Janin akan merasa tidak nyaman sehingga dapat membuat bayi mengalami gawat janin (stress pada bayi). Itu sebabnya selama proses induksi berlangsung, penolong harus memantau gerak janin. Bila dianggap terlalu beresiko menimbulkan gawat janin, proses induksi harus dihentikan.
- c. Dapat merobek bekas jahitan operasi caesar. Hal ini bisa terjadi pada yang sebelumnya pernah dioperasi caesar, lalu menginginkan kelahiran normal.
- d. Emboli. Meski kemungkinannya sangat kecil sekali namun tetap harus diwaspadai. Emboli terjadi apabila air ketuban yang pecah masuk ke pembuluh darah dan menyangkut di otak ibu, atau paru-paru. Bila terjadi, dapat merenggut nyawa ibu seketika.

6. Induksi persalinan dengan Metode Bedah

a. Stripping of the membranes

Stripping of the membranes dapat meningkatkan aktivitas fosfolipase A2 dan prostaglandin F2 (PGF2) dan menyebabkan dilatasi serviks secara mekanis yang melepaskan prostaglandin. Stripping pada selaput ketuban dilakukan dengan memasukkan jari melalui ostium uteri internum dan menggerakkannya pada arah sirkuler untuk melepaskan kutub inferior selaput ketuban dari segmen bawah rahim. Risiko dari teknik ini meliputi infeksi, perdarahan, dan pecah ketuban spontan serta ketidaknyamanan pasien. Telaah Cochrane menyimpulkan bahwa stripping of the membrane saja tidak menghasilkan manfaat klinis yang penting, tapi apabila digunakan sebagai pelengkap, tampaknya berhubungan dengan kebutuhan dosis oksitosin rata-rata yang lebih rendah dan peningkatan rasio persalinan normal pervaginam.

b. Amniotomi

Diduga bahwa amniotomi meningkatkan produksi atau menyebabkan pelepasan prostaglandin secara lokal. Risiko yang berhubungan dengan prosedur ini meliputi tali pusat menubung atau kompresi tali pusat, infeksi maternal atau neonatus, deselerasi denyut jantung janin, perdarahan dari plasenta previa atau plasenta letak rendah dan kemungkinan luka pada janin.

Teknik amniotomi adalah sebagai berikut :

- 1) Dilakukan pemeriksaan pelvis untuk mengevaluasi serviks dan posisi bagian terbawah janin.
- 2) Denyut jantung janin diperiksa (direkam) sebelum dan setelah prosedur tindakan dilakukan
- 3) Bagian terbawah harus sudah masuk panggul

- 4) Membran yang menutupi kepala janin dilepaskan dengan jari pemeriksa
 - 5) Alat setengah kocher (cervical hook) dimasukkan melalui muara serviks dengan cara meluncur melalui tangan dan jari (sisi pengait mengarah ke tangan pemeriksa)
 - 6) Selaput ketuban digores atau dikait untuk memecahkan ketuban
 - 7) Keadaan cairan amnion diperiksa (jernih, berdarah, tebal atau tipis, mekonium)
- c. Induksi persalinan secara farmakologis :

1) Prostaglandin

Prostaglandin bereaksi pada serviks untuk membantu pematangan serviks melalui sejumlah mekanisme yang berbeda. Ia menggantikan substansi ekstraseluler pada serviks, dan PGE₂ meningkatkan aktivitas kolagenase pada serviks. Ia menyebabkan peningkatan kadar elastase, glikosaminoglikan, dermatan sulfat, dan asam hialuronat pada serviks. Relaksasi pada otot polos serviks menyebabkan dilatasi. Pada akhirnya, prostaglandin menyebabkan peningkatan kadar kalsium intraseluler, sehingga menyebabkan kontraksi otot miometrium.

Risiko yang berhubungan dengan penggunaan prostaglandin meliputi hiperstimulasi uterus dan efek samping maternal seperti mual, muntah, diare, dan demam. Saat ini, kedua analog prostaglandin tersedia untuk tujuan pematangan serviks, yaitu gel dinoprostone (Prepidil) dan dinoprostone inserts (Cervidil). Prepidil mengandung 0,5 mg gel dinoprostone, sementara Cervidil mengandung 10 mg dinoprostone dalam bentuk pessarium

2) Misoprostol

Penggunaan misoprostol tidak direkomendasikan pada pematangan serviks atau induksi persalinan pada wanita yang pernah mengalami persalinan dengan seksio sesaria atau operasi uterus mayor karena kemungkinan terjadinya ruptur uteri. Wanita yang diterapi dengan misoprostol untuk pematangan serviks atau induksi persalinan harus dimonitor denyut jantung janin dan aktivitas uterusnya di rumah sakit sampai penelitian lebih lanjut mampu mengevaluasi dan membuktikan keamanan terapi pada pasien.

Misoprostol oral maupun vagina dapat digunakan untuk pematangan serviks atau induksi persalinan. Dosis yang digunakan 25–50 µg dan ditempatkan di dalam fornix posterior vagina. 100 µg misoprostol per oral atau 25 µg misoprostol per vagina memiliki manfaat yang serupa dengan oksitosin intravena untuk induksi persalinan pada perempuan saat atau mendekati cukup bulan, baik dengan ruptur membrane kurang bulan maupun serviks yang baik. Misoprostol dapat dikaitkan dengan peningkatan angka hiperstimulasi, dan dihubungkan dengan ruptur uterus pada wanita yang memiliki riwayat menjalani seksio sesaria. Selain itu induksi dengan PGE₁, mungkin terbukti tidak efektif dan memerlukan augmentasi lebih lanjut dengan oksitosin, dengan catatan jangan berikan oksitosin dalam 8 jam sesudah pemberian misoprostol. Karena itu, terdapat pertimbangan mengenai risiko, biaya, dan kemudahan pemberian kedua obat, namun keduanya cocok untuk induksi persalinan. Pada augmentasi persalinan, hasil dari penelitian awal menunjukkan bahwa misoprostol oral 75 µg yang diberikan dengan interval 4 jam untuk maksimum dua dosis, aman dan efektif (Saifuddin, 2002).

3) Mifepristone

Mifepristone (Mifeprex) adalah agen antiprogesteron. Progesteron menghambat kontraksi uterus, sementara mifepristone melawan aksi ini. Agen ini menyebabkan peningkatan asam hialuronat dan kadar dekamin pada serviks.

4) Relaksin

Hormon relaksin diperkirakan dapat mendukung pematangan serviks. Berdasarkan evaluasi telaah

5) Oksitosin

Oksitosin merupakan agen farmakologi yang lebih disukai untuk menginduksi persalinan apabila serviks telah matang. Konsentrasi oksitosin dalam plasma serupa selama kehamilan dan selama fase laten dan fase aktif persalinan, namun terdapat peningkatan yang bermakna dalam kadar oksitosin plasma selama fase akhir dari kala II persalinan. Konsentrasi oksitosin tertinggi selama persalinan ditemukan dalam darah tali pusat, yang menunjukkan bahwa adanya produksi oksitosin yang bermakna oleh janin selama persalinan. Oksitosin endogen diekresikan dalam bentuk pulsasi selama persalinan spontan, hal ini tampak dalam pengukuran konsentrasi oksitosin plasma ibu menit.

G. Non Stress Test (NST)

1. Definisi

- a. Pemeriksaan NST dilakukan untuk menilai gambaran djj dalam hubungannya dengan gerakan / aktifitas janin. Adapun penilaian NST dilakukan terhadap frekuensi dasar djj (baseline), variabilitas (variability) dan timbulnya akselrasi yang sesuai dengan gerakan/ aktivitas janin (Fetal Activity Detemination/ FAD).

- b. Dilakukan untuk menilai apakah bayi merespon stimulus secara normal dan apakah bayi menerima cukup oksigen. Umumnya dilakukan pada usia kandungan 26-28 minggu, atau kapanpun sesuai dengan kondisi bayi
- c. Nilai gambaran denyut jantung janin (djj) dalam hubungannya dengan gerakan atau aktivitas janin. Pada janin sehat yang bergerak aktif dapat dilihat peningkatan frekuensi denyut jantung janin. sebaliknya. Bila janin kurang baik, pergerakan bayi tidak diikuti oleh peningkatan frekuensi denyut jantung janin .

2. Indikasi

Semua pasien yang berisiko mengalami insufisiensi plasenta

- a. Hipertensi: pada 3 minggu kehamilan, sedikitnya tiap minggu selama hipertensi menjadi perhatian, lalu tiap dua minggu pada 36 minggu kehamilan
- b. Diabetes gestational; setiap minggu setelah 32 minggu kehamilan
- c. Kemungkinan IUGR tiap 2 minggu setelah diagnosis ditegakkan
- d. Lewat waktu, tiap dua minggu setelah 40 minggu kehamilan
- e. Penurenan gerakan janin; saat terjadi penurunan lalu diidikiakan bergantung pada hasil uji, riwayat bayi mati sebelumnya setiap minggu setelah 32-34 minggu usia kehamilan
- f. Penambahan BB total kurang dari 7,5 kg saat 36 minggu kehamilan, perokok berat, penyalahgunaan obat, dll

3. Cara Membaca

Interprestasi NST

- a. Reassuring (Reaktif)

1) Terdapat gerakan janin sedikitnya 2 kali dalam 20 menit

- 2) Akselerasi sedikitnya 15 dpm
 - 3) Frekuensi dasar djj diluar gerakan janin antara 120 – 160 dpm
- b. Non – reassuring (non reaktif)
- 1) Tidak terdapat gerakan janin dalam 20 menit, atau tidak terdapa
 - 2) Akselerasi pada gerakan janin
 - 3) Frekuensi dasar djj abnormal (kurang dari 120 dpm, atau lebih dari 160 dpm)
 - 4) Variabilitas djj kurang dari 2 dpm
- c. Meragukan
- 1) Gerakan janin kurang dari 2 kali dalam 20 menit
 - 2) Akselerasi yang kurang dari 15 dpm
 - 3) Frekuensi dasar djj abnormal
 - 4) Variabilitas djj antara 2-5 dpm

Hasil NST yang reaktif biasanya diikuti dengan keadaan janin yang baik sampai 1 minggu kemudian (spesifisitas 95%- 99%). Hasil NST yang non- reaktif disertai dengan keadaan janin yang jelek (kematian perinatal, nilai apgar rendah adanya deselari lambat intrapartu), dengan sensitifitas sebesar 20%. Hasil NST yang meragukan harus diulang dalam waktu 24 jam.

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Pelaksanaan Studi Kasus

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

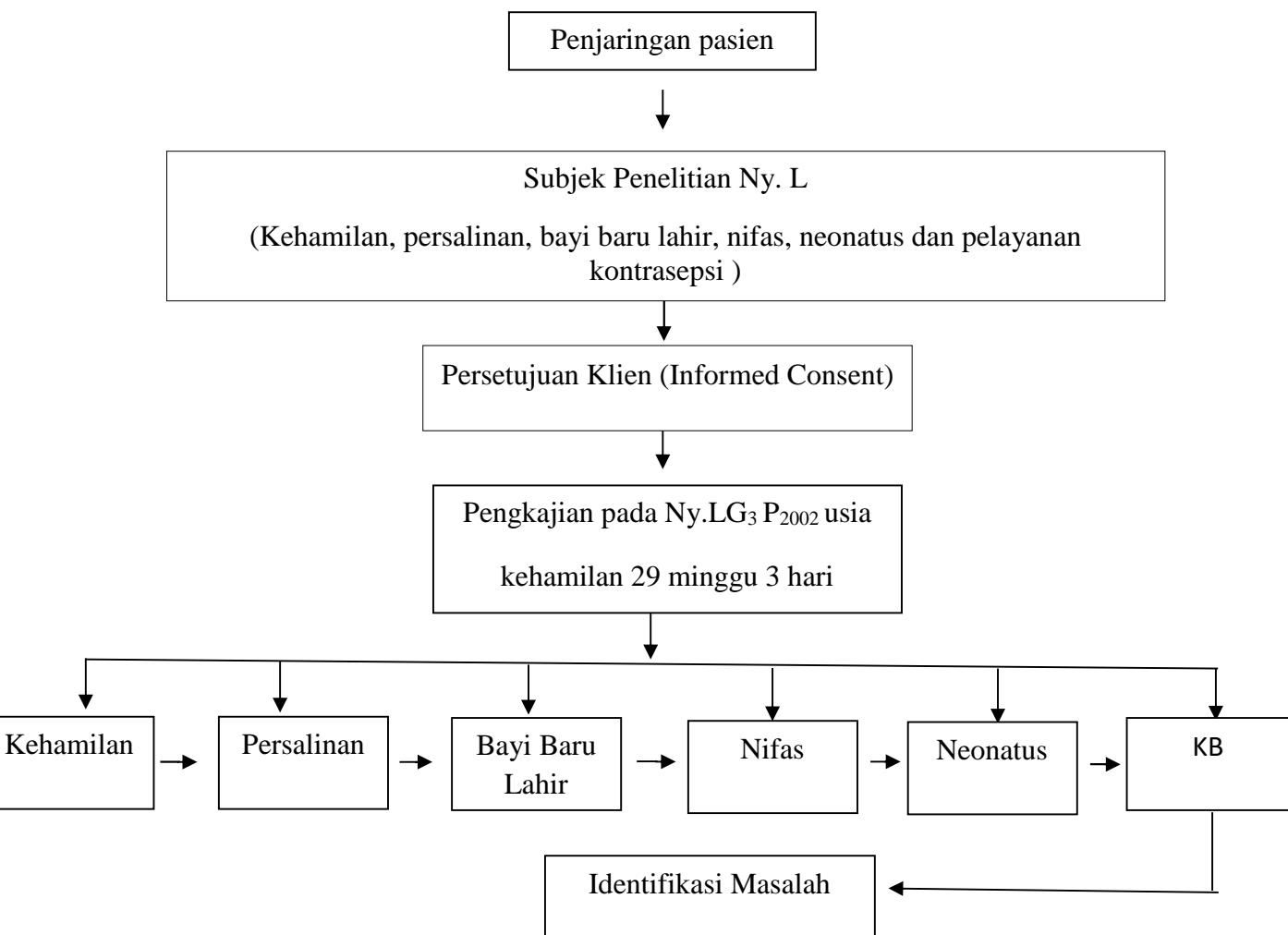
Studi kasus atau *case study* pada penelitian ini adalah *continuity of care* yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

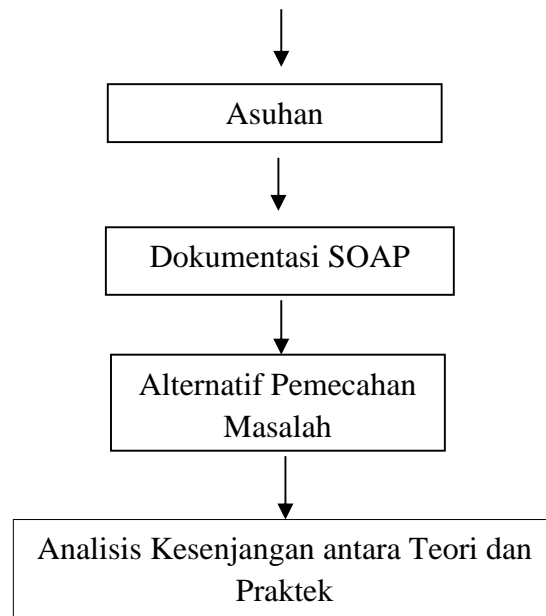
B. Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

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

Kerangka kerja dalam penulisan study kasus ini dimulai dari penjaringan dan pengkajian subjek penelitian, pengambilan kesimpulan diagnosa, penyusunan rencana asuhan, implementasi asuhan, dan evaluasi asuhan.

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





Bagan 3.1

Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

C. Subyek Studi Kasus

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 Ny. L G₃ P₂₀₀₂ dengan riwayat Tuberkulosis diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. 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 pemberian asuhan dengan menghormati klien, dan memberikan perlindungan terhadap hak klien. Maksudnya, peneliti sebelum melakukan asuhan harus terlebih dahulu menjelaskan dengan lengkap dan sebenarnya mengenai tindakan yang akan dilakukan beserta tujuan dari tindakan tersebut. Sehingga apapun keputusan klien harus diterima dan dihormati oleh peneliti. Apabila pada akhirnya klien menyetujui, harus ada lembar persetujuan yang telah ditanda tangani oleh klien sebagai bukti bahwa klien secara sadar dan tanpa paksaan bersedia menjadi subjek penelitian. Pemberi asuhan harus menjaga kerahasiaan dari subjek asuhan.

2. *Beneficence dan non maleficence*

Prinsip ini menekankan pencegahan pada terjadinya resiko, dan melarang perbuatan yang berbahaya selama melakukan asuhan. Peneliti haruslah memastikan bahwa asuhan yang diberikan kepada klien aman dan tidak merugikan. Asuhan yang diberikan juga harus bermanfaat bagi klien.

3. *Justice*

Prinsip justice menekankan adanya keseimbangan antara manfaat dan resiko bila ikut serta dalam penelitian. Selain itu, pada saat penjaringan peneliti harus adil dan seimbang dalam menentukan subjek penelitian. Tidak boleh ada unsur manipulative dalam melakukan penelitian atau studi kasus. Peneliti harus memberikan perhatian dan melakukan pendekatan kepada klien beserta keluarganya.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke- I

Tanggal/ waktu pengkajian : 25 Februari 2016

Tempat : Rumah Klien

Oleh : Jessi Nurmala

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

S :

a. Biodata/ Identitas

Nama klien : Ny. L

Nama suami : Tn. S

Umur : 32 Tahun

Umur : 42 Tahun

Suku : Jawa

Suku : Jawa

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Karyawan Swasta

Alamat : Sumber Rejo RT. 07 No. -

b. Alasan Datang/Keluhan saat ini

Sesak dan nyeri perut bagian bawah, ibu mengeluh mual jika minum SF

c. Riwayat Kesehatan Klien

1) Riwayat penyakit ibu terdahulu dan saat ini

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti Hepatitis, HIV/AIDS, asma, diabetes melitus dan hipertensi tetapi, Ibu pernah menderita Tuberkulosis dan pernah mengonsumsi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sejak bulan Mei hingga bulan Oktober 2015 dan setelah minum OAT telah dilakukan pemeriksaan laboratorium dan hasilnya negative.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga ibu yaitu suami ibu mempunyai riwayat penyakit jantung dan Tuberkulosis dan pada bulan Oktober 2015 baru saja menyelesaikan pengobatannya selama 6 bulan.

e. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. L adalah 01 Agustus 2015, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 08 Mei 2016 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28-30 hari, lama haid 5 hari, banyaknya haid setiap harinya 3-4 kali ganti pembalut, warna darah merah, encer, kadang bergumpal. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 15 tahun.

f. Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu

Kehamilan pertama ibu bersalin di rumah namun di tolong oleh bidan jenis kelamin laki-laki Berat badan 4.000 gram panjang badan 50 cm dan tidak ada kelainan selama persalinan . Persalihan ke dua ibu bersalin di dukun karena persalinan kedua ini ibu tinggal di daerah pedalaman yang sulit untuk ditemukan

bidan berat badan 4.000 gram panjang badan 49 cm. Ini merupakan kehamilan yang ketiga dan ibu tidak pernah keguguran.

g. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan menggunakan alat kontrasepsi Suntik KB 3 bulan selama 8 tahun dan selama menggunakan jenis alat kontrasepsi ini ibu memiliki keluhan yaitu, haid tidak teratur dan badan pegal-pegal. Ibu mendapatkan pelayanan kontrasepsi di BPS, dan menggunakan KB atas motivasi diri sendiri.

h. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan	
	Sebelum hamil	Saat ini
Nutrisi	Ibu makan 3 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 1 potong lauk pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pemenuhan nutrisi serta nafsu makan baik ibu memiliki alergi ikan laut.	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3-4 kali/hari, dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2 potong lauk pauk, sayur, air putih \pm 10 gelas/hari, kadang susu. Nafsu makan ibu meningkat dibanding sebelum hamil. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik ibu memiliki alergi dengan ikan laut
Eliminasi	BAK sebanyak 2-3 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 1-2 hari konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.	BAK 8-9 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1-2 kali dalam 1 hari, konsistensi padat lembek, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidak pernah tidur siang. Karena ibu berjualan. Ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.	Ibu tidur siang \pm 2-3 jam/hari, pada hari-hari tertentu, Ibu tidur pada malam hari 8-9 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak dan ibu berjualan dengan membuka warung di rumah nya.	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah. Memasak dan sememnjak hamil ibu tidak berjualan lagi. ibu mandi di sumur umum berjalan kaki dengan medan tanjakan dan turunan sejauh \pm 200 m.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari.	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari, mengganti celana dalam 2-3 kali/hari.
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.

Seksualitas	± 1-2 kali/minggu dan Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas	Ibu memiliki keluhan dalam pola seksualitas yaitu nyeri saat berhubungan. Sehingga selama hamil Trimester 3 ibu tidak melakukan hubungan seksual dengan suami.
-------------	---	--

i. Riwayat Psikososio-kultural spiritual

1) Riwayat pernikahan

Ini merupakan pernikahan ketiga, Ibu menikah sejak usia 19 tahun, lama menikah ± 4 tahun, status pernikahan sah.

2) Respon klien dan keluarga terhadap kehamilan ini

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

3) Bagaimana psikis ibu terhadap kehamilan ini

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

4) Pola konsumsi obat

Usia kehamilan 1 – 8 minggu ibu mengkonsumsi obat anti tuberkulosis. Ibu mengonsumsi vitamin B kompleks dan Kalk. Selama hamil dengan dosis 1 tablet perhari diminum dengan air putih. Namun ibu jarang meminum SF karena ibu mengeluh mual.

5) Pengetahuan ibu tentang kehamilannya

Ibu cukup mengetahui tentang kehamilannya. Ibu telah memperoleh informasi mengenai kehamilannya saat pemeriksaan kehamilan, ibu telah mengikuti kelas ibu hamil sebanyak 2 kali yang dilakukan puskesmas yaitu pada tanggal 16 Februari 2016 dan 16 Maret 2016 dan mendapatkan informasi mengenai kehamilannya dari bidan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

KU : Baik

Kes : Compos Mentis

TB : 160 cm

LILA : 27 cm

BB sebelum hamil ` : 46 kg

BB sekarang : 62 kg

Tanda- tanda vital

TD : 110/70mmHg Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 25 x/menit Suhu : 36 °C

b. Pemeriksaan Khusus

1) Inspeksi

Rambut : tampak bersih dan tidak rontok

Muka : tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum dan tidak pucat

Mata : kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

Dada : payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada, putting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi areola

Perut : tampak linea gravidarum, tidak tampak luka bekas operasi. Pembesaran perut sesuai umur kehamilannya. pembesaran sesuai usia kehamilan

Ekstermitas

Kaki : tidak tampak oedema dan tidak tampak varices

2) Palpasi

Leher : tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid atau vena jugularis

Dada : tidak ada massa/ pembengkakan, konsistensi lunak, pengeluaran colostrum (-) tidak ada

Abdomen :

LI = 1/2 pusat- Px (26 cm) Teraba Bokong

LII = Punggung Kanan

LIII = Presentasi Kepala

LIV = Belum masuk PAP (Konvergen)

TBJ = $(26 - 12) \times 155 = 2170$ gr

Ekstermitas : tidak teraba oedema di kaki kanan dan kiri

3) Auskultasi

Denyut jantung janin : 125 x/menit

A : Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 27 minggu 3 hari janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Masalah : Suami memiliki riwayat TB ibu setiap hari kontak secara langsung dengan suaminya. Di pengobatan ke 4 bulan ibu hamil sehingga mengkonsumsi obat TB selama 8 minggu saat hamil. Ibu mengeluh mual jika minum Tablet Fe.

Diagnosis Potensia : Tidak ada

Masalah Potensial : Tuberkulosis Dalam Kehamilan dan Anemia Ringan

Tindakan antisipasi: Anjurkan ibu minum tablet Fe

P :

Tanggal/ Jam	Pelaksanaan	Paraf
25 Februari 2016 16.00 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 29 minggu 3 hari ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
16.03 WITA	Memberikan ibu support mental : ibu merasa lebih nyaman.	
16.05 WITA	Menganjurkan Ibu untuk menghabiskan vitamin yang diberikan oleh bidan dengan dosis 1x1 tablet, untuk mencegah mual anjurkan ibu untuk minum SF dimalam hari sebelum tidur dan anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, seperti : sayur – sayuran hijau, ikan, tahu, tempe, daging, dan hati ayam dan menghindari makanan alergi; ibu mau dan berjanji akan melakukannya	
16.10 WITA	Menganjurkan tidur dengan posisi <i>semi fowler</i> (setengah duduk) atau miring kiri; ibu akan melakukan tidur dengan posisi tersebut	
16.15 WITA	Memberikan KIE mengenai Tanda-tanda bahaya pada ibu hamil yaitu, perdarahan lewat jalan lahir, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak diwajah dan jari-jari tangan, keluar cairan lewat jalan lahir, gearakan janin tidak terasa, serta nyeri perut yang hebat (Sulistyawati, 2009); ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan memperhatikan tanda – tanda yang disebutkan tadi	
16.18 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang; ibu bersedia untk dilakukan kunjunga ulang	
16.20 WITA	Melakukan dokumentasi; Telah dilakukan pendokumentasian	

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke- II

Tanggal/ waktu pengkajian : 21 April 2016/ jam : 17.00 WITA

Tempat : Rumah Klien

Oleh : Jessi Nurmala

Dosen Pembimbing : Lusita Hakim, S.ST

S:

1. Ibu hamil anak ke tiga tidak pernah keguguran

2. HPTP : 01 Agustus 2015 TP : 08 Mei 2016
3. Ibu mengatakan sudah tidak mual jika minum tablet Fe dan meminumnya di malam hari sebelum tidur dengan pisang.
4. Ibu mengatakan tadi pagi perut kencang- kencang dan merasa seperti ingin melahirkan. Tadi pagi ibu ke RSUD namun tidak ada pembukaan sehingga ibu di anjurkan pulang.
5. Ibu mengatakan perut saat ini tidak kencang-kencang lagi

O :

a. Pemeriksaan Umum

BB sekarang : 65 kg

Tanda- tanda vital

KU : Baik Kes : Compos Mentis

TD : 110/70mmHg Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 25 x/menit Suhu : 36 °C

b. Pemeriksaan Khusus

1) Inspeksi

Mata : kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

Muka : tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum dan tidak pucat

Dada : payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada, putting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi areola

Perut : pembesaran sesuai usia kehamilan.

Ekstermitas (kaki) : tidak terdapat oedema di kaki kanan dan kiri.

2) Palpasi

Dada : tidak ada massa/ pembengkakan, konsistensi lunak, pengeluaran colostrum (-) tidak ada

Ekstermitas : tidak teraba oedema di kaki kanan dan kiri

Abdomen :

LI = 4 jari bawah - Px (28 cm) Teraba Bokong

LII = Punggung Kanan

LIII = Presentasi Kepala

LIV = Sudah masuk PAP (Konvergen)

TBJ = $(28 - 11) \times 155 = 2635$ gr

3) Auskultasi

Denyut jantung janin : 135 x/menit

A :

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 37 minggu 4 hari janin tunggal
hidup intrauterine presentasi kepala

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Tindakan antisipasi : tidak ada

P :

Tanggal/ Jam	Pelaksanaan	Paraf
25 Februari 2016 17.15 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 37 minggu 4 hari ; ibu dan keluarga mengetahui	

	kondisinya saat ini.	
17.18 WITA	Memberikan ibu support mental : ibu merasa lebih nyaman.	
17.20 WITA	Menanyakan apakah keluhan di kunjungan sebelumnya masih dirasakan, bertambah atau sudah menghilang; ibu sudah tidak merasakan keluhan di kunjungan sebelumnya.	
17.23 WITA	Memberikan KIE mengenai Tanda-tanda persalinan yaitu: terjadinya his, pengeluaran lender darah dan pengeluaran cairan dan persiapan persalinan yaitu tempat persalinan, biaya persalinan, donor darah, kendaraan, pakaian bayi dan pakaian ibu; ibu telah memahami mengenai tanda-tanda persalinan dan akan menyiapkan yang diperlukan dalam persalinan.	
17.28 WITA	Menganjurkan ibu untuk bersalin di Rumah Sakit karena ibu memiliki riwayat Tuberkulosis; ibu memilih bersalin di RSUD Gunung Malang	
17.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang; ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan ulang	
17.32 WITA	Melakukan dokumentasi; Telah dilakukan pendokumentasian	

3. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke- III

Tanggal/ waktu pengkajian : 23 April 2016

Tempat : Rumah Klien

Oleh : Jessi Nurmala

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

S:

1. Ibu hamil anak ke tiga tidak pernah keguguran
2. HPTP : 01 Agustus 2015 TP : 08 Mei 2016
3. Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O :

a. Pemeriksaan Umum

BB sekarang : 66 kg

Tanda- tanda vital

KU : Baik Kes : Compos Mentis

TD : 110/70mmHg Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 25 x/menit Suhu : 36 °C

b. Pemeriksaan Khusus

1) Inspeksi

Mata : kelopak kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

Muka : tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum dan tidak pucat

Dada : payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada, puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi areola

Perut : pembesaran sesuai usia kehamilan

Ekstermitas (kaki) : tidak terdapat oedema di kaki kanan dan kiri.

2) Palpasi

Dada : tidak ada massa/ pembengkakan, konsistensi lunak, pengeluaran colostrum (+) ada

Ekstermitas : tidak teraba oedema di kaki kanan dan kiri

Abdomen :

LI = 1/2 pusat- Px (28 cm) Teraba Bokong

LII = Punggung Kanan

LIII = Presentasi Kepala

LIV = Sudah masuk PAP (Divergen)

TBJ = (28-11) x 155 = 2635 gr

Pemeriksaan Penunjang :

Hb : 10,9 gr%

3) Auskultasi

Denyut jantung janin : 141 x/menit

A : Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 37 minggu 6 hari janin
tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Masalah : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan antisipasi : Tidak ada

P:

Tanggal/ Jam	Pelaksanaan	Paraf
25 Februari 2016 09.40 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 37 minggu 6 hari ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
09.45 WITA	Memberikan ibu support mental : ibu merasa lebih nyaman.	
09.47 WITA	Menanyakan apakah keluhan di kunjungan sebelumnya masih dirasakan, bertambah atau sudah menghilang; ibu sudah tidak merasakan keluhan di kunjungan sebelumnya.	
09.50 WITA	Mengingatkan kembali mengenai Tanda-tanda persalinan yaitu: terjadinya his, pengeluaran lender darah dan pengeluaran cairan dan menanyakan apakah persiapan persalinan yaitu tempat persalinan, biaya persalinan sudah disiapkan; ibu memahami mengenai tanda-tanda persalinan. Ibu telah menyiapkan kartu BPJS untuk ibu dan bayi, kendaraan, pakaian bayi dan pakaian ibu	
10.00 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk mendampingi ibu dalam proses persalinan; ibu bersedia untuk didampingi	
10.10 WITA	Melakukan dokumentasi; Telah dilakukan pendokumentasian	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/ Waktu Pengkajian : Selasa, 10 Mei 2016/ Pukul 10.00
 Tempat : RSUD Gunung Malang
 Oleh : Jessi Nurmala
 Dosen Pembimbing : Lusita Hakim, S.ST

S :

- Rujukan dari poli kebidanan dr.Sp.OG
- Ibu mengatakan 1 minggu yang lalu keluar air rembes celana dalam basah dan perut kencang-kencang namun jika jalan kencang-kencang menghilang setelah ke rumah sakit dilakukan pemeriksaan namun tidak ada pembukaan dan ketuban positif ibu dianjurkan pulang kerumah
- Ibu masuk poli kebidanan untuk melakukan USG karena telah melewati tanggal taksiran persalinan. Hasil pemeriksaan USG air ketuban habis pemeriksaan dalam tidak ada pembukaan.
- Selama diruang bersalin pola istirahat ibu terganggu karena ibu cemas dan pertama kalinya ibu bersalin di Rumah Sakit.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran composmentis

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu tubuh : 36,6°C

Pernafasan : 20 x/menit.

2. Pemeriksaan Fisik

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

Abdomen : Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea gravidarum; Tinggi fundus uteri 31 cm.

Leopold I : 3 jari bawah Px, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong)

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

Leopold III : Teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

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

Mc Donald :

TFU : 31 cm

TBJ : $(31-11) \times 155 = 3.100$ gram

Kontraksi uterus :

Frekuensi : 2 kali dalam 10 menit

Durasi : 20-25 detik

Intensitas : lemah

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 11.30

Tidak tampak oedema dan varices, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal kaku, tidak ada pembukaan.

4. Pemeriksaan Penunjang

USG : 10 Mei 2016

Taksiran berat janin : 3.200 gram

Keadaan janin : Normal, tidak ada kelainan, dan tidak terdapat lilitan tali pusat pada bagian leher.

Plasenta : Letak Plasenta normal

Ketuban : Jumlah air ketuban berkurang

A :

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 40 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan Oligohidramnion

Masalah : Cemas

His tidak adekuat

Diagnosa potensial/ Masalah Potensial

Pada ibu : Kala I lama

Pada janin : Fetal distress

Kebutuhan segera : Kolaborasi dengan dokter Obgyn

Advice Dokter

- Terminasi kehamilan
- Non Sters Test (NST)

P :

Tanggal 10 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
11.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, tidak ada pembukaan air ketuban kering dan selaput ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	

11.32 WITA	Memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan; Ibu merasa tenang dan ibu akan melakukan anjuran yang diberikan.	
11.35 WITA	Menjelaskan bahwa ibu akan dilakukan pemeriksaan rekam jantung janin. Menganjurkan ibu untuk tidak bergerak selama pemeriksaan rekam jantung janin dan menganjurkan ibu untuk menekan tombol jika janin bergerak; ibu mengerti dan melakukan anjuran yang diberikan	
13.15 WITA	Hasil NST reaktif Melakukan laporan ke dr. Sp.OG Hasil Kolaborasi dengan dr. Sp.OG <ul style="list-style-type: none"> - misoprostol 50 mg tablet pervaginam evaluasi per 6 jam - observasi CHPB (cortonen, his, penurunan bagian terendah, dan bundle) 	
13.30 WITA	kontraksi uterus : frekuensi : 2 x 10', durasi : 20-25 detik, Intensitas : lemah. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 153 x/menit, Pemeriksaan dalam : portio tebal kaku pembukaan tidak ada. Memasang misoprostol 50 mg pervaginam	
13.32 WITA	Menganjurkan ibu untuk tidak berjalan-jalan atau ke kamar mandi untuk BAB atau BAK selama 1 jam setelah pemasangan misoprostol pervaginam; Ibu mengerti dan melakukan ajuran yang diberikan	
13.37 WITA	Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti tehnik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
13.40 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu makan dan minum makanan yang telah disediakan.	
14.30	Menganjurkan ibu untuk ke kamar mandi jika ingin BAK ; ibu ke kamar	

WITA	mandi untuk BAK	
19.30 WITA	<p>Tekanan darah : 120/70 MmHg Nadi/Respirasi : 80/20 x/Menit</p> <p>DJJ : 146x/ Menit</p> <p>Pemeriksaan Dalam : tidak ada kelainan pada vulva dan uretra portio tebal kaku, Effecment: 10% Pembukaan 1-2 cm ketuban Positive (+), Penurunan kepala 5/5 H-I</p> <p>Melakukan laporan ke dr. Sp.OG</p> <p>Hasil Kolaborasi dengan dr. Sp.OG</p> <p>Advise : Pasang misoprostol 50 mg pervaginam evaluasi per 6 jam</p>	
19.40	Menganjurkan ibu untuk BAK terlebih dahulu sebelum memasang misoprostol; ibu melakukan anjuran yang diberikan	
19.45 WITA	memasang misoprostol ke 2 50 mg pervaginam	
21.30 WITA	<p>Melakukan observasi aplusan his lemah 2x/10 Menit (20-25 detik)</p> <p>DJJ 142x/ Menit</p>	
01.45 WITA	<p>DJJ 142x/Menit His:3x/10 Menit (30-35 detik)</p> <p>Evaluasi 6 jam</p> <p>VT ulang vulva uretra tidak ada kelainan portio tebal kaku effecment: 30% pembukaan 2-3 cm ketuban positive (+) penurunan kepala 5/5 H-I</p>	
01.55 WITA	<p>Melakukan laporan ke dr. Sp.OG</p> <p>Hasil Kolaborasi dengan dr. Sp.OG</p> <p>Advise :observasi 6 jam</p> <p>Misoprostol stop</p>	

Lembar Persalinan					
Tanggal/ Jam	HIS			BUNYI DETAK JANTUNG ANAK	
	Intensitas	Interval	Lamanya HIS	Jumlah/Menit	Irama
10 Mei 2016					

13.30 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	153x/Menit	teratur
14.00 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	142x/Menit	teratur
14.30 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	147x/Menit	teratur
15.00 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	152x/Menit	teratur
15.30 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	153x/Menit	teratur
16.00 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	155x/Menit	teratur
16.30 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	146x/Menit	teratur
17.00 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	138x/Menit	teratur
17.30 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	140x/Menit	teratur
18.00 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	145x/Menit	teratur
18.30 WITA	Lemah	2 x	15-20 detik	140x/Menit	teratur
19.00 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	155x/Menit	teratur
19.30 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	146x/Menit	teratur
20.00 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	149x/Menit	teratur
20.30 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	152x/Menit	teratur
21.00 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	146x/Menit	teratur
21.30 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	142x/Menit	teratur
22.00 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	150x/Menit	teratur
22.30 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	151x/Menit	teratur
23.00 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	151x/Menit	teratur
23.30 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	151x/Menit	Teratur
24.00 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	151x/Menit	Teratur
24.30 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	162x/Menit	Teratur
11 Mei 2016					
01.00 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	141x/Menit	teratur
01.30 WITA	Lemah	2 x	20-25 detik	135x/Menit	Teratur
02.00 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	157x/Menit	Teratur
02.30 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	155x/Menit	Teratur
03.00 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	152x/Menit	Teratur

03.30 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	134x/Menit	Teratur
04.00 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	132x/Menit	Teratur
04.30 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	137x/Menit	Teratur
05.00 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	132x/Menit	Teratur
05.30 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	147x/Menit	Teratur
06.00 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	142x/Menit	Teratur
06.30 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	139x/Menit	Teratur
07.00 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	133x/Menit	Teratur
07.30 WITA	Lemah	2 x	30-35 detik	149x/Menit	Teratur

Persalinan Kala I fase aktif

Jam : 08.00 WITA

S :

Kencang-kencang yang dirasakan ibu bertambah sering dari sebelumnya dan menjalar sampai ke pingang

Ibu tidak mau makan roti dan tidak mau minum teh manis

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu tubuh : 36,6°C

Pernafasan : 20 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva tidak anemis

Muka : tampak kelelahan dan tidak pucat

Abdomen : Kontraksi uterus : frekuensi : 3 x 10', durasi : 30-35 detik, Intensitas : lemah. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 145 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2, punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus.

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

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 08.00 WITA

Tidak ada kelainan pada vulva dan uretra portio tebal lembut, Effecment: 50%

Pembukaan 6 cm ketuban Positive (+), Penurunan kepala 4/5 H-II

Lapor dr. Sp.OG

A :

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 40 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala inpartu kala I fase aktif dengan oligohidramnion

Masalah : Kelelahan

Diagnosa Potensial/ masalah potensial

Pada ibu : Tidak ada

Tindakan segera : Pemasangan Infus RL

P :

Tanggal 10 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
07.30 WITA	Melakukan obeservasi TD : 120/70 MmHg Nadi/Respirasi : 80/20 x/Menit DJJ : 149x/ Menit His:3x/10 Menit (30-35 detik)	
08.00 WITA	Melakukan evaluasi per 6 jam Kontraksi : 3 x 10', durasi : 30-35 detik DJJ : 145x/menit Pemeriksaan Dalam : tidak ada kelainan pada vulva dan uretra portio tebal lembut, Effecment: 50% Pembukaan 6 cm ketuban Positive (+), Penurunan kepala 4/5 H-II Lapor dr. Sp.OG Advise : Evaluasi 2 jam	
08.10 WITA	Memindahkan pasien dari ruang observasi menuju ruang tindakan	
08.30 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disisipkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.	
09.00 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan gurita) dan pakaian bayi (lampin, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	
09.30	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; ibu menolak	

WITA	minum atau makan	
10.00 WITA	Evaluasi 2 jam DJJ :134x/ Menit His : 3x/10 menit (40-45 detik) ibu tampak pucat dan lemas Pemeriksaan Dalam : tidak ada kelainan pada vulva dan uretra portio lembut tipis, Effecment: 75% Pembukaan 8 cm ketuban Positive (+), Penurunan kepala 4/5 H-II	
10.00 WITA	Kolaborasi dengan dr., Sp.OG Advise : infus RL Evaluasi 2 jam	
10.00 WITA	Infus RL telah terpasang	
10.40 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS. Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effecement 100%, pembukaan 10cm, , tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah jani, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III. DJJ : 148 x/mnt HIS : 3-4 x 10' 40-45''	
10.40 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan mengejan miring saat ada HIS, tangan di masukkan di antara kedua paha, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.	

Persalinan Kala II

S :

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

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital :

Tekanan darah : 110/80 mmHg Nadi : 84 x/menit

Suhu tubuh : 36,7°C Pernafasan : 21 x/menit

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 144 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kanan bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 3-4 x 10' dengan durasi : 40-45 detik dan intensitas : kuat.

Genetalia :

Tanggal : 11 Mei 2016 Jam : 10.40 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan 10 cm, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin,

presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II+. Tampak adanya tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah. Jam 10.40 WITA station/hodge IV.

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

A :

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ inpartu kala II persalinan normal dengan oligohidramnion

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial/ Masalah Potensial

Pada janin : Asfeksia

P :

Tanggal 11 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.40 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	
10.41 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
10.41 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk(semi fowler).	
10.42 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
10.43	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek,	

WITA	mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
10.43 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
10.43 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
10.43 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.	
10.44 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar	
10.44 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. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 10.45 WITA.	
10.45	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian	

WITA	selintas bayi baru lahir sambil Meringankan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering; Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 8/9 , jenis kelamin laki-laki cacat (-).	
------	---	--

Persalinan Kala III

S :

Ibu merasakan mules pada perutnya

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU : 2 Jari bawah pusat, kontraksi baik.

Kandung Kemih : Kosong

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

Bayi lahir spontan segera menangis jam 10.40 WITA, JK : Lk , A/S : 8/9

A :

Diagnosis : G₃ P₂₀₀₂ inpartu kala III persalinan normal

P :

Tanggal 11 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.46 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
10.46 WIA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	

10.46 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
10.47 WITA	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
10.48 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggunting tali pusat diantara 2 klem.	
10.48 WITA	Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala keseluruh tubuh. Jika bayi langsung menangis lanjutkan melakukan tindakan IMD (Inisiasi Menyusui Dini). Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan memasang topi dikepala bayi (Insiasi Menyusui Dini), menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sambil memperhatikan bayinya terutama pada pernapasan dan gerakan bayinya.	
10.48 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	
10.49 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
10.49 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	
10.49 WITA	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	
10.50 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk	

	membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 10.50 WITA.	
10.50 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	
10.52 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon lengkap, selaput ketuban pada plasenta lengkap, dengan berat ± 500 gram posisi tali pusat berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat ± 50 cm, tebal plasenta $\pm 2,5$ cm, diameter ± 16 cm.	
10.53 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; terdapat robekan pada jalan lahir.	
10.55 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan ± 200 cc.	

Persalinan Kala IV

S :

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

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tanda-tanda Vital tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,7 °C.

2. Pemeriksaan fisik

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

Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu setinggi 1 jari bawah pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 10.40 WITA.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Kala IV Persalinan Normal

Masalah : tidak ada

Diagnosa potensial : tidak ada

P :

Tanggal 11 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.56 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat rufture derajat II pada perinium ibu.	
10.56 WITA	Menyiapkan alat hecing set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung tangan,	

	<p>pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.</p>	
10.56 WITA	<p>Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perinium, memasukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka. Melakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Menyuntikkan cairan lidokain 1% secukupnya sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perinium. Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik, anastesi daerah bagian dalam robekan dengan alur suntikan anastesi akan berbentuk seperti kipas : tepi perinium, dalm luka, tepi mukosa vagina. Menunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.</p>	
22.29 WITA	<p>Melakukan tindakan penjahitan luka. Melakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan. Meraba dengan ujung jari anda seluruh daerah luka. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, pasang tampon atau kassa ke dalam vagina (sebaiknya menggunakan tampon bertali). Menempatkan jarum jahit pada pemegang jarum, kemudian kunci pemegang jarum. Pasang benang jahit pada mata jarum. Lihat dengan jelas batas luka episiotomi. Peganglah pemegang jarum dengan tangan lainnya. Menggunakan pemegang jarum (pinset) untuk menarik jarum melalui jaringan. Mengikat jahitan pertama dengan simpul mati. Memotong ujung benang yang bebas (ujung benang tanpa jarum) hingga tersisa kira-kira 1 cm. Menjahit mukosa vagina dengan menggunakan jahitan jelujur hingga tepat di belakang lingkaran himen. Jarum kemudian akan menembus mukosa vagina, sampai kebelakang lingkaran himen, dan tarik keluar pada luka</p>	

	<p>perineum. Memperhatikan seberapa dekatnya jarum ke puncak lukanya. Menggunakan teknik jahitan jelujur saat menjahit lapisan ototnya. Melihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya, menjahit otot ke otot. Merasakan dasar dari luka, ketika sudah mencapai ujung luka, pastikan jahitan telah menutup lapisan otot yang dalam. Setelah mencapai ujung luka yang paling akhir dari luka, putar arah jarum dan mulai menjahit ke arah vagina dengan untuk menutup jaringan subcuticuler. Mencari lapisan subcuticuler umumnya lembut dan memiliki warna yang sama dengan mukosa vagina lalu membuat jahitan lapis kedua. Memperhatikan sudut jarumnya. Jahitan lapis kedua ini akan meninggalkan lebar luka kira-kira 0.5 cm terbuka. Luka ini akan menutup sendiri pada waktu proses penyembuhan berlangsung. Memindahkan jahitannya dari bagian luka perineal kembali ke vagina di belakang cincin himen untuk diamankan, mengikat dan memotong benang. Mengikat jahitan dengan simpul mati. Memotong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1 cm. Memasukkan jari anda ke dalam rektum. Merabalah puncak dinding rektum untuk mengetahui apakah ada jahitan. Memeriksa ulang kembali untuk memastikan bahwa tidak meninggalkan apapun seperti kassa, tampon, instrumen di dalam vagina ibu. Membersihkan alat kelamin ibu. Memberikan petunjuk kepada ibu mengenai cara pembersihan daerah perineum dengan sabun dan air 3 sampai 4 kali setiap hari. Memberitahu ibu agar menjaga perineumnya tetap kering dan bersih. Memberitahu ibu agar memperhatikan luka jahitannya jika ada bintik merah, nanah atau jahitan yang lepas atau terbuka, atau pembengkakan segera menghubungi petugas kesehatan; Telah dilakukan penjahitan perineum, ibu mengerti dan bersedia melaksanakan saran bidan.</p>	
11.00	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan ± 200cc.	

WITA		
11.00 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
11.02 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
11.15 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,7°C, pernapasan 22x/menit TFU 1 jbp, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 30 cc. (data terlampir pada partograf)	
11.15 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah di sediakan	
11.30 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU 1 jbp, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
11.45 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
12.15 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 81 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
12.45 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ±10 cc. (data	

	terlampir pada partograf)	
13.15 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc.(data terlampir pada partograf)	
13.30 WITA	Melengkapi Partograf	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 11 Mei 2016 Pukul: 11.00 WITA

Tempat : RSUD Gunung Malang

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. L dan Tn. S, alamat rumah berada di Kelurahan Sumber Rejo Balikpapan, tanggal lahir bayi 11 Mei 2016 pada hari Rabu pukul 10.45 WITA dan berjenis kelamin Laki-laki

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil ketiga ini usia 32 tahun, tidak pernah mengalami keguguran.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Riwayat Persalinan Sekarang :

Keadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,7 °C. Jenis persalinan adalah spontan dan kondisi ketuban adalah hijau.

b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 11 Mei 2015 Jam : 10.45 WITA

Jenis kelamin laki-laki, bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 8/9

2. Nilai APGAR : 8/9

Kriteria	0	1	2	Jumlah		
				1 menit	5 menit	10 menit
Frekuensi Jantung	() O tidak ada	() O < 100	() O > 100	2	2	2
Usaha Nafas	() O tidak ada	() O lambat/tidak teratur	() O menangis dengan baik	1	2	2
Tonus Otot	() O tidak ada	() O beberapa fleksi ekstremitas	() O gerakan aktif	2	2	2
Refleks	() O tidak ada	() O menyeringai	() O menangis kuat	1	1	1
Warna Kulit	() O biru/ pucat	() O tubuh merah muda, ekstremitas biru	() O merah muda seluruhnya	2	2	2
Jumlah				8	9	9

3. Tindakan Resusitasi :

Tidak dilakukan tindakan resusitasi karena bayi baru lahir segera menangis.

4. Pola fungsional kesehatan:

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

5. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 140 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu 36,7 °C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3110 gram, panjang badan 51 cm, lingkar kepala : 31 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm dan lingkar lengan atas 10 cm

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

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

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

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

Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan tidak tampak ada kotoran.

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

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, 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.
- Abdomen : Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.
- Punggung : Tampak simetris, tidak teraba skeliosis, dan tidak tampak meningokel, spina bifida, pembengkakan, lesung, dan bercak kecil berambut..
- Genetalia : Laki-laki, testis telah turun.
- Anus : Tidak tampak adanya lesung atau sinus, tampak sfingter ani.
- Kulit : Tampak kemerahan, tidak tampak ruam, bercak, tanda lahir, memar, pembengkakan. Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung. Tampak verniks kaseosa di daerah lipatan leher dan lipatan selangkangan.
- Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, klavikula teraba utuh, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, tidak terdapat penyeloputan, jari-jari tampak lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Status neurologi (refleks)

Rooting (+) bayi tampak menoleh ke arah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, morro (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menagkupakan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentakkan, palmar grasping (+) bayi tampak menggenggam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, babinski (+) jari-jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya.

d. Terapi yang diberikan

Neo-K 0,5 cc

Salep mata 1 %

A :

Diagnosis : NCB SMK usia 1 jam

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

P :

Tanggal : 11 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.47 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan ibu dan bayi. Bayi tidak segera menangis sehingga diberikan oksigen dan bayi tidak bisa diletakkan didada ibu untuk dilakukan IMD; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	

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

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 11 Mei 2016 Pukul : 20.00 WITA

Tempat : Bengkiray Rawat Gabung RSUD Gunung Malang

Oleh : Jessi Nurmala

Dosen Pembimbing : Lusita Hakim S.ST

S :

- a. Ibu mengatakan melahirkan anak ketiga dan tidak pernah keguguran
- b. Ibu mengatakan melahirkan tanggal 11 Mei 2016
- c. Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitannya
- d. Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar

O :

- a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. L baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,4 °C, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

- b. Pemeriksaan fisik

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI namun sedikit, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada pembengkakan dan peradangan.

Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tidak tampak asites, TFU 2 jari bawah pusat, 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 baik. Perdarahan ± 15-20 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas

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

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

c. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat
Nutrisi	Ibu sudah makan roti dan minum teh
Terapi	Ibu mendapat Vit. A, asam mefenamat dan ampicillin
Mobilisasi	Ibu sudah bisa BAK sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	Ibu sudah BAK 1x, konsistensi cair, warna kuningh jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya namun ASI belum lancar dengan baik.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Post partum spontan 7 jam

P :

Tanggal 11 Mei 2015

Waktu	Tindakan	Paraf
20.10 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari bawah pusat , tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal, luka jahitan tampak baik. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
20.13 WITA	Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan payudara sebelum ataupun setelah menyusui bayinya yaitu dengan membersihkan puting susu ibu dengan air bersih ; ibu telah mengerti dan bersedia melakukannya secara mandiri.	
20.15 WITA	Mengajarkan pada ibu cara istirahat/tidur cukup. Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus beristirahat	

	untuk mengembalikan kebugarannya.; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
20.16 WITA	Mengajarkan ibu mengenai perawatan tali pusat bayi. Tali pusat cukup diganti dengan kassa saja, harus tetap bersih dan steril ; ibu mengerti dan bersedia melakukannya dengan benar.	
20.20 WITA	Memberi KIE tentang mengenai; personal hygiene dan perawatan luka jahitan. Ibu harus tetap menjaga kebersihan genitalia, agar tidak terjadi infeksi pada luka jahitan. Harus sering mengganti kassa setelah BAB dan BAK; ibu mengerti cara membersihkan perawatan luka jahitan.	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 16 Mei 2016 Pukul : 14.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Jessi Nurmala

Dosen Pembimbing : Dra. Meity Albertina, S.KM., S.ST., M.Pd

S : Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan , darah nifas masih keluar sedikit, warna coklat kekuningan, nyeri didaerah jahitan sudah berkurang dan pengeluaran ASI sudah lancar.

O :

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan fisik

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

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

Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tidak terdapat asites, TFU 1/2 pusat simphisis, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguilenta, luka jahitan baik, tampak kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Perdarahan yang keluar \pm 5 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas:

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

c. Pola Fungsional

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

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum normal hari ke-5

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 16 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
14.05 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini	
14.10 WITA	Menanyakan apakah keluhan pada kunjungan sebelumnya yaitu nyeri jaitan masih dirasakan, berkurang atau bertambah; nyeri jaitan sudah berkurang dan hanya nyeri saat buang air kecil saja	
14.15 WITA	Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar. Posisi menyusui dapat dilakukan secara duduk, berdiri atau berbaring dan diteteki secara bergantian antara payudara sebelah kanan dan kiri ; ibu mengerti dan memahami.	
14.20 WITA	Melakukan konseling tentang tanda-tanda bahaya ibu nifas yaitu : Demam, Perdarahan pasca persalinan, penciutan rahim yang tidak normal, rasa sakit merah, lunak dan pembengkakan kaki.	
14.25 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya yaitu pada tanggal 25 Mei 2016 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 25 Mei 2016/Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Jessi Nurmala

Dosen Pembimbing : Dra. Meity Albertina, S.KM., S.ST., M.Pd

S :

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

O :

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan fisik

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

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

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

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka parut, luka jahitan telah telah sembuh. Jumlah perdarahan ± 2-3 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

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

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

c. Pola Fungsional

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

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum normal hari ke-14

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 25 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
15.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal	
15.10 WITA	Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat ; ibu cukup makan dan istirahat.	
15.15	Menanyakan apakah ibu sudah membicarakan dengan suami mengenai kontrasepsi yang akan dipakai: ibu sudah menentukan pilihannya pada IUD	

15.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai alat kontrasepsi IUD. Menjelaskan pada ibu mengenai, kelebihan, kekurangan, cara kerja, efek samping dan prosedur pemakaian IUD ; ibu dapat menyebutkan kembali metode KB IUD yang telah dijelaskan beserta kekurangan dan kelebihannya.	
15.25 WITA	Menganjurkan ibu menggunakan KB sebelum 40 hari setelah persalinan ;. Ibu akan ke Puskesmas sebelum 40 hari pasca persalinan untuk melakukan pemasangan IUD.	
15.30 WITA	Mengevaluasi kembali tentang pemberian asi eksklusif. Ibu dapat menjelaskan dan memahami sekali tentang asi eksklusif.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 11 Mei 2016 Pukul : 20.00 WITA
 Tempat : Bengkiray Rawat Gabung RSUD Gunung Malang
 Oleh : Jessi Nurmala
 Dosen Pembimbing : Lusita Hakim S.ST

S : Ibu mengatakan bayinya menetek kuat, sudah 2 kali BAK dan 1 kali BAB.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 126 x/menit, pernafasan 66 x/menit dan suhu 36,7 °C. Dan pemeriksaan antropometri panjang badan 51 cm, pemeriksaan lingkar kepala 31 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm dan lingkar lengan atas 10 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak caput saucedaneum, tidak tampak molase, tidak tampak cephal hematoma
- Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, dan tidak terdapat strabismus.
- Hidung : Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung
- Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan tidak tampak ada kotoran.
- Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu tampak menonjol.
- Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak tanda-tanda infeksi tali pusat, teraba kembung, tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Tampak simetris, tidak tampak dan tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : Laki-laki, testis telah turun.
- Anus : Terdapat lubang anus

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

c. Reflek Fisiologis : Tidak dilakukan

d. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh Ibunya. Ibu menyusui bayinya minimal setiap 2 jam.
Eliminasi	BAB 1 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman BAK 2-3 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi belum ada dimandikan. Bayi diganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika kaget, haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : NCB SMK usia 7 jam

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

P :

Tanggal : 11 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
20.25 WITA	Memberitahu ibu tentang kondisi bayinya; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
20.30 WITA	Memastikan bayi mendapat ASI yang cukup, ibu bersedia memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin.	
20.32 WITA	Memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat bayi dengan membiarkan tali pusat bayi kering dan bersih ; ibu mengerti penjelasan yang dibeikan.	

20.35 WITA	Memberikan KIE mengenai tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan, tangisan tidak ada, merintih, sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang disampaikan.	
02.40 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 3 hari selanjutnya di tanggal 16 Mei 2016 atau saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 16 Mei 2016/Pukul : 14.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Jessi Nurmala

Dosen Pembimbing : Dra. Meity Albertina, S.KM., S.ST., M.Pd

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

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 136 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3325 gram, panjang badan 51 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 31 cm, lingkaran dada 32 cm, lingkaran perut 32 cm dan lingkaran lengan atas 10 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bersih, caput/cephal tidak ada.

Mata : Tidak tampak ikhterik

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

Telinga : Tidak ada kelainan

- Mulut : Bersih, tidak ada secret
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.
- Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak sudah puput, tidak teraba benjolan/massa.
- Genetalia : Perempuan, nampak labia mayor menutupi labia minor.
- Anus : Terdapat lubang anus
- Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung
- Verniks : Tidak ada.
- Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.

d. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.
Perkembangan	Bayi dapat tersenyum spontan saat diajak bermain

A :

Diagnosis : NCB SMK usia 5 hari

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 16 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
13.25 WITA	Menjelaskan keadaan bayinya saat ini dan ibu mengerti tentang keadaan bayinya saat ini	
13.30 WITA	Menjelaskan kepada ibu bahwa tali pusat keadaan baik dan sudah kering tidak perlu khawatir karena belum putus ; ibu mengerti penjelasan yang diberikan.	
13.35 WITA	menganjurkan pada ibu untuk tetap mengawasi tanda bahaya pada bayi ; ruam popok, cradle cap, sariawan pada mulut, pernafasan tidak teratur, dan bayi yang rewel ; ibu mengerti dan akan memperhatikan jika ada tanda-tanda bahaya pada anaknya.	
13.45 WITA	Mengevaluasi kembali apakah ibu memberikan ASI penuh dengan bayinya; ibu masih memberi ASI tanpa mencampur dengan susu formula.	
13.50 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 25 Mei 2016.	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 25 Mei 2016/Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Jessi Nurmala

Dosen Pembimbing : Dra. Meity Albertina, S.KM., S.ST., M.Pd

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 4235 gram panjang badan 50 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 31 cm, lingkaran dada 32 cm, lingkaran perut 32 cm dan lingkaran lengan atas 10 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bersih, caput/cephal tidak ada.

Mata : Tidak tampak ikhterik

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

Telinga : Tidak ada kelainan

Mulut : Bersih, tidak ada secret

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

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.

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

Genetalia : Perempuan, nampak labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tidak ada.

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

d. Pola Fungsional

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

A :

Diagnosis : NCB SMK usia 14 hari

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 25 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
15.31 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
15.32 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang ketidaknyamanan bayi, bila bayi BAK atau BAB segera dibersihkan dan diganti dengan popok kain yang bersih ; ibu mengerti dan segera melakukannya bila bayi BAB dan BAK.	
15.33 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang kenyamanan bayi, bila bayi menangis segera berikan rangsangan pada pipi bayi. Bila bayi membuka mulut maka susui bayi	

	sampai kenyang, jangan memberikan apapun selain ASI ; ibu mengerti dan akan melakukannya.	
15.35 WITA	Memberikan motivasi ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan ; ibu bersemangat untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.	
15.40 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya.	

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Calon Akseptor IUD

Tanggal/Waktu Pengkajian : 25 Mei 2016/Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Jessi Nurmala

Dosen Pembimbing : Dra. Meity Albertina, S.KM., S.ST., M.Pd

S :

1. Alasan datang periksa/ Keluhan utama : klien ingin mendapatkan informasi mengenai alat kontrasepsi IUD

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. L baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

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

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

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

Ekstremitas

Atas : Tidak oedema, kapiler refill baik.

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

A :

Diagnosis :P₃₀₀₃ Usia 32 tahun calon Akseptor KB IUD

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 26 Juni 2015

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	15.30 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai pengertian, jenis, efektifitas, efek samping dan cara mengontrol KB IUD; Ibu mengerti mengenai penkes yang diberikan ibu yakin untuk memilih kontrasepsi IUD	
2.	15.40 WITA	Menganjurkan Ny. L ke Puskesmas untuk melakukan pemasangan IUD seblum 40 hari masi nifas; ibu berjanji untuk ke puskesmas sebelum 40 hari masa nifas untuk melakukan pmasnagan IUD.	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang di terapkan pada klien Ny. L G3P2002 bertempat tinggal di Kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan sejak kontak pertama pada tanggal 25 Februari 2016 yaitu di mulai pada masa kehamilan 29 minggu 3 hari, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontarsepsi. Penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara teori dengan kenyataan dilapangan dalam memberikan asuhan kebidanan secara kprehensif terhadap Ny.L.

Asuhan kebidanan secara komprehensif yang diberikan kepada Ny. L menggunakan pola pikir ilmiah melalui pendekatan manajemen kebidanan menurut tujuh langkah varney yaitu pengkajian, identifikasi diagnosa masalah, identifikasi

kebutuhan tindakan segera, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1. Asuhan Kehamilan

Selama kehamilannya, Ny. L telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 14 kali, yaitu 2 kali pada trimester pertama, 3 kali pada trimester kedua, dan 9 kali pada trimester ketiga. Hal ini sesuai dengan syarat kunjungan kehamilan yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), yaitu minimal 4 kali, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga.

Ada hubungan antara pengetahuan dengan frekuensi ANC, semakin baik pengetahuan maka semakin patuh dalam melakukan ANC (Purwaningsih, 2008). Selain berlatar belakang pendidikan SMA, Ny.L pernah mendapat konseling mengenai pentingnya kunjungan ANC saat kehamilannya berusia 5-6 minggu di Puskesmas.

Selama ANC Ny. L telah memperoleh standar asuhan 14 T kecuali standar asuhan ke 7, 11 dan 12 yaitu pemeriksaan sediaan vagina dan VDRL (PMS), pemeriksaan protein urine dan reduksi urine dikarenakan Ny. L tidak memiliki keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut. Menurut Depkes RI (2009), pelayanan antenatal care memiliki standar 14 T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, menilai status gizi buruk (LILA), mengukur TFU, menentukan presentasi janin, menghitung denyut jantung janin, skrining status imunisasi TT, tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, test pemeriksaan Hb, Pemeriksaan sediaan vagina dan VDRL (PMS) sesuai indikasi, perawatan payudara, senam hamil, temu wicara konseling, pemeriksaan protein urine, reduksi urine, pemberian yodium dan anti malaria

p)untuk daerah endemis. Dengan adanya ANC yang berstandar 14 T maka resiko atau penyulit pada ibu hamil dapat dideteksi sejak dini.

Pada saat melakukan kunjungan hamil yang pertama pada tanggal 25 Februari 2016 Ny. L dalam kondisi sehat, dan tidak ada keluhan apapun. Dimulai pada standar asuhan ANC pertama yaitu timbang berat badan dan tinggi badan. Saat dilakukan pemeriksaan diakhir kehamilannya berat badan Ny. L 62 kg. Berat badan Ny.L sebelum hamil 46 kg. Klien mengalami kenaikan berat badan 16 kg. Sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6.5 kg - 16,5 kg. Berdasarkan Indeks Masa Tubuh (IMT) berat badan ibu masih dalam batas normal setelah dihitung melalui rumus IMT yang dikemukakan oleh Sukarni (2013).

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. L memiliki tinggi badan 160 cm. Menurut Pantikawati (2010) , mengemukakan tinggi badan normal pada ibu hamil yaitu >145 cm. Penulis berpendapat, pentingnya dilakukan pengukuran tinggi badan karena sebagai deteksi dini adanya panggu sempit atau ketidaksesuaian antara besar bayi dan luas panggul.

Standar asuhan kehamilan kedua yaitu pemeriksaan tekanan darah. Saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah Ny. L selalu dalam keadaan normal, tekanan darah dalam pemeriksaan terakhir 130/90 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI (2009), tekanan darah yang normal 110/80mmHg-140/90mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau preeklamsi dalam kehamilan. Penulis berpendapat, dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada saat kunjungan, dapat diketahui pula klien beresiko atau tidak dalam kehamilannya.

Standar asuhan ketiga yaitu pemeriksaan TFU. Saat dilakukan pengukuran TFU ibu normal dan sesuai dengan usia kehamilannya yaitu 26 cm atau pertengahan pusat px pada umur kehamilan 29 minggu 3 hari. kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan hasil 2.170 gram. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Manuaba (2010), umur kehamilan 29 minggu 3 hari TFU normalnya pertengahan pusat px. Penulis berpendapat, pentingnya dilakukan pengukuran TFU pada ibu hamil yakni sebagai acuan pertambahan berat badan janin dalam keadaan normal atau tidak. Selaras dengan teori yang dikemukakan oleh Mufdilah (2010), pengukuran TFU dilakukan secara rutin dengan tujuan mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Selain dapat dijadikan indikator pertumbuhan janin intra uterine, TFU dapat mendeteksi secara dini terhadap terjadinya molahidatidosa, janin ganda atau hidramnion.

Standar asuhan yang keempat pemberian tablet Fe. Saat dilakukan pengkajian semenjak kehamilan awal pada trimester II hingga di akhiri trimester III, Ny.L rutin mengkonsumsi tablet Fe, setelah dilakukan pemeriksaan HB dan hasilnya normal. Ny.L mengkonsumsi tablet Fe 1x sehari. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Saifuddin (2006), bahwa pemberian tablet Fe dimulai setelah rasa mual dan muntah hilang, satu tablet sehari selama minimal 90 hari. Tiap tablet mengandung FeSO 320 mg (zat besi 60 mg dan asam folat 500 mg). Pemberian terapi tersebut bertujuan untuk memenuhi kebutuhan ibu hamil akan zat besi dan asam folat. Penulis berpendapat, pemberia tablet Fe pada ibu hamil perlu diberikan dan di perhatikan pengkonsumsiannya agar menghindari terjadinya anemia dalam kehamilan.

Standar asuhan kelima yaitu skrining status imunisasi TT. Saat dilakukannya pengkajian diakhiri kehamilan trimester III Ny. L telah mendapat imunisasi TT

lengkap. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT menurut kemenkes RI (2012), untuk memberi perlindungan jangka panjang terhadap penyakit tetanus diberikan 3 dosis vaksin *Difteri Pertusis Tetanus* (DPT 3) pada bayi melalui imunisasi rutin, 1 dosis ulangan atau penguat vaksin *Difteri Tetanus* (DT) pada siswa kelas 2 dan 3 SD, akselerasi atau 3 putaran imunisasi tambahan dengan sasaran Wanita Usia Subur (WUS) berusia 15-19 tahun, dan setelah wanita menikah atau saat hamil, penulis berpendapat dengan lengkapnya status imunisasi TT pada Ny. I, memungkinkan klien dan bayinya terhindar dari penyakit tetanus.

Standar asuhan keenam yaitu tes laboratorium (rutin dan khusus). Saat dilakuna pengkajian Ny. L telah dilakukan pemeriksaan Hb saat usia kehamilan 37 minggu 3 hari dengan hasil 10.9 gr%. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Saifuddin (2007), pemeriksaan dan pengawasan pada ibu hamil dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III.

Standar asuhan ketujuh yaitu tes VDRL. Ny.L tidak memperoleh pemeriksaan VDRL di Puskesmas.

Standar asuhan kedelapan yaitu Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara, Ny L tidak dilakukan itu karna tidak adanya indikasi.

Standar asuhan kesembilan yaitu senam hamil, Ny L sudah mengikuti senam hamil pada trimester III kehamilannya.

Standar asuhan kesepuluh yaitu temu wicara (konseling). Ny. L dan suami sebagai pengambil keputusan telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Sehubung dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI (2005), pada trimester III petugas kesehatan baiknya memberikan konseling kepada ibu dan suami untuk merencanakan proses persalinannya, dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan. Penulis menyarankan klien untuk berslin di

pelayanan kesehatan yang memadai seperti BPM, Puskesmas dan Rumah Sakit. Klien memilih merencanakan bersalin di RSUD Gunung Malang karena ibu memiliki riwayat penyakit TB.

Standar asuhan kesebelas yaitu, Pemeriksaan protein urine atas indikasi, Standar asuhan keduabelas yaitu, Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi. Standar asuhan ketigabelas yaitu, Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok. Standar asuhan ke empatbelas yaitu, Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria. Ny. L tidak dilakukan pemeriksaan tersebut karena tidak ada indikasi.

Masalah yang dialami Ny. L adalah Ibu pernah menderita Tuberkulosis dan pernah mengonsumsi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sejak bulan Mei hingga bulan Oktober 2015 dan setelah minum OAT telah dilakukan pemeriksaan laboratorium dan hasilnya negative.

Cara penularan Tb menurut Kemenkes RI, 2014 Pasien TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB BTA positif adalah 65%, pasien TB BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TB dengan hasil kultur negatif dan foto Toraks positif adalah 17 %.

Penulis memberikan asuhan untuk meminimalkan kejadian Tb berulang pada Ny. L dan menganjurkan Ny. L untuk bersalin di Rumah Sakit sebagai usaha antisipasi.

2. Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. L yaitu 40 minggu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Kehamilan cukup bulan

(aterm) atau pematangan janin terjadi pada minggu 37-40 adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal (JNPK-KR, 2008).

a. Kala I

Tanggal 10 Mei 2016 pukul 10.00 WITA Ny. L mengatakan 1 minggu yang lalu keluar air rembes celana dalam basah dan perut kencang-kencang namun jika jalan kencang-kencang menghilang setelah ke rumah sakit dilakukan pemeriksaan namun tidak ada pembukaan dan ketuban positif ibu dianjurkan pulang kerumah

Ibu masuk ruang bersalin rujukan dari poli kebidanan telah dilakukan USG karena telah melewati tanggal taksiran persalinan. Taksiran persalinan yaitu tanggal 08 Mei 2016 Hasil pemeriksaan USG air ketuban habis pemeriksaan dalam tidak ada pembukaan.

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 500 cc (Manuaba, 2007), atau juga didefinisikan dengan indeks cairan amnion 5 cm atau kurang dari 12% dari 511 kehamilan dengan usia kehamilan 41 minggu atau lebih. Normalnya pada kehamilan lanjut jumlah air ketuban 1000 – 1500 ml pada saat aterm (Purnama, 2104).

Etiologi sekunder oligohidramnion menurut Cakra, 2015 misalnya pada pecahnya membran ketuban. Penyebab pecahnya membran ketuban menurut Prwirohadjo, 2009 pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin.

Penanganan Oligohidramnion Nilai adanya ketuban pecah dini melalui anamnesis yang teliti dan pemeriksaan spekulum steril ; Nilai kembali usia kehamilannya, oligohidramnion yang terjadi pada kehamilan postterm (> 41 mgg) merupakan indikasi untuk induksi dan Lakukan *Non Stress Test* (NST) untuk menilai kesejahteraan janin (Purnama, 2014).

Menurut penulis aktivitas ibu selama hamil, ibu mandi di sumur umum berjalan kaki dengan medan tanjakan dan turunan sejauh \pm 200 meter mempengaruhi selaput ketuban yang sudah memasuki trimester ketiga yang melemah akibat pembesaran uterus.

Selama diruang bersalin pola istirahat ibu terganggu karena ibu cemas dan pertama kalinya ibu bersalin di Rumah Sakit. Ibu tidak mau makan roti dan tidak mau minum teh manis sehingga ibu tampak kelelahan.

Hasil pemeriksaan Ny. L di ruang bersalin hasil NST reaktif kontraksi uterus, frekuensi : 2x dalam 10 menit, durasi : 20-25 detik, Intensitas : lemah. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 153 x/menit, pemeriksaan dalam : portio tebal kaku pembukaan tidak ada.

Menurut Saifuddin (2009), keadaan psikologis yaitu keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan.

Oligohidrmnion Jika terjadi pada saat menjelang persalinan, akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi selama kelahiran, seperti tidak efektifnya kontraksi rahim akibat tekanan di dalam rahim yang tidak seragam kesegala arah, sehingga proses persalinan akan melemah atau berhenti (Purnama: 2014).

His hipotonik disebut juga inersia uteri yaitu his yang tidak normal, fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dulu dari pada bagian lain. Kelainan terletak pada kontraksinya yang singkat dan jarang. Hisnya bersifat lemah, pendek dan jarang.

Induksi persalinan adalah usaha agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his (Saifuddin, 2002).

Menurut penulis, ibu cemas sehingga mengganggu pola istirahat membuat ibu sulit tidur dan nutrisinya sehingga ibu tampak kelelahan.

His Ny. I lemah dan tidak ada pembukaan serviks. Kolaborasi dengan dr. Sp, OG. Anjuran dr. Sp, OG pemberian pemberian misoprostol pertama sebanyak 50 mg pervaginam pada jam 13.30 evaluasi 6 jam. Observasi Cortonen, his, penurunan kepala dan bandl (CHPB) setiap 30 menit. Hasil pemberian misoprostol pertama Pemeriksaan Dalam : portio tebal kaku, Effecment: 10% Pembukaan 1-2 cm ketuban Positive (+), Penurunan kepala 5/5 H-I.

Kolaborasi dengan dr. Sp, OG. Anjuran dr. Sp, OG pemberian pemberian misoprostol kedua sebanyak 50 mg pervaginam pada jam 19.30 evaluasi 6 jam. Observasi Cortonen, his, penurunan kepala dan bandl (CHPB) setiap 30 menit hasil pemberian misoprostol kedua Pemeriksaan Dalam : vulva uretra tidak ada kelainan portio tebal kaku effecment: 30% pembukaan 2-3 cm ketuban positive (+) penurunan kepala 5/5 H-I.

b. Kala II

Ny. L memasuki kala II persalinan, terlihat dari tanda dan gejala kala II persalinan ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Hasil observasi yang dilakukan yaitu, his adekuat, teratur 3-4 kali dalam 10 menit durasi 45-50 detik. Auskultasi DJJ 148 x/menit, intensitas kuat dan irama teratur.

Kala II yang dialami Ny. L 5 Menit pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam (JNPK-KR, 2008). Pada tanggal 11 Mei 2016 pukul 10.45 WITA Bayi lahir spontan segera menangis A/S 8/9, Berat 3110 gram, Panjang 50 cm, lingkar kepala : 31 cm,

lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm, lingkar lengan atas 10 cm, anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : +/-, jenis kelamin laki-laki.

Proses persalinan Ny. L berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf walaupun sisa ketuban meconial dan kemungkinan bisa terjadi infeksi pada Ny. M, kekooperatifan pasien yang selalu mengikuti saran penulis dan bidan sebagai upaya membantu memperlancar proses persalinannya.

c. Kala III

Manajemen aktif kala III dilaksanakan sesuai dengan teori dimulai saat adanya tanda pelepasan plasenta seperti perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2008).

Penulis melakukan manajemen aktif kala III yang terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama bayi baru lahir, melakukan peregangan tali pusat terkendali dan masase fundus uteri.

Kala III yang dialami Ny. L berlangsung selama 5 menit, pukul 10.50 WITA plasenta lahir spontan lengkap dengan berat \pm 500 gram, diameter \pm 16 cm, tebal \pm 2,5 cm, panjang tali pusat \pm 50 cm, selaput ketuban utuh, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta dan perdarahan \pm 200 cc.

d. Kala IV

Pada perineum terdapat laserasi yaitu mulai dari mukosa vagina hingga ke otot perineum. Sesuai dengan pengklasifikasian laserasi perineum menurut JNPK-KR (2008), laserasi perineum derajat II yaitu yang luasnya mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum.

Untuk menangani laserasi tersebut segera dilakukan tindakan penjahitan perineum untuk mencegah terjadinya perdarahan abnormal akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka (Prawirohardjo, 2006).

Setelah dilakukan penjahitan perineum lanjut melakukan pemantauan 2-3 kali setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

3. Bayi Baru Lahir

Bayi lahir pukul 10.40 WITA. Pada saat lahir penulis segera melakukqwaan penilaian selintas dan apgar score pada bayi Ny. L didapatkan hasil apgar score bayi Ny. L adalah 8/9.

By Ny. L segera setelah lahir dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting ibu. Perilaku bayi tersebut dikenal dengan istilah Inisiasi Menyusui Dini (IMD) (Sumarah, dkk, 2009).

Asuhan BBL dilakukukan 1 jam pasca IMD dilakukan pemeriksaan antropometri dan Reflek pada By Ny. L Berat 3110 gram, Suhu 36.5° C Panjang badan 50 cm, lingkar kepala 31 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm, lingkar lengan atas 10 cm, anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : +/, jenis kelamin laki-laki. Refleks Rooting (+),sucking (+), swallowing (+), morro (+), palmar graspingping dan babinski (+).

Bayi Ny. L diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM dan imunisasi hepatitis B 0 hari. Bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2008).

Bayi lahir dengan ibu yang pernah menderita tuberkulosis dapat diberikan imunisasi BCG dan dapat diberikan sesuai jadwal.

4. Asuhan Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Suherni et al, 2009). Dalam masa nifas terdapat 4 kunjungan yaitu kunjungan I 6-8 jam setelah persalinan, kunjungan II 6 hari setelah persalinan, kunjungan III 2 minggu setelah persalinan dan kunjungan IV 6 minggu setelah persalinan Suherni, dkk (2009),

Kunjungan selama masa nifas Ny. L sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam Post Partum pada tanggal 11 Mei 2016 Hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. L sudah BAK, Asi sudah keluar, kontaksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, perdarahan normal, sejak pindah ruangan ke rawat gabung sudah mengganti 1 kali pembalut karena sudah penuh, lochea rubra, luka jahitan baik, tanda homman negative.

Kunjungan I 6-8 jam Post Partum yaitu mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu cara mencegah perdarahan, dan pemberian ASI awal, melaksanakan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir dan menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermi Suherni, dkk (2009).

Hal ini sesuai dengan yang penulis lakukan. Pada kunjungan I 6-8 jam setelah persalinan penulis melakukan pemantauan terhadap Ny. A untuk menghindari terjadinya perdarahan. Tekanan darah, nadi, dan suhu dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat dan kandung kemih

kosong. Penulis juga memberikan penyuluhan tentang perawatan perineum, cara menyusui yang benar serta mengajarkan Ny. L cara merawat tali pusat bayi.

Kunjungan kedua 5 hari Post Partum tanggal 16 Mei 2016 tidak ditemukan tanda-tanda infeksi masa nifas Tekanan darah, nadi, pernafasan serta suhu tubuh Ny. L dalam batas normal. Nutrisi Ny. L juga terpenuhi dengan baik.

Tujuan kunjungan kedua 6 hari post partum adalah 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 dan memeberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi Suherni, dkk (2009).

Teori ini sesuai dengan yang penulis lakukan pada Ny. L dari hasil pemeriksaan keadaan umum normal, ASI positive, uterus Ny. L baik, tinggi fundus uteri 1/2 pusat simphisis, lochea Sanguilenta, luka jahitan baik.

Kunjungan ketiga 2 minggu Post Partum tanggal 25 Mei 2016 Ny. L tidak mempunyai keluhan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi masa nifas Tekanan darah, nadi, pernafasan serta suhu tubuh Ny. L dalam batas normal, ASI positive, uterus Ny. L baik, tinggi fundus uteri tidak teraba, lochea serosa, luka jahitan baik dan Nutrisi Ny. L terpenuhi dengan baik.

5. Neonatus Care/ Kunjungan Neonatus (KN)

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam, 6 hari dan 2 minggu. Hal ini seusai dengan teori kunjungan neonatus yakni kunjungan I (1-2 hari setelah kelahiran), kunjungan II (3-7 hari setelah kelahiran), kunjungan III (8 - 28 hari setelah kelahiran) (Varney, 2006). Pada asuhan neonatus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada kunjungan neonatus I 6 jam setelah kelahiran penulis melakukan pemantauan, keadaan umum neonatus baik, nadi, pernafasan serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, neonatus menangis kuat, tali pusat terbungkus kassa steril, neonatus mengkonsumsi ASI dan neonatus sudah BAK dan BAB. BAK 2-3 kali berwarna kuning jernih, BAB 1 kali berwarna kehitaman. Hal ini sesuai dengan teori Saifuddin (2006) eliminasi, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam.

Pada kunjungan II 6 hari setelah kelahiran, penulis melakukan pemeriksaan pada neonatus, hasilnya keadaan umum baik, nadi, pernafasan serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, tali pusat tampak puput pada hari ke 5 kelahiran, eliminasi baik dan nutrisi terpenuhi. Hal ini terlihat pada berat badan neonatus yang mengalami kenaikan dari 3110 gram menjadi 3325 gram. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut JNPKKR (2008) bahwa berat badan neonatus biasanya turun sampai 10 % dalam 1 minggu pertama kelahiran. Kenaikan berat badan ini disebabkan karena asupan nutrisi yang adekuat pada neonatus.

Kunjungan III neonatus yaitu 2 minggu setelah kelahiran. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, nadi, pernafasan serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, eliminasi baik, dan nutrisi terpenuhi. Berat badan neonatus naik dari 3325 gram menjadi 4235 gram, Kunjungan I sampai kunjungan III neonatus dalam keadaan baik dan hasil pemeriksaannya pada fontanel mayor dan minor neonatus masih terbuka. Hal ini sesuai dengan teori yaitu pada fontanel minor tertutup pada usia 8 minggu. Fontanel mayor tertutup pada 18 bulan (1,5 tahun) (Hidayat, 2008)

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Setelah diberikan penyuluhan mengenai Kontrasepsi pada tanggal 25 Mei 2016 Klien merasa tertarik dengan kontrasepsi IUD untuk mengatur jarak kehamilannya. 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 (Manuaba, 2010). KB IUD dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi oleh ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI (BKKBN, 2006).

Walaupun Ny. L menyusui bayinya secara eksklusif, Ny. L ingin menggunakan KB sebagai antisipasi agar tidak terjadi kehamilan. Sehingga, penulis dan bidan menyarankan kepada klien untuk menunda kehamilan sekitar 5-8 tahun lagi agar fisik dan psikososial ibu telah siap bila menerima dan menjalani kehamilan lagi.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

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

1. Penjarangan pasien Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan studi kasus adalah dalam hal penjarangan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi cukup sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.
2. Waktu Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PK III dan PKL II terkadang menyebabkan kesulitan bagi peneliti untuk

mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.

3. Keterampilan Kurangnya keterampilan penulis ketika memberikan asuhan kebidanan komprehensif kepada klien sehingga ketika memberikan intervensi masih banyak asuhan yang dibantu oleh dosen pembimbing.
4. Ilmu pengetahuan Berfikir analisis penulis masih kurang luas, sehingga saat memberikan asuhan tidak jarang dosen pembimbing selalu mengingatkan intervensi yang tepat untuk diberikan kepada klien.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus continuity of care pada Ny. "L" di Kelurahan Sumber Rejo dimulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai deteksi dini untuk mengurangi faktor-faktor resiko yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dapat disimpulkan bahwa :

- a. Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. L Pada kehamilan trimester III. Asuhan yang diberikan asuhan secara komprehensi dan baik Tb Ny. L tidak kambuh lagi.
- b. Melakukan asuhan persalinan partus anjuran dengan induksi misoprostol karena oligohidramnion dan his tidak adekuat. Persalinan berlangsung pada tanggal 11 Mei 2016. Kala II berlangsung 5 menit. Hal ini dikarenakan HIS yang mulai adekuat, taksiran berat badan janin yang tidak terlalu besar. Asuhan kebidanan yang dilakukan saat proses persalinan menggunakan 58 langkah asuhan persalinan normal.
- c. Melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif. Bayi lahir sehat secara spontan, segera menangis dan tanpa kelainan konginental.
- d. Melakukan asuhan masa nifas secara komprehensif. Pada masa nifas berlangsung normal, tidak ditemukan penyulit atau gangguan.
- e. Melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Bayi tidak ditemukan penyulit pada masa neonatus.

- f. Melakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif. Klien diberikan konseling tentang pelayanan kb. Konseling berjalan lancar dan ibu memilih untuk melakukan IUD.

A. Saran

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

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dan untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan dari masa kehamilan sampai pada saat pemilihan kontrasepsi, sehingga menghasilkan bidan yang terampil, professional, dan mandiri.

2. Bagi Pasien

Kepada pasien diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.

3. Bagi penulis

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

Daftar Pustaka

Ambarwati, 2008. Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Mitra Cendikia.

- Cakra,Rully. 2015 Oligohidramnion. From http://www.academia.edu/8402964/Oligo_hidramnion, diakses tanggal 25 Juli 2016
- Departemen Kesehatan RI. 2012. Profil Kota Balikpapan Tahun 2012 http://dkk.balikpapan.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=137&Itemid=103, Diakses pada tanggal 20 Maret 2015
- JNPK-KR. 2008. Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi. Jakarta: JNPK-KR
- Kemendes,RI. (2012). Profil Data Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Kemendes RI, 2015. DIRJEN BINA GIZI KIA selaku ketua Sekretariat Pembangunan Kesehatan Pasca-2015 Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- Kemendes, RI. 2014 Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. Jakarta
- Kemendes, RI . 2011 Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia. Jakarta
- Kemendes RI. 2010 Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Jakarta
- Kemendes, RI 2015. Dirjen Bina Gizi KIA. Kesehatan Dalam Rangka Sustainable Development Goals (SDGs). Jakarta
- Kusmiyati, Yuni. 2009. Penuntun Praktikum Asuhan Kehamilan. Yogyakarta : Fitramaya
- layla-halwah 2015 dalam definis NST from <http://dokumen.tips/documents/definisi-nst.html> diakses tanggal 24 juni 2016
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita dkk. 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan edisi 2. Jakarta: EGC.
- Muslihatun, Wafi Nur,dkk. 2011. Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Muslihatun,Wafi Nur. (2010). Ashan Neonatus Bayi dan Balita. Yogyakarta: Fitramaya.
- Nugraha, Taufan. 2012. Patologi Kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. Ilmu Kebidanan . Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Profil kesehatan Kalimantan Timur 2013. Profil Kesehatan Tahun 2013
- Purnama. Made Adimerta, Sp.OG (2014) Hidrasi Maternal Pada Kasus Oligohidramnion.Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Denpasar.
- Saifuddin, A.B dkk. 2006. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : BP-SP.

- Saifuddin, Abdul Bari. 2008. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, A.B dkk. 2006. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan
- Suherni, et all.2009. Perawatan Masa Nifas. Yogyakarta : Fitramaya
- Sumarah, SSiT. 2009. Perawatan Ibu Bersalin. Yogyakarta: Fitramaya.
Patologi. Jakarta: Nuha Medika.
- Universitan Sumatra Utara. 2014. Induksi Persalinan. from
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/42255/4/Chapter%20II.pdf> di akses
tanggal 25 Juni 2016
- Sukarni, Icesmi. 2013. Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan Patologi. Jakarta:
Nuha Medika.
- Yanti, S.,S.T, M. Keb. 2009. Asuhan Kebidanan Persalinan. Yogyakarta : Pustaka Rihama
- Varney, Helen et al. 2006. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta : EGC
- Varney, Helen. 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 1. Jakarta: EGC