

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. A G₂P₁₀₀₁
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MEKAR SARI
KOTA BALIKPAPAN
Mei – Juli 2016



OLEH :

KHOLIDA MEGA PUTRI

NIM. P0 7224113020

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2016

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. A G₂P₁₀₀₁
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MEKAR SARI
KOTA BALIKPAPAN
Mei – Juli 2016



OLEH :

KHOLIDA MEGA PUTRI

NIM. P0 7224113020

Laporan Tugas Akhir Ini Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Dalam
Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KALTIM
JURUSAN KEBIDANAN PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu dan perinatal merupakan ukuran penting dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana suatu negara. Kesehatan ibu dan anak tidak hanya sensitif dalam menentukan pembangunan kesehatan suatu negara, tetapi juga merupakan investasi bagi peningkatan kualitas sumber daya manusia di masa mendatang. Perawatan yang memadai selama kehamilan dan persalinan penting untuk kesehatan ibu dan anak. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan jumlah kematian ibu yang diakibatkan oleh proses reproduksi pada saat hamil, melahirkan dan masa nifas per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) merupakan banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun per 1.000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu (Data Statistik Indonesia, 2014).

Angka kematian ibu di negara – negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Menindaklanjuti target *Millenium Development Goals* (MDGs) tentang tujuan kelima adalah menurunkan angka kematian ibu melahirkan hingga 3/4-

nya dari angka pada tahun 1990. Dengan asumsi bahwa rasio tahun 1990 adalah sekitar 450, maka target MDGs adalah sekitar 110 pada tahun 2015. Target tersebut tampaknya masih sulit dicapai. Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut bisa jauh lebih tinggi, terutama di daerah – daerah yang lebih miskin dan terpencil (Seknas FITRA, 2016).

Agenda lanjutan *Millenium Development Goals* (MDGs) yaitu *Sustainable Development Goals* (SDGs) terdiri dari 17 tujuan dan pada tujuan ke – 3 berbunyi “Menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia” ini salah satu targetnya mengurangi Angka Kematian Ibu hingga 70 per 100.000 kelahiran hidup serta Angka Kematian Neonatal hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita hingga 25 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2015).

Lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan hipertensi dalam kehamilan proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan (Profil Kesehatan Indonesia, 2014).

Di Provinsi Kalimantan Timur Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2011 sebesar 94 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 angka kematian ibu meningkat menjadi 111 per 100.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2013 meningkat lagi menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka

Kematian Bayi pada tahun 2011 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 angka kematian bayi turun sebesar 21 per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2013 angka kematian bayi turun kembali menjadi 20 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2013).

Angka kematian ibu di kota Balikpapan menurut Dinas Kesehatan Kota Balikpapan pada tahun 2011 sebesar menjadi 71 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2012 menjadi 78 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2013 angka kematian ibu di Balikpapan cenderung tetap yaitu 78 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2014 mengalami peningkatan yaitu sebesar 124 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2015 angka kematian ibu menjadi 72 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2016). Salah satu program yang dicanangkan oleh pemerintah kesehatan kota Balikpapan untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) yaitu dengan *home visit*. Kunjungan oleh bidan dilakukan minimal 2 kali, yakni selama kehamilan sekali dan nifas sekali. Tak hanya itu dengan terus memberikan sosialisasi kepada ibu hamil terutama untuk memenuhi K1 sampai K4 (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2012).

Berdasarkan filosofi standar pendidikan bidan dari *Confederation of Midwife* (ICM) bahwa seorang bidan harus konsisten dengan filosofi asuhan kebidanan, yakni menyakini bahwa proses reproduksi perempuan merupakan proses alamiah dan normal yang dialami oleh setiap perempuan. Bidan dalam memberikan asuhan harus bermitra dengan perempuan, maka untuk menjamin proses alamiah reproduksi perempuan, bidan mempunyai peran yang sangat penting dengan memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada perempuan

(*woman centered care*) secara berkelanjutan (*continuity of care*). Bidan memberikan asuhan komprehensif, mandiri dan bertanggungjawab terhadap asuhan yang berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan perempuan (ICM, 2005).

Dari pengkajian klien yang dilakukan oleh penulis pada Kamis, 12 Mei 2016 didapatkan hasil yaitu Ny. A usia 30 tahun seorang ibu rumah tangga yang bertempat tinggal disekitar wilayah kerja Puskesmas Mekar Sari dengan kehamilan yang kedua dan tidak pernah keguguran, ibu mengeluh keputihan tetapi tidak berbau dan tidak gatal, serta dari hasil pemeriksaan kondisi ibu dalam keadaan baik, hanya saja ada bengkak pada punggung kaki.

Berdasarkan uraian diatas, penulis perlu untuk melaksanakan dan memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A di wilayah kerja Puskesmas Mekar Sari Kota Balikpapan. Alasan penulis memilih Ny. A karena klien dan keluarga bersedia untuk menjadi peserta asuhan kebidanan komprehensif untuk membantu ibu melewati masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas hingga ber – KB dengan rasa aman untuk mengurangi risiko kesakitan kematian ibu.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. A G₂P₁₀₀₁ di wilayah kerja Puskesmas Mekar Sari Kota Balikpapan Mei – Juli 2016 dalam masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai

dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan?”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. A G₂P₁₀₀₁ di wilayah kerja Puskesmas Mekar Sari Kota Balikpapan Mei – Juli 2016 dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan Khusus

Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan untuk :

- a. Memberikan asuhan kebidanan pada Ny. A trimester III dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- b. Memberikan asuhan kebidanan pada persalinan dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- c. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- d. Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- e. Memberikan asuhan kebidanan pada neonatus dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- f. Memberikan asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

D. 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 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.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun berdasarkan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny. A G₂P₁₀₀₁ di wilayah kerja Puskesmas Mekar Sari Kota Balikpapan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan program KB pada periode Mei – Juli 2016.

F. Sistematika Penulisan

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

Bagian inti berisi Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan pustaka terdiri konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada kehamilan, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada persalinan, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada nifas, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada calon akseptor kontrasepsi, konsep dasar teori kehamilan, konsep dasar teori persalinan, konsep dasar teori nifas, konsep dasar teori bayi baru lahir dan konsep dasar teori pelayanan kontrasepsi. Bab III metode penelitian yang terdiri dari rancangan studi kasus, kerangka kerja studi kasus, subjek studi kasus, pengumpulan dan analisa data dan etika penulisan. Bab IV tinjauan kasus berisikan tentang kasus yang dibuat menjadi SOAP kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB. Bab V pembahasan berisikan tentang teori apakah terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dari asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas serta KB. Bab VI penutup berisikan tentang kesimpulan dan saran penulis dari asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta KB. Kemudian bagian terakhir terdiri atas daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling (Varney, 2006).

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pada keluarga berencana (Saifuddin, 2006).

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

2. Manajemen Varney

a. Pengertian Manajemen Varney

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan – temuan, keterampilan suatu keputusan

yang berfokus pada klien. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya.

Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang diaplikasikan dalam situasi apapun.

b. Langkah – Langkah Manajemen Varney

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

Langkah pertama mengumpulkan data dasar yang menyeluruh. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data dasar dapat dilakukan bila pengkajian telah selesai dilaksanakan dan data telah terkumpul dengan lengkap. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Langkah III : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap – siap mencegah diagnosa ini menjadi benar – benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah IV : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Pada langkah ini mencerminkan proses penatalaksanaan yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat ia menjalani persalinan

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

Mengembangkan sebuah rencana asuhan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosa yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri, bidan bertanggung jawab untuk memastikan implementasi benar – benar dilakukan.

Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar – benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosa, maupun kebutuhan perawatan kesehatan.

Dalam pelayanan kebidanan, setelah melakukan pelayanan semua kegiatan didokumentasikan dengan menggunakan konsep SOAP yang terdiri dari :

- S : menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah 1 varney.
- O : menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 varney.
- A : menggunakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :
 - a. Diagnosis/masalah, b. Antisipasi diagnosis/masalah potensial,
 - c. Perlunya tindakan segera oleh bidan dokter, konsultasi/kolaborasi dan/atau rujukan sebagai langkah 2, 3, dan 4 Varney
- P : menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (1) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan assessment sebagai langkah 5, 6, 7 varney.

B. Konsep Dasar Teori Manajemen Asuhan Kebidanan Komprehensif

1. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

DATA SUBYEKTIF

a. Identitas

Identitas terdiri dari nama istri, umur jika < 16 tahun atau > 35 tahun akan membuat wanita rentan terhadap sejumlah komplikasi (Varney, 2008), agama, suku/bangsa, pendidikan dimana akan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009), serta pekerjaan yang digunakan untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2009).

b. Alasan datang periksa

Alasan datang periksa meliputi keluhan utama yang terdiri dari oedema tungkai, hemoroid, keputihan, konstipasi dan nyeri punggung.

c. Riwayat Kesehatan Klien

Mengkaji riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita klien dapat mempengaruhi atau memperberat atau diperberat oleh kehamilannya. Perlu pengkajian tentang riwayat penyakit jantung, hipertensi, anemia, asma bronchial, hepatitis, gagal ginjal, diabetes mellitus, penyakit autoimun dan infeksi TORCH (Varney, 2007).

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji riwayat penyakit Hereditas (Hipertensi, DM, Asma), menular (Hepatitis, TBC, HIV/AIDS) bila dalam keluarga ada riwayat kembar, maka kemungkinan akan menurun (Syafudin, 2009).

e. Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi terdiri dari hari pertama haid terakhir (HPHT) yang merupakan dasar untuk menentukan usia kehamilan dan perkiraan partus (Varney, 2008), tafsiran persalinan dan usia kehamilan merupakan data dasar dalam mengevaluasi ukuran kandungan, apakah persalinan cukup bulan atau *premature*, dan kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan, siklus : 28 ± 2 hari, lama : 3 – 8 hari (Mochtar, 2011).

f. Riwayat Obstetrik

Anak ke -		Kehamilan		
No.	Tgl. Lahir	Tempat Lahir	Masa Gestasi	Penyulit

Persalinan			Anak			
Jenis	Penolong	Penyulit	JK	BB	PB	Keadaan

Berikut ini adalah beberapa faktor resiko pada ibu hamil :

1) Pada multigravida bila persalinan yang lalu dijumpai keadaan :

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan *prematuros*, IUFD, persalinan dengan tindakan operasi, persalinan berlangsung lama (> 24 jam), dan kehamilan lewat

waktu maka dapat disimpulkan bahwa kehamilan saat ini mempunyai resiko yang lebih tinggi (Manuaba, 2009).

2) Grande multipara, jarak persalinan yang pendek atau < 2 tahun merupakan faktor resiko terjadinya perdarahan postpartum (Manuaba, 2009).

g. Riwayat Menstruasi

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

h. Riwayat Kehamilan Sekarang

Menurut Varney (2007) riwayat kehamilan saat ini dikaji untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan, dan setiap keluhan seputar kehamilan yang dialami klien sejak haid terakhir (HPHT), keluhan tiap trimester, pergerakan anak pertama kali (*Quickening*), pemeriksaan kehamilan, pendidikan kesehatan yang sudah didapatkan, imunisasi

i. Pola Fungsional Kesehatan Ibu Hamil

Tabel 2.1

Pola Fungsional Kesehatan Ibu Hamil

Pola	Keterangan
Nutrisi	Jumlah tambahan kalori yang diperlukan ibu hamil adalah 300 kalori/hari. Dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air) dan untuk cairan paling sedikit 8 gelas berukuran 250 ml/ hari (Kusmiyanti, 2009)
Eliminasi	Pada trimester III terjadi pembesaran uterus yang menurunkan kapasitas kandung kemih sehingga mengakibatkan sering buang air kecil (Kusmiyanti, 2009)

Istirahat	Ibu hamil mengalami ketidakmampuan untuk merasa nyaman dalam posisi apapun dalam waktu yang lama (Penny, 2008)
Aktifitas	Ibu hamil akan mudah lelah karena menurunnya <i>basal metabolik rate</i> sehingga wanita hamil boleh melakukan pekerjaannya sehari – hari asal bersifat ringan (Prawirohardjo, 2009)
Personal Hygiene	Ibu hamil harus menjaga kebersihan badannya untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi (Myles, 2009)
Kebiasaan	Pola kebiasaan meliputi kebiasaan minum alkohol, jamu – jamuan, obat – obatan, perokok aktif maupun pasif, narkoba dan kepemilikan binatang peliharaan memerlukan pengawasan antenatal tambahan (Myles, 2009)
Seksualitas	Saat ibu hamil memasuki trimester III janin sudah semakin besar dan bobot janin semakin berat, membuat tidak nyaman untuk melakukan hubungan intim tetapi apabila sudah memasuki 38 – 42 minggu belum ada tanda – tanda persalinan dianjurkan untuk melakukan hubungan intim karena sperma yang mengandung prostaglandin dapat membantu rahim untuk berkontraksi (Myles, 2009)

j. Riwayat Psikososio-kultural spiritual

1) Psikologis

a) Riwayat pernikahan

Pernikahan beberapa, lama menikah, status pernikahan sah/tidak. Untuk membantu menunjukkan keadaan organ reproduksi ibu.

b) Kehamilan ini direncanakan atau tidak

c) Respon klien dan keluarga terhadap kehamilan

d) Psikologis ibu menghadapi persalinan

2) Sosial : penerimaan keluarga terhadap kehamilan ini

3) Kultural : adat istiadat yang dapat merugikan yang akan dilakukan oleh ibu dan keluarga saat kehamilan.

4) Spiritual : pola ibadah selama hamil

DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Kriteria hasil pemeriksaan kesadaran adalah composmentis. Rentang normal pemeriksaan tekanan darah yaitu 110/70 – 120/80 mmHg. Dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih dan atau diastolik 15 mmHg atau lebih. Kelainan ini dapat berlanjut menjadi pre-eklamsia dan eklamsia jika tidak segera ditangani (Myles, 2009).

Pada pemeriksaan nadi normalnya 60 – 100 x/menit, pernapasan 16 – 24 x/menit dan suhu normalnya 36,5⁰C – 37,5⁰C. Jika didapatkan keadaan ibu hamil dengan demam tinggi (> 38,7⁰C) merupakan tanda bahaya kehamilan (Hidayati, 2009).

Pengkajian antropometri mencakup pengkajian berat badan sebelum hamil dan berat badan saat ini. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu 0,5 kg dan penambahan berat badan ibu hamil awal sampai akhir kehamilan adalah 6,5 – 16,5 kg. Pada pengkajian tinggi badan normalnya > 145 cm dan LILA 23,5 cm (Hidayati, 2009).

b. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Kepala : Tampak simetris, tampak bersih, pertumbuhan rambut merata, konstruksi rambut kuat, warna rambut hitam, tidak tampak lesi dan benjolan (Varney, 2007).

Wajah : Tampak simetris, tidak tampak oedema, tidak tampak pucat, tidak tampak kloasma gravidarum (Varney, 2007).

Mata : Tampak simetris, tidak tampak oedema, konjungtiva berwarna merah muda tidak tampak pucat, sklera berwarna putih (Varney, 2007).

Telinga : Tampak simetris, tidak tampak sekret/serumen, tampak bersih (Varney, 2007).

Hidung : Tampak simetris, tidak tampak sekret/pengeluaran, tampak bersih, tidak tampak pernafasan cuping hidung, tidak tampak polip, tidak tampak peradangan (Varney, 2007).

Mulut : Tampak simetris, bibir tampak lembab, tampak bersih, tidak tampak stomatitis dan karies dentis, lidah tampak bersih (Varney, 2007).

Leher : Tidak tampak pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid (Varney, 2007).

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada (Varney, 2007).

Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tidak tampak pengeluaran tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu tampak menonjol, tidak tampak retraksi (Varney, 2007).

Axilla : Tidak tampak benjolan (Manuaba, 2009).

Abdomen : Tampak striae gravidarum (Mochtar, 2008). Tampak linea nigra (Manuaba, 2009).

Genetalia : Tidak tampak varises pada vulva dan vagina, tidak ada edema, condiloma akuminata, ulkus, serta penyakit kelamin lainnya, tidak tampak pengeluaran keputihan yang abnormal saat kehamilan. Pada saat hamil akan timbul tanda *Chadwick* dimana terjadi perubahan warna menjadi kebiruan pada vulva, vagina, serviks akibat peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen (Prawirohardjo, 2009).

Anus : Tidak tampak adanya hemoroid. Hemoroid dapat terjadi pada ibu hamil karena penurunan motilitas gastrointestinal dan perubahan usus serta tekanan pada sistem pembuluh darah oleh pembesaran uterus (Manuaba, 2009).

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan oedema tungkai. Edema tungkai merupakan salah satu tanda kemungkinan terjadinya pre – eklampsia (Manuaba, 2009).

Palpasi

Leher : Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.

Dada : Tidak teraba benjolan atau massa pada payudara, payudara teraba tegang, dapat teraba noduli – noduli, akibat hipertrofi kelenjar alveoli (Mochtar, 2008).

Payudara : Tidak teraba benjolan/massa, konsistensi lunak.

Axilla : Tidak teraba benjolan.

Abdomen : Normalnya tinggi fundus uteri pada usia kehamilan 12 minggu adalah 1 – 2 jari di atas simfisis (Varney, 2006).

Tabel 2.2

TFU Menurut Usia kehamilan

TFU (cm)	Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
-	1 – 2 jari diatas simfisis	12 minggu
-	½ simfisis – pusat	16 minggu
20 cm	2 – 3 jari diatas simfisis	20 minggu
23 cm	Setinggi pusat	24 minggu
26 cm	3 jari diatas pusat	28 minggu
30 cm	½ pusat – prosesus xifoideus	32 minggu
33 cm	3 jari dibawah atau setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
30 cm	½ prosesus xifoideus – pusat	40 minggu

(Sumber : Varney, 2006)

Palpasi Leopold I – IV

Leopold I : Pada fundus teraba bagian lunak, kurang bulat dan kurang melenting

Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Leopold III : Pada SBR, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV : Sudah masuk pintu atas panggul atau divergen (Mochtar, 2008).

Tafsiran Berat Janin (TBJ) : (JNPK – KR, 2008)

TBJ (gr) = (TFU – 11) x 155, jika kepala sudah masuk pintu atas panggul.

TBJ (gr) = (TFU – 12) x 155, jika kepala belum masuk pintu atas panggul.

Genetalia : Tidak teraba pembesaran kelenjar bartholin, benjolan atau massa (Manuaba, 2009).

Anus : Tidak teraba oedem, benjolan atau massa.

Ekstremitas : Tidak teraba oedem, benjolan atau massa.

Auskultasi

Dada : Terdengar suara nafas vesikuler, irama jantung terdengar normal, Frekuensi jantung 88x/menit tidak terdengar suara nafas tambahan (RR : 20 x/menit).

Abdomen : Nilai normal denyut jantung janin yaitu 120 – 160 denyut per menit (dpm).

Perkusi

Ekstremitas : Refleks Patella. Kontraksi quadriseps dan ekstensi lutut adalah respons normal. Refleks homan positif dapat menunjukkan tromboflebitis (Varney, 2007).

c. Pemeriksaan Khusus

1) Pemeriksaan dalam :

Pemeriksaan dalam pada hamil muda dilakukan untuk menentukan keadaan panggul. Sedangkan pada usia kehamilan aterm dilakukan untuk mengetahui tanda – tanda persalinan.

2) Pemeriksaan panggul :

Keadaan panggul terutama penting pada primigravida, karena panggulnya belum pernah diuji dalam persalinan, sebaliknya pada

multigravida anamnesa mengenai persalinan yang gampang dapat memberikan keterangan yang berharga mengenai keadaan panggul (Varney, 2007).

d. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

a) Urine :

Tes urine saat ini dapat dikatakan akurat bagi seorang wanita terlambat haid karena tes ini sensitif terhadap kadar HCG dibawah 50 mIU (Varney, 2007).

b) Darah Lengkap :

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

2) Pemeriksaan USG :

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

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

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

Diagnosis : G...Papah usia kehamilan.....minggu janin tunggal/ganda, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin.

Keterangan : G : Gravida

P : Para a : aterm

p : premature

a : abortus

h : hidup (Varney, 2006).

Intrauterin hanya boleh ditulis jika ada pemeriksaan penunjang berupa USG atau dilakukan pemeriksaan khusus (VT) dan diyakini kehamilan merupakan kehamilan intrauterin.

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

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

1. Jelaskan hasil pemeriksaan.

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

2. Beri dukungan mental pada klien.

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

3. Beritahu ibu cara mengatasi keputihan.

Rasional : Dimana keadaan atau kondisi lembab karena keputihan di daerah kewanitaannya akan memicu timbulnya bakteri yang dapat menambah jumlah produksi lendir yang menyebabkan keputihan semakin banyak (Kusmiyanti, 2009).

4. Beritahu cara mengatasi bengkak pada kaki.

Rasional : Kaki bengkak merupakan salah satu ketidaknyamanan yang biasanya terjadi pada ibu hamil trimester III dikarenakan ukuran uterus yang semakin membesar, sehingga meningkatkan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah (Kusmiyanti, 2009).

5. Berikan KIE mengenai :

- a. Tanda bahaya kehamilan

Rasional : mengetahui tanda bahaya pada kehamilan membuat klien mampu mendeteksi dini tanda yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janinnya (Kusmiyanti, 2009).

b. Tanda – tanda persalinan

Rasional : hal ini bertujuan untuk membantu ibu dalam mengetahui secara dini tanda – tanda persalinan, sehingga ibu dan keluarga siap ketika akan menghadapi persalinan (Varney, 2007).

6. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

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

7. Berikan KIE mengenai perawatan payudara.

Rasional : Perawatan payudara perlu dilakukan sedini mungkin, untuk mempersiapkan secara optimal dalam proses menyusui setelah persalinan.

Ibu hamil harus menjaga kebersihan badannya untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi, pemeliharaan payudara juga penting, putting susu harus dibersihkan setiap terbasahi oleh colostrum.

8. Beritahu ibu mengenai tanda – tanda persalinan.

Rasional : hal ini bertujuan untuk membantu ibu dalam mengetahui secara dini tanda – tanda persalinan, sehingga ibu dan keluarga siap ketika akan menghadapi persalinan (Varney, 2007).

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

2. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan pada Persalinan

KALA I PERSALINAN

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

DATA SUBYEKTIF

a. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering dirasakan oleh ibu adalah nyeri akibat dari kontraksi uterus, pengeluaran lendir darah dan cairan ketuban. Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar ke depan, kekuatan kontraksi semakin bertambah (Sumarah, 2009). Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, nyeri semakin hebat bila untuk aktivitas jalan (Manuaba, 2009).

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Hal yang perlu ditanyakan seperti kapan mulai kontraksi, apakah kontraksi teratur dan seberapa sering kontraksi terjadi, apakah ibu masih merasa gerakan bayi, apakah selaput ketuban sudah pecah jika ya apa warna cairan ketuban, apakah kental atau encer, kapan selaput ketuban pecah, apakah keluar cairan bercampur darah dari vagina ibu, apakah berupa bercak atau darah segar pervaginam (JNPK – KR, 2008).

c. Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 2.3

Pola Fungsional Kesehatan Ibu Bersalin

Pola	Keterangan
Nutrisi	Sebagian ibu masih ingin makan pada fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif mereka hanya menginginkan cairan saja (JNPK – KR, 2008)
Eliminasi	Pola eliminasi pada kala I sering buang air kecil akibat rasa tertekan di area pelvis dan pada kala II adanya desakan mengejan seperti dorongan ingin buang air besar (Varney, 2007)
Istirahat	Ketidakmampuan untuk merasa nyaman dalam posisi apa pun dalam waktu yang lama (Varney, 2007)
Aaktivitas	Anjurkan ibu yang sedang dalam proses persalinan untuk mendapatkan posisi yang paling nyaman, ia dapat berjalan, duduk, jongkok, berlutut atau berbaring. Berjalan, duduk dan berjongkok akan membantu proses penurunan kepala janin, anjurkan ibu untuk terus bergerak, anjurkan ibu untuk tidak tidur terlentang (Varney, 2007)
Personal Hygiene	Personal hygiene perlu diperhatikan dimulai dari kebersihan rambut, kulit kepala, payudara, genetalia sampai pakaian yang bersih (Varney, 2007)

d. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Ibu multi terkadang bereaksi berlebihan terhadap persalinan awal dengan terlalu banyak member perhatian pada kontraksi, menjadi tegang, timbul kecemasan, perasaan tidak enak atau gelisah (Varney, 2007).

DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Meliputi pemeriksaan keadaan umum dan tanda – tanda vital. Kriteria hasil pemeriksaan kesadaran adalah composmentis, ekspresi wajah meringis. Rentang tekanan darah berkisar antara 110/70 mmHg – 120/80 mmHg, nadi pada ibu bersalin antara 60 – 100 x/menit. Pada saat persalinan peningkatan sistolik rata – rata 10 – 20 mmHg dan diastolik

rata – rata 10 mmHg (Varney, 2007). Suhu tubuh peningkatannya jangan melebihi 0,5⁰C sampai dengan 1⁰C (Varney, 2007) dan pernafasan 16 – 20 x/menit.

b. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Kepala : kulit kepala tampak bersih, distribusi rambut merata (Varney, 2007).

Wajah : tidak tampak pucat dan oedema, tampak/tidak tampak cloasma gravidarum (Varney, 2007).

Mata : tampak simetris, kelopak mata tidak oedema, tampak sclera putih, konjungtiva tampak berwarna merah muda (Varney, 2007).

Hidung : tampak bersih, tidak tampak pernafasan cuping hidung, polip dan peradangan (Varney, 2007).

Mulut : bibir tampak bersih, mukosa mulut lembab, lidah bersih, gigi geraham lengkap, tidak tampak stomatitis, caries dentis dan pembesaran tonsil (Varney, 2007).

Telinga : tampak bersih, tidak tampak pengeluaran sekret (Varney, 2007).

Leher : tampak/tidak tampak hiperpigmentasi, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening (Varney, 2007).

Dada : dada tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, payudara tampak simetris dan bersih, areola dan puting

susu tampak kehitaman, tidak tampak benjolan (Varney, 2007).

Abdomen : tampak pembesaran, tampak/tidak tampak linea dan striae, tampak/tidak tampak bekas luka operasi dan asites (Varney, 2007).

Genetalia : tidak tampak oedema, varises serta hemoroid, tampak pengeluaran lendir darah, cairan ketuban (Varney, 2007).

Ekstremitas : tampak simetris, tidak oedema (Varney, 2007).

Palpasi

Leher : tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar getah bening, kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid (Varney, 2007).

Payudara : tidak tampak benjolan yang abnormal (Varney, 2007).

Abdomen : biasanya pada usia kehamilan aterm tinggi fundus uteri (TFU) lebih dari 33 cm (Varney, 2007).

Palpasi Leopold I – IV

Leopold I : pada fundus teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

Leopold II : teraba keras memanjang seperti papan di abdomen sebelah kanan/kiri ibu dan bagian terkecil janin di abdomen sebaliknya.

Leopold III : pada segmen bawah rahim (SBR) teraba keras, bulat, melenting (kepala).

Leopold IV : divergen sebagian besar bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP) (Mochtar, 2008).

HIS kala I : his belum begitu kuat, datangnya 10 – 15 menit tidak begitu mengganggu ibu, interval menjadi lebih pendek kontraksi kuat dan lama.

Genetalia : tidak teraba pembesaran pada kelenjar bartholini, tidak ada varises (Manuaba, 2009).

Auskultasi

Denyut jantung janin : terdengar jelas, teratur, frekuensi 120 – 160 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maksimum (Varney, 2007), daerah/letak DJJ bisa berada di kuadran kiri/kanan bawah abdomen ibu.

c. Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan his pada akhir kala I, his menjadi 2 – 4 kontraksi tiap 10 menit. Durasi his meningkat dari hanya 20 detik pada permulaan partus sampai 60 – 90 detik pada akhir kala I atau pada permulaan kala II (Prawirohardjo, 2009).

Pemeriksaan dalam yang berisi data tanggal dan jam dilakukannya. Kemudian juga meliputi data pembukaan yaitu 0 – 3 cm (fase laten), 3 – 4 cm (fase aktif akselerasi), 4 – 9 cm (fase aktif dilatasi maksimal) dan 9 – 10 cm (fase aktif deselerasi). Presentasi normalnya yaitu belakang kepala, denominator yaitu ubun – ubun kecil (oksiput). Pada hasil pemeriksaan ketuban meliputi U yaitu selaput ketuban masih utuh atau belum pecah (JNPK – KR, 2008). Selain itu, pada pemeriksaan Hodge I – IV

didapatkan hasil Hodge I yaitu 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul. Hodge II yaitu 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul. Hodge III yaitu 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakan). Dan Hodge IV yaitu 1/5 jika hanya 1 dan 5 jari masih dapat teraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan (4/5) bagian telah masuk ke dalam rongga panggul. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (JNPK – KR, 2008).

d. Pemeriksaan Penunjang

Meliputi pemeriksaan laboratorium yaitu kadar Hb normal lebih dari 11 gr%, albumin urine negatif dan reduksi urine negatif (Saifuddin, 2010), serta pemeriksaan radiologi adalah ultrasonografi (Varney, 2007).

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : G....Papah usia kehamilan....mingguhari, janin tunggal, hidup intrauterin, kala I fase laten/aktif persalinan normal

Masalah : Masalah yang biasa terjadi pada persalinan kala I adalah nyeri pada perut yang menjalar ke punggung

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

1. Jelaskan hasil pemeriksaan

Rasional : Mengetahui pemeriksaan merupakan hak klien.

2. Beri dukungan emosional pada ibu

Rasional : Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

Dengan adanya suami dan anggota keluarga yang berperan aktif dalam mendukung ibu dapat sangat membantu memberi kenyamanan ibu (JNPK – KR, 2008).

3. Lakukan Observasi Kala I :

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

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

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

Rasional : Suhu tubuh normal berkisar antara 36,5⁰C – 37,5⁰C merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan umum ibu.

Urine ibu diobservasi sebagai upaya pengosongan kandung kemih

sehingga tidak menahan penurunan kepala. Karena kandung kemih yang penuh berpotensi memperlambat proses persalinan (Varney, 2007).

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

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

4. Lakukan pencegahan infeksi sesuai standar pencegahan infeksi

Rasional : Pencegahan infeksi adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir karena dapat menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir (JNPK – KR, 2008).

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

Rasional : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferi, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. Selain itu, posisi terlentang berhubungan dengan gangguan terhadap proses persalinan (Varney, 2007).

6. Ajarkan ibu napas dalam terutama saat terjadi kontraksi

Rasional : Latihan napas dalam dapat mengurangi ketegangan dan rasa nyeri terutama saat terjadi kontraksi (Varney, 2007).

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

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

8. Dokumentasi hasil pemantauan Kala I pada partograf

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

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

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (JNPK – KR, 2008).

10. KIE ibu tentang proses persalinan

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

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

KALA II PERSALINAN

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

DATA SUBYEKTIF

Keluhan utama ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi ibu. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya.

DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum perlu dikaji lebih lanjut yaitu keadaan umum, nadi, pernafasan dan suhu.

b. Pemeriksaan Fisik

Adanya tanda dan gejala kala II persalinan. Pada inspeksi tampak perineum menonjol, vulva, vagina dan spingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK – KR, 2008).

c. Pemeriksaan Khusus

Durasi his meningkat dari hanya 20 detik pada permulaan partus sampai 60 – 90 detik pada akhir kala I atau pada permulaan kala II (Prawirohardjo, 2009).

Kriteria hasil pemeriksaan dalam pada kala II yaitu vulva atau vagina tampak membuka, pengeluaran pervaginam lendir darah dan air ketuban, dinding vagina tidak oedema, pembukaan 10 cm, *effecement* 100 %, ketuban utuh/jernih/mekonium/kering/darah, presentasi belakang kepala, denominator ubun – ubun kecil, tidak teraba bagian terkecil janin, pada kala II kepala janin berada di Hodge III atau Hodge IV (JNPK – KR, 2008).

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G....Papah kala II persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

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

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

2. Lakukan prosedur asuhan persalinan normal

a. Lakukan persiapan pertolongan persalinan

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

b. Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah

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

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

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

d. Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap

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

e. Anjurkan ibu untuk minum – minuman yang manis saat his berkurang

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah

dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (JNPK – KR, 2008).

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

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

- g. Lakukan bimbingan untuk meneran dengan baik dan benar.

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

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

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

i. Periksa lilitan tali pusat pada leher bayi

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

j. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

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

k. Lahirkan bahu secara biparietal

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

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

Rasional : Untuk memudahkan proses persalinan dan mencegah laserasi (JNPK – KR, 2008).

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

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

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

Rasional : Untuk mengetahui apakah bayi menangis kuat atau bernapas megap – megap, gerakan bayi aktif atau tidak serta warna

kulit bayi kemerahan atau sianosis sehingga memudahkan petugas dalam pengambilan tindakan selanjutnya (JNPK – KR, 2008).

- o. Keringkan bayi diatas perut ibu

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

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

KALA III PERSALINAN

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

DATA SUBYEKTIF

Keluhan utama yang dirasakan oleh ibu merasa gembira, bangga pada dirinya, lega dan sangat lelah. Selain itu ibu juga merasakan mules pada perutnya (Varney, 2007).

DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum perlu dikaji lebih lanjut yaitu kesadaran dan nadi.

b. Pemeriksaan Fisik

Pada inspeksi di genetalia tampak tali pusat memanjang, tampak semburan darah mendadak dan singkat. Pada palpasi di abdomen teraba tinggi fundus berada diatas pusat (JNPK – KR, 2008).

c. Data Bayi

Bayi lahir tanggal dan jam berapa, jenis kelaminnya apa. Catat hasil penilaian selintas apakah bayi cukup bulan, apakah air ketuban jernih tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak dengan aktif (JNPK – KR, 2008).

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : G....Papah kala III persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

Lanjutkan intervensi APN :

1. Cek kehamilan tunggal

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

2. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat

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

3. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

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

4. Lakukan Manajemen Aktif Kala III

a. Pemberian suntik oksitosin

Rasional : Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah (JNPK – KR, 2008).

b. Lakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

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

c. Lahirkan plasenta

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

d. Lakukan masase fundus uteri selama 15 detik

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

5. Periksa kelengkapan plasenta

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

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

KALA IV PERSALINAN

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

DATA SUBYEKTIF

Keluhan utama ibu merasakan mules pada perutnya akibat adanya kontraksi setelah pengeluaran plasenta berakhir (Varney, 2007).

DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran normalnya ialah composmentis, tekanan darah, nadi dan pernafasan harus menjadi stabil pada level prapersalinan selama jam pertama pasca partus. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini adalah satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya dibawah 38⁰C (Varney, 2008).

b. Pemeriksaan Fisik

Pada inspeksi abdomen tampak mengecil, pada genetalia ada atau tidak ada laserasi, tidak ada memar ataupun hematoma (Varney, 2007). Pada palpasi abdomen teraba uterus di tengah – tengah abdomen, teraba membulat keras (Varney, 2007).

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Papah kala IV persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

Lanjutkan Intervensi APN

1. Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum
Rasional : Laserasi pada vagina dan perineum dapat mengakibatkan perdarahan olehnya itu (JNPK – KR, 2008).
2. Lakukan penjahitan jika terdapat laserasi yang mengakibatkan perdarahan
Rasional : Untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu memastikan hemostasis (JNPK – KR, 2008).
3. Lakukan pemantauan kala IV
Periksa kembali tanda – tanda vital dan kandung kemih ibu tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua
Rasional : Perubahan keadaan tubuh ibu dari saat hamil, mempengaruhi KU dan TTV ibu yang menggambarkan kondisi ibu, pemantauan kontraksi uterus untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum (Varney, 2007). Kandung kemih yang penuh dapat mempengaruhi kontraksi uterus dan akan menyebabkan perdarahan pasca persalinan (JNPK – KR, 2008).
4. Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi uterus

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

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

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

6. Kenyamanan pada ibu

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

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

7. Lengkapi partograf

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

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

3. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

DATA SUBYEKTIF

Keadaan bayi saat lahir yang perlu bidan kaji adalah waktu kelahiran yang terdiri dari tanggal dan jam. Hal ini perlu dikaji untuk menentukan usia bayi baru lahir. Selain itu jenis kelamin dan apgar skor pun perlu dikaji (Varney, 2007).

DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Pada pemeriksaan umum yang dapat dikaji adalah keadaan umum normalnya baik dan pada pemeriksaan fisik tanda – tanda vital, tekanan darah dipantau hanya bila ada indikasi. Nadi dapat dipantau di semua titik nadi perifer (Saifuddin, 2006). Frekuensi jantung pada bayi baru lahir 120 – 160 x/menit untuk pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekepirasi. Gerakan pernafasan 30 – 50 x/menit (Saifuddin, 2006). Pernafasan bayi baru lahir ditandai dengan bayi segera menangis kuat. Sedangkan suhu tubuh normal bayi berkisar $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ (Saifuddin, 2006).

Pengukuran antropometri terdiri dari berat badan normal bayi baru lahir adalah 2500 – 4000 gram dan panjang badan normal bayi baru lahir adalah 48 – 52 cm. Pengukuran lingkar kepala terdiri dari *circumferentia sub occipito bregmatica* (lingkar kecil kepala) 32 cm, *circumferentia fronto occipitalis* (lingkar sedang kepala) 34 cm dan *circumferentia mento occipitalis* (lingkar besar kepala) 35 cm (Varney, 2007). Untuk mengukur lingkar dada normalnya 30 – 38 cm (Prawirohardjo, 2009).

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Kontur kepala : molding hampir selalu terjadi pada persalinan pervaginam, tampak lebih oval biasanya jelas terlihat pada hari ke – 1 dan 2, sutura teraba seperti retakan antara tulang – tulang kepala teraba seperti ruang – ruang

lunak yang luas pada sambungan sutura, tidak ada massa atau tonjolan tidak lazim seperti *caput saucedaneum* dan *cepal hematoma*.

Ubun – ubun : Teraba ubun – ubun besar dan ubun – ubun kecil, teraba seperti ruang – ruang lunak yang luas pada sambungan sutura, normalnya teraba datar, keras dan berbatas tegas terhadap sisi – sisi tulang tengkorak, sering terjadi pulsasi pada ubun – ubun besar (Simkin, 2009).

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, pupil tampak tidak segaris, refleks pupil sebagai respon terhadap cahaya, gerakan mata aktif, refleks mengedip sebagai respon terhadap cahaya atau sentuhan, biasanya tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada konjungtiva, sklera tampak berwarna putih (Simkin, 2009).

Hidung : Tampak simetris, tidak tampak pernafasan cuping hidung, cairan hidung mukus putih cair, bersin (Simkin, 2009).

Telinga : Tampak simetris, tidak tampak sekret/serumen, telinga lembut dan fleksibel.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, bibir tidak tampak pucat, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks isap baik, sekresi lendir tidak berlebihan.

- Leher : Pergerakan leher baik, refleks leher tonik, tidak ada massa, pendek, gemuk, biasanya diselimuti lipatan kulit (Simkin, 2009).
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, puting susu menonjol, bunyi jantung teratur 120 – 160 x/menit (Saifuddin, 2006).
- Abdomen : Tampak simetris, teraba kembung, tidak teraba benjolan/massa, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih, tidak tampak perdarahan tali pusat.
- Punggung : Tampak simetris, tidak tampak pilonidal dimple, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung, tidak tampak spina bifida.
- Genetalia : Perempuan, tampak klitoris, tidak tampak pengeluaran, labia minora tertutup labia mayora. Labia dan klitoris biasanya adema, meatus uretra dibelakang klitoris, verniks caseosa diantara labia (Simkin, 2009).
- Laki – laki, tidak tampak hipospadius dan epispadius, testis tampak sudah turun. Testis teraba dalam setiap skrotum, skrotum biasanya besar, adema, menggantung dan ditutupi rugae (Simkin, 2009).
- Anus : Lubang anus paten, keluar mekonium dalam 48 jam (Simkin, 2009).

Lanugo : Dapat terlihat maupun tidak, biasanya tidak terlihat karena rambut kepala terlihat sempurna (Simkin, 2009).

Verniks : Terdapat verniks caseosa pada lipatan – lipatan (Simkin, 2009).

Ekstremitas : Jari tangan : tampak lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktili dan sindaktili, dasar kuku merah jambu dengan sianosis transien segera setelah lahir (Simkin, 2009).

Jari kaki : tampak lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktili dan sindaktili, dasar kuku merah jambu dengan sianosis transien segera setelah lahir (Simkin, 2009).

Pergerakan : tampak aktif, tonus otot bilateral, terutama tahanan pada fleksi yang berlawanan (Simkin, 2009).

Garis telapak kaki : tampak garis telapak kaki (*Myles*) garis – garis di dua pertiga anterior telapak kaki (Simkin, 2009).

b. Status neurologi (refleks)

Morro : lengan dan kaki bergerak ketika dikejutkan oleh suara atau gerakan keras, *Rooting* : bayi menoleh kearah sentuhan pada pipinya, *Sucking* : rangsangan puting susu pada langit – langit bayi menimbulkan refleks mengisap atau berusaha untuk mengisap benda yang disentuh, *Swallowing* : kumpulan ASI di dalam mulut mengaktifkan refleks menelan, *Babinski* : jari – jari kaki bayi menekuk ke bawah apabila ada

gesekan pada telapak kaki, *Graps* : bila jari menyentuh telapak tangan bayi maka jari jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat (Muslihatun, 2008).

c. Data Penunjang (Laboratorium/Rongent) :

Tes laboratorium dan penelitian pendukung adalah komponen esensial dari pengujian fisik sebagai tes dan penelitian yang dilakukan sebagai bagian dari skrining rutin dapat bervariasi tergantung pada usia wanita tersebut, status resikonya (Varney, 2007).

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia
jam/hari

Masalah : Tidak Ada

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

1. Lakukan perawatan tali pusat

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

2. Berikan profilaksis mata dalam bentuk obat tetes mata kira – kira 1 jam setelah kelahiran (setelah masa interaksi orang tua bayi).

Rasional : Membantu mencegah konjungtivitis yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*, yang mungkin ada pada jalan lahir ibu. Eritromisin secara efektif menghilangkan baik organisme *gonorrhea* dan *clamidia* (Prawirohardjo, 2009).

3. Jaga personal hygiene bayi

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

4. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Rasional : Kontak kulit dengan kulit membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Selain itu dapat menstabilkan pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi, menjaga kolonisasi kuman (Prawirohardjo, 2009).

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

Rasional : Bayi baru lahir cenderung mengalami kekurangan vitamin K karena cadangan vitamin K dalam hati relatif masih rendah, sedikitnya transfer vitamin K melalui tali pusat, rendahnya kadar vitamin K pada ASI dan sterilitas saluran pencernaan pada bayi baru lahir. Kekurangan vitamin K beresiko tinggi bagi bayi untuk mengalami perdarahan yang disebut juga perdarahan akibat defisiensi vitamin K (Prawirohardjo, 2009).

6. Berikan imunisasi HB 0 atau vaksin Hepatitis B

Rasional : Menurunkan resiko bayi baru lahir mengalami Hepatitis B atau menjadi karier kronis (JNPK – KR, 2008).

7. Tunda untuk memandikan bayi

Rasional : Memandikan bayi segera setelah lahir dapat mengakibatkan hipotermi (Prawirohardjo, 2009).

8. Catat waktu dan karakteristik urine serta feses yang pertama kali keluar.

Rasional : Pengeluaran mekonium dan adanya bising usus adalah bukti pasti integritas saluran cerna. Bayi baru lahir yang belum berkemih selama 24 jam pertama harus dirujuk ke tenaga kesehatan pediatrik (Varney, 2008).

9. Berikan KIE tentang menyusui.

Rasional : ASI merupakan makanan terlengkap untuk bayi, yang terdiri dari proporsi seimbang dan kuantitas cukup atas semua zat gizi yang diperlukan untuk 6 bulan pertama kehidupannya (Suherni, 2009).

10. Lakukan rawat gabung.

Rasional : Kontak dini antara ibu dan bayi yang telah dibina sejak dari kamar bersalin seharusnya tetap dipertahankan dengan merawat bayi bersama ibunya (rawat gabung) (Varney, 2008).

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

4. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

DATA SUBYEKTIF

a. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering dirasakan ibu nifas adalah mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2009).

b. Riwayat Kesehatan Klien

Data – data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya (Ambarwati, 2009).

c. Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 2.4
Pola Fungsional Kesehatan Masa Nifas

Pola	Keterangan
Nutrisi	Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur – sayuran dan buah – buahan
Eliminasi	Diuresis terjadi berhubungan dengan pengurangan volume darah, hal ini berlangsung sampai 2 – 3 hari post partus. Setelah plasenta lahir estrogen menurun sehingga tonus otot seluruhnya berangsur pulih kembali, tapi konstipasi mungkin terjadi dan mengganggu hari pertama post partum
Istirahat	Karena lelah sehabis bersalin ibu harus beristirahat, tidur terlentang selama 2 jam postpartum kemudian boleh

	miring – miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli
Aktivitas	Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat – alat reproduksi
Personal Hygiene	Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga
Seksualitas	Dinding vagina kembali pada keadaan sebelum hamil dalam waktu 6 – 8 minggu. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

(Sumber : Dewi, 2011)

DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Kriteria hasil pemeriksaan kesadaran ialah composmentis (Sulistyawati, 2009). Tanda – tanda vital dalam waktu 24 jam postpartum suhu tubuh akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$). Biasanya pada hari ke – 3 suhu badan naik lagi karena pembentukan Air Susu Ibu (ASI) (Sulistyawati, 2009).

Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 x/menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya infeksi. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi.

b. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Kepala : Memperhatikan bentuk kepala terdapat benjolan atau tidak, nyeri tekan dan dan kebersihan kepala (Prawirohardjo, 2009).

Wajah : Dilihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat (Prawirohardjo, 2009).

Mata : Bentuk simetris, konjungtiva pucat atau cukup merah sebagai gambaran tentang anemianya (kadar Hb) secara kasar, normal warna merah muda sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kekuningan adanya konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia.

Hidung : Hidung di kaji untuk mengetahui keadaan bentuk dan fungsi hidung bagian dalam, lalu sinus – sinus (Prawirohardjo, 2009).

Mulut : Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut (Prawirohardjo, 2009).

Leher : Pembesaran kelenjar limfe dapat disebabkan oleh berbagai penyakit, misalnya peradangan akut/kronis. Pembesaran limfe juga terjadi dibeberapa kasus seperti tuberculosis atau sifilis. Palpasi kelenjar tyroid dilakukan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid yang

biasanya disebabkan oleh kekurangan garam yodium (Prawiroharjo, 2009).

Dada : Mengkaji kesehatan pernafasan, adanya retraksi dinding dada dan bentuk dada (Tambunan, 2011).

Payudara : Mengkaji simetris atau tidak, konsistensi, ada pembengkakan atau tidak, puting menonjol/tidak, dan lecet/tidak (Ambarwati, 2009).

Abdomen : Tampak/tidak striae gravidarum dan linea nigra

Genetalia : Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa atau alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Varney, 2007). Lochea rubra (1 – 3 hari, kehitaman), lochea sanguinolenta (3 – 7 hari, putih bercampur merah), lochea serosa (7 – 14 hari, kekuningan/kecoklatan), lochea alba (> 14 hari, putih).

Ekstremitas : Infeksi untuk mengecek apakah ada Varices (Ambarwati, 2009).

Palpasi

Kepala : Palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau tidak (Prawirohardjo, 2009).

Wajah : Untuk mengetahui ada atau tidaknya odema pada wajah

Hidung : Palpasi hidung untuk mengetahui terdapat masa atau polip.

- Telinga : Untuk mengetahui apakah terjadi oedem atau tidak.
- Leher : Palpasi pada leher dilakukan untuk mengetahui keadaan dan lokasi kelenjar limfe, kelenjar tiroid dan trakea. (Prawirohardjo, 2009).
- Payudara : Mengkaji konsistensi, ada pembengkakan atau tidak, puting menonjol/tidak, dan lecet/tidak (Ambarwati, 2009).
- Abdomen : TFU setinggi pusat (bayi lahir), 2 jari bawah pusat (uri lahir), pertengahan symfisis – pusat (1 minggu) tidak teraba, diatas symfisis (2 minggu) tidak teraba 50 gram (6 minggu) sebesar normal (8 minggu). Cek kontraksi uterus dan konsistensinya, cek diastasis rectis abdominalis. Kandung kemih bisa buang air/tidak bisa buang air (Ambarwati, 2009).
- Genetalia : Untuk mengecek apakah ada perbaikan luka episiotomi atau jahitan.
- Ekstremitas : Palpasi untuk mengecek apakah ada varices, oedema, refleks patella (Ambarwati, 2009).

Auskultasi

- Abdomen : Untuk menghitung bising usus.

Perkusi

- Untuk mengecek refleks patella (Ambarwati, 2009).

c. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan pada hari pertama postpartum kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi

darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan. Akan tetapi tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi hingga 25.000 – 30.000 tanpa adanya kondisi patologis (Sulistyawati, 2009).

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Papah nifas normal jam/hari ke –

Masalah : Masalah yang sering terjadi pada masa nifas adalah takut kencing karena luka jahitan perineum, cemas dengan perubahan bentuk badan, dan merasa tidak percaya diri untuk merawat bayinya (Sulistyawati, 2009).

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

1. Observasi tanda – tanda vital, kandung kemih, kontraksi, tinggi fundus uteri, keadaan umum dan pengeluaran pervaginam.

Rasional : Memantau keadaan ibu untuk mendeteksi dini tanda bahaya yang dapat terjadi (Varney, 2007).

2. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

Rasional : Menyusui adalah metode efektif untuk meningkatkan tonus uterus. Hal ini berhubungan dengan kontraksi uterus yang distimulasi oleh pelepasan pitosin sewaktu bayi menghisap (Varney, 2007).

3. Anjurkan ibu untuk menjaga personal hygienenya termasuk perawatan luka perineumnya

Rasional : Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran, kemampuan ibu baru untuk secara aktif menyerap pengajaran formal terbatas akibat fokus yang intens pada bayinya yang baru lahir (Varney, 2007).

4. Berikan KIE tentang mobilisasi

Rasional : Karena lelah sehabis bersalin ibu harus beristirahat, lalu miring ke kanan dan ke kiri, duduk, jalan – jalan. Mobilisasi mempunyai variasi tergantung pada adanya komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka – luka (Mochtar, 2009).

5. Berikan KIE mengenai tanda bahaya pada masa nifas

Rasional : Agar ibu dan keluarga mengantisipasi hal yang mungkin terjadi dan dapat membahayakan ibu (Varney, 2007).

6. KIE tentang ketidaknyamanan pada masa nifas

Rasional : Rasa nyeri (*after pain*) adalah manifestasi dari pengembalian bentuk uterus ke keadaan seperti sebelum hamil (Manuaba, 2009).

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

5. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

DATA SUBYEKTIF

a. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering dijumpai pada neonatus diantaranya sariawan/jamur pada mulut (*Oral thrush*), muntah, gumoh, ruam popok, kuning atau *ikterus* (Dewi, 2011).

b. Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 2.5
Pola Fungsional Kesehatan Neonatus

Pola	Keterangan
Nutrisi	Pada hari – hari pertama kelahiran bayi, apabila pengisapan puting susu cukup adekuat maka akan dihasilkan secara bertahap 10 – 100 ml ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10 – 14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700 – 800 ml ASI per hari (kisaran 600 – 1.000 ml) untuk tumbuh kembang bayi (JNPK – KR, 2008).
Eliminasi	Buang air kecil dalam 24 jam pertama 15 – 60 ml dengan frekuensi lebih dari 20 kali dan untuk buang air besar turun 5 – 13 % pada hari ke – 4 sampai hari ke – 5 diakibatkan karena intake minimal dan metabolisme meningkat (Varney, 2007).
Istirahat	Pada bayi tidur sehari rata – rata 20 jam (Varney, 2007).
Personal Hygiene	Neonatus perlu mandi setiap hari. Kepala dan popok neonatus perlu dibersihkan/diganti setiap kali area tersebut kotor dan perawatan tali pusat yang sesuai dapat mencegah infeksi neonatus (Varney, 2007).

DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum terdiri dari kesadaran yaitu composmentis, tanda – tanda vital meliputi nadi dimana rata – rata nadi apical 120 – 160 x/menit, suhu berkisar antara (36,5⁰C – 37,5⁰C).

b. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Kepala : Bentuk kepala bulat, tidak terdapat *caput succedeneum*, maupun *cephal hematoma*, tidak terdapat molding, kulit kepala tampak bersih tidak tampak ada lesi, ubun – ubun datar, kontruksi rambut tampak kuat, distribusi rambut tampak merata, tekstur lembut, dan tampak bersih.

Wajah : Tidak tampak oedem, wajah tidak tampak pucat

Mata : Tampak simetris, bersih, tidak tampak *strabismus*, fungsi penglihatan baik, konjungtiva tidak tampak pucat, sklera tidak tampak kuning, tidak tampak perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, pupil kontriksi bila sinar mendekati, dilatasi bila sinar menghilang (Prawirohardjo, 2009).

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada secret, terdapat lubang telinga, daun telinga tampak normal, tidak tampak sianosis pada daun telinga, pendengaran baik (menilai adanya gangguan pendengaran dilakukan dengan membunyikan bel atau suara apabila terjadi refleks terkejut, kemudian

apabila tidak terjadi refleks maka kemungkinan akan terjadi gangguan pendengaran (Aziz, 2009).

- Hidung : Tampak lubang hidung, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak tampak sekret.
- Mulut : Tidak tampak sianosis di sekitar mulut dan membran mukosa lembab, bibir tampak simetris, tidak tampak stomatitis, tidak tampak oral trush, palatum mole dan durum tidak tampak kelainan, tidak tampak labioskhizis dan labio Palato skhizis, belum terdapat gigi, suara tangisan kuat.
- Leher : Tidak tampak peradangan tonsil dan faring, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada dan pergerakan pernafasan tidak berlawanan, bentuk dada tidak tampak *barrel chest, funnel chest, pigeon chest, khyposcoliosis*, tampak kedua sisi dada simetris.
- Abdomen : Tidak tampak pembesaran abdomen, simetris, tidak tampak asites, tali pusat telah putus.
- Punggung : Tampak simetris, tidak tampak spina bifida.
- Genetalia : Perempuan : Labia mayora menutupi labia minora, terdapat klitoris dan terletak pada ujung anterior labia minora dan tertutup oleh lipatan kecil kulit (prepusium),

meatus uretra berada didepan orifisium vagina, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.

Laki – laki : Testis turun pada skrotum, rugae nampak dengan jelas, meatus urinarius berada ditengah dan diujung glands, tidak tampak kelainan epispadius dan hipospadius, penis lurus proposional pada tubuh.

Anus : Tampak lubang anus, tidak terdapat ruam popok.

Ekstremitas : Tampak simetris, tidak tampak kelainan, sama panjang, tidak terdapat luka, jari kaki dan tangan tidak tampak polidaktili, sindaktili maupun brakidaktili.

Palpasi

Kepala : Tidak teraba benjolan atau kelainan

Wajah : Tidak teraba oedem

Mata : Palpebra tidak oedem

Hidung : Tidak teraba pembesaran polip

Leher : Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening

Abdomen : Teraba lembek, tidak teraba kelainan, tugor kulit kembali 3 detik

Genetalia : Laki – laki : tidak teraba massa/benjolan, rugae pada skrotum teraba dengan jelas.

Perempuan : tidak teraba massa/benjolan, tidak teraba pembesaran pada kelenjar bartholini.

Ekstremitas : Tidak teraba oedema, cavilarie refille kembali 3 detik

Auskultasi

Paru – paru : Bunyi nafas bilateral, kadang – kadang krekels umum pada awalnya.

Jantung : Terdengar reguler, murmur jantung sering ada selama periode transisi. Bunyi jantung I karena katup mitral dan trikuspidalis menutup pada permulaan systole (kontraksi), bersamaan dengan ictus kordis, denyutan karotis, terdengar jelas di apeks), bunyi jantung II karena katup aorta dan katup pulmonal menutup pada permulaan diastole (relaksasi jantung), paling jelas di sela iga 2 tepi kiri sternum terpecah pada inspirasi dan tunggal pada ekspirasi (Aziz, 2009).

Abdomen : Frekuensi peristaltik usus 5 – 35 x/menit

Perkusi

Kemudian pada pemeriksaan perkusi yang meliputi pemeriksaan dada didapatkan hasil suara sonor dan pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil tidak terdengar hipertimpani pada abdomen.

c. Pemeriksaan Neurologis/Refleks :

Morro : lengan dan kaki bergerak ketika dikejutkan oleh suara atau gerakan keras, *Rooting* : bayi menoleh kearah sentuhan pada pipinya, *Sucking* : rangsangan puting susu pada langit – langit bayi menimbulkan refleks menghisap atau berusaha untuk mengisap benda yang disentuhkan, *Swallowing* : kumpulan ASI di dalam mulut mengaktifkan refleks menelan, *Babinski* : jari – jari kaki bayi menekuk ke bawah

apabila ada gesekan pada telapak kaki, *Graps* : bila jari menyentuh telapak tangan bayi maka jari jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat (Muslihatun, 2008).

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Usia Kehamilan usia Hari

Masalah : Tidak Ada

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada pendamping pasien.

Rasional : *Informed consent*, hak pendamping untuk mengetahui keadaan bayinya.

2. Jaga kehangatan bayi.

Rasional : Pusat pengaturan panas tubuh bayi belum berfungsi sempurna sehingga bayi lebih mudah mengalami perubahan suhu tubuh (Saifuddin, 2007)

3. Jelaskan ibu cara pencegahan infeksi.

Rasional : Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena bayi sangat rentan terhadap infeksi, segala bentuk infeksi yang terjadi pada bayi merupakan hal yang

lebih berbahaya dibandingkan dengan infeksi pada anak atau dewasa (Saifuddin, 2007).

4. Jelaskan ibu cara perawatan tali pusat.

Rasional : Perawatan tali pusat dapat mencegah terjadinya tetanus padabayi baru lahir dan kuman – kuman tidak masuk sehingga tidak terjadi infeksi pada tali pusat (Saifuddin, 2007).

5. Berikan KIE personal hygiene bayi/balita/anak

Rasional : Menjaga personal hygiene untuk memberikan rasa nyaman dan mencegah infeksi.

6. Berikan pendidikan kesehatan mengenai kebutuhan nutrisi

Rasional : Pendidikan kesehatan mengenai kebutuhan nutrisi dapat mencegah bayi/balita/anak terkena penyakit.

7. Berikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya pemberian imunisasi

Rasional : Pendidikan imunisasi diberikan bertujuan untuk memberikan kekebalan pada bayi agar dapat mencegah penyakit dan kematian bayi serta anak yang disebabkan oleh penyakit yang sering berjangkit.

8. Perhatikan tanda – tanda stress dingin (misalnya peka rangsangan, pucat, belang, distres pernapasan, tremor, letargi dan kulit dingin)

Rasional : Hipotermia, yang meningkatkan laju penggunaan oksigen dan glukosa, sering disertai dengan hipoglikemia dan distres pernapasan.

Pendinginan juga mengakibatkan vasokonstriksi perifer, dengan penurunan suhu kulit yang terlihat menjadi pucat atau belang. Iritabilitas dan apnea yang dihubungkan dengan hipoksia.

9. Jelaskan kepada orang tua untuk tidak meninggalkan bayi di dalam ruangan sendirian dan ruangan yang datar tanpa penghalang.

Rasional : Menurunkan resiko cedera karena regurgitasi yang tidak terdeteksi atau jatuh.

10. Bantu orang tua dalam mempelajari tanda – tanda distress neonatus, perhatikan bila mereka harus menghubungi pemberi layanan kesehatan

Rasional : Menurunkan ansietas dan memberikan bimbingan untuk orang tua sehingga mereka tahu waktu yang tepat mencari bantuan.

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

6. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan pada Calon Akseptor KB

Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

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.

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Papah usia dengan Akseptor KB

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

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Kebutuhan Segera :

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

1. Beritahukan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu.

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

2. Lakukan penyuluhan mengenai kontrasepsi KB suntik 3 bulan kepada ibu.

Rasional : Agar klien mengetahui lebih jauh mengenai kontrasepsi KB suntik 3 bulan.

3. Beritahukan kepada ibu waktu untuk menggunakan KB suntik 3 bulan setelah nifas.

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

C. Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan Asuhan

Perencanaan Asuhan Kehamilan K1

Langkah 1 : Pengkajian

Tanggal Pengkajian : Kamis, 12 Mei 2016

Nama Pengkaji : Kholida Mega Putri

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama klien	: Ny. A	Nama suami	: Tn. M. D.
Umur klien	: 30 tahun	Umur suami	: 31 tahun
Suku	: Banjar	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Pegawai Swasta
Alamat	: Jalan Jend. A. Yani (gang Slamet) RT. 07 No. 10		

2. Keluhan :

Bengkak pada kaki sejak usia kehamilan 35 minggu dan terdapat keputihan yang tidak berbau serta tidak gatal sejak usia kehamilan trimester III.

3. Riwayat Obstetrik dan Ginekologi

a. Riwayat menstruasi

- 1) HPHT/TP : 6 September 2015/13 Juni 2016
- 2) Umur kehamilan : 35 minggu 1 hari
- 3) Lamanya : 7 hari
- 4) Banyaknya : 4 kali ganti pembalut dalam sehari
- 5) Konsistensi : Cair dan terkadang bergumpal
- 6) Siklus : 28 – 30 hari sekali
- 7) Menarche : 13 tahun
- 8) Teratur/tidak : Teratur
- 9) Dismenorrhea : Ada (pada hari pertama)
- 10) Keluhan lain : Tidak Ada

b. Flour albus

- 1) Banyaknya : Ada (dalam sehari \pm 3 – 4 ganti celana dalam)
- 2) Warna : Putih bening
- 3) Bau/gatal : Tidak Ada

c. Tanda – tanda kehamilan

- 1) Test kehamilan : ppTest
- 2) Tanggal : 12 September 2015
- 3) Hasil : Positif

4) Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu :

Usia kehamilan 3 bulan

5) Gerakan janin dalam 24 jam terakhir :

10 kali dalam sehari semalam

4. Riwayat Penyakit/Gangguan Reproduksi

Ibu mengatakan pernah mempunyai penyakit Kista Ovarium pada tahun 2005 dan dioperasi pada tahun 2005, serta tidak ada keluhan dari operasi yang pernah dilakukan.

5. Riwayat Kehamilan

G₂P₁₀₀₁

Kehamilan I : JK = laki – laki, BB lahir = 3250 gram, normal (pervaginam),
bidan, BPM, usia sekarang 6 tahun

Kehamilan II : Hamil ini

6. Riwayat Imunisasi

- | | | |
|--------------------|--------------------|----------------|
| a. Imunisasi Catin | tempat : Puskesmas | tanggal : 2009 |
| b. Imunisasi TT I | tempat : Tidak Ada | tanggal : |
| c. Imunisasi TT II | tempat : Tidak Ada | tanggal : |

7. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang berat seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, hepar dan lain – lain.

b. Alergi

Ibu mengatakan tidak ada makanan maupun alergi obat – obatan.

8. Keluhan Selama Hamil

Keluhan yang dirasakan selama hamil seperti rasa lelah pada usia trimester III, mual dan muntah pada usia trimester I, keputihan pada usia trimester III, serta bengkak di kaki pada trimester III.

9. Riwayat Persalinan yang Lalu

Anak ke –		Kehamilan		
No.	Tanggal lahir	Tempat Lahir	Masa Gestasi	Penyulit
1.	2010 (6 tahun)	BPM	40 minggu	Tidak Ada
2.	Hamil ini			

Persalinan			Anak			
Jenis	Penolong	Penyulit	JK	BB	PB	Keadaan
Nomal, pervaginam	Bidan	Tidak Ada	Laki – laki	3250 gr	52 cm	Hidup
Hamil ini						

10. Riwayat Menyusui

Riwayat menyusui anak pertama selama 2 tahun dan 6 bulan pertama ASI eksklusif. Untuk anak yang kedua ini ibu berencana untuk memberikan ASI eksklusif.

11. Riwayat KB

Sebelum hamil ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama 3 tahun, tidak ada keluhan selama penggunaan KB suntik 3 bulan, tempat mendapat KB suntik 3 bulan di puskesmas, ber – KB atas kemauan ibu dan suami, alasan ganti karena ingin merencanakan kehamilan ini.

Rencana untuk metode KB setelah melahirkan adalah KB suntik 3 bulan kembali karena merasa cocok dengan metode KB suntik 3 bulan.

12. Kebiasaan Sehari – Hari

Ibu tidak memiliki kebiasaan merokok sebelum hamil maupun sesudah hamil, tidak mengonsumsi obat – obatan yang tidak dianjurkan untuk ibu hamil maupun jamu sebelum hamil maupun selama hamil, serta tidak pernah mengonsumsi minuman beralkohol.

13. Makan/Diet

- a. Jenis makanan : nasi, lauk – pauk, sayuran dan buah – buahan.
- b. Frekuensi : 3 kali dalam sehari
- c. Porsi : 1 piring penuh
- d. Pantangan : Tidak Ada
- e. Perubahan makan yang dialami : Porsi makan bertambah dari setengah piring menjadi 1 piring penuh

14. Defekasi/Miksi

- a. BAB
 - 1) Frekuensi : 1 kali dalam sehari
 - 2) Konsistensi : Lembek
 - 3) Warna : Kuning kecoklatan
 - 4) Keluhan : Tidak Ada
- b. BAK
 - 1) Frekuensi : 10 kali
 - 2) Konsistensi : Cair
 - 3) Warna : Kuning jernih
 - 4) Keluhan : Tidak Ada

15. Pola Istirahat dan Tidur

- a. Siang : ± 2 jam (kira – kira dari jam 13.00 – 15.00)
- b. Malam : ± 8 jam (dari jam 21.00 – 05.00)

16. Pola Aktivitas Sehari – Hari

- a. Di dalam rumah : aktifitas rumah tangga
- b. Di luar rumah : berjalan disekitar rumah

17. Pola Seksualitas

- a. Frekuensi : 1 kali sebulan
- b. Keluhan : Tidak Ada

18. Riwayat Psikososial

- a. Pernikahan
 - 1) Status : Menikah
 - 2) Yang ke : Pertama
 - 3) Lamanya : 7 tahun
 - 4) Usia pertama kali menikah : 23 tahun
- b. Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan :
Baik
- c. Respon ibu terhadap kehamilan :
Senang
- d. Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak :
Tidak ada yang penting sehat dan lengkap
- e. Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak :
Senang, laki – laki dan perempuan sama saja

f. Keperayaan yang berhubungan dengan kehamilan :

Tidak Ada

g. Pantangan selama kehamilan :

Tidak Ada

h. Persiapan persalinan

1) Rencana tempat bersalin : Rumah Sakit

2) Persiapan ibu dan bayi : Pakaian ibu dan bayi, biaya persalinan dan kendaraan.

19. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam keluarga ibu maupun suami tidak ada riwayat yang menderita penyakit berat seperti jantung, hipertensi, hepar, DM, anemia dan lain – lain serta tidak memiliki keturunan kembar.

DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum

a. Kesadaran : Composmentis

b. Tanda Vital :

1) Tekanan darah : 120/80 mmHg

2) Nadi : 80 x/menit

3) Suhu Tubuh : 36,7⁰C

4) Pernapasan : 22 x/menit

c. Antropometri

1) Berat badan sebelum hamil : 40 kg

Berat badan saat ini : 51 kg

2) Tinggi Badan : 152 cm

3) LILA : 23 cm

2. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Kepala : Tampak simetris, tampak bersih, pertumbuhan rambut merata, konstruksi rambut kuat, warna rambut hitam, tidak tampak lesi dan benjolan.

Wajah : Tampak simetris, tidak tampak oedema, tidak tampak pucat, tidak tampak cloasma gravidarum.

Mata : Tampak simetris, tidak tampak oedema, konjungtiva tidak tampak anemis, sklera tidak tampak ikterik.

Telinga : Tampak simetris, tidak tampak sekret/serumen, tampak bersih.

Hidung : Tampak simetris, tidak tampak sekret/pengeluaran, tampak bersih, tidak tampak pernafasan cuping hidung, tidak tampak polip, tidak tampak peradangan.

Mulut : Tampak simetris, bibir tampak lembab, tampak bersih, tidak tampak stomatitis dan karies dentis, lidah tampak bersih.

Leher : Tidak tampak pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada.

Payudara : Tampak simetris, tampak pembesaran payudara, tampak bersih, belum tampak pengeluaran colostrum dari puting susu, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu tampak menonjol.

Axilla : Tidak tampak pembengkakan.

Abdomen : Tampak pembesaran/sesuai usia kehamilan, tidak tampak striae gravidarum, tampak linea nigra, tampak belas luka operasi.

Genetalia : Tidak ada keluhan (tidak dilakukan pemeriksaan)

Anus : Tidak ada keluhan (tidak dilakukan pemeriksaan)

Ektremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan oedema tungkai, tampak bengkak pada punggung kaki.

Palpasi

Kepala : Tidak teraba benjolan/massa.

Wajah : Tidak teraba oedema dan benjolan/massa.

Mata : Tidak teraba oedema pada kelopak mata.

Telinga : Tidak teraba oedem dan benjolan/massa.

Hidung : Tidak teraba oedem, polip dan benjolan/massa.

Leher : Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.

Dada : Tidak terdapat retraksi, tidak teraba benjolan atau massa pada payudara.

Payudara : Teraba pembesaran payudara, tidak teraba benjolan/massa, konsistensi tegang, dan colostrum belum keluar.

Axilla : Tidak teraba benjolan

Abdomen :

Leopold I : TFU 28 cm, ½ pusat – px. Pada fundus teraba lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kanan, dan teraba bagian – bagian kecil janin disebelah kiri (punggung kanan).

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

Leopold IV : Divergen (bagian terendah janin sudah masuk PAP)

Tafsiran Berat Janin = $(TFU - 11) \times 155 = (28 - 11) \times 155 = 2635$ gram

Punggung : Terdapat lordosis gravidarum

Genetalia : Tidak ada keluhan (tidak dilakukan pemeriksaan)

Anus : Tidak ada keluhan (tidak dilakukan pemeriksaan)

Ektremitas : Teraba oedema pada punggung kaki

Auskultasi

Dada : Tidak terdengar *wheezing*, tidak terdengar *ronchi*, tidak terdengar suara nafas tambahan, irama jantung terdengar normal, tidak terdengar mur – mur, frekuensi jantung 80x/menit.

Abdomen : DJJ : (+) 138 x/menit, irama teratur.

Perkusi

Ektremitas : Refleks patella kaki kanan (+) kaki kiri (+)

2. Pemeriksaan Khusus

a. Pemeriksaan dalam

Tidak Dilakukan Pemeriksaan

b. Pelvimetri klinik

Tidak Dilakukan Pemeriksaan

c. Ukuran panggul luar

Tidak Dilakukan Pemeriksaan

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium :

- 1) Darah : kadar haemoglobin darah 11 gr%
- 2) Urine : tidak dilakukan pemeriksaan

b. Pemeriksaan USG : pada tanggal 16 Mei 2016 didapatkan hasil usia kehamilan 35 – 36 minggu, kepala berada dibawah, plasenta tidak menutupi jalan lahir, air ketuban cukup dan tafsiran berat janin 2900 gram.

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa	Dasar
G ₂ P ₁₀₀₁ usia kehamilan 35 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterine	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua dan tidak pernah keguguran.2. Ibu mengatakan HPHT : 6 – 9 – 2015.3. Ibu mengatakan ada keputihan tetapi tidak gatal, tidak berbau dan tidak mengganggu aktifitas.4. Ibu mengatakan kakinya bengkak. <p>DO :</p> <p>TP : 13 Juni 2016</p> <p>Keadaan Umum : Baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>Tanda vital :</p> <p>Tekanan darah : 120/80 mmHg</p> <p>Nadi : 80 x/menit</p> <p>Suhu tubuh : 36,7⁰C</p> <p>RR : 22 x/menit</p> <p>Leopold I : TFU 28 cm, ½ pusat – px (bokong).</p> <p>Leopold II : Punggung kanan.</p> <p>Leopold III : Presentasi kepala.</p> <p>Leopold IV : Kepala divergen</p> <p>TBJ = TFU – 11 x 155 = (28 – 11) x 155 = 2635 gram</p> <p>Auskultasi DJJ = (+) 138 x/menit, irama teratur</p> <p>Palpasi payudara : ASI belum keluar</p>

	Palpasi ekstremitas : punggung kaki teraba bengkak Refleks patella : kaki kanan (+) kiri (+) Pemeriksaan laboratorium : Darah : kadar haemoglobin darah 11 gr% Pemeriksaan USG : Pada tanggal 16 Mei 2016 didapatkan hasil usia kehamilan 35 – 36 minggu, kepala berada dibawah, plasenta tidak menutupi jalan lahir, air ketuban cukup dan tafsiran berat janin 2900 gram.
--	--

Masalah	Dasar
Keputihan	Ibu mengatakan mengalami keputihan tetapi tidak gatal, tidak berbau dan tidak mengganggu aktifitas
Kaki bengkak	Ibu mengatakan kakinya bengkak dan palpasi ekstremitas punggung kaki bengkak
ASI belum keluar	Dari palpasi payudara ASI belum keluar

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Langkah 4 : Identifikasi Tindakan Kebutuhan Segera

Tidak Ada

Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh (Intervensi)

1. Jelaskan hasil pemeriksaan.
2. Beritahu ibu cara mengatasi keputihan.
3. Beritahu cara mengatasi bengkak pada kaki.
4. Ajarkan ibu perawatan payudara.
5. Berikan penyuluhan kesehatan mengenai :
 - a. Tanda bahaya kehamilan
 - b. Persiapan persalinan

Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan (Implementasi)

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa secara umum keadaan ibu dan janin baik.
2. Memberitahu ibu cara mengatasi keputihan dengan sering mengganti pakaian dalamnya jika sudah merasa lembap/basah, menjaga kebersihan vagina dengan cara jika membasuh vagina dari arah vagina ke anus jangan melakukannya bolak balik agar kuman/bakteri dari anus masuk ke vagina yang akan menyebabkan keputihan yang patologis.
3. Memberitahu ibu cara mengatasi kaki bengkak dengan cara posisi kaki saat duduk tidak menggantung/menggunakan tumpuan saat duduk dan tidak berdiri terlalu lama karena dapat menyebabkan kaki menjadi bengkak.
4. Mengajarkan ibu perawatan payudara dengan cara :
 - a. Kompres puting susu dan area sekitarnya dengan menempelkan kapas hangat/lap yang dibasahi minyak.
 - b. Bersihkan puting susu dan area sekitarnya dengan handuk kering yang bersih.
 - c. Pegang kedua puting susu lalu tarik keluar bersama dan diputar dalam 20 kali, keluar 20 kali.
 - d. Pangkal payudara dipegang kedua tangan lalu payudara di urut dari pangkal menuju puting susu sebanyak 30 kali.
 - e. Kemudian pijat daerah areola sehingga keluar cairan 1 – 2 tetes untuk memastikan saluran susu tidak tersumbat.
 - f. Pakailah bra yang menopang payudara.

5. Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai :
 - a. Tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, nyeri perut hebat, bengkak di wajah dan jari – jari tangan, keluar cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa.
 - b. Persiapan persalinan dari persiapan pakaian ibu dan bayi, biaya (jaminan kesehatan), tempat bersalin, kendaraan serta pendonor.

Langkah 7 : Evaluasi

1. Ibu telah mengetahui kondisi ibu dan bayinya dalam keadaan baik.
2. Ibu telah mengerti cara mengatasi keputihan yang terjadi dan berjanji akan melaksanakannya.
3. Ibu telah mengetahui cara mengatasi kaki bengkak dan berjanji akan melaksanakannya.
4. Ibu telah mengetahui perawatan payudara dan berjanji akan melakukannya.
5. Ibu telah mengerti mengenai penyuluhan kesehatan yang telah diberikan.

Pendokumentasian Kebidanan

S :

1. Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua dan tidak pernah keguguran.
2. Ibu mengatakan HPHT : 6 – 9 – 2 015.
3. Ibu mengatakan ada keputihan tetapi tidak gatal, tidak berbau dan tidak mengganggu aktifitas.
4. Ibu mengatakan kakinya bengkak sejak usia kehamilan 35 minggu.

O :

TP : 13 Juni 2016

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda vital :

Tekanan darah : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit

Suhu tubuh : 36,7⁰C RR : 22 x/menit

Leopold I : TFU 28 cm, ½ pusat – px (bokong).

Leopold II : Punggung kanan.

Leopold III : Presentasi kepala.

Leopold IV : Kepala divergen.

Tafsiran Berat Janin = TFU – 11 x 155 = (28 – 11) x 155 = 2635 gram

Auskultasi DJJ = (+) 138 x/menit, irama teratur

Palpasi payudara : ASI belum keluar

Palpasi ekstremitas : punggung kaki teraba bengkak

Refleks patella : kaki kanan (+) kiri (+)

Pemeriksaan laboratorium :

Darah : kadar haemoglobin darah 11 gr%

Pemeriksaan USG :

Pada tanggal 16 Mei 2016 didapatkan hasil usia kehamilan 35 – 36 minggu, kepala berada dibawah, plasenta tidak menutupi jalan lahir, air ketuban cukup dan tafsiran berat janin 2900 gram.

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 35 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterine.

Masalah :

1. Keputihan

Dasar :

Ibu mengatakan mengalami keputihan tetapi tidak gatal, tidak berbau dan tidak mengganggu aktifitas.

2. Kaki bengkak

Dasar :

Ibu mengatakan kakinya bengkak dan palpasi punggung kaki bengkak hal ini baru terjadi sejak usia kehamilan 35 minggu.

3. ASI belum keluar

Dasar :

Dari palpasi payudara ASI belum keluar.

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa secara umum keadaan ibu dan janin baik.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui kondisi ibu dan bayinya dalam keadaan baik.

2. Memberitahu ibu cara mengatasi keputihan dengan sering mengganti pakaian dalamnya jika sudah merasa lembap/basah, menjaga kebersihan vagina dengan cara jika membasuh vagina dari arah vagina ke anus jangan melakukannya bolak balik agar kuman/bakteri dari anus masuk ke vagina yang akan menyebabkan keputihan yang patologis.

Evaluasi : Ibu telah mengerti cara mengatasi keputihan yang terjadi dan berjanji akan melaksanakannya.

3. Memberitahu ibu cara mengatasi kaki bengkak dengan cara posisi kaki saat duduk tidak mengantung/menggunkan tumpuan saat duduk dan tidak berdiri terlalu lama karena dapat menyebabkan kaki menjadi bengkak.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui cara mengatasi kaki bengkak dan berjanji akan melaksanakannya.

4. Memberitahu ibu perawatan payudara dengan cara :

- a. Kompres puting susu dan area sekitarnya dengan menempelkan kapas hangat/lap yang dibasahi minyak.

- b. Bersihkan puting susu dan area sekitarnya dengan handuk kering yang bersih.
- c. Pegang kedua puting susu lalu tarik keluar bersama dan diputar dalam 20 kali, keluar 20 kali.
- d. Pangkal payudara dipegang kedua tangan lalu payudara di urut dari pangkal menuju puting susu sebanyak 30 kali.
- e. Kemudian pijat daerah areola sehingga keluar cairan 1 – 2 tetes untuk memastikan saluran susu tidak tersumbat.
- f. Pakailah bra yang menopang payudara.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui perawatan payudara dan berjanji akan melakukannya.

5. Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai :
 - a. Tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, nyeri perut hebat, bengkak di wajah dan jari – jari tangan, keluar cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa.
 - b. Persiapan persalinan dari persiapan pakaian ibu dan bayi, biaya (jaminan kesehatan), tempat bersalin, kendaraan serta pendonor.

Evaluasi : Ibu telah mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan.

Perencanaan Asuhan Kehamilan K2 dan K3

S :

Menanyakan apakah ibu ada keluhan pada kehamilannya saat ini, kemudian menanyakan apakah keluhan pada saat kunjungan pertama masih ibu rasakan yaitu bagaimana pola makan dan minum ibu sekarang, apakah keputihan yang

ibu rasakan masih membuat ibu tidak nyaman bagaimana pengeluarannya apakah banyak, berbau dan membuat gatal. 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.

O :

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum, berat badan saat ini dan tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu).

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik terfokus pada pemeriksaan antara lain mata khususnya conjunctiva, abdomen khususnya Leopold dan auskultasi DJJ dan menghitung tafsiran berat janin.

3. Pemeriksaan khusus

Melakukan pemeriksaan laboratorium (kadar Hb)

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan....minggu....hari, janin tunggal, hidup intrauterine

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

Disesuaikan dengan temuan yang didapat saat kunjungan.

Perencanaan Asuhan Persalinan

Kala I Persalinan

S :

Keluhan Utama : Nyeri (kontraksi uterus), pengeluaran lendir darah dan cairan ketuban.

O :

1. Pemeriksaan umum

Meliputi pemeriksaan keadaan umum, ekspresi wajah, tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu).

2. Pemeriksaan fisik

Mulai dari kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, leher, dada, payudara, abdomen, genetalia, anus dan ekstremitas.

3. Pemeriksaan dalam

Meliputi portio, *effacement*, pembukaan, presentasi, denominator, posisi, ketuban dan penurunan kepala (Hodge)

4. Pemeriksaan penunjang

Meliputi pemeriksaan kadar Hb, golongan darah ibu, HbsAg.

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan...minggu, inpartu kala I fase laten
atau aktif persalinan normal janin tunggal, hidup, intrauteri.

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan
2. Memberikan dukungan emosional pada ibu
3. Melakukan Observasi Kala I :
 - a. Tiap 30 menit, yaitu detak jantung janin, nadi ibu dan kontraksi uterus.
 - b. Tiap 2 jam, yaitu suhu tubuh ibu dan volume urine ibu
 - c. Tiap 4 jam yaitu pembukaan serviks, penurunan kepala, keadaan ketuban, molase, dan tekanan darah ibu.
4. Melakukan pencegahan infeksi sesuai standar pencegahan infeksi
5. Menganjurkan ibu untuk miring kiri dan tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit.
6. Mengajarkan ibu napas dalam terutama saat terjadi kontraksi
7. Menyiapkan alat dan bahan untuk pertolongan persalinan serta obat-obatan esensial untuk menolong persalinan sesuai dengan APN
8. Mendokumentasikan hasil pemantauan Kala I pada partograf

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

Kala II Persalinan

S :

1. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vaginanya.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum perlu dikaji lebih lanjut yaitu keadaan umum, tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu

2. Pemeriksaan fisik

Adanya tanda dan gejala Kala II Persalinan

Inspeksi : Perineum menonjol, vulva vagina dan spingter ani membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

3. Pemeriksaan khusus

Vulva dan vagina, pengeluaran pervaginam, dinding vagina, pembukaan, effacement, ketuban, presentasi, denominator dan penurunan kepala (Hodge).

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ kala II persalinan normal

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

1. Menganjurkan keluarga pendamping untuk melakukan stimulasi puting susu bila kontraksi tidak baik
2. Melakukan prosedur asuhan persalinan normal
 - a. Melakukan persiapan pertolongan persalinan
 - b. Melakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah
 - c. Melakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal
 - d. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap
 - e. Menganjurkan ibu untuk minum – minuman yang manis saat his berkurang
 - f. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman bagi dirinya untuk meneran kecuali posisi berbaring terlentang.
 - g. Melakukan bimbingan untuk meneran dengan baik dan benar.
 - h. Melahirkan kepala setelah kepala bayi membuka vulva 5 – 6 cm dengan cara lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan puncak kepala agar tidak terjadi fleksi yang terlalu cepat dan membantu lahirnya kepala.
 - i. Memeriksa lilitan tali pusat pada leher bayi.
 - j. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

- k. Melahirkan bahu secara biparietal.
- l. Melahirkan badan bayi dengan tangan kanan menyanggah kepala lengan dan siku sebelah bawah dan gunakan tangan kiri untuk memegang lengan dan siku atas.
- m. Melahirkan seluruh tungkai bayi dengan tangan kiri menelusuri punggung hingga tungkai.
- n. Melakukan penilaian tangisan bayi, pernapasan, pergerakan dan warna kulit bayi dan letakkan bayi diatas perut ibu.
- o. Mengeringkan bayi diatas perut ibu.

Kala III Persalinan

S :

Menanyakan kepada ibu perasaan dan keluhan ibu sekarang.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum perlu dikaji lebih lanjut yaitu kesadaran dan nadi.

2. Pemeriksaan Fisik

Pada inspeksi di genetalia tampak tali pusat memanjang, tampak semburan darah mendadak dan singkat. Pada palpasi di abdomen teraba tinggi fundus berada diatas pusat (JNPK – KR, 2008)

3. Data bayi

Bayi lahir tanggal : Jam :

Jenis kelamin :

Hasil penilaian selintas :

- a. Apakah bayi cukup bulan ?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- c. Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan?
- d. Apakah bayi bergerak dengan aktif ? (JNPK – KR, 2008)

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ parturient kala III persalinan normal

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

Melanjutkan intervensi APN :

1. Mengecek kehamilan tunggal.
2. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.
3. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
4. Melakukan Manajemen Aktif Kala III
 - a. Memberikan suntik oksitosin.
 - b. Melakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)
 - c. Melahirkan plasenta
 - d. Melakukan masase fundus uteri selama 15 detik
5. Memeriksa kelengkapan plasenta

Kala IV Persalinan

S :

Menanyakan kepada ibu mengenai keluhan dan persaan ibu saat ini

O :

1. Pemeriksaan umum

Kesadaran, tekanan darah, nadi dan pernapasan selama jam pertama pasca partus. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini adalah satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya dibawah 38⁰C.

2. Pemeriksaan fisik

Pada inspeksi abdomen tampak mengecil, pada genetalia ada atau tidak ada laserasi, tidak ada memar ataupun hematoma. Pada palpasi abdomen teraba uterus di tengah – tengah abdomen, teraba uterus membulat keras.

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ kala IV persalinan normal

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

Melanjutkan Intervensi APN

1. Mengevaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum
2. Melakukan penjahitan jika terdapat laserasi yang mengakibatkan perdarahan
3. Melakukan pemantauan kala IV

Memeriksa kembali tanda – tanda vital dan kandung kemih ibu tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua

4. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi uterus
5. Melakukan pencegahan infeksi sesuai standar pencegahan infeksi.
 - a. Menempatkan semua peralatan bekas pakai di dalam larutan klorin 0,5%, rendam selama 10 menit. Cuci dan bilas setelah dekontaminasi.
 - b. Membuang benda – benda yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang telah di tentukan.
 - c. Membersihkan ibu dengan air DTT dan mengganti pakaian ibu dengan pakaian bersih dan kering.
 - d. Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 % dan mencucinya dengan air DTT.
 - e. Mencilupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan merendamnya secara terbalik.
 - f. Mencuci kedua tangan dengan sabun di bawah air mengalir.
 - g. Memastikan ibu merasa nyaman dan anjurkan suami untuk memberikan makanan dan minuman yang diinginkan

6. Melengkapi partograf.

Perencanaan Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

S :

Mendeteksi dini adanya komplikasi komplikasi yang diderita bayi baru lahir.

O :

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum, tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu), antropometri (berat badan, panjang badan, lengkar kepala, lingkar dada)

2. Pemeriksaan fisik

Meliputi kepala, ubun – ubun, mata, hidung, telinga, mulut, leher, dada, abdomen, punggung, genetalia, anus, lanugo, verniks, ekstremitas serta refleks neurologis.

A :

Diagnosa : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia....

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

1. Melakukan pencegahan kehilangan panas tubuh bayi.

2. Melakukan pencegahan infeksi.

3. Lakukan perawatan tali pusat.
4. Memberikan profilaksis mata dalam bentuk obat tetes mata kira – kira 1 jam setelah kelahiran (setelah masa interaksi orang tua bayi).
5. Menjaga personal hygiene bayi
6. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
7. Memberikan Neo – K (Phytomenadione) dengan dosis 1 mg atau 0,5 cc secara IM (pada paha sebelah kiri)
8. Memberikan imunisasi HB 0 atau vaksin Hepatitis B.
9. Menunda untuk memandikan bayi.
10. Mencatat waktu dan karakteristik urine serta feses yang pertama kali keluar.
11. Memberikan KIE tentang menyusui.
12. Melakukan rawat gabung.

Perencanaan Asuhan Kebidanan Ibu Nifas

S :

Menyakan keluhan utama ibu saat ini dan perasaannya

O :

1. Pemeriksaan umum

Meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu).

2. Pemeriksaan fisik

Mulai dari kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, leher, dada, payudara, abdomen (TFU dan kontraksi uterus), genitalia (perdarahan dan luka jahitan bila ada), anus, ekstremitas.

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ nifas normal..... jam/hari ke....

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

Disesuaikan dengan temuan yang didapat saat kunjungan.

Perencanaan Asuhan Kebidanan Neonatus

S :

Menanyakan keluhan utama yang sering dijumpai oleh neonatus diantaranya sariawan/jamur pada mulut (*oral thrush*), muntah, gumoh, ruam popok, kuning atau ikterus.

O :

1. Pemeriksaan umum

Terdiri dari kesadaran, tanda – tanda vital (nadi, pernafasan, suhu)

2. Pemeriksaan fisik

Meliputi kepala, ubun – ubun, mata, hidung, telinga, mulut, leher, dada, abdomen, punggung, genitalia, anus, lanugo, verniks, ekstremitas serta refleks neurologis.

A :

Diagnosa : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia....
hari

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada pendamping pasien.
2. Menjaga kehangatan bayi.
3. Menjelaskan ibu cara pencegahan infeksi.
4. Menjelaskan ibu cara perawatan tali pusat.
5. Memberikan KIE personal hygiene bayi/balita/anak
6. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai kebutuhan nutrisi
7. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya pemberian imunisasi
8. Memperhatikan tanda – tanda stress dingin (misalnya peka rangsangan, pucat, belang, distres pernapasan, tremor, letargi dan kulit dingin)

9. Menjelaskan kepada orang tua untuk tidak meninggalkan bayi di dalam ruangan sendirian dan ruangan yang datar tanpa penghalang.

Perencanaan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

S :

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.

O :

1. Pemeriksaan umum

Meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasa dan suhu).

2. Pemeriksaan fisik

Mulai dari kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, leher, dada, payudara, abdomen, dan ekstremitas.

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ usia....dengan akseptor KB....

Masalah :

Diagnosa Potensial :

Masalah Potensial :

Kebutuhan Segera :

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu.
2. Menjelaskan mengenai macam – macam alat kontrasepsi.
3. Membantu ibu untuk menentukan alat kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi ibu saat ini.

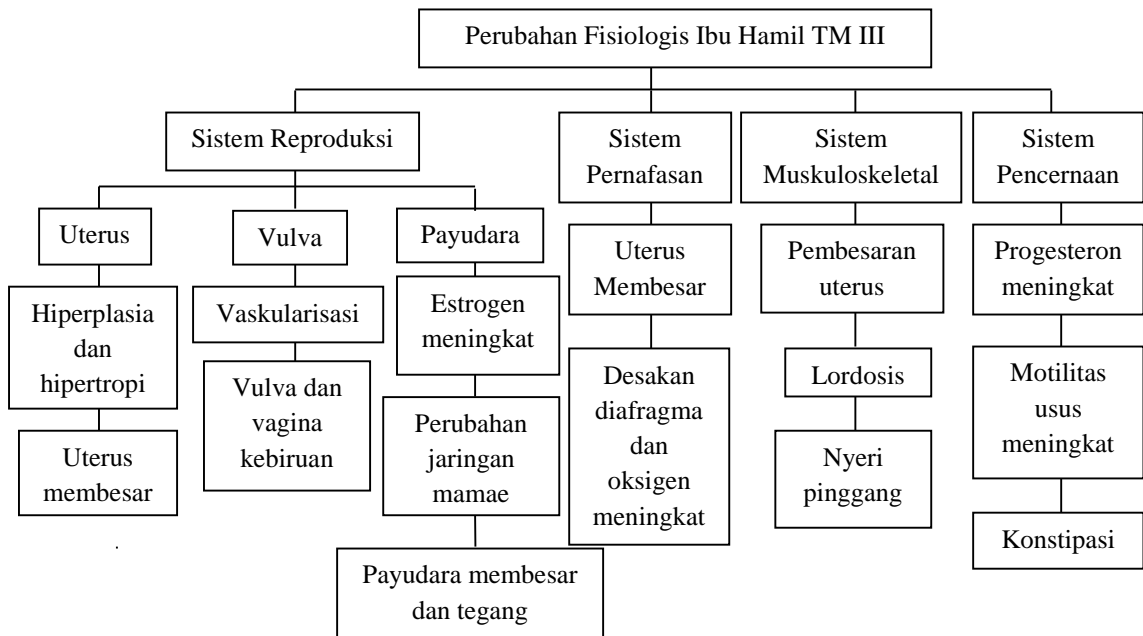
D. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitas atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai lahirnya bayi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester ke – 1 berlangsung dalam 12 minggu, trimester ke – 2 dalam 15 minggu (minggu ke – 13 hingga minggu ke – 27) dan trimester ke – 3 dalam 13 minggu (minggu ke – 28 hingga minggu ke – 40) (Saifuddin, 2010).

b. Perubahan Fisiologis Trimester III



Gambar 2.1 : Skema perubahan fisiologis ibu hamil TM III

Keterangan :

Perubahan yang terjadi pada ibu hamil trimester III : 1) sistem reproduksi antara lain uterus mengalami hiperplasia dan hipertropi sehingga uterus membesar, vulva terjadi vaskularisasi menyebabkan vulva dan vagina kebiruan, dan payudara akibat peningkatan estrogen menyebabkan perubahan jaringan mammae sehingga payudara membesar dan tegang, 2) sistem pernafasan akibat dari uterus yang membesar terjadi desakan diafragma dan oksigen meningkat, 3) sistem musculoskeletal akibat dari pembesaran uterus terjadi lordosis sehingga terjadi nyeri pinggang, 4) sistem pencernaan akibat peningkatan progesterone menyebabkan motilitas usus sehingga terjadi konstipasi.

c. Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

1) Nutrisi

Menurut Kusmiyati (2009), gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan minum cukup cairan (menu seimbang).

2) Asam folat

Asam folat berguna untuk membantu produksi sel darah merah, sintesis DNA pada janin dan pertumbuhan plasenta. Pemberian multivitamin saja tidak terbukti efektif untuk menegah kelainan neural. Minimal pemberian suplemen asam folat dimulai dari 2 bulan sebelum konsepsi dan berlanjut hingga 3 bulan pertama kehamilan.

3) Energi

Kebutuhan energi ibu hamil adalah 285 kalori untuk proses tumbuh kembang janin dan perubahan pada tubuh ibu. Sumber makanan yaitu nasi, roti, mie, ubi, jagung, kentang, dan lain – lain.

4) Protein

Pembentukan jaringan baru dari janin dan untuk tubuh ibu di butuhkan protein sebesar 910 gram dalam 6 bulan terakhir kehamilan. Dibutuhkan tambahan 12 gram protein sehari untuk ibu hamil. Sumber makanan yaitu daging, ikan, telur, ayam, kacang – kacangan, tahu dan tempe.

5) Zat besi

Pemberian suplemen tablet zat besi secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah dan sintesa darah otot. Setiap tablet besi mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet selama hamil. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tannin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi. Sumber makanan yaitu daging, sayuran, hati, bayam, kangkung, daun pepaya, daun katuk.

6) Kalsium

Untuk pembentukan tulang dan gigi bayi, kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 gram sehari. Sumber makanan yaitu susu, ikan teri, sayuran hijau, kacang – kacangan.

d. Ketidaknyamanan pada Kehamilan

Menurut Kusmiyati (2009) ketidaknyamanan merupakan suatu persaan yang tidak menyenangkan bagi kondisi ataupun mental pada ibu hamil. Macam – macam ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil trimester III yaitu :

1) Sesak nafas

Hal ini disebabkan karena uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Penanganan posisi badan bila tidur menggunakan ekstra bantal (Varney, 2007).

2) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami disebabkan karena tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan ini menyebabkan wanita merasa perlu untuk berkemih (Varney, 2007). Penanganannya dengan menjelaskan mengapa hal tersebut terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga ibu hamil tidak perlu bolak – balik ke kamar mandi pada saat tidur malam (Varney, 2007).

3) Kram tungkai

Kram tungkai diperkirakan disebabkan oleh gangguan asupan kalsium yang tidak adekuat. Dugaan lainnya adalah karena uterus yang membesar memberi tekanan baik pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi, atau pada saraf sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Varney, 2007).

4) Oedema

Oedema akibat gangguan sirkulasi vena pada ekstremitas bagian bawah yang disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena – vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat berada dalam posisi terlentang (Varney, 2007). Penanganannya dengan hindari menggunakan pakaian ketat, elevasi kaki secara teratur sepanjang hari, posisi menghadap ke samping saat berbaring, penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan vena – vena panggul.

e. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda – tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan (Kusmiyati, 2009) :

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang – kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri.

2) Sakit kepala yang hebat

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

berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre – eklamsi.

3) Penglihatan kabur

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

4) Nyeri perut hebat

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

5) Bengkak di wajah dan jari – jari tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak

bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

6) Keluar cairan pervaginam

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

7) Gerakan janin tidak terasa.

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

f. Asuhan Antenatal Standar 10 T (Depkes RI, 2009)

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan, 2) Pemeriksaan tekanan darah, 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas), 4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri), 5) Tentukan presentasi janin dan

hitung denyut jantung janin (DJJ), 6) Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) lengkap, 7) Pemberian tablet besi (tablet Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan, 8) Tes terhadap penyakit menular seksual, 9) Temu wicara, 10) Tatalaksana kasus.

g. Standar Asuhan Kebidanan dan Kewenangan Bidan Dalam Kehamilan

1) Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota masyarakat agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilan sejak dini secara teratur.

2) Standar 4 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesa dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal risiko tinggi/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, penyakit menular infeksi (PMS)/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas.

3) Standar 5 : Palpasi Abdomen

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan dan bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin

dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4) Standar 6 : Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan.

5) Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

6) Standar 8 : Persiapan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester III, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba – tiba terjadi keadaan gawat darurat.

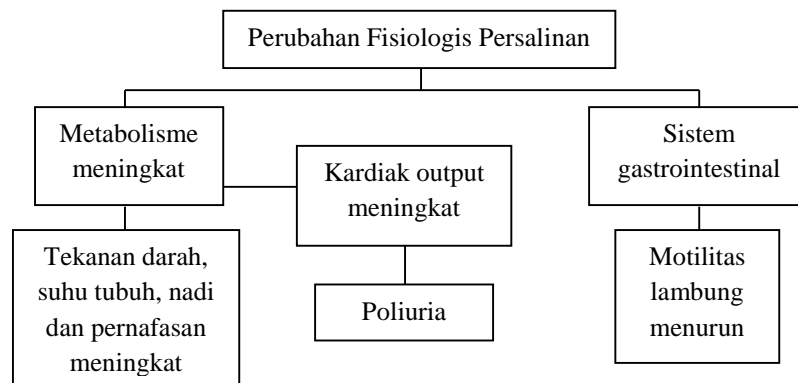
Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 10 ayat 2 (a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan konseling pada masa pra kehamilan, ayat (2b) pelayanan antenatal pada kehamilan normal dan ayat (2f) pelayanan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

2. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Pengertian Persalinan

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. Perubahan Fisiologis Persalinan



Gambar 2.2 : Skema Perubahan Fisiologis Persalinan

Keterangan :

Perubahan fisiologis persalinan : 1) metabolisme yang meningkat menyebabkan tekanan darah, suhu tubuh, nadi dan pernafasan meningkat, selain itu kardiak output yang meningkat menyebabkan terjadi poliuria, 2) sistem gastrointestinal menyebabkan motilitas lambung menurun.

c. Perubahan Psikologis Persalinan

1) Kala I

Pada ibu primi bahkan multi terkadang bereaksi berlebihan terhadap persalinan awal dengan terlalu banyak member perhatian

pada kontraksi, menjadi tegang, cemas atau perasaan aneh terhadap tubuh. Sebagian besar wanita mengalami perasaan tidak enak atau gelisah atau ketidakmampuan untuk merasa nyaman dalam posisi apa pun dalam waktu lama (Varney, 2007).

2) Kala II

Pada fase peralihan dari kala I ke kala II ditandai dengan sensasi yang kuat dan kebingungan mengenai apa yang harus dilakukan. Untuk beberapa wanita desakan mengejan merupakan salah satu aspek memuaskan sedangkan untuk yang lainnya merasakan desakan mengejan dirasa mengganggu dan menyakitkan (Varney, 2007).

3) Kala III

Sesudah bayi lahir, akan ada masa tegang yang singkat kemudian rahim kembali berkontraksi sehingga ibu perlu melanjutkan relaksasi dan pernafasan terpola karena rahim kadang – kadang mengalami kram yang hebat pada bayi sehinggahampir tidak menyadari terjadinya tahap ketiga ini (Varney, 2007).

4) Kala IV

Pada tahap ini ibu merasakan bahagia, lega atau bahkan *euforia* dengan bayi dan rasa terima kasih kepada orang – orang yang telah membantu. Sebaliknya ibu membutuhkan sedikit waktu untuk menyesuaikan diri terhadap kenyataan bahwa ia tidak lagi dalam persalinan, keadaan tidak hamil dan sudah menjadi seorang ibu (Varney, 2007).

d. Tahapan Persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini berlangsung kurang lebih 18 – 24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Sumarah, 2009).

a) Fase laten berlangsung kurang lebih 8 jam dari pembukaan serviks 0 cm sampai 3 cm.

b) Fase aktif ini masih terbagi menjadi 3 fase lagi, yaitu :

(1) Fase akselerasi, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, (2) Fase dilatasi maksimal, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, (3) Fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

2) Kala II

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, vulva – vagina dan sfingter ani membuka, e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Pada kala ini his terkoordinir cepat dan lebih lama, kira – kira 2 – 3 menit sekali kepala janin telah masuk keruangan panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengedan karena, tekanan pada rectum, ibu ingin seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka.

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III adalah 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.

4) Kala IV (2 jam postpartum)

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 episiotomi perineum), e) Evaluasi keadaan umum ibu.

e. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

- 1) Tenaga (*Power*) adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan meliputi : a) His (kontraksi otot rahim), b) Kontraksi otot dinding perut, c) Kontraksi dengan diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, d) Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum (Manuaba, 2009).
- 2) Janin dan plasenta (*Passenger*) keadaan janin meliputi letak janin dan presentasi. Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam (Manuaba, 2009).
- 3) Jalan lahir (*Passage*) yang paling penting dan menentukan proses persalinan adalah pelvis minor, yang terdiri dari susunan tulang yang kokoh dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Jalan lahir adalah pelvis minor atau panggul kecil. Panggul kecil ini terdiri dari pintu atas panggul, bidang terluas panggul, bidang sempit panggul dan pintu bawah panggul (Manuaba, 2009).
- 4) Psikologis ibu dalam persalinan akan sangat mempengaruhi daya kerja otot – otot yang dibutuhkan dalam persalinan baik itu yang otonom maupun yang sadar. Jika seorang ibu menghadapi persalinan untuk ibu tersebut. Namun jika ia merasa tidak ingin ada kehamilan dan persalinan, maka hal ini akan menghambat proses persalinan (Manuaba, 2009).
- 5) Penolong. Dalam persalinan, ibu tidak mengerti apa yang dinamakan dorongan ingin mengejan asli atau palsu. Untuk itu, seorang bidan

dapat membantunya mengenali tanda gejala persalinan sangat dibutuhkan. Tenaga ibu akan menjadi sia – sia jika saat untuk mengejan yang ibu lakukan tidak tepat (Manuaba, 2009).

e. Mekanisme Persalinan

Dalam mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu : (Sumarah, 2009).

- 1) Penurunan, pada primipara kepala janin turun ke rongga 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 di hodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipitobregmatika (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 tahananannya 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 di dasar 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) Ekspulsi 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).

f. Asuhan Persalinan Normal

Dalam melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman sesuai standar APN maka dirumuskan 58 langkah APN dalam JNPK – KR (2008), sebagai berikut :

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II.
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul dan memasukkan spuit steril ke dalam wadah partus set.
- 3) Memakai alat pelindung diri.
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

- 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali kedalam wadah partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan dari vulva ke perineum.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Menceleupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% dan membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok dan mengambil posisi nyaman, jika ibu merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat bagian 1/3 bawah bokong ibu.
- 17) Membuka partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan bayi pada perut ibu.
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putar paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melakukan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tangan kanan menyusuri tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara lutut janin).
- 25) Melakukan penilaian selintas :
 - a. Apakah bayi cukup bulan ?

- b. Apakah air ketuban jernih/bercampur mekonium ?
 - c. Apakah bayi menangis kuat/bernafas tanpa kesulitan ?
 - d. Apakah bayi bergerak aktif ?
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan membiarkan bayi di atas perut ibu.
 - 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
 - 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
 - 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuscular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
 - 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
 - 31) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara dua klem tersebut.
 - 32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati – hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 37) Melakukan peregangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).
- 38) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati – hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).
- 40) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan

kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia.

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 44) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotikprofilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
- 45) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.
- 50) Memeriksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.

- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 52) Buang bahan – bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Melengkapi partograf.

g. Standar Asuhan Kebidanan dan Wewenang Bidan dalam Asuhan Persalinan

1) Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah menilai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

2) Standar 10 : Asuhan Persalinan Kala II yang Aman

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

3) Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

Bidan melakukan pegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

4) Standar 12 : Penanganan Kala II dengan Gawat Janin melalui Episiotomi

Bidan mengenali secara tepat tanda – tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

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

3. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir

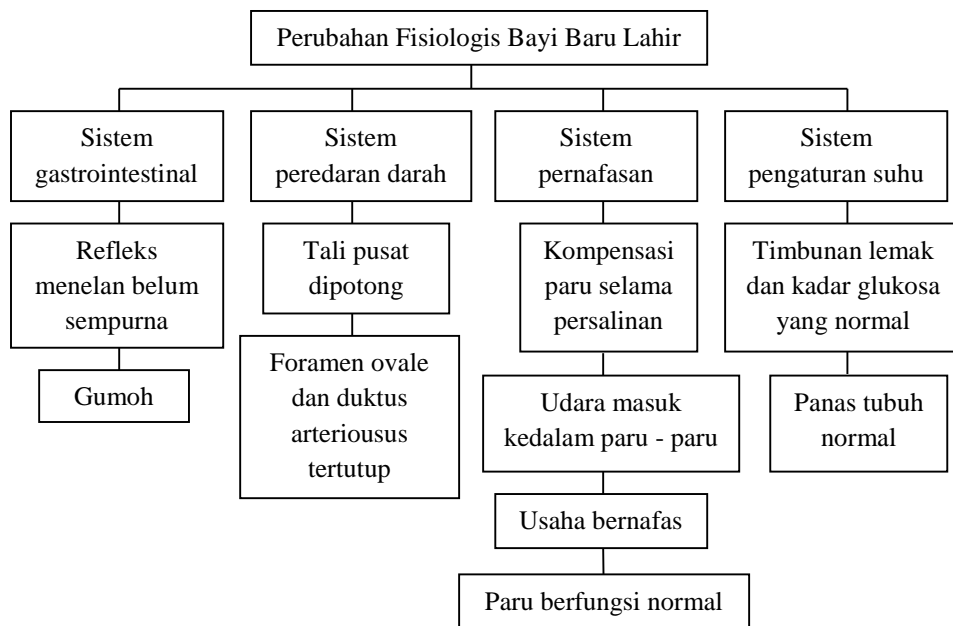
a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Depkes RI, 2012).

b. Tanda – Tanda Bayi Lahir Normal

1) Berat badan 2500 – 4000 gram, 2) Panjang badan 48 – 52, 3) Lingkar dada 30 – 33, 4) Lingkar kepala 33 – 35, 5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit, 6) Pernapasan \pm 60 – 40 kali/menit, 7) Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup, 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, 9) Kuku agak panjang dan lemas, 10) Genitalia (Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora sedangkan laki – laki testis sudah turun, skrotum sudah ada), 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, 12) Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, 13) Reflek graps atau menggenggam sudah baik, 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Marmi, 2014).

c. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir



Gambar 2.3 : Skema Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

Keterangan :

Perubahan fisiologis bayi baru lahir : 1) sistem gastrointestinal refleks menelan belum sempurna sehingga sering terjadi gumoh, 2) sistem peredaran darah akibat dari pemotongan tali pusat menyebabkan foramen ovale dan duktus arteriosus tertutup, 3) sistem pernafasan kompensasi paru selama persalinan menyebabkan udara masuk ke dalam paru – paru menyebabkan usaha nafas sehingga paru berfungsi normal, 4) sistem pengaturan suhu jika timbunan lemak dan kadar glukosa normal sehingga panas tubuh normal.

d. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi seperti berikut : a) Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi, b) Pakai sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan, c) Semua peralatan dan perengkapan yang akan di gunakan telah di DTT atau steril. Khusus untuk bola karet penghisap lender jangan dipakai untuk lebih dari satu bayi, d) Handuk, pakaian atau kain yang akan digunakan dalam keadaan bersih (demikian juga dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan lain – lain), e) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK – KR, 2008).

2) Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah lahir lakukan penilaian awal secara cepat dan tepat (0 – 30 detik) membuat diagnosa untuk dilakukan asuhan berikutnya, yang dinilai (Sukarni, 2013) : a) Usaha nafas bayi

menangis keras ?, b) Warna kulit sianosis atau tidak ?, c) Gerakan aktif atau tidak ?

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

Tabel 2.6
Apgar Score

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

(Sumber : Sumarah, 2009)

3) Memotong dan merawat tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil maka lakukan pengikatan pada tali pusat, yang pertama dilakukan adalah mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam klorin 0,5 % untuk membersihkan dari darah dan sekret lainnya. Kemudian bilas dengan air DTT, lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering.

Ikut tali pusat 1 cm dari perut bayi (pusat). Gunakan benang atau klem plastik DTT/steril. Kunci ikatan tali pusat dengan simpul mati

atau kuncikan penjepit plastik tali pusat. Kemudian selimuti bayi dengan menggunakan kain yang bersih dan kering. (Sumarah, 2009).

4) Mempertahankan suhu

Hipotermia sangat mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat (Sumarah, 2009).

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).

a) Kontak dini dengan ibu

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin, kontak dini diantara ibu dan bayi penting untuk (Saifuddin, 2006)

b) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir dengan memberikan ASI

h. Standar Asuhan dan Kewenangan Bidan pada Bayi Baru Lahir

Menurut Permenkes RI Nomor RI 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 11 ayat 2 dikatakan bahwa bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk : 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusu dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0 – 28 hari) dan perawatan tali pusat, 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dengan segera merujuk, 3) Penanganan

keawat – darurat, dilanjutkan dengan perujukan, 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah, 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan pra sekolah, 6) Pemberian konseling dan penyuluhan, 7) Pemberian surat keterangan lahir, 8) Pemberian keterangan kematian.

Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

4. Konsep Dasar Masa Nifas

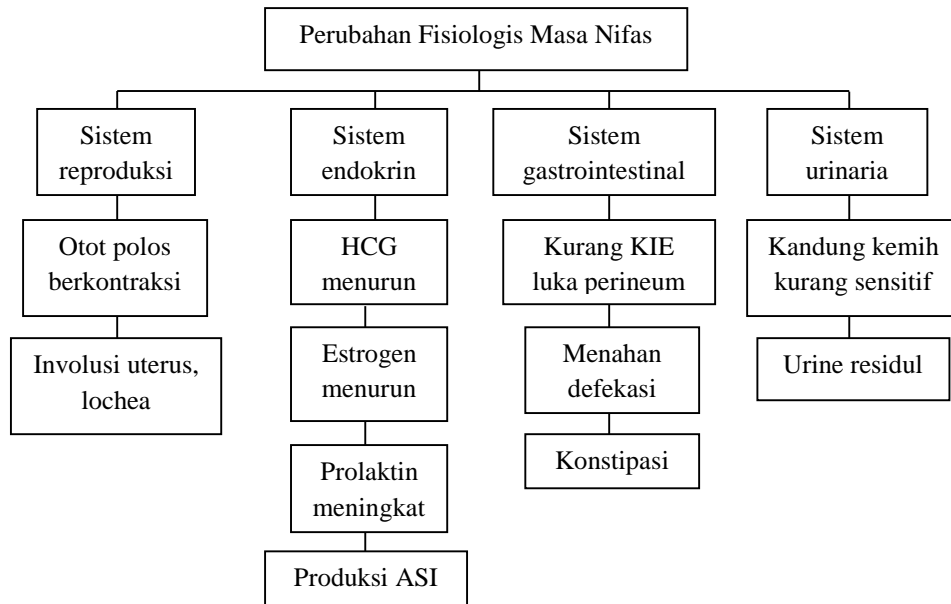
a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Suherni, 2009).

b. Tahapan Dalam Masa Nifas

1) Puerperium dini (*immediate puerperium*) saat 0 – 24 jam postpartum, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperolehkan berdiri dan berjalan – jalan, 2) Puerperium Intermedial (*early puerperium*) saat 1 – 7 hari postpartum, 3) Remote Puerperium (*later puerperium*) saat 6 – 8 minggu postpartum (Suherni, 2009).

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas



Gambar 2.4 Skema Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Keterangan :

Perubahan fisiologis masa nifas : 1) sistem reproduksi otot polos yang berkontraksi menyebabkan involusi uterus dan lochea, 2) sistem endokrin akibat HCG menurun hormone estrogen pun menurun menyebabkan prolaktin meningkat dari terjadi produksi ASI, 3) sistem gastrointestinal kurangnya KIE mengenai luka perineum sehingga ibu menahan defekasi menyebabkan konstipasi, 4) sistem urinaria kandung kemih yang kurang sensitive menyebabkan urine residul.

d. Kebijakan Program Pemerintah dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Pemerintah melalui departemen kesehatan juga telah memberikan kebijakan dalam hal ini sesuai dengan dasar kesehatan pada ibu masa nifas, yakni paling sedikit 4 kali kunjungan pada masa nifas.

Adapun frekuensi kunjungan, waktu dan tujuan kunjungan tersebut dipaparkan sebagai berikut :

Tabel 2.7
Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 jam PP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan berlanjut. 3. Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal, 1 jam setelah IMD (Inisiasi Menyusui Dini) berhasil dilakukan. 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama sudah kelahiran atau sampai bayi dan ibu dalam keadaan stabil
2	6 hari PP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uteri berjalan normal uterus berkontraksi fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit pada bagian payudara ibu 4. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.
3	2 minggu PP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus, berjalan normal uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari
4	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ibu

	minggu PP	atau bayi alami 2. Memberiakan konseling untuk menggunakan KB secara dini
--	--------------	---

Sumber : Suherni, 2010.

e. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Fase – fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas menurut Maritalia (2012) antara lain sebagai berikut :

1) Fase *Taking in* (hari ke – 1 sampai hari ke – 2 postpartum)

Merupakan fase ketergantungan dan pada fase ini ibu berfokus pada dirinya sendiri. Pada fase ini kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi.

2) Fase *Taking Hold* (hari ke – 3 sampai hari ke – 10 postpartum)

Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan dirinya dan bayinya.

3) Fase *Letting Go* (hari ke – 10 postpartum)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya.

f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Mobilisasi

Dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini setelah 2 jam postpartum. Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan :

- a) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium,
- b) Mempercepat involusi alat kandungan,
- c) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan,
- d) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

Karena telah bersalin ibu harus beristirahat, tidur terlentang selama 2 jam postpartum kemudian boleh miring – miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Lalu ibu diperbolehkan duduk dan jalan – jalan (Prawirohardjo, 2009)

2) Diet makanan

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur – sayuran dan buah – buahan (Prawirohardjo, 2009).

3) Miksi

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang – kadang wanita mengalami sulit kencing, dikarenakan sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan. Jika kandung kemih ibu postpartum penuh dan mengalami kesulitan untuk buang air kecil, maka dapat dilakukan kateterisasi (Prawirohardjo, 2009).

4) Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3 – 4 hari postpartum. Jika mengalami kesulitan dapat diberikan obat laksans per oral atau per rektal (Prawirohardjo, 2009).

g. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya masa nifas meliputi : 1) Pengeluaran vagina yang baunya membusuk, 2) Rasa sakit dibagian bawah abdomen/punggung, 3) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik, 4) Gangguan masalah penglihatan/penglihatan kabur, 5) Pembengkakan di wajah atau tangan, 6) Demam, muntah, rasa sakit buang air kecil atau merasa tidak enak badan, 7) Payudara yang berubah menjadi merah, panas atau terasa sakit, 8) Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama, 9) Rasa sakit, merah, lunak, atau pembengkakan pada kaki, 10) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri, 11) Merasa sangat letih atau nafas terengah – engah (Prawirohardjo, 2009).

h. Standar Asuhan Kebidanan dan Kewenangan Bidan pada Masa Nifas

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 10 ayat (2d) pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan kesehatan normal.

1) Standar 14 : Penanganan pada 2 Jam Pertama Setelah Persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan

tentang hal – hal mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

2) Standar 15 : Pelayanan bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas meliputi kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikais yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang pelayanan kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

5. Konsep Dasar Teori Neonatus

a. Pengertian Neonatus

Masa neonatus adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 hari (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan (28 hari) sesudah lahir (Varney, 2007).

b. Pertumbuhan dan Perkembangan Neonatus

1) Sistem pernafasan

Pernafasan bayi dihitung dari gerakan diafragma atau gerakan abdominal. Pernafasan tersebut dihitung dalam waktu satu menit, yakni pada bayi baru lahir 35 x/menit (Kristiyanasari, 2010).

2) Jantung dan Sistem Sirkulasi

Frekuensi denyut jantung neonatal normal berkisar antara 100 – 180 x/menit waktu bangun, 80 – 160 x/menit saat tidur (Kristiyanasari, 2010).

3) Saluran pencernaan

Pada masa neonatal saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium (zat berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja transisional pada hari ketiga dan keempat yang berwarna coklat kehijauan.

4) Hepar

Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna. Enzim hepar belum aktif benar pada neonatal, (*Glukosa 6 Fosfat Dehidrogenase*) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatal memperlihatkan gejala *ikterus fisiologis*.

5) Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kilogram berat badan akan lebih besar. Setelah mendapat susu, sekitar hari ke – 6 suhu tubuh neonatal berkisar antara 36,5°C – 37,5°C. Pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada axilla atau pada rectal. Empat kemungkinan energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing – masing 60 – 40 %.

6) Suhu Tubuh

Mekanisme yang dapat menyebabkan kehilangan panas yaitu :

a) Konduksi, pemindahan panas dari tubuh bayi dihantarkan ke benda sekitar yang suhu lebih rendah melalui kontak langsung, b) Konveksi, panas yang hilang dari tubuh bayi ke udara sekitar yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara), c) Radiasi, panas yang dipancarkan dari bayi ke lingkungan yang lebih (pemindahan panas antara objek yang memiliki suhu berbeda), d) Evaporasi, panas yang hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

c. Kunjungan Neonatal

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, 2007).

Kunjungan neonatal (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan minimal 2 kali : 1) Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ke – 7 (sejak 6 jam setelah lahir), 2) Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai hari ke – 28 (Syafrudin, 2009).

d. 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 komprehensif, Manajemen Terpadu Bayi Muda untuk bidan/perawat, yang meliputi : 1) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah, 2) Perawatan tali pusat, 3) Pemberian vitamin K1 bila belum diberikan pada hari lahir, 4) Imunisasi Hepatitis B 0 bila belum diberikan pada saat lahir, 5) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA.

e. Standar Asuhan Kebidanan dan Kewenangan Bidan pada Neonatus

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

1. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermia, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0 – 28 hari) dan perawatan tali pusat,
2. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dengan segera merujuk,
3. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan,
4. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah,
5. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan pra sekolah,

6. Pemberian konseling dan penyuluhan, 7. Pemberian surat keterangan lahir, 8. Pemberian keterangan kematian.

6. Kosep Dasar Teori Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Kontrasepsi adalah usaha – usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha – usaha itu dapat bersifat sementara, dapat juga bersifat permanen (Wiknjosastro, 2006).

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Saifuddin, 2012).

b. Macam – Macam Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi (Saifuddin, 2012) antara lain :

Metode kontrasepsi untuk menunda dan menjarangkan kehamilan

1) Kontrasepsi sederhana tanpa alat

a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat digunakan apabila menyusui secara penuh 8 x sehari, umur bayi kurang dari 6 bulan. Efektif sampai 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian kontrasepsi lainnya. Keuntungan dari MAL adalah segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak efek samping

secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat/alat, tanpa biaya.

Yang seharusnya tidak menggunakan MAL adalah sudah mendapat haid setelah bersalin, tidak menyusui secara efektif, bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

b) Senggama Terputus

Kontrasepsi yang paling tua. Senggama dilakukan sebagaimana biasa, tetapi pada puncak senggama alat kemaluan pria dikeluarkan dari liang vagina dan sperma dikeluarkan diluar. Cara ini tidak dianjurkan karena sering gagal karena suami belum tentu tahu kapan spermanya keluar.

c) Pantang Berkala (Sistem Berkala)

Dilakukan dengan tidak melakukan senggama pada saat istri dalam masa subur. Selain sebagai sarana agar cepat hamil, kalender juga difungsikan untuk sebaliknya alias mencegah kehamilan. Cara ini kurang dianjurkan karena sukar dilaksanakan dan membutuhkan waktu lama untuk 'puasa'. Selain itu, kadang juga istri kurang terampil dalam menghitung siklus haidnya setiap bulan.

2) Kontrsepsi sederhana dengan alat

a) Kondom

Suatu kantung karet tipis, biasanya terbuat dari lateks, tidak berpori, dipakai untuk menutupi penis yang berdiri (tegang)

sebelum dimasukkan ke dalam liang vagina. Manfaat pemakaian kontrasepsi kondom adalah tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus, metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

b) Diafragma

Kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Jenis kontrasepsi diafragma adalah *flat spring (flat metal band)*, *coil spring (coiled wire)*, *arching spring*.

c) Spermisida

Bahan kimia (non oksinol-9) digunakan untuk menon-aktifkan atau membunuh sperma. Cara kerja kontrasepsi spermisida yaitu menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

d) KB Suntik

Cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal.

(1) KB Suntik 1 Bulan (Kombinasi)

Mengandung 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg esestradiol sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan

sekali (Cyclofem). Dan 50 mg roretindron enantat dan 5 mg estradional valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

Keuntungan KB suntik 1 bulan adalah mengurangi jumlah perdarahan, mengurangi nyeri haid, mencegah anemia, mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, mencegah kehamilan ektopik, melindungi klien dari jenis tertentu penyakit radang panggul.

Kerugian KB suntik 1 bulan adalah bulan – bulan pertama pemakaian terjadi mual, perdarahan berupa bercak diantara masa haid, sakit kepala dan nyeri payudara, tidak melindungi dari IMS dan HIV/AIDS, serta penambahan berat badan.

(2) KB Suntik 3 Bulan (Depo–provera)

Mengandung 6 – alfa – metrokspirogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progesterone yang kuat dan sangat efektif. Depo-provera sangat cocok untuk program postpartum karena tidak mengganggu laktasi.

Keuntungan KB suntik 3 bulan adalah menurunkan krisis anemia bulan sabit, mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil.

Kerugian KB suntik 3 bulan adalah siklus haid memendek atau memanjang, perdarahn yang banyak atau sedikit, *spotting*, tidak haid sama sekali, permasalahan berat badan,

terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

e) KB Pil

Merupakan obat pencegah kehamilan yang diminum. Jenis – jenis kontrasepsi pil, yaitu :

- (1) Pil kombinasi yang mengandung 2 hormon sintetis, yaitu hormon estrogen dan progestin. Pil gabungan mengambil manfaat dari cara kerja kedua hormone yang mencegah kehamilan, dan hampir 100 % efektif bila diminum secara teratur.
- (2) Pil progestin (pil mini) yang mengandung dosis kecil bahan progestin sintesis 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.

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

f) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) atau IUD (*Intra Uterin Device*)

Bagi banyak kaum wanita merupakan alat kontrasepsi yang terbaik. Bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar Air Susu Ibu (ASI).

g) Kontrasepsi Implant

Merupakan alat kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang di bawah kulit pada lengan atas, alat kontrasepsi ini disusupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam. Bentuknya semacam tabung – tabung kecil atau pembungkus plasti berongga dan ukurannya sebesar batang korek api.

Metode Kontrasepsi untuk Menghentikan Kehamilan

1) Tubektomi

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

2) Vaksektomi

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

c. Standar Asuhan Kebidanan dan Kewenangan Bidan pada Alat Kontrasepsi

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 13 ayat 1 (a) yakni

bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit. Pada pasal 12 (b) bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana untuk memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan penelitian itu (Nasution, 2007).

Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Menurut Notoatmodjo (2010), penelitian deskriptif adalah suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memberikan gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Penelitian deskriptif ditujukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan fenomena – fenomena yang ada, baik fenomena yang bersifat alamiah atau rekayasa manusia.

B. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini berlokasi di wilayah kerja Puskesmas Mekar Sari Kota Balikpapan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada semester genap tahun ajaran 2016 yaitu antara bulan Mei 2016 sampai dengan bulan Juli 2016.

C. Subyek Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi (Amirin, 2009). Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau tanpa faktor risiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatus serta calon akseptor kontrasepsi.

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam LTA ini adalah ibu hamil G₂P₁₀₀₁ dengan usia kehamilan 35 minggu 1 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah – langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik yang digunakan (Nursalam, 2008). Teknik pengumpulan data yang akan digunakan adalah :

a. Data primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2012). Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

1) Wawancara

Menurut Soendari (2011), wawancara merupakan salah satu teknik pengamatan data yang dilakukan melalui komunikasi verbal dengan

cara melakukan Tanya jawab baik langsung atau tidak langsung dengan responden.

2) Pemeriksaan fisik, yaitu dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan asuhan yang dilakukan.

3) Observasi

Menurut Nursalam (2008) observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu. Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Sugiyono, 2012).

Data sekunder dikumpulkan melalui data yang diperoleh dari catatan medis klien yang berupa buku KIA, kohort ibu dan kohort bayi.

2. Analisis data

Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Sugiyono, 20012).

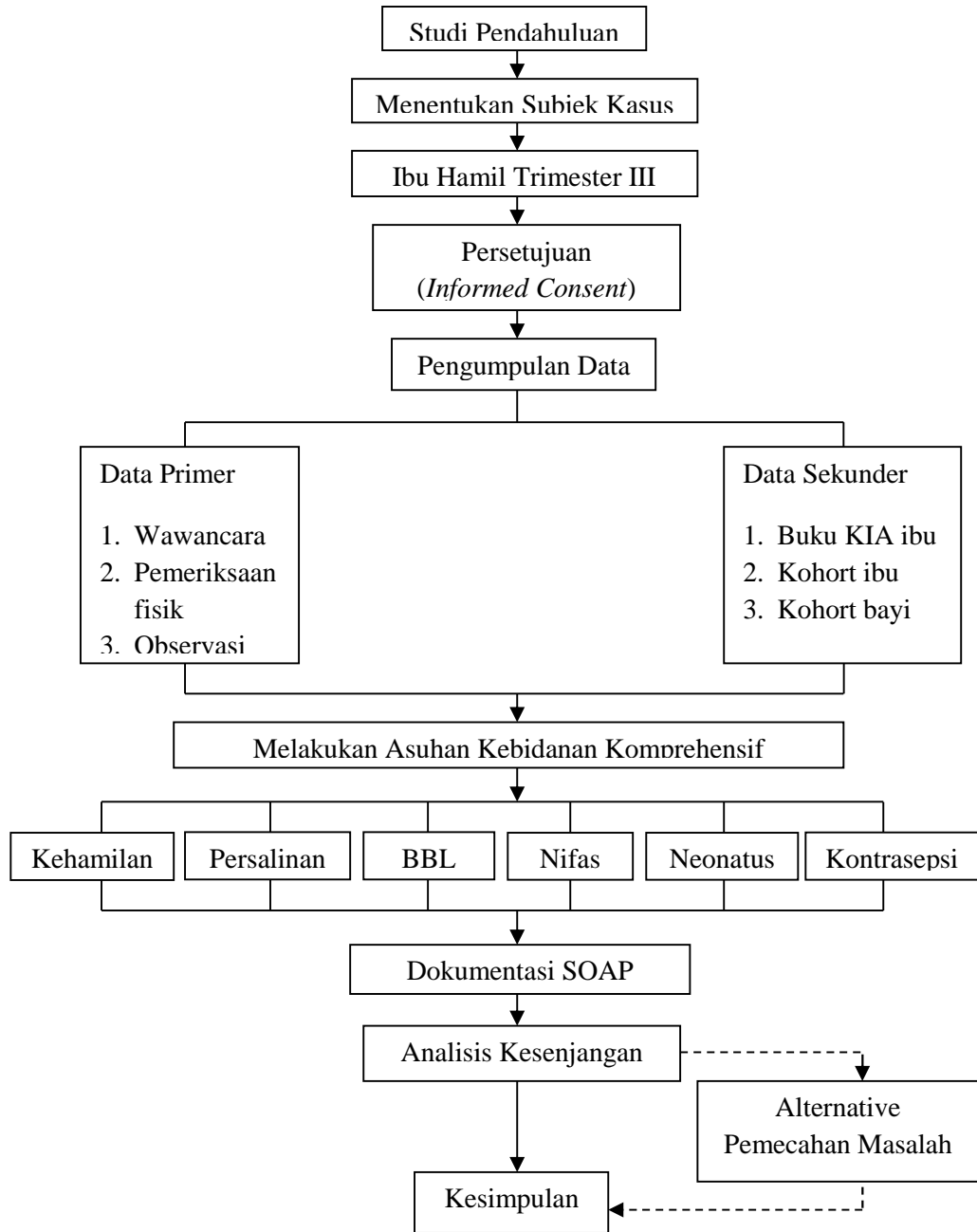
Analisis data yang digunakan pada penelitian ini mengubah data hasil penelitian menjadi suatu informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan adalah menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam keinginannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Arikunto, 2010).

Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi (lembar balik, partograf, kohort ibu dan kohort bayi), wawancara (format pengkajian), implementasi (alat pemeriksaan fisik bidan kit, partus set dan heating set).

F. Kerangka Kerja



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Laporan Studi Kasus

G. 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 Sugiyono (2012) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah – langkah :

1. *Respect for persons*

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

2. *Beneficence dan non maleficence*

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

3. Justice

Prinsip justice menekankan adanya keseimbangan antara manfaat dan risiko bila ikut serta dalam penelitian. Selain itu pada saat seleksi subjek penelitian harus adil dan seimbang, berkaitan langsung dengan masalah yang akan diteliti dan tidak ada unsur manipulatif. Pemberi asuhan juga harus member perhatian secara khusus kepada subjek penelitian sebagai *vulnerable subjects*.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke – I

Tanggal/waktu pengkajian : 12 Mei 2016/ Pukul : 11.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. A

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

a. Identitas/ Biodata

Nama klien : Ny. A

Nama suami : Tn. M. D.

Umur klien : 30 tahun

Umur suami : 31 tahun

Suku : Banjar

Suku : Sunda

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Pegawai Swasta

Alamat : Jalan Jend. A. Yani (gang Slamet) RT. 07 No. 10

b. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Bengkak pada kaki sejak usia kehamilan 35 minggu dan terdapat keputihan yang tidak berbau serta tidak gatal sejak usia kehamilan trimester III.

c. Riwayat Kesehatan Klien

1) Riwayat Kesehatan yang Lalu

Ibu mengatakan pernah menderita Kista Ovarium pada tahun 2005 dan dioperasi pada tahun 2005, serta tidak ada keluhan dari operasi yang pernah dilakukan.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu memeriksakan kehamilannya pertama kali di usia kehamilan 1 bulan di puskesmas dan dokter spesialis kandungan setiap bulan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Hingga saat ini ibu telah melakukan pemeriksaan kehamilannya sebanyak 8 kali. Ibu mulai merasakan pergerakan janin sejak usia kehamilan 5 bulan. Ibu sudah mendapatkan suntikan TT lengkap.

Ibu mengatakan pada kehamilan ini ibu pernah mengalami keluhan muntah pada masa awal kehamilannya, namun tidak terlalu berlebihan, rasa lelah pada usia trimester III, keputihan pada usia trimester III, serta bengkak di kaki pada trimester III (usia kehamilan 35 minggu). Selama hamil ibu mendapatkan obat – obatan seperti Fe, Kalk, vitamin B kompleks dan rutin meminumnya setiap hari sesuai anjuran.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny. A tidak ada yang sedang/memiliki riwayat penyakit lain seperti hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun, serta tidak ada riwayat keturunan kembar.

e. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. A adalah 6 September 2015, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 13 Juni 2016 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28 – 30 hari, lama haid 7 hari, banyaknya haid setiap harinya 4 kali ganti pembalut, warna darah merah, encer, kadang bergumpal. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid, namun dihari pertama menstruasi ibu mengalami dismenorrhea. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 13 tahun.

f. Riwayat Obstetrik

Anak ke –		Kehamilan		
No.	Tanggal lahir	Tempat Lahir	Masa Gestasi	Penyulit
1.	2010 (usia 6 tahun)	BPM	40 minggu	Tidak Ada
2.	Hamil ini			

Persalinan			Anak			
Jenis	Penolong	Penyulit	JK	BB	PB	Keadaan
Nomal, pervaginam	Bidan	Tidak Ada	Laki – laki	3250 gr	52 cm	Hidup
Hamil ini						

g. Riwayat Kontrasepsi

Sebelum hamil ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama 3 tahun, tidak ada keluhan selama penggunaan KB suntik 3 bulan, tempat mendapat KB suntik 3 bulan di puskesmas, ber – KB atas kemauan ibu dan suami, alasan ganti karena ingin merencanakan kehamilan ini.

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.	Pada trimester 3 ini ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 $\frac{1}{2}$ 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
Eliminasi	BAK sebanyak 4 – 5 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali/ hari konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.	BAK sebanyak 10 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali/hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 2 jam, ibu tidur pada malam hari 8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.	Ibu tidur siang \pm 2 jam/hari, pada hari – hari tertentu, Ibu tidur pada malam hari 7 – 8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak, sementara kegiatan diluar rumah tidak ada.	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak, sementara kegiatan diluar rumah tidak ada.
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	\pm 1 – 2 kali/minggu dan ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas	1 kali/sebulan sebelum TM III dan ibu tidak memiliki keluhan pola seksualitas.

i. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Ini merupakan pernikahan pertama, ibu menikah sejak usia 23 tahun, lama menikah \pm 7 tahun, status pernikahan sah. Ini merupakan kelahiran anak yang kedua. Kultural dalam keluarga ibu tidak memiliki adat istiadat ataupun tradisi yang dapat mempengaruhi kehamilan. Ibu taat dalam menjalankan ibadah seperti sholat 5 waktu.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. A baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,7⁰C; serta hasil pengukuran antropometri yaitu : tinggi badan 152 cm, berat badan sebelum hamil 40 kg, berat badan saat ini 51 kg (kenaikan berat badan sebanyak 11 kg) dan ukuran LILA 23 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak tampak adanya lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi rambut menyeluruh dan tampak bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat.

Mata : Tidak tampak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak tampak anemis, sklera tidak tampak ikterik dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Tampak bersih, tidak tampak polip dan peradangan tidak tampak pernafasan cuping hidung.

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

Leher : Tampak hiperpigmentasi, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae dan puting susu, puting susu tampak menonjol, tampak pembesaran, belum tampak pengeluaran ASI, tidak teraba massa/oedema dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris, tampak bekas luka operasi, tampak linea nigra.

Leopold I pada fundus teraba bagian lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong). TFU $\frac{1}{2}$ pusat – px (28 cm).

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

Leopold III pada segmen bawah rahim teraba bagian keras, bulat dan melenting serta bagian terbawah sebagian sudah masuk PAP.

Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen).

Auskultasi denyut jantung janin 138 x/menit.

Taksiran berat janin adalah $(28 - 11) \times 155 = 2635$ gram.

Genetalia : Tidak ada keluhan (tidak dilakukan pemeriksaan).

Anus : Tidak ada keluhan (tidak dilakukan pemeriksaan).

Ekstremitas :

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

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak varices, tidak tampak trombophlebitis, tampak oedema pada punggung kaki, kapiler refill baik, Homan sign positif, dan refleks patella positif.

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

a) Pemeriksaan darah : kadar hemoglobin darah 11 gr%

b) Pemeriksaan urine : tidak dilakukan pemeriksaan

2) Pemeriksaan USG

Pada tanggal 16 Mei 2016 didapatkan hasil usia kehamilan 35 – 36 minggu, kepala berada dibawah, plasenta tidak menutupi jalan lahir, air ketuban cukup dan tafsiran berat janin 2900 gram.

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 35 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin

Masalah :

a. Keputihan yang tidak gatal dan tidak berbau.

Dasar :

Ibu mengatakan mengalami keputihan tetapi tidak gatal, tidak berbau dan tidak mengganggu aktifitas.

b. Bengkak pada kaki.

Dasar :

Ibu mengatakan kakinya bengkak dan palpasi ekstremitas punggung kaki bengkak

c. ASI belum keluar.

Dasar :

Pada saat palpasi payudara ASI belum keluar.

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 12 Mei 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
11.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil dari pemeriksaan keadaan umum beserta tanda – tanda vital ibu dalam keadaan baik, dari pemeriksaan kesejahteraan	

	<p>janinnya dalam batas normal dan tafsiran berat janin adalah 2635 gram;</p> <p>Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.</p>	
11.40 WITA	<p>Memberitahu ibu cara mengatasi keputihan dengan sering mengganti pakaian dalamnya jika sudah merasa lembab/basah, menjaga kebersihan vagina dengan cara jika membasuh vagina dari arah vagina ke anus jangan melakukannya bolak balik agar kuman/bakteri dari anus masuk ke vagina yang akan menyebabkan keputihan yang patologis;</p> <p>Ibu telah mengerti cara mengatasi keputihan dan berjanji akan melakukannya.</p>	
11.50 WITA	<p>Memberitahu ibu cara mengatasi kaki bengkak dengan cara posisi kaki saat duduk tidak menggantung/menggunakan tumpuan saat duduk dan tidak berdiri terlalu lama karena dapat menyebabkan kaki menjadi bengkak;</p> <p>Ibu telah mengetahui cara mengatasi kaki bengkak dan akan melakukannya.</p>	
12.00 WITA	<p>Mengajarkan ibu perawatan payudara dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kompres puting susu dan area sekitarnya dengan menempelkan kapas hangat/lap yang dibasahi minyak. Bersihkan puting susu dan area sekitarnya dengan handuk kering yang bersih. Pegang kedua puting susu lalu tarik keluar bersama dan diputar dalam 20 kali, keluar 20 kali. Pangkal payudara dipegang kedua tangan lalu payudara di urut dari pangkal menuju puting susu sebanyak 30 kali. Kemudian pijat daerah areola sehingga keluar cairan 1 – 2 tetes untuk memastikan saluran susu tidak tersumbat. Memakai bra yang menopang payudara. <p>Ibu telah mengetahui perawatan payudara dan berjanji akan melakukannya.</p>	
12.21 WITA	<p>Melaksanakan penyuluhan kesehatan selama ± 15 menit mengenai tanda bahaya kehamilan seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> Perdarahan pervaginam. Pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, kadang disertai nyeri, hal ini bisa berarti plasenta previa atau solutio plasenta. 	

	<p>b. Sakit kepala yang hebat. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius atau sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Kadang – kadang sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari Pre – eklamsia.</p> <p>c. Penglihatan kabur. Masalah yang sering sekali mengancam jiwa ibu adalah jika terjadi perubahan penglihatan yang mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini sering disertai sakit kepala yang hebat yang merupakan suatu tanda gejala Pre – eklamsia.</p> <p>d. Nyeri perut hebat. Nyeri perut yang menunjukkan masalah yang hebat atau mengancam keselamatan ibu dan janinnya adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti solution plasenta, appendicitis, penyakit radang panggul, persalinan belum cukup umur (preterm), penyakit kandung empedu, uterus yang iritabilita, abtruksi plasenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih, dan infeksi lain.</p> <p>e. Bengkak di wajah dan jari – jari tangan. Bengkak bisa menimbulkan masalah yang serius bila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang dengan istirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre – eklamsia.</p> <p>f. Gerakan janin berkurang/tidak terasa. Jika janinnya tidur gerakannya akan melemah, bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Dalam sehari paling tidak bayi harus bergerak \pm 10 kali/hari. Namun bila gerakan janin tiba – tiba berkurang dicurigai gawat janin dan kematian bayi; Ibu telah mengetahui mengenai tanda bahaya kehamilan dan dapat menyebutkannya.</p>	
<p>12.15 WITA</p>	<p>Menjelaskan kepada ibu untuk melakukan persalinan mulai dari persiapan pakaian ibu dan bayi telah ibu lakukan, rencana penolong persalinan bidan di rumah sakit dan memiliki jaminan kesehatan serta kendaraan yang akan dipakai untuk ke rumah sakit telah ada, pendonor darah telah disiapkan yaitu suaminya; Ibu telah memahaminya.</p>	

12.30 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 6 Juni 2016 dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.	
---------------	--	--

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke – II

Tanggal/waktu pengkajian : 06 Juni 2016/ Pukul : 12.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. A

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

- a. Ibu mengatakan kakinya bengkak karena sebelumnya jalan kaki yang terlalu lama.
- b. Ibu mengatakan perutnya terasa kencang – kencang dan sakit – sakit sejak 3 hari yang lalu, namun berkurang jika dibawa berbaring.
- c. Ibu mengatakan perut bagian bawah terasa nyeri seperti tertekan.
- d. Ibu mengatakan sering kencing – kencing \pm 12 kali dalam sehari semalam dan lebih sering pada malam hari.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. A baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,5⁰C; pengukuran berat badan 55 kg.

b. Pemeriksaan Fisik

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

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjunctiva tidak tampak anemis, dan sklera tidak tampak ikterik.

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae dan puting susu, puting susu tampak menonjol, tampak pembesaran, belum tampak pengeluaran ASI, tidak teraba massa/oedema dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris, tampak bekas luka operasi, tampak linea nigra.

Leopold I pada fundus teraba bagian lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong). TFU 3 jari dibawah px (31 cm).

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

Leopold III pada segmen bawah rahim teraba bagian keras, bulat dan melenting serta bagian terbawah sebagian sudah masuk PAP.

Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen).

Auskultasi denyut jantung janin 135 x/menit.

Taksiran berat janin adalah $(31 - 11) \times 155 = 3100$ gram.

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Darah (pemeriksaan dilakukan pada tanggal 30 Mei 2016 di Puskesmas Mekar Sari)

- a) Hb : 13,9 gr%
- b) Golongan darah : B, rhesus (+)
- c) HbsAg : non – reactive
- d) Syphilis : negatif
- e) Tes anti – HIV : non – reactive

2) Urine Tanggal : 06 Mei 2016

- a) Protein urine : negatif

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 39 minggu, janin tunggal hidup intrauterine

Masalah :

a. Kaki bengkak

Dasar :

Ibu mengatakan kakinya bengkak karena sebelumnya berdiri terlalu lama.

b. ASI belum keluar

Dasar :

Dari pemeriksaan payudara ASI belum keluar.

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 06 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
12.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil dari pemeriksaan keadaan umum beserta tanda – tanda vital ibu dalam keadaan baik, dari pemeriksaan kesejahteraan janinnya dalam batas normal dan tafsiran berat janin adalah 3100 gram; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan..	
13.00 WITA	Memberitahu cara mengatasi kaki bengkak dengan jangan terlalu sering berjalan lama dan berdiri lama, kaki ditinggikan saat tidur dan duduk jangan digantung/dapat menggunakan tumpuan; Ibu telah mengetahui cara mengatasi kaki bengkak dan berjanji akan melakukannya.	
13.10 WITA	Memberitahu bahwa ibu sering kencing karena rahim yang semakin besar dan kepala janin yang menekan kandung kencing sehingga kapasitas di kandung kemih tidak bisa terlalu banyak serta memberitahu ibu untuk menjaga daerah genetaliaanya tetap bersih dan kering jangan sampai lembab; Ibu mengerti dengan keadaannya dan berjanji akan melaksanakannya.	
13.20 WITA	Mengajarkan ibu teknik relaksasi jika perut terasa sakit – sakit dengan cara menarik nafas panjang dari hidung dan dikeluarkan perlahan dari mulut; Ibu telah mengetahui dan dapat mempraktekkannya.	
13.30 WITA	Mengajarkan ibu perawatan payudara dengan cara : a. Kompres puting susu dan area sekitarnya dengan menempelkan kapas hangat/lap yang dibasahi minyak. b. Bersihkan puting susu dan area sekitarnya dengan handuk kering yang bersih. c. Pegang kedua puting susu lalu tarik keluar bersama dan diputar dalam 20 kali, keluar 20 kali. d. Pangkal payudara dipegang kedua tangan lalu payudara di urut dari pangkal menuju puting susu sebanyak 30 kali. e. Kemudian pijat daerah areola sehingga keluar cairan 1 – 2 tetes untuk memastikan saluran susu tidak tersumbat.	

	f. Memakai bra yang menopang payudara. Ibu telah mengetahui perawatan payudara dan berjanji akan melakukannya.	
13.50 WITA	Melaksanakan penyuluhan kesehatan selama ± 15 menit mengenai tanda – tanda persalinan seperti rasa kencang – kencang di perut yang semakin sering dan tidak akan berkurang bila berbaring, keluar lendir darah dari jalan lahir dan keluar ari – air dari jalan lahir. Dan jika ada salah satu dari tanda tersebut menganjurkan ibu untuk segera pergi ke rumah sakit; Ibu telah mengetahuinya dan dapat menyebutkannya.	
14.06 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 13 Juni 2016 dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/ Waktu pengkajian : 06 Juni 2016/ Pukul : 05.35 WITA

Tempat : RSKD Balikpapan

Oleh : Kholida Mega Putri

Identitas/ Biodata

Nama klien : Ny. A

Nama suami : Tn. M. D.

Umur klien : 30 tahun

Umur suami : 31 tahun

Suku : Banjar

Suku : Banjar

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Pegawai Swasta

Alamat : Jalan Jend. A. Yani (gang Slamet) RT. 07 No. 10

Persalinan Kala I Fase Aktif

S :

Ibu mengatakan perutnya terasa mules dan nyeri hingga ke pinggang sejak Rabu, 8 Juni 2106 pukul 03.00 WITA subuh, namun ibu belum merasakan keluar lendir darah dari jalan lahir maupun air – air tetapi ibu sudah merasakan sakit – sakit yang semakin sering sehingga ibu dan keluarga segera datang ke IRD RSKD pada Rabu, 8 Juni 2016 pukul 05.35 WITA untuk menjalani pemeriksaan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. A baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,8⁰C.

b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Tampak bekas luka operasi.

Leopold I pada fundus teraba bokong, TFU 3 jari bawah px (32 cm).

Leopold II teraba bagian kecil – kecil disebelah kanan dan teraba bagian yang memanjang pada sisi sebelah kiri (punggung kiri).

Leopold III pada bagian terbawah teraba kepala.

Leopold IV bagian terbawah janin sudah masuk PAP (divergen).

Denyut jantung janin terdengar jelas, teratur, frekuensi 142 x/menit, interval teratur, punctum maximum disebelah kiri perut ibu bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 3 x 10' dengan durasi : 25'' – 30'' dan intensitas : sedang.

Genetalia : Tampak adanya pengeluaran lendir darah.

Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 08 Mei 2016

Pukul : 06.00 WITA

Tidak tampak oedema dan varises, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lembut tipis, effacement 75 %, pembukaan 6 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak teraba bagian terkecil dan tali pusat disekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator ubun – ubun kecil (UUK), station/hodge I⁺.

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

c. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 08 Juni 2016

- 1) Hemoglobin : 12,8 gr%
- 2) Leukosit : 50000/ μ l
- 3) Eritrosit : 4,5 juta/ μ l
- 4) Hematokrit : 45 %
- 5) Trombosit : 150000/ μ l
- 6) Gula Darah Sewaktu (GDS) : 100 mg/ dl

- 7) Golongan darah : B
- 8) HbsAg : Non reactive
- 9) Anti HIV : Non reactive

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 39 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup intrauterine, inpartu kala I fase aktif persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 08 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
06.10 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda – tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 6 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
06.13 WITA	Memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga harus berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan; Ibu merasa tenang dan ibu akan melakukan anjuran yang diberikan.	
06.16 WITA	Mengajarkan ibu untuk teknik 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 teknik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
06.20 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu meminum teh hangat dan air mineral yang telah disediakan.	
06.52 WITA	Pasien dari IRD dipindahkan ke ruang bersalin; Pasien menyetujuinya.	
07.00 WITA	Pasien berada di ruang Bougenville, dilakukan pemeriksaan dengan hasil : DJJ 148 x/menit, his 3 x 10' durasi 25" – 30" dan intensitas sedang; Memberitahu hasil pemeriksaan dan ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan.	
07.03 WITA	Menganjurkan ibu berbaring dengan arah miring ke kiri agar aliran oksigen dari ibu ke janin lancar; Ibu menyetujuinya dan membantu ibu miring kearah kiri.	
07.30 WITA	Melakukan observasi his dan DJJ; His 4 x 10' durasi 35" – 40" intensitas sedang, DJJ 145 x/menit, irama teratur.	
08.00 WITA	Ibu mengeluhkan ada seperti ingin buang air besar. Melakukan pemeriksaan dalam/VT : tidak tampak oedem dan varises, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lembut tipis, effacement 90 %, pembukaan 9 cm dan ketuban positif, dilakukan amniotomi; Air ketuban jernih, jumlahnya ± 200 cc, tidak teraba bagian terkecil janin disekitar bagian terendah janin, tidak ada tali pusat yang menumbung, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III ⁺ , his 4 x 10' durasi 35" intensitas sedang, DJJ 148 x/menit irama teratur	
08.10 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda – tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal 148 x/menit, pembukaan 9 cm dan ketuban sudah dipecahkan, warna air ketuban jernih; Ibu mengetahui kondisinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
08.13 WITA	Menganjurkan ibu berbaring dengan arah miring ke kiri agar aliran oksigen dari ibu ke janin lancar. Ibu menyetujuinya dan membantu ibu miring kearah kiri.	

08.15 WITA	Mengajari ibu teknik nafas dalam atau relaksasi pada saat HIS yaitu dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung saat merasakan sakit dan menghembuskannya melalui mulut; Ibu dapat mengikuti teknik nafas yang diajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
08.16 WITA	Membantu ibu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu minum teh manis hangat.	
08.18 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung dan celana dalam) dan pakaian bayi (lampin, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	
08.20 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat – alat persalinan yaitu ½ kocher 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, umbilical klem 1 buah, klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 2 buah, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia, keseluruhan siap digunakan.	
08.30 WITA	Melakukan observasi his dan DJJ; His 4 x 10' durasi 40" intensitas sedang, DJJ 150 x/menit irama teratur	
09.15 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam/VT; tidak tampak oedema dan varises, tampak pengeluaran lendir bercampur dara, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan 10 cm (lengkap), ketuban negatif, tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge IV dan melakukan observasi DJJ 152 x/menit irama teratur	
09.18 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar posisi kaki litotomi, tangan dimasukkan 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 mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.	

Persalinan Kala II

S :

- a. Ibu mengatakan perut bagian bawah sakit hingga menjalar ke pinggang.
- b. Ibu mengatakan seperti ingin BAB.

O :

- a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. A baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 78 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu tubuh 36,7⁰C.

- b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 152 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kiri bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 4 x 10' dengan durasi 45" dan intensitas : kuat

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

Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 08 Juni 2016

Pukul : 09.15 WITA

Tidak tampak oedema dan varises, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effecement 100 %, pembukaan 10 cm (lengkap),

ketuban pecah diamniotomi, berwarna jernih, tidak terdapat bagain terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/Hodge IV

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

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ kala II persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 08 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
09.18 WITA	Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan ibu ingin didampingi oleh suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	
09.19 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan persalinan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit telah dimasukkan ke dalam partus set.	
09.20 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi setengah duduk (semi fowler).	

09.20 WITA	Menganjurkan kepada suami untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum teh manis hangat.	
09.21 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN. Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
09.23 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, masker, topi dan menggunakan sarung tangan steril pada satu tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkanya kembali dalam partus set lalu memakai sarung tangan steril dibagian tangan satunya.	
09.24 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
09.24 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu	
09.24 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 bernafas cepat dangkal.	
09.25 WITA	Memberitahu keluarga bahwa akan dilakukan episiotomi (pelebaran jalan lahir); Ibu dan keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan ibu bersedia dilakukan episiotomi dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	
09.32 WITA	Melakukan episiotomi karena kepala bayi tidak juga maju setelah dipimpin persalinan selama 17 menit, pada saat klien kontraksi kuat dan ingin mengejan dilakukan episiotomi dengan anastesi, tangan 2 jari masuk melindungi kepala bayi; Dilakukan episiotomi secara mediolateral.	
09.40 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin, terdapat lilitan tali pusat yang kuat dan dilepaskan dengan mengklem tali pusat dikedua tempat kemudian dipotong diantara kedua klem tersebut, tunggu kepala bayi mengadakan putaran paksi luar secara spontan.	
09.42 WITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah kearah	

	<p>perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.</p> <p>Tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 09.45 WITA.</p>	
09.47 WITA	<p>Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir (apakah bayi cukup bulan ?, apakah air ketuban jernih/bercampur mekonium ?, apakah bayi menangis kuat ?, dan apakah bayi bergerak aktif ?) sambil mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering;</p> <p>Bayi baru lahir cukup bulan, bayi segera menangis kuat, A/S : 8/10, jenis kelamin perempuan, sisa air ketuban jernih berbau khas dengan jumlah kurang lebih 100 cc.</p>	

Persalinan Kala III

S :

- a. Ibu mengatakan merasakan mules pada perutnya.

O :

- a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik; kesadaran composmentis.

- b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU sepusat, kontraksi baik

Kandung kemih : Kosong

Genetalia : Terdapat semburan darah yang tiba – tiba, tali pusat memanjang.

c. Data Bayi

Bayi lahir spontan segera menangis jam 09.45 WITA, jenis kelamin perempuan, A/S : 8/10, berat badan 3360 gram, panjang badan 48 cm, lingkaran kepala 32 cm, lingkaran dada 31 cm, anus positif, sisa ketuban jernih.

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ parturient kala III persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 08 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
09.47 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi lagi dalam uterus.	
09.47 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
09.47 WITA	Menyuntikkan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.	
09.48 WITA	Menjepit tali pusat dengan umbilical klem 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.	
09.48 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	

09.49 WITA	Meletakkan bayi dengan posisi terlentang dibawah lampu pemanas, pertahankan selimut yang melingkupi tubuh bayi. Mengeringkan tubuh bayi dan melakukan rangsangan taktil dengan memberikan sedikit tekanan mulai dari muka, kepala ke seluruh tubuh. Menggunakan telapak tangan untuk menggosok punggung, perut, dada.	
09.49 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.	
09.49 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.	
09.49 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati – hati kearah dorsokrinal.	
09.49 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.	
09.50 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati – hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah jarum jam untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 09.50 WITA.	
09.50 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	
09.51 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon lengkap, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateralis pada plasenta, panjang tali pusat \pm 45 cm, tebal plasenta \pm 3 cm, diameter plasenta \pm 16 cm.	

Persalinan Kala IV

S :

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

O :

- a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik; kesadaran composmentis; tanda vital tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,8⁰C.

- b. Pemeriksaan Fisik

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

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

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra serta terdapat laserasi pada perineum derajat II. Plasenta lahir lengkap jam 09.50 WITA.

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ kala IV persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 08 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
09.52 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat ruptur derajat II pada perineum ibu.	
09.53 WITA	Menyiapkan alat heacting set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5 cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum (nald polder), jarum jahit, benang chromic catgut no. 2/0, pinset, gunting benang, dan kassa steril.	
09.53 WITA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perineum, 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, dalam luka, tepi mukosa vagina. Menunggu 1 – 2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.	
09.55 WITA	Melakukan tindakan penjahitan luka. 1) Melakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan derajat II. 2) Meraba dengan ujung jari seluruh daerah luka. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, pasang tampon atau kassa ke dalam vagina (sebaiknya menggunakan tampon bertali). 3) 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.	

	<p>Mengikat jahitan pertama dengan simpul mati. Memotong ujung benang yang bebas (ujung benang tanpa jarum) hingga tersisa kira – kira 1 cm.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) 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 perineum. Memperhatikan seberapa dekatnya jarum ke puncak lukanya. 5) 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. 6) Mencari lapisan subcuticuler umumnya lembut dan memiliki warna yang sama dengan mukosa vagina lalu membuat jahitan lapis kedua. 7) 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. 8) Memindahkan jahitannya dari bagian luka perineal kembali ke vagina di belakang cincin himen untuk diamankan, mengiikat dan memotong benang. Mengikat jahitan dengan simpul mati. Memotong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing – masing 1 cm. 9) Memasukkan jari ke dalam rektum. Merabalah puncak dinding rektum untuk mengetahui apakah ada jahitan. 10) Memeriksa ulang kembali untuk memastikan bahwa tidak meninggalkan apapun seperti kassa, tampon, instrumen di dalam vagina ibu. Membersihkan alat kelamin ibu. 11) 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.	
10.05 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III; Perdarahan \pm 150 cc.	
10.05 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
10.05 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
10.05 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 37 ⁰ C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 30 cc. (data terlampir pada partograf)	
10.07 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu makan dan minum yang telah disediakan	
10.20 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
10.35 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
10.50 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
11.20 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36,8 ⁰ C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	

11.50 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
12.00 WITA	Melengkapi partograf	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 08 Juni 2016/ Pukul : 10.45 WITA

Tempat : RSKD Balikpapan

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

a. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. A dan Tn. M. D. ; alamat rumah jalan Jend. A. Yani (gang Slamet) RT. 07 No. 10; tanggal lahir bayi 08 Mei 2016 pada Rabu, 8 Juni 2016 pukul 09.45 WITA dan berjenis kelamin perempuan.

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil kedua ini usia 30 tahun, tidak pernah mengalami keguguran.

O :

a. Data Rekam Medis

1) Riwayat Persalinan Sekarang

Kedadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit,

suhu 36,8⁰C. Jenis persalinan adalah spontan dan kondisi ketuban adalah jernih.

2) Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 08 Juni 2016

Jam : 09.45 WITA

Jenis kelamin perempuan, bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda – tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 8/10

b. Nilai APGAR SCORE : 8/10

Kriteria	0	1	2	Jumlah	
				1 menit	5 menit
Frekuensi Jantung	Tidak Ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit	2	2
Usaha Nafas	Tidak Ada	Lambat/Tidak Teratur	Menangis Kuat	2	2
Tonus Otot	Tidak Ada	Beberapa Fleksi Ekstremitas	Gerakan Aktif	1	2
Refleks	Tidak Ada	Sedikit Gerakan Mimik	Menangis Kuat	1	2
Warna Kulit	Biru/Pucat	Ekstremitas Biru	Merah Muda Seluruhnya	2	2
Jumlah				8	10

c. Tindakan Resusitasi

Tidak dilakukan resusitasi karena bayi baru lahir segera menangis.

d. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI)
Eliminasi	<ul style="list-style-type: none"> - BAB (+) warna: hijau kehitaman, konsistensi: lunak - BAK : belum buang air kecil

e. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik; pemeriksaan tanda vital nadi 145 x/menit, pernafasan 50 x/menit, suhu 36,7⁰C; pemeriksaan antropometri berat badan 3360 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 31 cm, lingkar perut 31 cm dan lingkar lengan atas 10 cm.

2) Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, ubun – ubun teraba normal, tidak tampak caput saucedaneum, tidak tampak molase, tidak tampak cephal hematoma.

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

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran, tidak terdapat perdarahan, konjunctiva tidak tampak anemis, sklera tidak tampak ikterik, dan tidak terdapat strabismus.

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

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

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, lidah tampak bersih.

Leher : Tidak 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, hiperpigmentasi areolla terlihat jelas, tidak terdapat pengeluaran ASI.

Abdomen : Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.

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

Genetalia : Perempuan, labia mayor menutupi labia minor, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.

Anus : Terdapat lubang anus yang paten dan 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.

3) Status neurologi (refleks)

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

A :

Diagnosa : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan, Lahir

Spontan usia 1 jam

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 08 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.49 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi baik; Ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
10.51 WITA	Melakukan perawatan tali pusat.	
10.52 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.	
10.53 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.	
10.54 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.	
11.52 WITA	Memberikan injeksi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan bayi; Bayi sudah di injeksi Hepatitis B	
10.55 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6 – 8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Postnatal Care

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan Ke – I

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 08 Juni 2016/ Pukul : 16.30 WITA

Tempat : RSKD Balikpapan (Ruang Mawar)

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

- a. Ibu mengatakan melahirkan anak kedua dan tidak pernah keguguran.
- b. Ibu mengatakan melahirkan tanggal 08 Juni 2016.
- c. Ibu mengatakan nyeri pada jahitannya.
- d. Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar, tapi masih sedikit.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. A baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,8⁰C.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak tampak adanya lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi rambut menyeluruh dan tampak bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tidak tampak oedem dan tidak tampak pucat.

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, konjungtiva tidak tampak anemis, sklera tidak tampak ikterik dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Tampak bersih, tidak tampak polip dan peradangan tidak tampak pernafasan cuping hidung.

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

Leher : Tampak hiperpigmentasi, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit.

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI namun sedikit, tampak hiperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol.

Abdomen : Tampak simetris, tampak bekas operasi, tampak linea nigra, tidak tampak asites, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula dan jahitan tampak baik. Perdarahan \pm 15 – 20 cc.

Anus : Tampak hemoroid

Ekstremitas :

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

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak varices, tidak tampak tromboflebitis, Tidak tampak oedema pada tungkai kanan, kapiler refill baik, Homan sign positif, dan refleks patella positif.

c. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat
Nutrisi	Ibu sudah makan nasi dan minum air mineral
Mobilisasi	Ibu sudah bisa BAK sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	Ibu sudah BAK 2 x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya namun ASI belum lancar dengan baik.

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ postpartum 7 jam

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 08 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
16.46 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda – tanda vital	

	<p>dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI, namun masih sedikit. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal, jahitan tampak baik. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal;</p> <p>Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.</p>	
17.00 WITA	<p>Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan payudara sebelum ataupun setelah menyusui bayinya yaitu dengan membersihkan puting susu ibu dengan air bersih;</p> <p>Ibu telah mengerti dan bersedia melakukannya secara mandiri.</p>	
17.10 WITA	<p>Menganjurkan pada ibu untuk istirahat/tidur cukup. Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus beristirahat untuk mengembalikan kebugarannya;</p> <p>Ibu mengerti apa yang dijelaskan.</p>	
17.14 WITA	<p>Menganjurkan ibu memperbanyak makanan yang berserat agar BAB nya tidak keras dan hemoroid ibu tidak menjadi lebih parah;</p> <p>Ibu mengerti dan akan mengerjakannya</p>	
17.16 WITA	<p>Memberi KIE tentang mengenai; personal hygiene dan perawatan jahitan. Ibu harus tetap menjaga kebersihan genetalia dengan membersihkan dengan sabun dan cara membasuh daerah genetalia dari depan kemudian ke belakang hal tersebut dilakukan agar tidak terjadi infeksi pada jahitan. Harus sering mengganti pembalut jika lembab, terasa penuh dan setiap selesai BAK maupun BAB;</p> <p>Ibu mengerti cara membersihkan perawatan luka jahitan.</p>	
17.32 WITA	<p>Memberikan penyuluhan kesehatan tentang senam nifas agar ibu dapat melakukannya di rumah hingga hari ke – 10 :</p> <p>a. Hari ke – 1 Dengan mulut tertutup, tarik dan tiupkan nafas dengan lembut, juga cukup santai serta biarkan dinding perut naik dengan tarikan nafas dan turun dengan pengeluaran nafas.</p> <p>b. Hari ke – 2 Posisi tidur lurus, kedua tangan diangkat dan diluruskan ke atas kemudian telapak tangan saling bertepuk.</p> <p>c. Hari ke – 3 Relaksasikan kedua kelompok otot dengan hati –</p>	

	<p>hati dan kontraksikan otot – otot pinggang bahwa untuk membuat saluran dibawahnya.</p> <p>d. Hari ke – 4 Posisi tidur, kaki ditekuk keduanya, tangan sebelah kanan diletakkan di atas perut, tarik napas lalu kepala diangkat kemudian diturunkan lagi, lakukan sampai beberapa kali.</p> <p>e. Hari ke – 5 Posisi kaki sebelah kiri ditekuk, kaki sebelah kanan dipanjangkan dan tangan sebelah kanan diangkat ke atas sambil leher diangkat sedikit keatas dilakukan sambil bergantian dengan tangan kiri.</p> <p>f. Hari ke – 6 Posisi kaki kiri dipanjangkan, kaki kanan ditekuk lalu dipanjangkan lagi, lakukan secara bergantian dengan kaki kiri dan kanan.</p> <p>g. Hari ke – 7 Posisi kaki dipanjangkan keduanya, kemudian kaki kiri berjauhan dengan kaki kanan dan dirapatkan lagi, dilakukan secara bergantian dengan kaki kanan.</p> <p>h. Hari ke – 8 Posisi kaki diangkat keduanya secara tegap lurus lalu ditahan sebentar lalu diturunkan lagi.</p> <p>i. Hari ke – 9 Merangkak dengan tangan tepat dibawah bahu dan lutut tepat dibawah panggul.</p> <p>j. Hari ke – 10 Posisi badan terlentang kemudian badan dan tangan dibawah kepala lalu diangkat kaki lurus kedepan dilakukan sampai beberapa kali.</p> <p>Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan berjanji akan melakukannya nanti di rumah hingga hari ke – 10.</p>	
--	---	--

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan Ke – II

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 14 Juni 2016/ Pukul : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. A

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

- a. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.
- b. Ibu mengatakan darah nifas masih keluar sedikit berwarna merah kecoklatan.
- c. Ibu mengatakan nyeri sedikit didaerah luka jahitan.
- d. Ibu mengatakan tidak ada keluhan denganambeien/ hemoroidnya.
- e. Ibu mengatakan ASI sudah keluar lancar.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Kedadaan umum Ny. A baik; kesadaran composmentis; pengukuran berat badan 48 kg; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,7⁰C.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak tampak adanya lesi, konstruksi rambut kuat, distribusi rambut menyeluruh dan tampak bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tidak tampak oedema dan tidak tampak pucat.

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, konjungtiva tidak tampak anemis, sklera tidak tampak ikterik dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Tampak bersih, tidak tampak polip dan peradangan tidak tampak pernafasan cuping hidung.

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

Leher : Tampak hiperpigmentasi, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit.

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

Abdomen : Tampak simetris, tampak bekas luka operasi, tampak linea nigra, tidak terdapat asites, TFU $\frac{1}{2}$ pusat – symfisis, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguinolenta berwarna merah kecokelatan, jahitan baik, bersih, tampak kering dan tidak ada tanda – tanda infeksi. Perdarahan yang keluar \pm 5 cc.

Anus : Hemoroid sudah tidak tampak.

Ekstremitas :

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

c. Pola Fungsional Kesehatan

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 ± 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 keluar lancar.

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ postpartum hari ke – 6

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 14 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
16.11 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik tanda vital yaitu : tekanan darah	

	120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,7 ⁰ C; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini.	
16.13 WITA	Memastikan involusi uterus berjalan dengan baik : uterus berkontraksi dengan baik TFU pertengahan pusat – simfisis, darah nifas keluar normal sesuai dengan waktunya; Ibu telah mengetahui kondisinya saat ini.	
16.16 WITA	Mengajarkan kepada ibu posisi menyusui yang benar. a. Mengatur posisi bayi sehingga perut bayi bertemu dengan perut ibu. Siku dan lengan bawah ibu menyangga kepala, leher dan punggung bayi, tangan ibu memegang bokong atau paha atas bayi. b. Lengan bayi yang lebih rendah dengan ibu diusahakan melingkari tubuh ibu apabila tidak akan menghalangi mulut bayi ketika menghisap puting. c. Ibu memegang payudara seperti huruf “C”. Bayi menyusu pada areola bukan pada puting ibu. d. Saat melepas jangan langsung ditarik tetapi dengan cara memasukkan jari ibu disela – sela mulut bayi sampai mulut bayi terbuka keluarkan puting perlahan dari mulut bayi untuk menghindari lecet pada puting susu ibu e. Setelah selesai menyusu bayi disendawakan agar bayi tidak tiba – tiba memuntahkan susu yang sudah diminum; Ibu telah mengetahuinya dan dapat mempraktekkannya dengan benar.	
16.30 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ± 15 menit tentang tanda – tanda bahaya ibu nifas yaitu : a. Perdarahan post partum. Tanda dan gejala : perdarahan lebih dari 500 – 600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. b. Lochea yang berbau busuk (bau busuk dari vagina). Tanda dan gejala : keluar cairan dari vaginayang berbau menyengat dan diikuti oleh demam > 38 ⁰ C. c. Pengecilan rahim yang terganggu. Tanda dan gejala : uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan perdarahan. d. Nyeri pada perut dan panggul. Tanda dan gejala : demam, nyeri perut bagian	

	<p>bawah, suhu meningkat, nadi cepat dan kecil, nyeri tekan, pucat muka cekung, kulit dingin, serta anoreksia terkadang muntah.</p> <p>e. Pusing dan lemas yang berlebihan. Tanda dan gejala : sakit kepala yang sangat pada salah satu sisi atau seluruh bagian kepala, kepala terasa berdenyut dan disertai ras mual dan muntah, serta lemas.</p> <p>f. Demam Tanda dan gejala : demam hingga mencapai 38⁰C.</p> <p>g. Penyulit dalam menyusui Seperti puting susu lecet, payudara penuh, bendungan payudara hingga mastitis: Ibu telah mengerti dan dapat menyebutkannya.</p>	
--	---	--

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan Ke – III

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 20 Juni 2016/ Pukul : 13.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. A

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

- a. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.
- b. Ibu mengatakan darah yang keluar berwarna kuning kecoklatan dan jarang sekali keluar seperti flek – flek saja.

O :

- a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umumnya Ny. A baik; kesadaran composmentis; pengukuran berat badan 48 kg; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,7⁰C.

b. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Tidak tampak adanya lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi rambut menyeluruh dan tampak bersih tidak ada ketombe.
- Wajah : Tidak tampak oedema dan tidak tampak pucat.
- Mata : Tidak tampak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak tampak anemis, sklera tidak tampak ikterik dan penglihatan tidak kabur.
- Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.
- Hidung : Tampak bersih, tidak tampak polip dan peradangan tidak tampak pernafasan cuping hidung.
- Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada karies dentis dan gigi geraham lengkap.
- Leher : Tampak hiperpigmentasi, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit.
- Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hiperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, tidak teraba pembengkakan.
- Abdomen : Tampak simetris, tampak bekas luka operasi, tampak linea nigra, tidak terdapat asites, TFU 1 jari diatas simfisis, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa berwarna kuning, jahitan baik, tampak kering dan tidak ada tanda – tanda infeksi. Perdarahan tidak ada, yang keluar hanya flek – flek.

Anus : Tidak tampak hemoroid.

Ekstremitas :

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

c. Pola Fingsional Kesehatan

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 ± 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 keluar lancar.

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ post partum hari ke – 12

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 20 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
13.16 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan tanda vital yaitu : tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,7 ⁰ C; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	
13.18 WITA	Memastikan involusi uterus berjalan dengan baik : uterus berkontraksi dengan baik TFU 1 jari dibawah simfisis, tidak ada perdarahan yang abnormal; Ibu telah mengetahui kondisinya saat ini.	
13.20 WITA	Memberikan konseling mengenai pemilihan alat kontrasepsi selama ± 15 menit : pengertian KB, tujuan KB, manfaat, pengertian kontrasepsi, dan macam – macam kontrasepsi; Ibu mengerti mengenai konseling yang diberikan.	
13.31 WITA	Menganjurkan ibu segera menentukan alat kontrasepsi yang digunakan sebelum 40 hari masa nifas; Ibu memilih kontrasepsi suntik 3 bulan dan berjanji akan menggunakan sebelum 40 hari masa nifas.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke – I

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 08 Juni 2016/ Pukul : 17.18 WITA

Tempat : RSKD Balikpapan (Ruang Mawar)

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

- a. Ibu mengatakan bayinya menetek kuat dan sudah 1 kali BAB berwarna hitam kehijauan serta belum BAK.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik; pemeriksaan antropometri yaitu : berat badan 3360 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 31 cm, lingkar perut 31 cm dan lingkar lengan atas 10 cm; pemeriksaan tanda vital yaitu : nadi 145 x/menit, pernafasan 45 x/menit, suhu tubuh 36,5⁰C.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tampak bersih.

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, konjunktiva tidak tampak anemis dan sklera tidak tampak ikterik.

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

Telinga : Tampak simetris, tampak bersih dan tidak ada pengeluaran cairan.

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

Leher : Reflek tonick neck baik.

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, puting susu tampak menonjol.

Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak

tanda – tanda infeksi tali pusat, tidak teraba kembang, tidak teraba benjolan/massa.

Punggung : Tampak simetris.

Kulit : Tidak tampak ikterik, tampak lanugo didaerah lengan dan punggung, tampak verniks di daerah lipatan leher dan lipatan selangkangan.

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

c. Reflkes Fisiologis : Tidak Dilakukan

d. Pola Fungsional Kesehatan

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 belum ada.
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 haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosa : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 7 jam

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 08 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
17.30 WITA	Memberitahu ibu tentang kondisi bayinya dalam keadaan normal; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
17.34 WITA	Memastikan bayi mendapat ASI yang cukup, yaitu menyusui bayinya setiap 2 jam sekali jika bayi tidur dibangunkan; Ibu bersedia memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin.	
17.38 WITA	Memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat bayi dengan membiarkan tali pusat bayi kering dan bersih; Ibu mengerti mengenai penjelasan yang diberikan.	
17.46 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.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke – II

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 14 Juni 2016/Pukul : 16.45 WITA

Tempat : Rumah Ny. A

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

- a. Ibu mengatakan bayinya agak sedikit kuning disekitar mata dan badannya.
- b. Ibu mengatakan tali pusat bayinya telah lepas tadi pagi pada saat mandi.
- c. Ibu mengatakan bayinya menyusu dengan baik.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik; pemeriksaan antropometri yaitu : berat badan 3300 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 31 cm, lingkar perut 31 cm dan lingkar lengan atas 10 cm; pemeriksaan tanda vital yaitu : nadi 140 x/menit, pernafasan 50 x/menit, suhu tubuh 36,5⁰C.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tampak bersih.

Mata : Konjunctiva tidak tampak anemis dan sklera tidak tampak ikterik.

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

Telinga : Tampak bersih dan tidak tampak pengeluaran cairan.

Mulut : Bersih, tidak ada sekret

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

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi dinding dada.

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

Genetalia : Tampak bersih dan tidak terdapat pengeluaran cairan.

Anus : Tampak bersih.

Kulit : Tampak ikterik disekitar wajah dan abdomen.

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung.

Verniks : Tidak ada.

Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap dan pergerakan aktif.

c. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2 – 3 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.

A :

Diagnosa : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 6 hari

Masalah :

1. Ikterus Fisiologis

Dasar :

Dari pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bayi terlihat ikterik disekitar wajah bayi hingga abdomen.

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 14 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
16.56 WITA	Memberitahu ibu bahwa kondisi bayinya dalam keadaan normal. Bayinya terlihat kuning masih normal karena terjadi di hari ke – 2 setelah lahir dan menghilang pada hari ke – 10; Ibu telah mengetahui mengenai kondisi bayinya dan sudah merasa lebih tenang.	
17.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk menyusui lamanya 30 menit pada kedua payudara agar warna kuning ditubuh bayinya dapat berkurang dan tidak bertambah; Ibu mengerti dan berjanji akan melakukannya.	
17.12 WITA	Menjelaskan pada ibu bahwa keadaan tali pusatnya dalam keadaan baik dan jangan memberikan apapun pada pusat bayi yang telah puput, serta tali pusat dibersihkan pada saat mandi; Ibu mengerti dan berjanji akan melakukannya.	
17.16 WITA	Mengevaluasi kembali apakah ibu memberikan ASI penuh dengan bayinya; Ibu masih memberi ASI tanpa mencampur dengan susu formula.	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke – III

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 20 Juni 2016/ Pukul : 13.33 WITA

Tempat : Rumah Ny. A

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

- a. Ibu mengatakan bayinya sudah tidak terlihat kuning lagi.

O :

- a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik; pemeriksaan antropometri yaitu : berat badan 3150 gram, panjang badan 52 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 31 cm, lingkar perut 31 cm dan lingkar lengan atas 10 cm; pemeriksaan tanda vital yaitu : nadi 138 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu tubuh 36,8⁰C.

- b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tampak bersih.

Mata : Konjunctiva tidak tampak anemis dan sklera tidak tampak ikterik.

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

Telinga : Tampak bersih dan tidak tampak pengeluaran cairan.

Mulut : Bersih, tidak ada secret.

Leher : Reflek tonick neck baik.

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi dinding dada.

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

Kulit : Tidak tampak ikterik.

Ekstremitas : Pergerakan aktif.

c. Pola Fungsional Kesehatan

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.

A :

Diagnosa : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 12 Hari

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 20 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
13.45 WITA	Memberitahu pada ibu bahwa kondisi bayinya dalam keadaan baik dan warna kuning ditubuh bayinya sudah tidak ada; Ibu telah mengetahui mengenai kondisi bayinya	
13.50 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.	
13.56 WITA	Memberikan motivasi ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan; Ibu bersemangat untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.	
14.01 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya pada buku pink ibu; Ibu mengerti dan akan memperhatikannya.	

F. Dokumnetasi Asuhan Kebidanan Calon Akseptor KB Suntik 3 Bulan

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 15 Juli 2016/ Pukul : 10.30 WITA

Tempat : Puskesmas Mekar Sari (Ruang KIA/KB)

Oleh : Kholida Mega Putri

S :

- a. Ibu tidak mempunyai keluhan.
- b. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB Suntik 3 bulan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umumnya Ny. A baik; kesadaran composmentis; pengukuran berat badan 48 kg; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu tubuh 36,7⁰C.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak tampak adanya lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi rambut menyeluruh dan tampak bersih tidak ada ketombe.

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

Mata : Tidak tampak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak tampak anemis, sklera tidak tampak ikterik dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Tampak bersih, tidak tampak polip dan peradangan tidak tampak pernafasan cuping hidung.

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

Leher : Tampak hiperpigmentasi, tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae dan puting susu, puting susu tampak menonjol, tampak pembesaran, tampak pengeluaran ASI, tidak teraba massa/oedema dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris, tampak bekas luka operasi, tampak linea nigra.

Genetalia : Tampak bersih, jahitan baik, tampak pengeluaran lochea berwarna puith bening.

Ekstremitas :

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

Bawah : Bentuk tampak simetris, ttidak tampak oedema

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ usia 30 tahun calon akseptor KB Suntik 3 Bulan

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 15 Juli 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
10.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	

<p>10.56 WITA</p>	<p>Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai kontrasepsi suntik 3 :</p> <p>a. Mekanisme kerja : mencegah pelepasan telur, memperkental lendir leher rahim, menipiskan dinding rahim, dan menghambat pematangan sel telur.</p> <p>b. Keuntungan KB suntik : sangat efektif dan pemberiannya sederhana (jangka panjang), tidak mempengaruhi hubungan suami istri, dan tidak mempengaruhi produksi ASI (KB suntik 3 bulan).</p> <p>c. Kerugian KB suntik : sering ditemukan gangguan pola haid, tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu, masalah berat badan, kesuburan lambat kembali, pada pemakai yang lama dapat menurunkan kepadatan tulang (desintas), penurunan libido, efektifitas berkurang bila di gunakan bersamaan dengan obat – obatan epilepsi dan TBC.</p> <p>d. Saat penggunaan suntikan KB : segera setelah 40 hari atau sebelum 40 hari pasca persalinan jika darah haid nifas sudah berhenti.</p> <p>e. Kontra indikasi : tekanan darah tinggi, perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya, hamil, terdapat penyakit – penyakit berat seperti jantung, paru – paru, hati, obesitas dan diabetes.</p> <p>f. Proses : disuntikkan pada daerah bokong yang akan bertahan selama 3 bulan;</p> <p>Ibu mengerti mengenai penjelasan yang diberikan ibu yakin untuk memilih kontrasepsi suntik 3 bulan.</p>	
<p>10.21 WITA</p>	<p>Meminta surat persetujuan (informed consent) kepada ibu sebelum melakukan tindakan;</p> <p>Ibu telah mengerti dan bersedia menandatangani surat tersebut.</p>	
<p>10.23 WITA</p>	<p>Menyiapkan kartu akseptor KB suntik baru dan obat suntik KB 3 bulan dan menyuntikkan kepada Ny. A serta memberitahu ibu tanggal kembali untuk suntik kembali tanggal 14 Oktober 2016;</p> <p>Ibu bersedia diberikan suntik KB, ibu mendapatkan kartu akseptor KB baru, dan ibu berjanji akan kembali suntik sesuai jadwal.</p>	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Proses Asuhan Kebidanan

Dipembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesesuaian maupun kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang ada. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan – kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang meliputi :

1. Kehamilan

Klien bernama Ny. A usia 30 tahun G₂P₁₀₀₁ hamil 39 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup intrauterine, yang bertempat tinggal di Kelurahan Mekar Sari Kecamatan Balikpapan Tengah Kota Balikpapan. Ny. A saat ini sedang mengandung anak kedua.

Selama kehamilan Ny. A memeriksakan kehamilannya secara teratur sebab Ny. A tidak ingin terjadi masalah dengan kehamilannya serta menghindari terjadinya masalah pada persalinan nanti. Pada trimester I Ny. A melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali, pada trimester II sebanyak 2 kali, pada trimester III sebanyak 6 kali. Frekuensi pemeriksaan ini telah memenuhi standar sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa WHO menganjurkan sedikitnya ibu hamil melakukan 4 kali kunjungan Antenatal Care (ANC) selama kehamilan yaitu dengan frekuensi pemeriksaan ANC

pada trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali, trimester III minimal 2 kali (Kusmiyati, 2009).

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

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. A adalah 55 kg. Ny. A mengatakan sebelum hamil berat badannya 40 kg. Sehingga Ny. A mengalami kenaikan berat badan sekitar 15 kg. Menurut Sukarni (2013) kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg – 16,5 kg.

Menurut penulis kenaikan berat badan yang dialami Ny. A masih dalam batas normal karena tidak melebihi dari 16,5 kg. Kenaikan berat badan tersebut didukung dengan asupan nutrisi yang baik pada saat hamil. Pertambahan berat badan ibu selama kehamilan dapat digunakan sebagai indikator pertumbuhan janin dalam rahim.

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. A memiliki tinggi badan 152 cm. Menurut Hidayati (2009) mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil 145 cm tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu

sempit. Penulis berpendapat, pentingnya dilakukan pengukuran tinggi badan karena sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidaksesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Dan tinggi badan Ny. A normal karena tidak > 145 cm.

b. Pemeriksaan tekanan darah

Tekanan darah Ny. A selalu dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan terakhir 120/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI (2009), tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg – 140/90 mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau preeklamsi dalam kehamilan. Penulis berpendapat, dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada setiap kunjungan, dapat diketahui pula ibu beresiko atau tidak dalam kehamilannya dan menurut penulis tekanan darah Ny. A normal karena tidak melebihi 140/90 mmHg.

c. Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas)

Hasil pemeriksaan LILA Ny. A adalah 23 cm. Menurut Kusmiyati (2009), LILA ibu hamil normalnya yaitu 23,5 cm – 36 cm. Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Namun untuk menilai seorang ibu hamil termasuk selain pengukuran LILA juga ditunjang oleh pemeriksaan lain seperti yang dikemukakan oleh Weni (2010) yaitu berat badan ibu sebelum hamil < 42 kg, tinggi badan ibu < 145 cm, berat badan ibu pada kehamilan trimester

III < 45 kg, Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum hamil < 17,00 dan ibu menderita anemia (Hb < 11 gr%).

Menurut penulis dari pengukuran IMT Ny. A sebelum hamil normal yaitu 17.31 kg, tinggi badan Ny. A 145 cm, tidak menderita anemia (hasil pemeriksaan Hb 11 gr%), berat badan Ny. A juga naik pemeriksaan yang terakhir 55 kg dan tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan Ny. A. Sehingga penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Dari hasil pengukuran TFU Ny. A normal dan sesuai dengan usia kehamilan 39 minggu dengan TFU 31 cm atau 3 jari dibawah prosesus xifoideus. Kemudian dilakukan perhitungan tafsiran berat janin dengan hasil 3100 gram. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Varney (2006), umur kehamilan 39 minggu TFU normalnya 3 jari dibawah prosesus xifoideus.

Menurut penulis dari hasil pengukuran TFU Ny. A dalam keadaan normal dan sesuai dengan teori yang ada. Selain itu diperlukan pengukuran TFU ibu hamil sebagai acuan berat badan janin dalam keadaan yang normal atau tidak.

e. Menentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Saat dilakukan pemeriksaan palpasi Leopold pada Ny. A presentasi janin normal yaitu kepala sebagai bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal yaitu 135 x/menit. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), letak dan presentasi janin

dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Menentukan presentasi janin dimulai pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin, atau kelainan panggul sempit. Selain itu penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan ANC. DJJ normal yaitu 120 – 160 x/menit.

Menurut penulis dengan dilakukannya asuhan seperti itu dapat menjadi acuan bagi seorang tenaga kesehatan untuk mendiagnosa keadaan klien. Sehingga nantinya dapat dilakukan asuhan sesuai dengan diagnosa klien. Dari pemeriksaan yang telah dilakukan posisi janin Ny. A tidak mengalami kelainan letak karena bagian terbawah janin kepala dan sudah masuk ke PAP, DJJ normal karena berada diantara 120 – 160 x/menit. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

f. Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Berikan Imunisasi Tetanus

Saat dilakukan anamnesa tentang imunisasi TT Ny. A mengatakan saat bayi telah mendapatkan imunisasi yang lengkap sebelum usia 12 bulan, saat sekolah sebanyak 3 kali dan saat menikah 1 kali. Hal ini sependapat dengan teori yang dipaparkan Kusmiyati (2009), pemberian imunisasi TT pada saat ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini sehingga apabila imunisasi TT5 sudah didapatkan (*TT Long live*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Menurut penulis imunisasi TT Ny. A sudah lengkap sampai TT5. Sesuai dengan teori yang sudah dijelaskan diatas Ny. A sudah tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Imunisasi TT penting diberikan sebagai pencegahan terhadap penyakit Tetanus.

g. Pemberian Tablet Zat Besi (Fe) Minimal 90 Tablet Selama Kehamilan

Saat dilakukan anamnesa Ny. A mengatakan mendapatkan tablet Fe di Praktek Dokter Obgyn di Ibnu Sina semenjak kehamilan trimester II hingga akhir trimester III. Tablet Fe yang Ny. A dapatkan sebanyak 30 tablet setiap bulan. Sehingga sampai pada trimester akhir kehamilan Ny. A mendapatkan lebih dari 90 butir tablet Fe yang dikonsumsi secara rutin. Ny. A meminum tablet Fe 1 x sehari pada malam hari dengan air putih.

Menurut Kusmiyati (2009), pemberian suplemen tablet tambah darah atau zat besi pada ibu hamil minimal 90 butir. Setiap tablet zat besi mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg), dasar pemberian zat besi adalah adanya perubahan volume darah (peningkatan sel darah merah 20% – 30% sedangkan peningkatan plasma darah 50 %). Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersamaan dengan teh atau kopi karena mengandung tanin dan pitat yang menghambat penyerapan zat besi.

Menurut penulis Ny. A sudah patuh dalam mengkonsumsi tablet Fe, dan sudah benar tentang cara meminumnya. Dengan demikian resiko Ny. A untuk terkena anemia sangatlah kecil.

h. Tes Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan hemoglobin Ny. A dilakukan dirumah Ny. A dengan menggunakan alat Hb digital dengan hasil 11 gr%. Hal tersebut sesuai

dengan teori Saifuddin (2007), pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu pada saat TM I dan TM III. Kadar Hb normal pada ibu hamil yaitu tidak kurang dari 11 gr%. Menurut penulis kadar Hemoglobin darah Ny. A normal karena tidak kurang dari 11 gr% dan Ny. A tidak mengalami anemia.

Pemeriksaan laboratorium berupa tes protein dilakukan pada Ny. A karena Ny. A mempunyai keluhan bengkak pada kakinya untuk mendeteksi ada tidaknya yang mengarah ke tanda – tanda preeklamsia dan didapatkan hasil protein urine pada Ny. A negatif. Jika protein urine Ny. A negatif sehingga bengkak pada kaki Ny. A merupakan salah satu ketidaknyamanan pada kehamilan seperti teori yang dikemukakan oleh Varney (2007) bahwa oedema akibat gangguan sirkulasi vena pada ekstremitas bagian bawah yang disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena – vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat berada dalam posisi terlentang. Menurut penulis Ny. A dalam kondisi yang normal karena dilihat dari hasil pemeriksaan kadar urine yang negatif.

i. Tatalaksana Kasus

Hasil dari semua pemeriksaan yang telah dilakukan, didapatkan bahwa masalah – masalah yang di keluhankan Ny. A masih dalam batas normal dan penatalaksanaannya pun masih dalam batas kewenangan bidan, sehingga tidak memerlukan tindakan rujukan.

Menurut Manuaba (2010), setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga

kesehatan. Kasus – kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

Berdasarkan dengan teori yang sudah dipaparkan di atas penulis berpendapat bahwa perencanaan penatalaksanaan kegawatdaruratan untuk merujuk tidak dilakukan pada Ny. A mengingat hasil pemeriksaan Ny. A dalam batas normal. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

- j. Temu Wicara (Konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB Pasca Persalinan

Ny. A dan keluarga sebagai pengambil keputusan telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Sehubungan dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI (2009), pada trimester III petugas kesehatan baiknya memberikan konseling kepada ibu dan suami untuk merencanakan proses persalinannya, dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB setelah bersalin. Diakhir kunjungan Ny. A merencanakan ingin bersalin di RSKD.

Hal tersebut sesuai dengan teori Saifuddin (2008), konseling diberikan pada setiap kunjungan ANC disesuaikan dengan kebutuhan ibu. Saat pelaksanaan ANC juga telah dilakukan perencanaan persalinan yang meliputi rencana tempat bersalin, penolong persalinan, transportasi, biaya, serta keperluan ibu dan bayi. Secara keseluruhan penulis tidak mengalami kesulitan pada saat temu wicara dengan Ny. A, hal ini dikarenakan Ny. A kooperatif dan mau bekerja sama sehingga konseling berjalan lancar.

2. Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. A yaitu 39 minggu 2 hari. Menurut JNPK – KR (2008), persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Penulis menyimpulkan bahwa tanda – tanda persalinan yang dialami Ny. A sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik.

Tanggal 08 Juni 2016 pukul 03.00 WITA Ny. A merasa kencang – kencang, namun belum keluar lendir darah dan apabila dibawa berjalan maupun berbaring sakitnya tidak berkurang. Tanggal 08 Juni 2016 pukul 05.35 WITA Ny. A memutuskan untuk segera memeriksakan diri ke IRD RSKD karena Ny. A merasakan mules diperut dan kencang – kencang yang semakin sering. Klien mengeluh sakit dan nyeri di bagian bawah pinggang menjalar hingga ke perut, yang kemudian diikuti kencang – kencang yang semakin sering. Pada pukul 06.00 WITA saat di periksa dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio lembut tipis, effacement 75 %, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, pembukaan serviks 6 cm, penurunan kepala hodge I⁺, DJJ 142 x/menit dengan HIS (3 x dalam 10 menit dengan durasi 25 – 30 detik, irama teratur).

Pukul 07.00 WITA Ny. A dipindahkan ke ruang Bougenville untuk observasi kemajuan persalinan. Satu jam selanjutnya bidan melakukan observasi kemajuan persalinan pada pukul 08.00 WITA, hasil pemeriksaan dalam vulva/ uretra tidak ada kelainan, portio tipis lunak, effacement 90 %, selaput ketuban utuh, pembukaan 9 cm, posisi kepala janin pada Hodge III⁺.

Kemudian bidan melakukan amniotomi dengan hasil air ketuban jernih, tidak teraba bagian terkecil disekitar bagian terbawah janin, tidak terdapat tali pusat yang menumbung, denominator UUK. DJJ 148 x/menit dengan HIS (4 x dalam 10 menit dengan durasi 35 detik, irama teratur).

Setelah itu bidan menyiapkan partus set serta alat pelindung diri dan perlengkapan bayi. Pukul 09.13 WITA Ny. A mengeluh ingin BAB dan merasa nyeri perut bagian bawah menjalar sampai ke pinggang. Hal ini sesuai dengan APN (JNPK – KR, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Penulis berpendapat, penyiapan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan tersebut selain memudahkan bidan dalam proses pertolongan persalinan juga sebagai mengoptimalkan waktu dalam pertolongan persalinan.

Ny. A memasuki Kala II. Pukul 09.15 WITA, melakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tidak teraba, ketuban negatif, effecement 100 %, pembukaan serviks 10 cm (lengkap), posisi kepala janin pada hodge IV, DJJ 152 x/menit, dengan HIS (4 x dalam 10 menit dengan durasi 35 detik, irama teratur). Pada pukul 09.24 WITA kepala 5 – 6 cm didepan vulva dan hodge IV. Pukul 0.45 WITA bayi lahir.

Kadaan Ny. A sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Sumarah (2009), tanda – tanda persalinan yaitu rasa nyeri terasa dibagian pinggang dan penyebar ke perut bagian bawah, lendir darah semakin nampak, waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah, serviks menipis dan membuka. Penulis sependapat dengan teori tersebut, karena Ny. A merasakan kencang – kencang dan diikuti pengeluaran lendir darah pada awal persalinannya dan

setelah dilakukan pemeriksaan terdapat pembukaan serviks 6 cm bertambah menjadi 9 cm dan terakhir lengkap atau 10 cm. Pertambahan pembukaan serviks pada Ny. A didukung dengan HIS yang semakin meningkat dan adekuat.

Kala I hingga Kala II yang dialami Ny. A berlangsung selama 3 jam. Menurut JNPK – KR tahun 2008, lama Kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam.

Mulai pembukaan lengkap jam 09.15 WITA ibu dimotivasi atau boleh untuk mengedan apabila rasa sakit atau kontraksinya mulai semakin kuat. Disela – sela his, asupan nutrisi ibu kurang. Ibu hanya mau minum sedikit saja. Menurut Varney (2008), kebanyakan wanita saat persalinan tidak menginginkan untuk makan. Namun, cairan yang adekuat harus disediakan untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

Pembukaan lengkap Ny. A terjadi pada pukul 09.15 WITA, saat proses bidan melakukan episiotomi dikarenakan perineum kaku. Hal ini sesuai dengan teori JNPK – KR (2008) perineum kaku merupakan salah satu indikasi untuk dilakukan episiotomy. Dan saat proses pengeluaran bayi terdapat lilitan tali pusat yang kuat sehingga melakukan tindakan mengklem tali pusat di kedua tempat kemudian memotong tali pusat diantara klem tersebut. Hal ini sesuai dengan Panduan Asuhan Persalinan Normal (2008) bahwa saat kepala bayi lahir memeriksa ada tidaknya lilitan tali pusat, jika tali pusat melilit kuat mengklem tali pusat di kedua tempat kemudian dipotong. Bayi lahir pukul 09.45 WITA, lama Kala II Ny. A berlangsung selama 30 menit dan ini merupakan keadaan yang normal. Hal tersebut sesuai

dengan teori JNPK – KR (2008), mengungkapkan bahwa pada primigravida Kala II berlangsung rata – rata 2 jam dan pada multipara rata – rata 1 jam. Penulis berpendapat, proses persalinan Ny. A berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf. Ny. A telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan klien berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik. Bayi lahir spontan dan segera menangis pada pukul 09.45 WITA, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 3360 gram panjang 48 cm.

Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung diletakkan di dada Ny. A untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Menurut Sumarah (2009), sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting susu dang ibu.

Menurut penulis IMD sangatlah penting karena mendatangkan manfaat yang sangat banyak bagi bayi khususnya, antara lain dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Hal ini akan menghindari bayi dari kedinginan atau *hypotermia*.

Pada saat bayi lahir plasenta belum keluar, bidan pun segera melakukan asuhan manajemen aktif Kala III. Proses penatalaksanaan Kala III Ny. A dimulai dari penyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5 – 10 cm di depan vulva. Saat ada tanda – tanda pelepasan plasenta bidan melakukan PTT, lahirkan plasenta, kemudian melakukan masase uteri.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh JNPK – KR (2008), manajemen aktif Kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri.

Pukul 09.50 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat ± 45 cm, tebal plasenta ± 3 cm, lebar plasenta ± 16 cm. Lama Kala III Ny. N berlangsung ± 5 menit. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan JNPK – KR (2008) bahwa persalinan Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala III berlangsung rata – rata antara 5 – 10 menit. Akan tetapi kisaran normal Kala III adalah 30 menit. Penulis sependapat dengan pernyataan diatas karena plasenta Ny. A lahir tidak lebih dari 30 menit.

Pukul 09.50 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi yaitu mulai dari mukosa, kulit vagina dan otot perineum. Sesuai dengan pengkategorian laserasi menurut Sumarah (2009), laserasi perineum derajat II yaitu yang luasnya mengenai mukosa, kulit vagina dan otot perineum, perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka.

Penulis berpendapat, dalam pelaksanaannya bidan segera melakukan penjahitan pada perineum agar tidak terjadi perdarahan dan infeksi. Sebelum penjahitan dilakukan pemberian anastesi lokal terlebih dahulu untuk meminimalkan nyeri pada saat proses penjahitan.

Setelah dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, bidan melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Oleh karena itu, penulis melakukan observasi tersebut setiap 15 menit pada jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah melahirkan (Asuhan Persalinan Normal, 2008). Penulis berpendapat, dengan dilakukannya pemantauan Kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

3. Bayi Baru Lahir

Kehamilan Ny. A berusia 39 minggu 2 hari, menurut Depkes RI (2012) bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena saat bersalin usia kehamilan Ny. A aterm dan berat badan bayi Ny. A diantara 2500 gram dan 4000 gram.

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

Kemudian dilakukannya pemotongan tali pusat dengan cara mengklem tali pusat 3 cm didepan dinding perut bayi dan memotong tali pusat.

Dilakukannya perawatan tali pusat dengan menjaga agar tali pusat selalu kering. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan Muslihatun (2010) perawatan umbilicus dimulai segera setelah bayi lahir dan tali pusat harus tetap kering.

Penulis sependapat dengan teori diatas perawatan tali pusat sangat penting dilakukan agar mencegah terjadinya infeksi pada potongan tali pusat yang tersisa pada bayi. Apabila perawatan tali pusat dapat dilakukan dengan prinsip bersih dan kering, maka tali pusat akan cepat mengering dan terlepas dengan sendirinya. Setelah dilakukan perawatan tali pusat kemudian bayi diberikan kepada ibu untuk dilakukan IMD.

Setelah 1 jam dilakukan IMD, dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi Ny. A dengan hasil yaitu BB : 3360 gram, PB : 48 cm, LK : 32 cm, LD : 31 cm, caput (-), cephal (-), miksi (-), defekasi (+), cacat (-), reflek normal. Menurut Marmi (2014), bayi baru lahir normal memiliki ciri berat badan 2500 – 4000 gram, panjang badan 48 – 52 cm, lingkar dada 30 – 38 cm dan lingkar kepala 33 – 35 cm. Penulis berpendapat, hasil dari pemeriksaan fisik bayi Ny. A dalam batas normal dan sesuai dengan teori. Pemeriksaan fisik awal pada bayi baru lahir dilakukan sesegera mungkin dengan tujuan untuk menentukan apakah terdapat kelainan atau tidak pada bayi serta memudahkan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.

Setelah pemeriksaan fisik, bayi Ny. A diberikan tetes mata dan injeksi vitamin K1 0,5 cc secara Intra Muscular (IM) pada paha kiri anterolateral. Setelah satu jam kemudian bayi Ny. A diberikan imunisasi Hepatitis B secara IM pada paha kanan anterolateral. Asuhan ini di berikan sesuai dengan teori

JNPK – KR (2008), bahwa 1 jam setelah bayi lahir dilakukan penimbangan dan pemantauan antropometri serta pemberian tetes mata profilaksis dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, diberikan imunisasi Hepatitis B pada paha kanan anterolateral.

Penulis berpendapat bahwa tujuan diberikannya salep mata pada bayi Ny. A yaitu untuk membersihkan mata dari air ketuban, lendir dan darah yang menempel pada bagian mata bayi Ny. A yang dapat mengganggu mata bayi melihat secara jernih karena bayi melalui jalan lahir yang terkontaminasi oleh cairan pervaginam, sedangkan tujuan diberikannya vitamin K1 pada bayi Ny. A yaitu untuk mencegah terjadinya perdarahan pada otak bayi. Sehingga sangat penting bagi bayi baru lahir untuk mendapatkan salep mata dan pemberian vitamin K1.

4. Nifas

Pada masa nifas Ny. A mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali yaitu saat 7 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum. Hal ini sesuai dengan kebijakan program nasional bahwa kunjungan masa nifas dilakukan saat 6 – 8 jam post partum, 2 – 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 4 – 6 minggu post partum Suherni (2009). Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas.

Pada saat kunjungan dilakukan observasi KU, kesadaran, status emosi, TTV, ASI, kontraksi uterus, dan perdarahan post partum semua dalam batas yang normal. Asuhan yang diberikan pada Ny. A selama masa nifas meliputi

pemberian KIE tentang nutrisi nifas, mobilisasi dini, tanda bahaya nifas, cara perawatan luka jahitan perineum, serta posisi menyusui yang benar. Menurut Prawirohardjo (2008) bahwa faktor yang mempengaruhi involusi uterus antara lain mobilisasi dini serta gizi yang baik.

Berdasarkan uraian diatas penulis menyimpulkan bahwa asuhan yang diberikan sudah efektif terbukti dengan hasil yang didapatkan oleh Ny. A karena setiap dilakukannya kunjungan rumah uterus ibu mengecil secara bertahap, ibu tidak mengalami perdarahan, mobilisasi ibu cukup baik, jahitan pada perineum ibu cepat mengering dan tidak ada tanda – tanda infeksi, serta perut ibu yang semakin mengecil kembali seperti saat sebelum hamil.

5. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 7 jam, 6 hari, dan 2 minggu. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Muslihatun (2010) yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN – 1 dilakukan 6 – 8 jam, KN – 2 dilakukan 3 – 7 hari, KN - 3 dilakukan 8 – 28 hari.

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

Pada saat kunjungan hari ke – 6 bayi tampak ikterik dari wajah hingga ke abdomen. Hal ini masih disebut ikterik fisiologis didasarkan oleh teori dari Fraser (2009) yang mengemukakan bahwa ikterus fisiologis tidak pernah tampak sebelum 24 jam kehidupan, biasanya menghilang pada usia satu minggu. Kemudian dikunjungi neonatus ke – 3 usia 12 hari bayi sudah tidak tampak kuning lagi. Sehingga dari uraian diatas penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

6. Keluarga Berencana (KB)

Pada asuhan kebidanan kontrasepsi Ny. A mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan dengan alasan riwayat KB sebelumnya adalah menggunakan KB suntik 3 bulan dan ibu merasa cocok serta tidak ada keluhan selama penggunaan kontrasepsi tersebut. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan dari ibu sendiri dan didukung oleh suami. Setelah mendapatkan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian kontrasepsi KB suntik 3 bulan, ibu tetap memilih kontrasepsi tersebut dan mengerti atas penjelasan yang telah diberikan.

B. Keterbatasan Pelayanan Asuhan

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. A ditemui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan – keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan studi kasus adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan. Serta ada beberapa pasien yang lepas sebelum asuhan diberikan karena beberapa hal.

2. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprefensif yang bersamaan dengan kegiatan PK III dan PKL II terkadang menyebabkan kesulitan bagi peneliti untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang sangat terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A di Kelurahan Mekar Sari Kecamatan Balikpapan Tengah, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis :

1. Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. A. Pada kehamilan Trimester III atau pada saat melakukan kunjungan Ny. A mengeluhkan bengkak pada kaki. Menurut teori kehamilan pada kondisi klien merupakan keadaan fisiologis. Jadi tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.
2. Melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif. Persalinan berlangsung normal tanpa ada penyulit.
3. Melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif. Bayi lahir sehat secara spontan, segera menangis dan tanpa kelainan konginetal.
4. Melakukan asuhan masa nifas secara komprehensif. Pada masa nifas berlangsung normal, tidak ditemukan penyulit atau gangguan.
5. Melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Bayi tidak ditemukan penyulit pada masa neonatus.

6. Melakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif. Klien diberikan konseling tentang pelayanan KB. Konseling berjalan lancar dan ibu memilih untuk melakukan suntik 3 bulan.

B. Saran

1. Bagi institusi Poltekkes Kemenkes 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. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Mitra Cendikia.
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik (Edisi Revisi)*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Departemen Kesehatan RI. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2015. Profil Kota Kesehatan Balikpapan Tahun 2014
http://dkk.balikpapan.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=137&Itemid=103, diakses pada tanggal 24 April 2016,
- Dewi. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Salemba Medika.
- Fraser, Cooper. 2009. *Myles, Buku Ajar Bidan Edisi 14*. Jakarta : EGC.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayati. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta : Salemba Medika.
- International NGO Forum on Indonesian Development (INFID). 2015. PANDUAN SDGs Untuk Pemerintah Daerah (Kota dan Kabupaten) dan Pemangku Kepentingan Daerah
http://infid.org/wp-content/uploads/2015/11/FA_PANDUAN-SDGs-print-web-ok.pdf, diakses pada tanggal 20 April 2016

JNPK-KR. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi. Jakarta : JNPK-KR.

Kementerian Kesehatan RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014
www.kemkes.go.id, diakses pada tanggal 23 April 2016

Kristiyanasari, Weni. 2010. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Kusmiyati, Yuni. 2009. *Penuntun Praktikum Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : Fitramaya.

Manuaba. 2009. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC.

Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Marmi, 2014. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Mochtar, Rustam. 2008. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.

_____. 2011. *Buku Ajar Ilmu Kebidanan*. Jakarta : EGC.

Muslihatun, Wafi Nur. 2011. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Fitramaya.

Nasution. 2007. *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*. Bandung : Tarsito.

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Penny. 2008. *Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan dan Bayi*. Jakarta : ARCAN.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____ . 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____ . 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Seknas Fitra. 2015. Strategi Akselerasi Pencapaian Target MDGs 2015 www.seknasfitra.org, diakses pada tanggal 23 April 2016.
- Simkin. 2008. *Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan dan Bayi*. Jakarta : ARCAN.
- Soendari, Tjutju. 2010. *Teknik Analisa Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Ilmu Kualitatif*. Bandung : ALFABETA.

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

Sukarni, Icesmi. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan Patologi*. Jakarta : Nuha Medika.

Sulistiyawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Yogyakarta : Andi Offset.

Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta : Fitramaya.

Syafrudin. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC.

Varney, Helen. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Vol. 2 Edisi 4*. Jakarta : EGC.

_____ . 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 1*. Jakarta : EGC.

_____ . 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Vol. 2 Edisi 4*. Jakarta : EGC.

Wiknjosastro, Hanifa. 2006. *Ilmu Kebidanan, Edisi Ketiga*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.