

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. J
DENGAN TIDAK PERNAH IMUNISASI TT
DI KELURAHAN KLANDASAN ILIR
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2016**



Oleh

LESTARI HERLINA STEVANI SIMATUPANG

NIM: PO 7224113021

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI D III KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2016**

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. J
DENGAN TIDAK PERNAH IMUNISASI TT
DI KELURAHAN KLANDASAN ILIR
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2016**



Oleh

LESTARI HERLINA STEVANI SIMATUPANG

NIM: PO 7224113021

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

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI D III KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2016**

HALAMAN PENGESAHAN

**“ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. J
DENGAN TIDAK PERNAH IMUNISASI TT DI KELURAHAN KLANDASAN
ILIR KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2016”**

OLEH

LESTARI HERLINA STEVANI SIMATUPANG

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Depkes Kalimantan Timur

Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Pada Tanggal 14 Juli 2016

Penguji Utama

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

NIP. 198005132002122001

Penguji I

Ni Nyoman Murti, M.Pd (.....)

NIP. 195607211991012001

Penguji II

Susarmi, SST (.....)

NIP.19711217199203200

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes
NIP. 195507131974022001

Eli Rahmawati, S.SiT.,M.Kes
NIP. 1974032019932001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Lestari Herlina Stevani Simatupang

Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 15 April 1995

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jln. Daksa Timur VI No.24 Rt.05 Kelurahan Sepinggan

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 007 Balikpapan Selatan tahun 2001-2007
2. SMP Negeri 5 Balikpapan tahun 2007-2010
3. SMA Negeri 4 Balikpapan tahun 2010-2013
4. Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kal-Tim
Prodi D III Kebidanan Balikpapan tahun 2013-sekarang

HALAMAN PERSEMBAHAN

Ecclesiastes 3:11 “ He Has Made Everything Beautiful In Its Time”

Terimakasih pada Tuhan Yesus Kristus yang telah mengasihi aku, menguatkan aku, menghibur aku disaat aku susah, sedih dan senang dalam proses penulisan Tugas Akhir ini. Penyertaan-Mu yang tak berkesudahan menuntun aku sampai saat ini. Dalam waktu 3 tahun ini banyak emosi yang aku rasakan. Dari rasa sedih, kecewa, marah bahagia, terharu dan perasaan yang lain yang sulit untuk diungkapkan . You make everything beautiful in its time and I know it`s true. Dalam hidup ini ada waktu untuk menangis, ada waktu untuk tertawa, ada waktu untuk meratap, ada waktu untuk menari.

My strength is FAMILY

Mama dan bapakku, tak cukup beribu kata untuk mengungkapkan besarnya kasihmu kepadaku. Saat aku sudah merasa tidak sanggup, lelah, dan ingin menyerah engkau selalu ada disampingku, I just wanna say thank you for supporting, advice, pray to me and I love you so much.

Adik-adikku tercinta Christian, Novita dan Jhonatan, they are the best sister and brother that I ever have in this world and I know they`re very special. Terimakasih untuk semuanya yang telah kalian lakukan.

Thank`s to my old best friends Mega Shinta, Sara Gracia M, Eliana Rasita and Monika Helena P you`re the best friend in God and keep solid . Thank`s for everything guys sukses buat kita yaa...

*Dan buat para wanita yang super duper stronggg yaa Ginna , Destynia, Dhea,
NurEka, Nedy, Syahnaz, Jessi dan Eka terimakasih sudah menjadi sahabat dalam 3
tahun walaupun kita kadang beda pendapat itu hal yang wajar kan , kadang kita
suka jail satu sma lain , kadang kelai nda jelas juga ahaahhh dan suka duka sudah
kita lewati bersamaaa yaaa...love love love youuu guysss. Akhirnya kita wisuda
bareng jugaaaaa pke toga samaa kann*

Sukses terus yaaaa buat kitaa jadi Bidan yang Stronggg dan baik hati

*Ku persembahkan Laporan Tugas Akhir ku buat orang-orang yang terkasih yang
sudah disebut nama-namanya diatas*

THANKS FOR ALL THE GREATEST FAMILY AND FRIENDS

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, karunia dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “J” Dengan Tidak Pernah Imunisasi TT Di Wilayah Kelurahan Klandasan Ilir Kota Balikpapan” dengan baik dan lancar.

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur Prodi DIII Kebidanan Balikpapan.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, Penulis banyak mendapatkan bimbingan dan arahan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada yang terhormat :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
2. Sonya Yulia.S.,S.Pd.,M.Kes selaku Ketua Jurusan D III Kebidanan Balikpapan
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
4. Faridah Hariyani, M.Keb selaku penguji utama yang telah berkenan memberikan saya kesempatan untuk menyampaikan hasil Laporan Tugas Akhir saya ini.
5. Ni Nyoman Murti, M.Pd selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

6. Susarmi, SST, selaku pembimbing II yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Kepada seluruh dosen dan staf di Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D III Kebidanan Balikpapan.
8. Tersayang kedua orang tua yang telah memberi semangat, doa, serta dukungan materi dan spiritualnya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu
9. Ny.J dan keluarga yang bersedia menjadi pasien dalam pelaksanaan Laporan Tugas Akhir ini dan selalu meluangkan waktunya untuk dapat menerima asuhan yang penulis lakukan.
10. Rekan-rekan sejawat yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.

Akhirnya kepada seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan bantuan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, penulis ucapkan terima kasih yang sebesar besarnya. Semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Balikpapan, 2016

Lestari Herlina Stevani S

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABLE	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan	7
D. Manfaat	8
E. Ruang Lingkup.....	9
F. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	11
1. Asuhan Kebidanan Komprehensif	11
2. Manajemen Varney	11
3. Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan asuhan.....	65
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	89
BAB III SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI LITERATUR	
A. Rancangan Studi kasus	153
B. Subjek kasus	153
C. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data	154
D. Instrumen	156

E. Kerangka Kerja Studi Kasus	156
F. Etika Penelitian	158

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Antenatal Care	160
B. Dokumentasi Asuhan Intranatal Care	167
C. Dokumentasi Asuhan Bayi Baru Lahir	178
D. Dokumentasi Asuhan Postnatal Care	182
E. Dokumentasi Asuhan Neonatus	193
F. Dokumentasi Asuhan Pelayanan Kontrasepsi.....	204

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	218
B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan	219

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan	208
B. Saran	209

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul	Halaman
2.1	Riwayat obstetri	26
2.2	Pola fungsional kesehatan	28
2.3	Peningkatan berat badan selama kehamilan	86
2.4	Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri	102
2.5	Apgar Score	115
2.6	perubahan Normal pada uterus selama post partum	123

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Halaman
2.1 Perubahan fisiologis kehamilan.....	90
2.2 Perubahan fisiologis persalinan	103
2.2 Perubahan fisiologis bayi baru lahir	110
2.3 Perubahan fisiologis masa nifas.....	114

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Informasi Asuhan Kebidanan
2. Lembar Informed Consent
3. Lembar Konsultasi LTA
4. Partograf
5. Lembar SAP
6. Data Kunjungan ANC Pasien Pengganti

DAFTAR SINGKATAN

AKB	:Angka Kematian Bayi
AKBK	:Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	:Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	:Angka Kematian Ibu
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANC	: Ante Natal Care
APN	:Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
COC	: Continuity Of Care
DM	: Diabetes Mellitus
DTT	:Dekontaminasi Tingkat Tinggi
ETMN	:Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal
GDS	:Gula Darah Sewaktu
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir

ICPD	: <i>International Conference on Population and Development</i>
IMD	:Inisiasi Menyusu Dini
IMT	:Indeks Masa Tubuh
IUD	: Intra Uterine Device
KB	:Keluarga Berencana
KIA	:Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	:Komunikasi Informasi Edukasi
KPAI	:Komisi Perlindungan Anak Indonesia
KPD	:Ketuban Pecah Dini
KN	:Kunjungan Neonatus
LILA	:Lingkar Lingan Atas
MDGS	:Millenium Development Goals
MHS	:Melanophore Stimulating Hormone
PAP	:Pintu Atas Panggul
PBP	:Pintu Bawah Panggul
SDGS	: Sustainable Development Goals
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri

TN : Tetanus Neonatorum

TP : Tafsiran Persalinan

TT : Tetanus Toksoid

TTV :Tanda Tanda Vital

UC : Uterus Contraction

UK : Usia Kehamilan

USG : Ultrasonografi

UUK :Ubun-ubun Kecil

WHO :World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil, bersalin, atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan. World Health Organization (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di Negara berkembang. Sekitar 80% kematian maternal merupakan akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan (ICD-10,2012; WHO, 2014).

Agenda lanjutan MDGs yaitu *SDGs (Sustainable Development Goals)* ini diadopsi oleh seluruh Negara yang tergabung dalam PBB menagcy ke review yang dilakukan atas pelaksanaan **International Conference on Population and Development** (ICPD di Indonesia, dalam kurun waktu 20 tahun ini telah terjadi penurunan terhadap Angka Kematian Ibu melahirkan sebesar 45% dimana draft kerangka kerja SDGs memiliki 17 targetan, dalam targetan nomor 3 mengenai ketercakupan kesehatan yang semakin luas untuk memastikan hidup sehat dan sejahtera bagi semua kalangan. , target SDGs pada tahun 2030 mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. (JPNN, 2015).

Data berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) yang berkaitan dengan kehamilan,

persalinan dan nifas sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia saat ini mengalami penurunan yaitu 32 per 1.000 kelahiran hidup. Diantara angka ini, 19 per 1.000 terjadi pada masa neonatal sejak lahir sampai 28 hari. (SDKI, 2012)

Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tahun 2011, penyebab langsung kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan, hipertensi saat kehamilan dan infeksi. Penyebab kematian neonatal antara lain karena Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 29%, asfiksia 27%, masalah pemberian minum 10%, tetanus 10%, gangguan hematologi 6%, Infeksi 5% dan lain-lain 5% (Depkes RI, 2011).

Kematian ibu juga dinyatakan terjadi karena tiga 'terlambat' dan empat 'terlalu', yaitu terlambat memutuskan untuk mencari pertolongan medis, terlambat membawa ke fasilitas kesehatan, dan terlambat ditangani, serta terlalu muda menikah, terlalu sering hamil, terlalu banyak melahirkan, dan terlalu tua untuk hamil. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia terdapat 9,4 % persalinan yang 'terlalu banyak' dalam lima tahun terakhir. Angka ini merupakan angka tertinggi dari empat 'terlalu' (Depkes RI & WHO, 2003).

Angka kematian ibu (AKI) pada tahun 2011-2012 meningkat di Provinsi Kalimantan Timur menjadi 17 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2012 sebesar 111 kematian, tahun 2013 sebesar 125 kematian. Pada tahun 2012-2013 AKI meningkat menjadi 14 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2013, berdasarkan hasil laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan, jumlah AKB di Provinsi Kalimantan

umur sebanyak 526 dari 43.065 kelahiran hidup, sehingga didapatkan AKB sebesar 12,21 per 1.000 kelahiran hidup, jika dibandingkan dengan target MDGs dimana tahun 2015 target AKB sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup, maka AKB Provinsi Kalimantan Timur telah dibawah target. Dinas kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kalimantan Timur memiliki 10 program kegiatan kerja salah satunya program yang pertama yaitu program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak, dimana didalamnya dilakukan kegiatan pembinaan kesehatan ibu dan reproduksi . Untuk tahun 2013 cakupan kunjungan ibu hamil untuk kunjungan 1 mencapai 97,4%, presentase cakupan kunjungan ini meningkat dari tahun sebelumnya yaitu tahun 2012 sebesar 90,13%, begitupula untuk K4 pada tahun 2012 sebesar 77,38% naik pada tahun 2013 menjadi 85% dan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2012 sebesar 80,47%. Dengan peningkatan jumlah presentase ini menunjukkan peningkatan pelayanan tenaga kesehatan pada ibu hamil dan ibu nifas (Profil kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2013).

Di Kota Balikpapan, data tahun 2014 untuk angka kematian ibu (AKI) sebanyak 124 per 100.000 kelahiran hidup dan tahun 2015 menjadi 72 per 100.000 kelahiran hidup. Begitu pula pada angka kematian bayi (AKB) pada tahun 2014, sebanyak 11 per 1000 kelahiran hidup dan tahun 2015 menjadi 6 per 1.000 kelahiran hidup (Dinas kota Balikpapan, 2015).

Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi cenderung meningkat di Balikpapan, menekan laju kenaikan. Dinas Kesehatan Kota (DKK) Balikpapan memulai home visit, mengunjungi ibu hamil minimal dua

kali oleh bidan, yakni selama kehamilan sekali dan nifas sekali. Tak hanya itu, DKK juga terus memberikan sosialisasi kepada ibu hamil terutama untuk memenuhi K1 sampai K4 (DKK Balikpapan, 2013)

Upaya kementerian kesehatan Republik Indonesia untuk memperkuat strategi intervensi sektor kesehatan dalam menurunkan AKI dan AKB adalah dengan mencanangkan Program Indonesia Sehat pada periode 2015-2019 dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang di dukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama, dan salah satu pilar yang mengarah ke program kebidanan yaitu penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis resiko kesehatan (Rencana Strategi, 2015)

Berdasarkan filosofi standar pendidikan bidan dari *Confederation Of Midwife (ICM)* bahwa seorang bidan harus konsisten dengan filosofi asuhan kebidanan, yakni meyakini 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 centere care*) secara berkelanjutan (*continuity of care*).Bidan memberikan asuhan komprehensif, mandiri dan bertanggung

jawab terhadap asuhan yang berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan perempuan (ICM, 2005).

Pada tahun 1988, WHO memperkirakan bahwa sebanyak 787,000 bayi baru lahir meninggal akibat tetanus neonatorum (TN). Sehingga pada akhir tahun 1980-an perkiraan angka kematian tahunan global TN adalah sekitar 6,7 kematian per 1000 kelahiran hidup, jelas ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting. Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1988 dan UNICEF melalui *World Summit for Children* pada tahun 1990 mengajak seluruh dunia untuk mengeliminasi Tetanus Neonatorum pada tahun 2000. Target ini tidak tercapai, karena belum ditemukan strategi operasional yang efektif, sehingga pada tahun 1999 UNICEF, WHO dan UNFPA kembali mengajak negara berkembang di dunia untuk mencapai target Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (ETMN) pada tahun 2005. WHO memperkirakan pada 2008 (angka estimasi tahun terakhir yang ada), 59.000 bayi baru lahir meninggal akibat TN, terdapat penurunan 92% dari situasi pada akhir 1980-an. Pada 2008 terdapat 46 negara yang masih belum eliminasi TMN di seluruh kabupaten, salah satunya adalah Indonesia. Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia menurut SDKI tahun 2007 adalah 34 kematian per 1000 kelahiran hidup, dan kematian yang tertinggi terjadi pada periode neonatal. Angka kematian neonatal di Indonesia adalah 19 per 1000 kelahiran hidup, dan Tetanus Neonatorum (TN) merupakan salah satu penyebab utamanya, sehingga tetanus merupakan penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia (

Dampak yang terjadi pada ibu hamil yang tidak melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT) yaitu tetanus maternal dan neonatal merupakan penyebab kematian yang paling sering terjadi akibat persalinan dan penanganan tali pusat tidak bersih.

Pengkajian awal yang dilakukan penulis pada Ny. J tanggal 03 Maret 2016 ditemukan, ibu hamil usia 26 tahun G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 30 minggu 3 hari. Pada riwayat kehamilan pertama tidak mengalami kelainan apapun serta kehamilan yang kedua ini tidak memiliki keluhan, tetapi ibu belum pernah melakukan imunisasi TT dari kehamilan yang pertama hingga saat ini.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik melakukan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “J “ yang diberikan secara menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.” J” di Kelurahan Klandasan Ilir. Balikpapan tahun 2016.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. J G₂P₁₀₀₁ dengan tidak melakukan imunisasi TT pada saat hamil di Kelurahan Klandasan Ilir kota Balikpapan Tahun 2016 dalam masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari laporan ini adalah mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”J” G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 30 minggu 3 hari di Kelurahan Klandasan Ilir Balikpapan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikannya dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan khusus

Laporan tugas akhir ini bertujuan agar mahasiswa :

- a. Mampu melakukan asuhan kehamilan secara komprehensif terhadap Ny.J G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 30 minggu 3 hari dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- b. Mampu melakukan asuhan persalinan secara komprehensif terhadap Ny.J G₂P₁₀₀₁ dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- c. Mampu melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif terhadap Ny.J dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- d. Mampu melakukan asuhan nifas secara komprehensif terhadap Ny.J dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- e. Mampu melakukan asuhan neonatus secara komprehensif terhadap Ny.J dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- f. Mampu melakukan asuhan keluarga berencana secara komprehensif terhadap Ny.H dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.

D. Manfaat

1. Manfaat praktis

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

Dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam pemberian asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, profesional dan mandiri.

- b. Bagi klien,

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

- c. Bagi penulis,

Dapat memberikan pengalaman untuk dapat mempraktikkan teori yang didapat secara langsung dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB.

2. Manfaat Teoritis

Dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif (continuity of care), diharapkan ilmu kebidanan semakin berkembang sesuai dengan pendekatan manajemen kebidanan dan evidence based dalam praktik kebidanan.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun berdasarkan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny.”J” mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan program KB dengan cara pola pikir ilmiah melalui pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika pada penulisan proposal ini terbagi menjadi tiga bagian, yaitu bagian awal, bagian inti dan bagian akhir. Pada bagian awal terdapat sampul, halaman judul, halaman persetujuan, kata pengantar, daftar isi, daftar table, daftar bagan, dan daftar lampiran. Sampul memuat judul proposal, lambing Poltekkes Kemenkes Kaltim, nama, Nomor Induk Mahasiswa (NIM), institusi yang dituju dan waktu pengajuan proposal.

Pada bagian inti memuat bab I, bab II, dan bab III. Pada bab I dijelaskan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan yang terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, manfaat yang terdiri dari manfaat teoritis dan manfaat praktis, ruang lingkup dan sistematika penulisan. Pada bab II

dijelaskan tentang konsep dasar teori dan konsep dasar manajemen asuhan kebidanan. Pada bab III dijelaskan tentang jenis karangan ilmiah, lokasi dan waktu penelitian, subyek kasus penelitian, teknik pengumpulan dan analisis data, instrument, kerangka kerja dan etika.

Pada bagian akhir memuat daftar pustaka dan lembar lampiran. Daftar pustaka merupakan sumber informasi yang ada di dalam penulisan Laporan Tugas Akhir, refrensi yang digunakan adalah refrensi dengan tahun penerbitan atau yang dipublikasikan dalam 10 tahun terakhir minimal 10 pustaka dan menyertakan jurnal ilmiah minimal 3 refrensi dengan tahun publiksai 5 tahun terakhir.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Asuhan Manajemen Kebidanan

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

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

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

2. Manajemen Varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

Varney (1997) menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an. Prinsip prinsip manajemen meliputi: efisiensi, efektifitas dan rasional dalam mengambil keputusan.

Langkah-langkah dalam proses manajemen asuhan kebidanan sebagai berikut :

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini semua informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang (Purwandari, 2008)

Langkah II : Interpretasi data

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

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan masalah dan diagnose saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi,

pencegahan, jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam memberi perawatan kesehatan yang aman.

Langkah IV : Identifikasi kebutuhan memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan sikap kesinambungan proses penatalaksanaan yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodic, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan.

Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupaun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Rencana asuhan menyeluruh seperti yang sudah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan atau belum.

Data Perkembangan SOAP

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

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

Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

Langkah 1 . Pengkajian Data

Pengkajian Data Ibu

Data yang harus dikumpulkan pada ibu hamil, meliputi: biodata/identitas baik ibu maupun suami, data subjektif dan data objektif. Biodata yang dikumpulkan dari ibu hamil dan suaminya, meliputi: nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat lengkap.

Data subjektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan, meliputi:

- a. Riwayat perkawinan, terdiri atas: status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan.
- b. Riwayat menstruasi, meliputi: HPHT, siklus haid, perdarahan pervaginam, dan flour albus.
- c. Riwayat kehamilan sekarang, meliputi: riwayat ANC, gerakan janin, tanda-tanda bahaya atau penyulit, keluhan utama, obat yang dikonsumsi, termasuk jamu, kekhawatiran ibu.
- d. Riwayat obstetric (Gravida(G)...Para (P)...Abortus (A)...Anak hidup (AH)...), meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan BB bayi lahir < 2500 gram atau > 4000 gram serta masalah selama kehamilan.
- e. Riwayat kesehatan/penyakit ibu dan keluarga, meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- f. Riwayat KB, meliputi: untuk mengetahui sebelum ibu hamil pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama menggunakannya, alasan mengapa ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut, dan mengapa ibu menghentikan pemakaian alat kontrasepsi tersebut (Huliana, 2007).

- g. Pola kebutuhan sehari-hari meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas pekerjaan, pola istirahat, personal hygiene, pola seksual (Muslihatun, 2009).
- h. Psikososial spiritual meliputi tanggapan dan dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, ketaatan beribadah, lingkungan yang berpengaruh.

Data objektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan meliputi:

- a. Pemeriksaan fisik ibu hamil ,meliputi :
 - 1) Keadaan umum, meliputi: tingkat energy, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, TB dan BB
 - 2) Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, frekuensi, denyut nadi dan pernapasan.
 - 3) Kepala dan leher, meliputi: edema wajah, kloasma gravidarum, mata (kelopak mata pucat atau tidak, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan), keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher: pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe.
 - 4) Payudara, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe.
 - 5) Abdomen, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi (linea nigra, striae gravidarum), Tinggi fundus Uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan lebih dari 12 minggu, dan dengan pita ukuran jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui

letak, presentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 28 minggu), DJJ janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu.

- 6) Ektremitas, meliputi: edema tangan dan kaki, pucat pada kuku jari, varises, reflek patella.
- 7) Gentialia, meliputi: luka, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau) keadaan kelenjar batholini (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan hemorrhoid dan kelainan.
- 8) Inspekulo, meliputi: keadaan serviks? (cairan, darah, luka, pembukaan), keadaan dinding vagina (cairan, darah, luka).
- 9) Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan/goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, nyeri, adanya massa (Pada trimester 1 saja)
- 10) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak
- 11) Palpasi abdomen

Ada 4 macam palpasi abdomen pada ibu hamil, bertujuan untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. 4 macam palpasi abdomen pada ibu hamil, antara lain: Palpasi Leopold, Palpasi Afheld, Palpasi budin dan Palpasi Knebel.

Palpasi Leopold secara lengkap (I sampai IV) baru dapat dilakukan kurang lebih pada usia 24 minggu:

a) Palpasi Leopold I

Tujuan dari palpasi Leopold I adalah untuk menentukan umur kehamilan dengan menentukan TFU dan menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri. Prosedur pemeriksaan Palpasi

Leopold I adalah sebagai berikut:

- (1) Bidan menghadap ke arah muka ibu, uterus dibawah ke tengah
- (2) Menentukan TFU dengan jari
- (3) Menentukan bagian kepala yang ada pada fundus uteri. Sifat kepala adalah keras, bulat dan melenting, sifat bokong adalah lunak, kurang bulat, kurang melenting. Pada letak lintang, fundus uteri kosong

b) Palpasi Leopold II

Tujuan pemeriksaan Palpasi Leopold II adalah: menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang, serta menentukan bagian janin yang ada di sebelah kanan dan kiri uterus. Prosedur pemeriksaan palpasi Leopold II adalah sebagai berikut:

- (1) Kedua tangan pindah kesamping
- (2) Tangan kiri menahan sisi uterus ibu sebelah kanan, tangan kanan meraba sisi sebelah kiri uterus ibu dari atas ke bawah, apakah teraba bagian punggung atau bagian-bagian kecil janin adalah berbenjol-benjol, sempit, bila didorong tahanan lemah. Pada letak lintang sisi uterus sebelah kanan atau kiri bisa teraba kepala atau bokong janin
- (3) Berganti tangan kanan menahan sisi uterus sebelah kiri, tangan kiri meraba sisi uterus ibu sebelah kanan atau kiri bisa teraba kepala atau bokong janin

c) Palpasi Leopold III

Tujuan Pemeriksaan Palpasi Leopold III, yaitu menentukan bagian terendah (presentasi janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk pap).

Prosedur pemeriksaan palpasi Leopold III adalah:

- (1) Menggunakan satu tangan saja
- (2) Tangan kiri memegang bagian yang berada di bagian bawah uterus dan menggoyang-goyangkan. Sifat kepala adalah keras, bulat dan melenting, sifat bokong adalah lunak, kurang bulat, kurang melenting. Pada letak lintang, fundus uteri kosong
- (3) Apabila bagian terendah janin masih dapat digoyangkan berarti bagian presentasi janin belum masuk panggul. Apabila bagian presentasi janin sudah tidak dapat digoyang-goyangkan berarti presentasi janin sudah masuk panggul.

d) Palpasi Leopold IV

Tujuan Pemeriksaan Palpasi Leopold IV yaitu menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP. Prosedur pemeriksaan palpasi Leopold IV adalah:

- (1) Bidan menghadap ke arah kaki ibu
- (2) Kedua tangan ditempatkan pada permukaan presentasi janin.

Jika kedua tangan konvegen berarti hanya sebagian kecil presentasi janin yang sudah masuk panggul. Jika kedua tangan sejajar berarti separuh bagian presentasi janin sudah masuk

rongga panggul. Jika kedua tangan divergen berarti bagian terbesar dari rongga panggul dan telah melewati PAP.

Pemeriksaan palpasi Leopold IV ini tidak dilakukan jika presentasi janin masih tinggi.

12) Pemeriksaan Panggul

Indikasi pemeriksaan ukuran panggul adalah pada ibu-ibu hamil yang diduga panggul sempit, yaitu: pada primigravida kepala belum masuk panggul pada 4 minggu terakhir, pada multipara dengan riwayat obstetric jelek, pada ibu hamil dengan kelainan letak pada 4 minggu terakhir dan pada ibu hamil dengan kiposis, skilosis, kaki pincang atau cebol. Ada 2 jenis ukuran panggul pada ibu hamil, yaitu ukuran panggul luar dan panggul dalam. ukuran panggul luar tidak dapat menilai persalinan dapat berlangsung spontan atau tidak, tetapi bisa member petunjuk kemungkinan ibu hamil memiliki panggul sempit. Ukuran panggul luar terdiri atas: distansia spinarum (24-26 cm), distansia kristaru (28-30 cm), konjungata eksterna (18 cm), distansia tuberum (10,5 cm) dan lingkaran panggul (80-90 cm).

13) Pemeriksaan Laboratorium

Beberapa pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan melalui sampel urine atau sampel darah. Pemeriksaan sampel urine pada ibu hamil antara lain untuk keperluan pemeriksaan tes kehamilan (PP Test), warna urine, bau, kejernihan, protein urine, dan glukosa urine.

Pemeriksaan darah ibu hamil, antara lain bertujuan untuk memeriksa hemoglobin, golongan darah, hematokrit darah, faktor resus, rubella, VDRL/RPR dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan dengan persetujuan ibu hamil.

Langkah 2 . Interpretasi Data Dasar

Setelah pengkajian data ibu dan janin selesai, langkah selanjutnya menentukan diagnosis. Ada 4 kemungkinan diagnosis ibu hamil, yaitu:

- a. Hamil normal (sertakan usia kehamilan)
- b. Hamil normal dengan masalah khusus (keluarga, masalah psikososial, KDRT, masalah keuangan, dll)
- c. Hamil dengan penyakit/komplikasi (hipertensi, anemia, eklamsi, pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin, dll), kondisi ini memerlukan tindakan rujukan untuk konsultasi/penanganan bersama.
- d. Hamil dengan keadaan darurat (perdarahan, eklamsi, KPD, dll) memerlukan tindakan rujukan segera.

Langkah 3. Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah 4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

Langkah 5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Rencana asuhan umum yang menyeluruh dan harus diberikan pada ibu hamil, antara lain sebagai berikut:

- a. Jelaskan kondisi kehamilan dan rencana asuhan yang akan diberikan
- b. Diskusikan jadwal pemeriksaan dan hasil yang diharapkan
- c. Jelaskan pada ibu, bila diperlukan pemeriksaan khusus/konsultasi ke disiplin ilmu lain. Bila perlu, ibu dapat dirujuk ke tenaga ahli/fasilitas kesehatan yang lebih lengkap
- d. Beritahukan beberapa hal/gejala klinis penting dalam kehamilan yang menyebabkan ibu harus segera melakukan kunjungan ulang
- e. Beritahukan ibu tentang fasilitas kesehatan dan system yang ada untuk melakukan rujukan
- f. Pastikan ibu mengerti informasi dan hasil pemeriksaan/diagnosis serta penatalaksanaannya
- g. Beri kartu ibu, antarkan ibu keluar dan ucapkan salam

Langkah 6. Pelaksanaan Perencanaan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena ada komplikasi.

Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan.

Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah.

2. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

KALA I

Langkah 1 : Pengkajian

a. Data subjektif

1) Identitas

Nama, umur (usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi), agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat

2) Keluhan Utama : Nyeri (kontraksi uterus), pengeluaran lendir darah & cairan ketuban (Saifuddin, 2010).

3) Riwayat Kesehatan Klien

a) Riwayat Kesehatan Sekarang (JPNK-KR, 2008):

(1) Kapan mulai kontraksi?

(2) Apakah kontraksi teratur? Seberapa sering kontraksi terjadi?

(3) Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi?

- (4) Apakah selaput ketuban sudah pecah? Jika ya, apa warna cairan ketuban? Apakah kental atau encer? Kapan saat selaput ketuban pecah?
- (5) Apakah keluar cairan bercampur darah dari vagina ibu? Apakah berupa bercak atau darah segar per vaginam?

b) Riwayat Kesehatan yang Lalu:

Mengkaji riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita klien yang dapat mempengaruhi atau memperberat/diperberat oleh persalinan. Perlu pengkajian tentang riwayat penyakit menular, riwayat penyakit herediter, riwayat alergi dan riwayat pembedahan.

(1) Riwayat penyakit menular

- (a). Ibu hamil dengan riwayat TBC aktif kemungkinan bisa menyebabkan kuman saat persalinan dan bisa menular pada bayi (Saifuddin, 2010).
- (b). Hepatitis yang terjadi selama kehamilan dapat menyebabkan karioamnionitis selama persalinan (Saifuddin, 2010).
- (c). Pada ibu yang menderita HIV/AIDS dalam populasi yang tidak diobati resiko absolut standart penularan ibu kepada anak, sebagian besar infeksi perinatal (65 sampai 75 persen) terjadi disekitar waktu melahirkan (Varney, 2007).

(2) Riwayat penyakit herediter

(a). Hipertensi dapat menyebabkan morbiditas ibu serta terjadi persalinan premature iatrogenic (Varney, 2007).

(b). Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan diabetes melitus akan meningkatkan resiko janin terjadinya makrosomia, dan trauma persalinan (Saifuddin, 2010).

(c). Asma, terutama jika berat, dapat secara substansial mempengaruhi hasil akhir kehamilan. Peningkatan insidensi preeklamsia, persalinan premature, berat badan lahir rendah, dan mortalitas perinatal pernah dilaporkan berkaitan dengan asma (Varney, 2007).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga :

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

4) Riwayat Menstruasi :

a) HPHT: merupakan dasar untuk menentukan usia kehamilan dan perkiraan tafsiran partus (Varney, 2007).

b) Riwayat siklus, lama, dan jumlah menstruasi klien.

Wanita sering kali keliru mengartikan bercak darah akibat implantasi sebagai periode menstruasi, meski menstruasi ini sangat berbeda dari menstruasi yang biasa ia alami.

Siklus : 28 ± 2 hari

Lama : 3-8 hari (Mochtar,2008)

5) Riwayat Obstetri

Tabel 2.1

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempa t lahir	Masa gestasi	Penyul it	Jeni s	Penolo ng	Penyulit	Jenis	B B	PB	Kead aan
1											
2											

a) Riwayat Makrosomia.

Beberapa ibu yang secara genetik selalu melahirkan bayi besar, seperti ibu dengan diabetes mellitus yang menyebabkan penyulit dalam persalinan akibat janin besar yang merupakan kelanjutan dari penyulit kehamilan dengan janin besar, Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus. Hal ini menyebabkan disfungsi persalinan, kemungkinan ruptur uterus, dan peningkatan insiden perdarahan postpartum (Varney, 2007).

b) Riwayat persalinan buruk sebelumnya.

Menurut Sulistiowati (2001) yang dikutip Suryani (2008), bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat

persalinan buruk sebelumnya dengan perdarahan pasca persalinan.

- c) Riwayat bedah sesarakan mempengaruhi perdarahan, persalinan lama, malpresentasi, ruptur uterus atau sesar darurat pada wanita yang melahirkan anak pertamanya secara sesar (Varney, 2007).

6) Riwayat Kehamilan Sekarang Varney (2007)

Riwayat kehamilan saat ini dikaji untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan, dan setiap keluhan yang dialami klien sejak haid terakhir (HPHT).

- a) Keluhan tiap trimester

- b) Queckening

- c) Pemeriksaan kehamilan

- d) Penkes yang sudah didapat

- e) Imunisasi

- f) Kebiasaan yang dapat mempengaruhi kehamilan:

- (1).Merokok sebelum atau pada awal kehamilan

meningkatkan risiko aborsi spontan dan plasenta abnormal

- (2).Konsumsi alkohol selama kehamilan dikaitkan dengan

peningkatan risiko aborsi spontan pada trimester kedua dan defisiensi nutrisi

- (3).Selama kehamilan, penggunaan kokain dikaitkan dengan

aborsi spontan, persalinan dan kelahiran premature, abrupsy placenta, persalinan dan kelahiran cepat,

intoleransi janin terhadap persalinan, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

(4). Riwayat Kontrasepsi:

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

7) Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 2.2

Pola Fungsional Kesehatan

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

(Sumber: Varney, 2007)

8) Riwayat Psikososio-kultural Spiritual :

a) Psikologis (Varney, 2007):

(1).Riwayat pernikahan:

Pernikahan beberapa, lama menikah, status pernikahan sah/tidak. Untuk membantu menunjukkan keadaan alat kelamin ibu (Varney, 2007).

(2).Kehamilan ini direncanakan atau tidak

(3).Respon klien dan keluarga terhadap persalinan

(4).Psikologis ibu menghadapi persalinan

b) Sosial, yaitu penerimaan keluarga terhadap kehamilan ini

c) Kultural, yaitu adat istiadat yang dapat merugikan yang akan dilakukan oleh ibu dan keluarga saat persalinan.

d) Spiritual yaitu, pola ibadah selama hamil.

b. Data Objektif

1) **Pemeriksaan Umum (Varney,2007).**

Kesadaran, ekspresi wajah , tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg-120/80 mmHg,
<140/90 mmHg. Peningkatan sistolik rata-rata (10 - 20) mmHg dan distolik rata-rata 10 mmHg.

Nadi : 60-100 x/menit.

Suhu Tubuh : 36,5-37,5⁰C (Varney, 2007).

Peningkatan suhu jangan melebihi 0,5⁰C sampai dengan 1⁰C.

Pernapasan : 16-20 x/menit.

Tinggi Badan : Tinggi Badan ibu lebih dari 145 cm.
Bila kurang curiga kesempitan panggul (CPD).

Berat Badan Sekarang : Penambahan BB 15 kg. Berat badan ditimbang untuk memperoleh kenaikan berat badan total selama kehamilan.
Pertambahan BB lebih dari 15 kg dapat di indikasikan bahwa ibu mengalami PEB, DM, dan janin mengalami makrosomia.

Ukuran lila : Ukuran lila tidak boleh kurang dari 23.5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk.

2) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

Kepala : Kulit kepala tampak bersih, distribusi rambut merata

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

Mata : Tampak simetris, kelopak mata tidak oedema, tampak sclera berwarna putih, tidak tampak kelainan,

	konjungtiva tampak berwarna merah muda
Hidung	: Tampak bersih, tidak tampak cuping hidung, polip, dan peradangan
Mulut	: Tampak bibir bersih, mukosa mulut lembab, lidah bersih dan tremor, gigi geraham lengkap, tidak tampak stomatitis, caries dentis, dan pembesaran tonsil
Telinga	: Tampak bersih, tidak tampak pengeluaran sekret
Leher	: Tampak/tidak tampak hyperpigmentasi, tidak tampak pembesaran tonsil, faring, laring, vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening
Dada	: Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada
Payudara	: Tampak simetris dan bersih, areolla dan puting tampak kehitaman, lebih besar, tidak tampak benjolan.
Abdomen	: Tampak pembesaran, tampak/tidak linea dan striae tidak tampak bekas operasi dan asites
Genetalia	: Tidak tampak oedema, varices, serta

hemoroid, tampak pengeluaran lendir darah, cairan ketuban (Varney, 2007).

Ekstremitas : Tampak simetris, tidak oedema

Palpasi

Kepala : Tidak teraba tumor/massa

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

Payudara : Tidak teraba benjolan.

Abdomen : Tampak pembesaran perut yang sesuai dengan usia kehamilan , tampak/tidak linea dan striae, tidak tampak bekas operasi dan asites.

TFU : Mengukur jarak symphysis-fundus dengan menggunakan cara McDonald. Menggunakan Midline, biasanya pada UK 33cm.

Leopold I : TFU leopold 1 menggunakan jari. Pada fundus teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong janin)

Leopold II : Teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin) di abdomen sebelah kanan/kiri ibu dan bagian terkecil janin

di abdomen sebaliknya.

Leopold III : Pada SBR teraba keras, bulat, melenting (kepala janin)

Leopold IV : Seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP jika kepala sudah masuk ke dalam panggul. TBJ (gr) = (TFU-12)x155, jika kepala masih diatas spina ischiadika. Penurunan kepala dengan perlimaan : primigravida inpartu kala I fase aktif dengan kela janin masih 5/5. (JNPK-KR, 2008)

Genetalia : Tidak teraba oedema, tidak teraba pembesaran pada kelenjar bartholini, tidak tampak varices. Pada proses persalinan jika terjadi oedem pada perineum maka perlu dihindarkan persalinan pervaginam karena dapat dipastikan akan terjadi laserasi perineum (Manuaba, 2010).

Auskultasi

DJJ : Terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal (Mochtar, 2008).

3) Pemeriksaan Khusus

a. Pemeriksaan Dalam :

Tanggal : jam : Oleh:

(1) Pembukaan :

1–3cm : Fase laten

3–4cm : Fase aktif, akselerasi

4–9cm : Fase aktif, dilatasi maksimal

9-10 cm : Fase aktif, Deselearasi

(2) Presentasi : Belakang Kepala

(3) Denominator : UUK (oksiput)

(4) Ketuban (JNPK-KR, 2008)

U : Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban sudah pecah tetapi air ketuban sudah tidak mengalir lagi/kering

(5) Hodge : Hodge I-IV

Hodge I: 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: 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

Hodge III: 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).

Hodge IV : 1/5 jika hanya 1 dan 5 jari masih dapat teraba bagian terbawah janin yang berada diatas symfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (JNPK-KR, 2008).

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboatorium

(1)Kadar Hb normal lebih dari 11 gr%

(2)Albumin urine negative

(3)Reduksi urine negative

b) PemeriksaanRadiologi: USG

Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

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

Masalah : Ada/Tidak ada

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

Langkah 3 : Identifikasi Diagnose/Masalah Potensial

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

Diagnosis Potensial : Ada/Tidak ada

Masalah Potensial : Ada/Tidak ada

Langkah 4 :Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

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

Langkah 5 : Intervensi

KALA I

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan

Rasional: Agar mengetahui pemeriksaan merupakan hak klien

- 2) Beri dukungan emosional pada ibu

Rasional: Agar 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 membantumemberi kenyamanan ibu (JNPK-KR, 2008).

3) Lakukan Observasi Kala I (JNPK-KR, 2008).

Rasional: Tiap 30 menit, yaitu detak jantung janin, nadi ibu dan kontraksi uterus. 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. Tiap 2 jam, yaitu suhu tubuh ibu dan volume urine ibu. Suhu tubuh normal berkisar antara 36,5°-37,5° C merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan umum ibu. Urin ibu diobservasi sebagai upaya pengosongan kandung kemih sehingga tidak menahan penurunan kepala. Karena kandung kemih yang penuh berpotensi memperlambat proses persalinan (Varney, 2007). Tiap 4 jam yaitu pembukaan serviks, penurunan kepala, keadaanketuban, molase, dan tekanan darah ibu. Untuk mengetahui kemajuan persalinan dengan mengobservasi pembukaan serviks dan penurunan kepala, kondisi janin dapat pula dilihat dari keadaan air ketuban, dan molase/penyusupan kepala janin, dan tekanan darah ibu untuk mengetahui keadaan ibu, sehingga dapat memudahkan kita dalam pengambilan tindakan selanjutnya.

4) Lakukan pencegahan infeksi sesuai standar PI (Pencegahan Infeksi).

Rasional: PI adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir karena dapat menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan

keterampilan untuk melaksanakan prosedur PI secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi.

- 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.

- 6) Ajarkan ibu napas dalam terutama saat terjadi kontraksi.

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

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

- 8) Dokumentasi hasil pemantauan Kala satu pada partograf.

Rasional: Partograf merupakan 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.

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

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

dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

10) KIE ibu tentang proses persalinan

Rasional: Persalinan merupakan saat yang menegangkan dan dapat mengugah emosi dengan memberikan pengertian tentang proses persalinan ibu akan berupaya mengatasi gangguan emosionalnya.

Langkah 6 : Implementasi

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

Langkah 7 :Evaluasi

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

KALA II

Langkah 1 : Pengkajian

1) Data Subjektif

a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vaginanya.

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum :

- Kesadaran : Compos Mentis
- Tekanan darah : 110/70mmHg-120/80mmHg,
<140/90mmHg. Peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mm Hg dan distolik rata-rata 10 mmHg (Varney, 2007).
- Nadi : 60-100 x/menit(Varney, 2007).
- Suhu Tubuh : 36,5-37,5⁰C. Peningkatan suhu jangan melebihi 0,5⁰C sampai dengan 1⁰C (Varney, 2008).
- Pernapasan : 16-20 x/menit (Varney, 2007)

b) Pemeriksaan fisik

Adanya tanda dan Gejala Kala II Persalinan

Inspeksi :

- (1) Perineum menonjol
- (2) Vulva vagina dan spingter ani membuka
- (3) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

c) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan Dalam :

- Vulva,vagina : Tampak membuka
- Pengeluaran : Lendir darah, cairan ketuban
- Dinding vagin : Tidak oedema
- Pembukaan : 10 cm

Effacement : 100%
Ketuban : Utuh/ jernih/ mekonium/ kering/ darah
Presentasi : Belakang kepala
Hodge : III/IV.

Hodge III : 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas symphisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bagian tengah rongga panggul (tidak dapat digoyangan).

Hodge IV : 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symphisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (JNPK-KR, 2008).

Langkah 2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G PAPAHA kala II persalinan normal

Masalah : Ada / Tidak ada

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosis / Masalah Potensial

Diagnosis potensial : Ada/Tidak ada

Masalah Potensial : Ada/Tidak ada

Langkah 4 : Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Ada/Tidak ada

Langkah 5 : Perencanaan Pelaksanaan Intervensi

- a. 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).

- b. Lakukan prosedur asuhan persalinan normal (JNPK-KR, 2008) :

- 1) Lakukan persiapan pertolongan persalinan. Untuk memeriksa kelengkapan alat dan bahan, serta obat- obatan essensial pada proses pertolongan persalinan serta sebagai alat pelindung diri.

- 2) Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah.

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

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

Rasional: Mendeteksi bradikardia janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta.

4) Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap.

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

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

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

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

Saat ibu merasa nyaman, maka ibu dapat berkonsentrasi untuk mengejan. Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferi, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi *utero-plasental* sehingga akan menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin.

7) Lakukan bimbingan untuk meneran dengan baik dan benar.

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

8) 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.

9) Periksa lilitan tali pusat pada leher bayi.

Rasional: Lilitan tali pusat dapat menghambat kelahiran bahu sehingga bisa terjadi asfiksia pada bayi bila tidak dilepaskan.

10) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Rasional: Putaran paksi luar yang sempurna menjadikan kepala janin searah dengan punggungnya sehingga memudahkan kelahiran bayi.

11) Lahirkan bahu secara biparietal.

Rasional: Bahu secara biparietal dapat mengurangi atau mencegah terjadinya rupture.

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

Rasional: Untuk memudahkan proses persalinan dan mencegah laserasi.

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

Rasional: Menelusuri punggung sampai tungkai untuk memudahkan proses kelahiran.

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

Rasional: Untuk mengetahui apakah bayi menangis kuat atau bernapas megap-megap, gerakan bayi aktif atau tidak serta warna kulit bayi kemerahan atau sianosis sehingga memudahkan petugas dalam pengambilan tindakan selanjutnya.

15) Keringkan bayi diatas perut ibu.

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

Langkah 6 : Implementasi

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

KALA III

Langkah 1 : Pengkajian Kala III

Data Subjektif

Tidak Ada

Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum (Varney, 2007)

Kesadaran : Compos mentis

Tekanan darah : 110/70mmHg-120/80mmHg, <140/90
mmHg. Peningkatan sistolik (10-20)
mmHg dan distolik 10 mmHg

Nadi : 60-100x/menit

Suhu Tubuh : 36,5-37,5⁰C. Peningkatan suhu jangan
melebihi 0,5⁰C sampai dengan 1⁰C

Pernapasan : 16-20x/menit

2) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

Genetalia : Tampak tali pusat memanjang,
tampak semburan darah mendadak
dan singkat (JNPK- KR,2008).

Palpasi

Abdomen : Teraba tinggi fundus berada diatas
pusat

a) Data bayi (JNPK-KR, 2008)

Bayi lahir tanggal, jam, jenis kelamin, hasil penilaian selintas

- (1) Apakah bayi cukup bulan ?
- (2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- (3) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
- (4) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

Langkah 2 : Interpretasi data dasar

Diagnosis : G..PAPAH kala III persalinan normal

Masalah : Ada/Tidak ada

Langkah 3 : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial : Ada/Tidak ada

Masalah Potensial : Ada/Tidak ada

Langkah 4 : Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Ada/Tidak ada

Langkah 5 : Intervensi

KALA III

Lanjutkan intervensi APN (JNPK-KR,2008):

- 1) Cek kehamilan tunggal.

Rasional : Mengecek adanya janin yang kedua, setelah mengecek atau tidak ada janin kedua maka dapat bisa melakukan prosedur lainnya.

- 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.

3) Lakukan IMD.

Rasional: Kontak kulit dengan kulit merupakan salah satu cara untuk mengoptimalkan 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.

4) Lakukan Manajemen Aktif Kala III (JNPK-KR):

a) Pemberian suntik Oksitosin.

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

b) Lakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

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

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.

d) Lakukan masase fundus uteri selama 15 detik.

Rasional: Masase fundus uteri dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus sehingga dapat mencegah terjadinya perdarahan.

e) Periksa kelengkapan plasenta.

Rasional: Adanya sisa plasenta di dalam uterus dapat mengakibatkan perdarahan sehingga plasenta harus dikeluarkan secara lengkap.

Langkah 6 : Implementasi

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

Langkah 7 : Evaluasi

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

3. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada BBL

a. Langkah 1. Pengkajian Data

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir

1) Pengkajian segera setelah lahir. Pengkajian ini bertujuan untuk

mengkaji adaptasi adanya bayi baru lahir kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus, yaitu dengan penilaian APGAR, meliputi :

warna kulit, denyut jantung, Reflek, Tonus otot, dan Pernapasan. Pengkajian sudah dimulai sejak kepala tampak dengan diameter besar di vulva.

- 2) Pengkajian keadaan fisik. Setelah pengkajian segera setelah lahir untuk memastikan bayi dalam keadaan normal atau mengalami penyimpangan. Data subjektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan, antara lain, yaitu riwayat kesehatan bayi baru lahir yang penting dan harus dikaji, antara lain:
 - a) Faktor genetic, meliputi: kelaianan/gangguan metabolic pada keluarga dan sindroma genetic.
 - b) Faktor maternal (ibu), meliputi: adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/Isoimunisasi.
 - c) Faktor antenatal, meliputi: pernah ANC atau tidak, adanya riwayat perdarahan, preeklamsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar/terganggu, diabetes gestasionl, poli/oligohidramnion.
 - d) Faktor perinatal, meliputi: premature / postmatur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekoneal, amnionitis, ketuban pecah dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapsus tali pusat, ibu hipotensi, asidosis janin, jenis persalinan.

Data objektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antara lain:

a) Pemeriksaan fisik

Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir:

- (1) Informasikan prosedur kepada orang tua dan dapatkan persetujuan orang tua
- (2) Cuci tangan lalu keringkan, pakailah sarung tangan jika diperlukan
- (3) Pastikan cukup penerangan dan kehangatan untuk bayi
- (4) Periksa bayi secara sistematis mulai dari kepala, muka kemudian klavikula, lengan, tangan, dada dan abdomen, warna, tungkai, kaki, spina dan genetalia.
- (5) Warna dan aktifitas bayi diidentifikasi
- (6) Catat miksi dan defekasi (mekonium)
- (7) Ukuran antropometri bayi
- (8) Diskusikan hasil pemeriksaan ke orang tua bayi
- (9) Catat hasil pengkajian sesuai hasil temuan

b) Pemeriksaan Umum .

(1) Pernafasan

Pernafasan BBL normal 30-60 x/menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi. Pada bayi kecil, mungkin terdapat retraksi dada ringan dan jika bayi berhenti nafas secara periodic selama beberapa detik masih dalam batas normal.

(2) Warna kulit

Bayi baru lahir aterm kelihatan lebih pucat dibanding bayi bayi preterm karena kulit lebih tebal

(3) Denyut Jantung

Denyut jantung BBL normal antara 100-160 x/menit, tetapi dianggap masih normal jika diatas 160 x/menit dalam jangka waktu pendek, beberapa kali dalam 1 hari selama beberapa hari pertama kehidupan, terutama bila bayi mengalami distress. Jika ragu, ulangi perhitungan denyut jantung

(4) Suhu 36,5-37,5°C

(5) Postur dan gerakan

Postur normal dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar, dengan lengan, panggul dan lutut semi fleksi. Pada bayi kecil ekstermitas dalam keadaan sedikit ekstensi. Pada bayi dengan letak sungsang selama masa kehamilan, akan mengalami fleksi penuh pada sendi panggul dan lutut atau sendi lutut ekstensi penuh, sehingga kaki bisa dalam berbagai posisi sesuai bayi intra uterine.

(6) Tonus otot/tingkat kesadaran

Rentang normal tingkat kesadaran BBL adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel. Bayi dapat dibangunkan jika diam atau sedang tidur.

(7) Ekstermitas

Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila ekstermitas dan pembengkakan

(8) Kulit

Warna kulit dan adanya verniks caseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol. Selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya dan eritema toksikum pada muka, tubuh dan punggung pada hari kedua atau selanjutnya

(9) Tali pusat, normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari

(10) Berat badan normal 2500-4000 gram

b. Langkah 2 Interpretasi Data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data yang dikumpulkan pada langkah 1.

c. Langkah 3. Identifikasi diagnose atau masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi

Masalah potensial : Potensial terjadi masalah ekonomi bagi orang tua yang tidak mampu, karena bayi membutuhkan perawatan intensif dan lebih lama

d. Langkah 4 . Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlu tidaknya tindakan segera oleh bidan, dokter dan apakah ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi.

e. Langkah 5 . Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya

- 1) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
- 2) Perawatan mata
- 3) Memberikan identitas bayi
- 4) Memperlihatkan bayi pada orangtua / keluarganya
- 5) Memfasilitasi kontak dini pada ibu
- 6) Memberikan vitamin K1
- 7) Konseling
- 8) Imunisasi

f. Langkah 6 . Melaksanakan Perencanaan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan efektif dan aman

- 1) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
 - a) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - b) Ganti handuk / kain basah dan bungkus bayi dengan selimut.
 - c) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa setiap 15 menit.
Apabila telapak kaki teraba dingin, periksalah suhu aksila bayi.

2) Perawatan mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena clamida. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.

3) Memberikan identitas bayi

Alat pengenal untuk memudahkan identitas bayi perludipasang segera setelah lahir

4) Memperlihatkan bayi pada orang tua/keluarga

5) Memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu

- a) Berikan bayi kepada ibu segera mungkin . Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir, ikatan batin bagi dan bayi dan pemberian ASI dini
- b) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap. Jangan paksakan bayi untuk menyusu
- c) Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi , biarkan bayi bersama ibu paling tidak 1 jam setelah bayi lahir.

6) Memberikan vitamin K1

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K1 pada bayi baru lahir.

7) Konseling:

Ajarkan pada orang tua bayi untuk:

- a) Menjaga kehangatan bayi
- b) Pemberian ASI
- c) Perawatan tali pusat:

- (1) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih dan longgar
 - (2) Lipatlah popok dibawah sisa tali pusat
 - (3) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, cuci dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan
- d) Mengawasi tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
- (1) Pernafasan, sulit atau lebih dari 60 x/menit, terlihat dari retraksi dinding dada pada waktu bernafas
 - (2) Suhu terlalu panas, $> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$ (hipotermi)
 - (3) Warna abnormal, kulit/bibir bayi sianosis ayau pucat, memar atau bayi sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru
 - (4) Pemberian ASI sulit, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
 - (5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah
 - (6) Infeksi, suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit
 - (7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak mengeluarkan mekonium selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, perut bengkak, tinja hijau tua berlendir/berdarah
 - (8) Tidak berkemih dalam waktu 24 jam

(9) Menggigil atau suara tangis tidak biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus

(10) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan

e) Imunisasi

Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan, berikan imunisasi BCG, Anti polio oral dan Hepatitis B

g. Langkah 7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2011).

4. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

a. Langkah 1 . Pengkajian Data

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan ibu

1) Melakukan pemeriksaan awal post partum

Meninjau catatan/record pasien

a) Catat perkembangan ante partum dan intra partum

b) Berapa lama (jam/hari) pasien postpartum

c) Pesanan sebelumnya dan catat perkembangannya

d) Suhu, nadi, pernapasan, dan tekanan darah post partum

e) Pemeriksaan Laboratorium dan laporan pemeriksaan tambahan

f) Catatan obat-obat

g) Catatan bidan/perawat

Menanyakan riwayat kesehatan dan keluhan ibu seperti: mobilisasi, buang air kecil, buang air besar, nafsu makan, ketidakyamanan/rasa sakit, kekhawatiran, hal yang tidak jelas, makanan bayi, reaksi pada bayi dan reaksi terhadap proses melahirkan dan kelahiran

2) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah, suhu badan, dan denyut nadi

b) Tenggorokan jika diperlukan

c) Buah dada dan puting susu

d) Auskultasi paru-paru, jika diperlukan

e) Abdomen : kandung kemih, uterus, diastasis

f) Lochea : warna, jumlah, bau

g) Perineum : edema, inflamasi, hematoma, pus, bekas luka episiotomy/robek, jahitan, memar, hemorrhoid.

h) Ekstermitas : varises, betis apakah lemah dan panas, edema, tanda-tanda Homan dan reflek

b. Langkah 2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : PPAH ... hari dengan perdarahan nifas, subinvolusi, anemia postpartum, preeklamsia

Masalah : Ada/Tidak ada

c. Langkah 3 . Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi pembahasan masalah atau diagnosis yang sudah diidentifikasi

Diagnosis potensial: hipertensi postpartum, anemia postpartum, subinvolusi, perdarahan postpartum, febris postpartum dan infeksi postpartum

Masalah potensial: potensial bermasalah dengan ekonomi, sakit pada luka bekas episiotomi, nyeri kepala dan mules

- d. Langkah 4 . Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien

- e. Langkah 5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan dari langkah sebelumnya

Manajemen asuhan awal puerperium:

- 1) Kontak dini dan sesering mungkin dengan bayi
- 2) Mobilisasi / Istirahat berbaring di tempat tidur
- 3) Gizi (Diet)
- 4) Perawatan perineum

- c. Langkah 6 . Melaksanakan Perencanaan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisiensi dan aman terhadap :

- 1) Kontak dini sesering mungkin dengan bayi
- 2) Mobilisasi/Istirahat baring di tempat tidur
- 3) Pengaturan gizi (diet)

- 4) Perawatan perineum
 - 5) Bebas dari ketidaknyamanan post partum
 - 6) Perawatan payudara
 - 7) Pemeriksaan laboratorium terhadap komplikasi, jika diperlukan
 - 8) Rencana KB
 - 9) Tanda-tanda bahaya masa nifas
 - 10) Kebiasaan rutin yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan
- d. Langkah 7. Evaluasi
- Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif atau merencanakan kehamilan yang belum terlaksana (Muslihatun, 2011).

5. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Keluarga

Berencana

a. Langkah 1 . Pengkajian data

Data yang harus dikumpulkan pada calon/akseptor keluarga berencana, meliputi biodata/identitas baik pasien maupun keluarga/ suami, data subjektif dan objektif, yang terdiri atas pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul, pemeriksaan dalam, laboratorium/penunjang lainnya. Biodata yang dikumpulkan dari pasien dan suami/keluarga, meliputi nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat lengkap. Data subjektif dan objektif harus dibedakan menjadi akseptor kunjungan awal dan pasien kunjungan ulang. Akseptor kunjungan awal

(calon akseptor KB) adalah pasien yang belum pernah menggunakan alat kontrasepsi setelah abortus atau melahirkan dan berencana memakai alat kontrasepsi KB.

Data subjektif dari calon/akseptor KB, yang harus dikumpulkan, meliputi:

- 1) Keluhan utama/alasan datang ke institusi pelayanan kesehatan dan kunjungan saat ini apakah kunjungan pertama atau kunjungan ulang
- 2) Riwayat perkawinan, terdiri atas: status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan
- 3) Riwayat menstruasi, meliputi: HPHT, siklus haid, perdarahan pervaginam, dan flour albus
- 4) Riwayat obstetric (Gravida (G)...Para (P)...Abortus (A)...Anak hidup (AH)...), meliputi perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan BB bayi lahir < 2500 gram atau > 4000 gram serta masalah selama kehamilan
- 5) Riwayat keluarga berencana, meliputi: jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti
- 6) Riwayat kesehatan/penyakit ibu dan keluarga , meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS
- 7) Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat/makanan

- 8) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi: pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), Personal hygiene, aktivitas dan istirahat
- 9) Riwayat psikososial, meliputi: pengetahuan dan respon ibu terhadap semua metode kontrasepsi. kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, keluhan, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap metode yang ingin digunakan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga dan pilihan tempat mendapatkan pelayanan KB

Data objektif dari calon/akseptor KB, yang harus dikumpulkan meliputi:

- 1) Keadaan umum, meliputi: tingkat energy, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, TB dan BB
- 2) Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, frekuensi ,denyut nadi dan pernapasan
- 3) Kepala dan leher, meliputi: edema wajah, kloasma gravidarum, mata (kelopak mata pucat atau tidak, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan), keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher: pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe
- 4) Payudara, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe
- 5) Abdomen, meliputi: adanya bekas luka, adanya bentuk

- 6) Ektremitas, meliputi: edema tangan dan kaki, pucut pada kuku jari, varises, reflek patella
- 7) Gentialia, meliputi: luka, varises, kandiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau) keadaan kelenjar batholini (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan hemorrhoid dan kelainan

8) Pemeriksaan Penunjang

Pada kondisi tertentu calon/akseptor KB harus menjalani beberapa pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan dan keperluan menegakkan adanya kehamilan, maupun efek samping/komplikasi penggunaan kontrasepsi. Pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan adalah pemeriksaan tes kehamilan. USG, kadar haemoglobin, kadar gula darah, dan lain-lain.

b. Langkah 2 . Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan . Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik

Kebutuhan:

- 1) Konseling tentang metode KB untuk menjarangkan kehamilan
- 2) Motivasi untuk menggunakan metode yang tepat untuk menjarangkan kehamilan

- c. Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial
- Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian gambaran masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, dapat sambil mengamati klien bidan diharapkan bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.
- d. Langkah 4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
- Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter.
- e. Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh
- Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.
- f. Langkah 6. Melaksanakan Perencanaan
- Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas

kesehatan lainnya. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena ada komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan

g. Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai dengan batasan ideal anak.

3. Hasil Pengkajian klien dan perencanaan asuhan

Tanggal : 3 Maret 2016

Jam : 17.00 WITA

Oleh : Lestari Herlina Stevani Simatupang

Temp at : Jl. Mayjen Soetoyo Rt. 57 No. 72 (Rumah Ny.J)

Langkah I

Pengumpulan data dasar

a. Data Subjek

1) Identitas

Nama klien : Ny. J

Nama suami : Tn. M

Umur : 26 tahun

Umur : 31 tahun

Suku	: Madura	Suku	: Madura
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta

2) Keluhan utama : Tidak ada

3) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat obstetri

- (1) Menarche : 14 tahun
- (2) Siklus : teratur
- (3) Lamanya : 7 hari
- (4) Keluhan : Tidak ada
- (5) HPHT : 02 Agustus 2015
- (6) TP : 09 Mei 2016
- (7) Usia Kehamilan : 30 minggu 3 hari

b) Riwayat ginekologi

Ibu pernah mengalami flour albus abnormal (warna putih, tidak berbau dan tidak gatal)

4) Riwayat kehamilan saat ini

Ibu rajin memeriksakan kehamilannya \pm 4 kali selama hamil di bidan dan dokter spesialis kandungan. Ibu sudah mendapatkan konseling diantaranya mengenai kehamilan, pola istirahat, dan perencanaan persalinan. Ibu mendapatkan terapi diantaranya vitamin B kompleks, kalk, dan SF.

5) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
1	2012	BPM	aterm	tidak ada	spontan	Bidan	tidak ada	Laki-laki	3300 gr	47	sehat
2	HAMIL INI										

6) Riwayat imunisasi

Ibu tidak pernah melakukan imunisasi TT dari anak pertama hingga saat pada hamil ini, karena tidak ada yang memberitahu ibu untuk melakukan imunisasi tt.

7) Riwayat menyusui

Ibu memberikan anak pertamanya Asi Eksklusif

8) Riwayat penyakit ibu terdahulu dan saat ini

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, asma, diabetes militus dan hipertensi

9) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga ibu maupun suami tidak pernah menderita penyakit seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, asma, diabetes militus dan hipertensi, serta penyakit keturunan seperti buta warna dan penyakit kelainan darah.

10) Riwayat perkawinan

a) Menikah yang ke : 1

b) Lamanya : 4 tahun

c) Usia saat perkawinan : 21 tahun

11) Riwayat KB

a) Pernah ikut KB : Suntik KB 1 bulan

b) Lamanya : \pm 3 tahun

12) Pola nutrisi

Pola nutrisi ibu meningkat dua kali lebih banyak dibandingkan sebelum hamil.

13) Pola eliminasi

a) BAB

(1) Frekuensi : \pm 1 kali sehari

(2) Warna : kuning kecoklatan

(3) Konsistensi : lunak

(4) Keluhan : tidak ada

b) BAK

(1) Frekuensi : 6-7 kali sehari

(2) Warna : kuning jernih

(3) Keluhan : tidak ada

14) Pola aktivitas, istirahat dan tidur

a) Pola aktivitas

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

b) Pola istirahat dan tidur

(1) Siang : 1-2 jam

(2)Malam : 6-7 jam

15) Pola psikologi ibu dan respon ibu serta keluarga terhadap kehamilannya. Kehamilan ini sangat diharapkan oleh ibu. Ibu juga mengharapkan kehamilan dan persalinannya berjalan dengan normal serta anak yang dilahirkan selamat dan sehat. Suami dan keluarga sangat bahagia dan mendukung atas kehamilan ibu. Hubungan ibu dengan keluarga dan lingkungan sekitar cukup baik.

16) Pola konsumsi obat

Ibu mengonsumsi vitamin B kompleks, Kalk, dan SF selama hamil dengan dosis 1 tablet perhari diminum dengan air putih.

17) Pengetahuan ibu tentang kehamilannya

Ibu cukup mengetahui tentang kehamilannya, Ibu telah memperoleh informasi mengenai kehamilannya saat pemeriksaan kehamilan.

18) Persiapan persalinan

a) Rencana tempat bersalin : Bidan Praktek Mandiri

b) Persiapan ibu dan bayi : ibu telah menyiapkan pakaian bayi, pakaian ibu, dana, dan ibu siap mental dalam menghadapi persalinannya.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum : Baik

b) Kesadaran : Compos mentis

c) Tinggi Badan :145 cm.

- d) BB sebelum hamil : 43 kg
- e) BB sekarang : 55 kg
- IMT : Berat Badan (kg) / Tinggi Badan (m)²
: $43 / (1,45)^2 = 43/2,10 = 20,47$
(normal)
- f) LILA : 25,5 cm
- g) Tanda-tanda vital
- (1) Tekanan darah : 110/70 mmHg
- (2) Nadi : 81 x/menit
- (3) Pernapasan : 24 x/menit
- (4) Suhu : 36,5°C

2) Pemeriksaan khusus

a) Inspeksi

- (1) Rambut : Tampak bersih dan tidak rontok
- (2) Muka : Tidak tampak cloasma gravidarum, oedema dan pucat
- (3) Mata : Konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikteri
- (4) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjaran tyroid dan vena jugularis
- (5) Dada : Payudara tampak simetris, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae
- (6) Abdomen : Tampak striae gravidarum, tidak tampak luka bekas operasi. Pembesaran perut sesuai umur

kehamilannya.

- (7) Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan
- (8) Tungkai : Tidak tampak oedema dan tidak tampak Varices

b) Palpasi

- (1) Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid atau vena jugularis
- (2) Dada : Tidak teraba benjolan abnormal pada payudara.

(3) Abdomen

TFU : 25 cm

(a) Leopold I : TFU =25 cm (Setengah pusat-px. Pada fundus teraba lunak, bulat dan melenting (bokong)) .

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

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

(d) Leopold IV : konvergen (belum masuk PAP).

$$TBJ = (TFU -12) \times 155$$

$$= (25-12) \times 155$$

$$= 13 \times 155$$

$$= 2015 \text{ gram}$$

(4) Pengukuran panggul luar

- (a) Distansia spinarum : tidak dilakukan pemeriksaan
- (b) Distansia kristarum : tidak dilakukan pemeriksaan
- (c) Konjugata eksterna : tidak dilakukan pemeriksaan
- (d) Lingkar panggul : tidak dilakukakan pemeriksaan

(5) Tungkai : tidak ada oedema dan varices

c) Auskultasi

Denyut jantung janin : 135 x/menit

d) Perkusi

Refleks Patella : Positif kanan dan kiri

3) Pemeriksaan penunjang

a) Darah :

- (1) Hb : 13,1 gr%
- (2) Golongan darah : tidak ada

b) Urine

- (1) Protein : (-) negatif
- (2) Glukosa : (-) negatif
- (3) pH : 5.0
- (4) Albumin : tidak dilakukan pemeriksaan
- (5) Reduksi : tidak dilakukan pemeriksaan

Langkah II

Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosis

Diagnosis : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 30 minggu 3 hari,
janin tunggal hidup intarauterin presentasi
kepala

b. Masalah : Imunisasi TT tidak lengkap

Dasar : Ibu tidak pernah imunisasi TT dari hamil
yang pertama hingga hamil saat ini.

Langkah III

Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Diagnosa potensial :

a. Pada Ibu : Infeksi Tetanus

Antisipasi : memilih tepat persalinan yang bersih dan aman agar
terhindar dari infeksi

b. Pada janin : Tetanus Neonatorum

Antisipasi : melakukan pemotongan tali pusat dengan alat yang
steril dan bersih agar terhindar dari tetanus
neonatorum.

Masalah potensial : Tidak ada

Langkah IV

Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Tidak ada

Langkah V

Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh (Intervensi)

- a. Jelaskan hasil pemeriksaan

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

- b. Jelaskan kepada ibu untuk mengenal tanda bahaya dalam kehamilan, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan bagi ibu dan bayi.

Rasional : Kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan deteksi dini adanyakomplikasi atau penyakit yang mungkin terjadi selama hamil (kusmiyanti,2009).

- c. Beri dukungan mental pada ibu

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

- d. Beri penjelasan tentang Imunisasi TT

Rasional : Pemberian imunisasi tetanus toxoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja, imusisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian. Akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibentuk program jadwal pemberian imunisasi pada ibu hamil, yaitu:

(1) TT1 : pada kunjungan antenatal pertama, perlindungan 80%

- (2) TT2 : 4 minggu setelah TT1, perlindungan 3 tahun, 95%
- (3) TT3 : 6 bulan setelah TT2, perlindungan 5 tahun, 99%
- (4) TT4 : minimal 1 tahun setelah TT3, perlindungan 10 tahun, 99%
- (5) TT5 : 3 tahun setelah TT4, perlindungan seumur hidup

Artinya apabila dalam waktu 3 tahun wanita tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari tetanus neonatorum (Sulistyawati, 2010).

- e. Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang yaitu 2 minggu lagi

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

- f. Lakukan dokumentasi

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

Langkah VI

Melakukan Asuhan Menyeluruh (Implementasi)

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa secara umum keadaan ibu dan janin baik, dan saat ini posisi janinnya dalam keadaan baik yaitu kepala sudah dibawah.
- b. Memberikan KIE mengenai deteksi dini tanda-tanda bahaya pada ibu hamil, Tanda-tanda persalinan, Persiapan persalinan bagi ibu dan bayi.
- c. Memberi dukungan mental kepada ibu agar ibu lebih merasa tenang dalam menghadapi kehamilannya
- d. Memberi penjelasan tentang Imunisasi TT
- e. Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang yaitu 2 minggu .
- f. Melakukan pendokumentasian mengenai pemeriksaan yang dilakukan.

Langkah VII

Evaluasi

- a. Ibu dan keluarga mengerti mengenai kondisi ibu dan bayinya dalam keadaan baik.
- b. Ibu mengerti tentang penyuluhan yang diberikan
- c. Telah dilakukan kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang
- d. Telah dilakukan pendokumentasian pada buku pemeriksian.

DOKUMENTASI KEBIDANAN

(SOAP)

Tanggal / Waktu : 03 Maret 2016 / 17.00 WITA

S (SUBJEKTIF) :

1. Ibu mengatakan hamil anak kedua dan tidak pernah keguguran
2. Ibu mengatakan HPHT tgl 02 Agustus 2015
3. Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O (OBJEKTIF) :

1. Kesadaran : Composmentis
2. Keadaan umum : Baik
 - a. Tinggi badan : 145 cm
 - b. BB sebelum hamil : 43 kg
 - c. BB sekarang : 55 kg
 - d. LILA : 25,5 cm
3. Tanda-tanda vital
 - a. Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - b. Nadi : 81x/menit
 - c. Pernapasan : 24x/menit
 - d. Suhu : 36,5 °C
4. Pemeriksaan Fisik
 - a. Mata : tidak tampak anemis, sclera tidak ikterik
 - b. Payudara : puting menonjol, pengeluaran ASI tidak ada

c. Perut :

1) Leopold I : TFU 25 cm ($\frac{1}{2}$ pusat-PX, teraba bokong)

2) Leopold II : Pu-ki

3) Leopold III : teraba kepala

4) Leopold IV : konvergen

d. Taksiran Berat Janin : (TFU – 12) x 155

: (25 cm – 12) x 155

: 13 x 155

: 2015 gram

e. DJJ : 135x/menit

f. Reflek Patella : kanan +, kiri +

g. Tungkai : tidak ada oedema dan varices

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Darah :

1) Hb : 13,1 gr%

2) Gol. Darah : tidak ada

b. Urine :

1) Protein urine : (-) negatif

2) Glukosa urine : (-) negatif

3) pH : 5.0

A (ASSESSMENT) :

1. Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ hamil 30 minggu 3 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala
- Masalah : Imunisasi TT tidak pernah
- Diagnosa Potensial : Pada Ibu : Infeksi Tetanus
- Pada Janin : Tetanus Neonatorum
2. Masalah Potensial : Tidak ada
3. Kebutuhan Segera : Tidak ada

P (PLANNING) :

Tanggal/Jam	Pelaksanaan	Rasionalisasi
3 Maret 2016 17.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa tekanan darah ibu normal, perut membesar sesuai usia kehamilan, posisi janin baik dan denyut jantung janin dalam batas normal.	Penjelasan mengenai hasil pemeriksaan merupakan hak klien dan keluarga (Varney, 2007).
17.48 WITA	Memberikan KIE mengenai deteksi dini tanda-tanda bahaya pada ibu hamil, Tanda-tanda persalinan, Persiapan persalinan bagi ibu dan bayi.	Kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang

		dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan deteksi dini adanyakomplikasi atau penyakit yang mungkin terjadi selama hamil (kusmiyanti,2009)
17.52WITA	Memberi dukungan mental pada ibu	dukungan keluarga serta dukungan dari tenaga kesehatan dapat memberi rasa nyaman selama kehamilan (Kusmiyanti, 2009).
17.55 WITA	Memberi penjelasan tentang Imunisasi TT	Pemberian imunisasi tetanus toxoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja, imusisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian. Akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibentuk program jadwal pemberian imunisasi pada ibu hamil, yaitu: (1) TT1 : pada kunjungan

		<p>antenatal pertama, perlindungan 80%</p> <p>(2) TT2 : 4 minggu setelah TT1, perlindungan 3 tahun, 95%</p> <p>(3) TT3 : 6 bulan setelah TT2, perlindungan 5 tahun, 99%</p> <p>(4) TT4 : minimal 1 tahun setelah TT3, perlindungan 10 tahun, 99%</p> <p>(5) TT5 : 3 tahun setelah TT4, perlindungan seumur hidup</p>
18.00 WITA	Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang	pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting selama kehamilan, karena dapat mencegah secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi kehamilan, menetapkan resiko kehamilan, menyiapkan persalinan, menuju ibu dan bayi sehat (Manuaba, 2010).
18.02 WITA	Pendokumentasian	dokumentasi asuhan kebidanan

		<p>bertujuan sebagai bukti pelayanan yang bermutu, tanggung jawab legal terhadap pasien, informasi untuk perlindungan tim kesehatan, pemenuhan pelayanan standar, sumber statistis untuk standarisasi, informasi untuk data wajib, informasi untuk pendidikan, pengalaman belajar, perlindungan hak pasien, perencanaan pelayanan dimasa yang akan datang (Varney, 2007)</p>
--	--	--

Perencanaan Asuhan

a. Rencana Asuhan kebidanan pada Ibu Hamil K2 dan K3

S : Menanyakan apakah ibu ada keluhan pada kehamilannya saat ini, kemudian menanyakan pada ibu apakah bayi bergerak aktif. Menanyakan apakah ibu sudah memeriksakan kehamilannya ke puskesmas. Menanyakan pola makan, BAB dan BAK, istirahat tidur, aktivitas dan pola seksual. Menanyakan apakah ibu sudah menyiapkan persiapan untuk persalinannya. Menanyakan apakah obat yang selama ini diberikan diminum secara rutin.

O : Ditemukan hasil pemeriksaan diantaranya keadaan umum ibu, berat badan ibu saat ini, tanda-tanda vital, melakukan perhitungan usia kehamilan, lakukan inspeksi bagian mata, lakukan palpasi bagian payudara, palpasi bagian abdomen dari Leopold I sampai IV, auskultasi DJJ, melakukan perhitungan taksiran berat janin, inspeksi vagina (jika diperlukan) dan lakukan pemeriksaan ekstremitas. Melakukan pemeriksaan penunjang, yaitu hb saat kunjungan ketiga.

A : Diagnosa atau masalah potensial dapat ditetapkan setelah pengumpulan data serta melakukan pemeriksaan.

P : Perencanaan asuhan yang perlu dilakukan yaitu asuhan rutin dan asuhan berdasarkan masalah ibu, dimana dalam Ny. J tidak

pernah melakukan imunisasi TT: mengingatkan kepada ibu bahwa imunisasi TT sangat penting bagi ibu dan janin agar terhindar dari infeksi.

b. Rencana Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

S : Menanyakan pada ibu tentang keluhan ibu serta tanyakan apakah gerakan janin masih dirasakan, apakah ada tanda-tanda persalinan seperti perut kencang-kencang, keluar lendir darah dan air-air.

O : Didapatkan hasil pemeriksaan keadaan umum, tanda-tanda vital, inspeksi dan palpasi abdominal Leopold I-IV, auskultasi DJJ, serta pemeriksaan dalam.

A : Diagnosa atau masalah potensial dapat ditetapkan setelah pengumpulan data serta melakukan pemeriksaan.

P : Perencanaan asuhan yang perlu dilakukan yaitu asuhan rutin dan asuhan berdasarkan masalah ibu, dimana Ny. J tidak pernah melakukan imunisasi TT: Melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman dan sesuai asuhan persalinan normal (APN) 58 langkah jika tidak adakomplikasi pada ibu, tetapi jika ada komplikasi pada ibu lakukan rujukan ke rumah sakit untuk dilakukan operasi oleh dokter spesialis obstetric ginekologi.

c. Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

S : Melakukan penilaian awal BBL, mendeteksi dini adanya komplikasi-komplikasi yang diderita bayi baru lahir.

O : Ditemukan hasil penilaian awal BBL, terdeteksi secara dini adanya komplikasi BBL, serta melakukan pemeriksaan fisik BBL dan refleks pada BBL.

A : Diagnosa atau masalah potensial dapat ditetapkan setelah pengumpulan data serta melakukan pemeriksaan.

P : Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada bayi Ny. J ketika pemeriksaan setelah bayi lahir. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Perencanaan asuhan yang perlu dilakukan yaitu asuhan rutin dan asuhan berdasarkan masalah ibu, dimana Ny. J tidak pernah melakukan imunisasi TT dan tindakan yang dilakukan jika terdapat komplikasi pada bayinya:

- 1) Melakukan penilaian sepiantas sambil meletakkan diatas perut ibu.
- 2) Melakukan pemotongan tali pusat dengan alat yang steril dan bersih agar terhindar dari tetanus neonatorum
- 3) Mengganti kain yang basah dengan kain yang bersih dan kering untuk menyelimuti bayi serta ibu, jaga kehangatan tubuh bayi.
- 4) Melakukan inisiasi menyusui dini selama 1 jam
- 5) Melakukan pemeriksaasn antropometri terhadap bayi dan pemeriksaan fisik bayi.

6) Berikan suntikan vitamik K pada paha kiri bayi dan dilanjutkan setelah 1 jam berikutnya yaitu imunisasi hepatitis B.

d. Rencana Asuhan pada Ibu Nifas (K1 - K4)

S : K1 : Menanyakan keluhan ibu, apakah pengeluaran ASI lancar, apakah rahim ibu terasa keras, apakah darah yang keluar banyak, apakah ibu sudah ada mobilisasi, dan bagaimana pola makan, istirahat tidur, BAB dan BAK, dan apakah obat yang diberikan diminum secara teratur.

K2 dan K3 : Menanyakan keluhan ibu, apakah ada tanda-tanda yang menyertai tanda bahaya nifas, apakah ibu kesulitan dalam memberikan ASI atau merawat bayinya, bagaimana pola makan, istirahat tidur, BAB dan BAK.

K4 : Menanyakan keluhan ibu, apakah ada tanda-tanda penyulit.

O : Ditemukan keluhan yang ibu rasakan, lakukan pemeriksaan fisik mulai dari kepala hingga kaki, dan pemeriksaan penunjang yaitu HB.

A : Diagnosa atau masalah potensial dapat ditetapkan setelah pengumpulan data serta melakukan pemeriksaan.

P : Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada Ny. J pada masa nifas. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Perencanaan asuhan yang perlu dilakukan yaitu asuhan

rutin dan asuhan berdasarkan masalah ibu, dimana Ny. J tidak pernah melakukan imunisasi TT:

- 1) Melakukan pemeriksaan terhadap ibu, berupa kesadaran, keadaan umum, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik terutama pada payudara, abdomen, kandung kemih, genetalia.
- 2) Melakukan kunjungan masa nifas yang dilakukan 4 kali.
- 3) Melakukan pemantauan terhadap luka jahitan pada perineum agar terhindar dari tetanus. .
- 4) Memberi konseling kepada ibu pentingnya ASI eksklusif, teknik menyusui yang benar, tanda dan bahaya masa nifas, dan perawatan luka perineum.

e. Rencana Asuhan Neonatus (K1,K2 dan K3)

S : Menanyakan pada ibu apakah ada masalah pada bayinya, apakah bayi diberi ASI/tidak, mendeteksi dini adanya komplikasi-komplikasi yang diderita bayi serta melakukan pemeriksaan fisik pada bayi

O : Ditemukan hasil pemeriksaan umum, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik pada bayi, mendeteksi secara dini adanya komplikasi pada bayi.

A : Diagnosa atau masalah potensial dapat ditetapkan setelah pengumpulan data serta melakukan pemeriksaan.

P : Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada bayi Ny. J ketika pemeriksaan dilakukan. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Perencanaan asuhan yang perlu dilakukan yaitu asuhan rutin dan asuhan berdasarkan masalah kepada bayi Ny. J:

- 1) Melakukan kunjungan neonatus sebanyak 3 kali.
- 2) Melakukan penimbangan terhadap bayi, memeriksa tanda-tanda vital, memeriksa apakah bayi ada diare, ikterus, apakah bayi ada masalah dalam pemberian ASI, memeriksa keluhan lain.
- 3) Mengajarkan ibu perawatan tali pusat yang bersifat bersih dan kering agar terhindar dari tetanus neonatorum.

f. Rencana Asuhan Keluarga berencana

S : Menanyakan keluhan ibu, menanyakan riwayat perkawinan, riwayat obstetrik, riwayat penyakit ibu dan keluarga, riwayat KB, menanyakan pola makan, eliminasi, aktivitas, istirahat, dan pola seksual. Menanyakan ibu tentang metode kontrasepsi yang ibu inginkan.

O : Ditemukan hasil pemeriksaan yang dapat ditetapkan setelah pengumpulan data serta melakukan pemeriksaan. ada.

A : Diagnosa atau masalah potensial dapat ditetapkan setelah pengumpulan data serta melakukan pemeriksaan.

P : Rencana asuhan dilakukan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditemukan pada Ny. J ketika pemeriksaan. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Perencanaan asuhan yang perlu pada Ny. J yaitu :

- 1) Melakukan konseling prakontrasepsi.
- 2) Melakukan inform choice.
- 3) Melakukan informed consent.
- 4) Melakukan pemasangan alat kontrasepsi.

B. Konsep Dasar Teori Asuhan Kebidanan Komprehensif

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

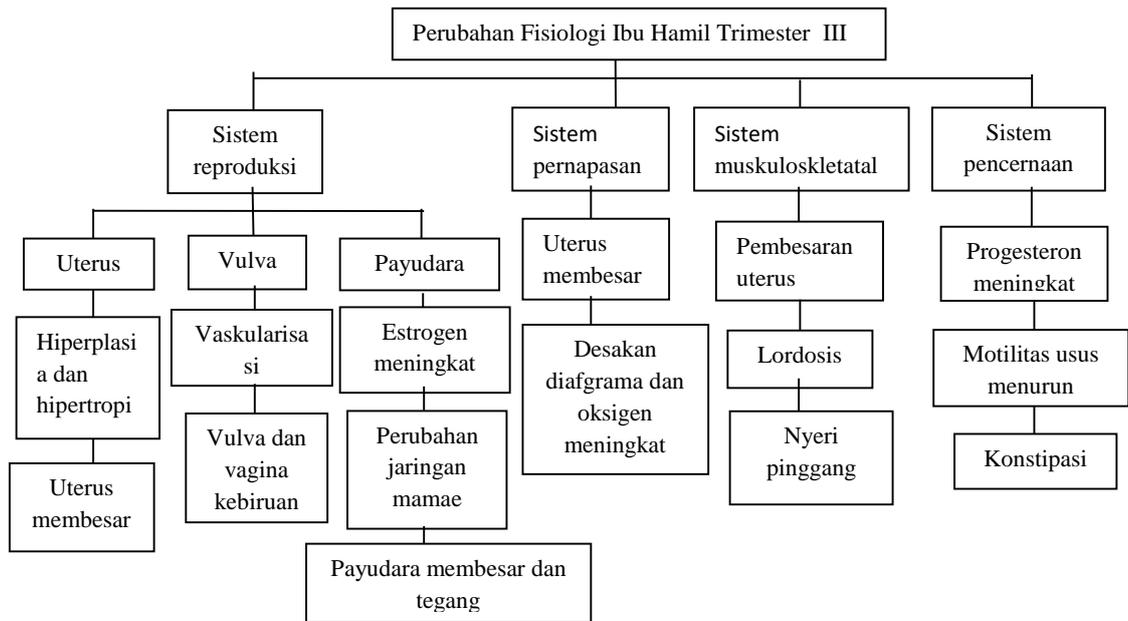
a. Pengertian Kehamilan

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang , menandai awal periode antepartum (Varney, 2007).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung

dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Sarwono, 2010).

b. Perubahan Fisiologi Trimester III



Gambar 2.1 Skema perubahan fisiologi ibu hamil trimester III

Keterangan :

Perubahan fisiologi ibu hamil trimester III terbagi dalam 4 sistem dalam tubuh yaitu sistem reproduksi, sistem pernafasan, sistem muskuloskeletal dan sistem pencernaan. Pada sistem reproduksi 3 bagian yang akan mengalami perubahan yakni uterus akan mengalami hyperplasia dan hipertropi sehingga uterus membesar, vulva mengalami vaskularisasi sehingga vulva dan vagina kebiruan dan payudara karena hormone estrogen meningkat terjadi perubahan jaringan mammae sehingga payudara membesar dan tegang. Pada sistem pernafasan karena uterus membesar terjadi desakan diafragma dan kekurangan oksigen sehingga

ibu menjadi sesak. Pada sistem muskuloskeletal karena uterus membesar terjadi lordosis pada pinggang sehingga menjadi nyeri. Pada system pencernaan karena hormone progesterone meningkat motilitas usus menurun sehingga terjadi konstipasi.

c. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

1) Konstipasi atau sembelit

Konstipasi atau Sembelit selama kehamilan terjadi karena: Peningkatan hormone progesterone yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus kurang efisien, konstipasi juga dipengaruhi karena perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga uterus menekan daerah perut, dan penyebab lain konstipasi atau sembelit adalah karena tablet besi (iron) yang diberikan oleh dokter/ bidan pada ibu hamil biasanya menyebabkan konstipasi juga, selain itu tablet besi juga menyebabkan warna feses (tinja) ibu hamil berwarna kehitam-hitaman tetapi tidak perlu dikhawatirkan oleh ibu hamil karena perubahan warna feses karena pengaruh zat besi ini adalah normal. Cara mengatasi konstipasi atau sembelit adalah:

- a) Minum air putih yang cukup minimal 6-8 gelas/ hari.
- b) Makanlah makanan yang berserat tinggi seperti sayuran dan buah-buahan.
- c) Lakukanlah olahraga ringan secara teratur seperti berjalan (Jogging).

d) Segera konsultasikan ke dokter/ bidan apabila konstipasi atau sembelit tetap terjadi setelah menjalankan cara-cara no. a sampai c diatas b.

2) Edema atau pembengkakan

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah.

Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang. Pakaian ketat yang menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bagian bawah juga memperburuk masalah. Edema akibat kaki yang menggantung secara umum terlihat pada area pergelangan kaki dan hal ini harus dibedakan dengan perbedaan edema karena preeklamsia/eklamsia. Adapun cara penanganannya adalah sebagai berikut:

- a) Hindari menggunakan pakaian ketat
- b) Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
- c) Posisi menghadap kesamping saat berbaring
- d) Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan vena-vena panggul.

3) Insomnia

Pada ibu hamil, gangguan tidur umumnya terjadi pada trimester I dan trimester III. Pada trimester III gangguan ini terjadi karena ibu hamil sering kencing (dibahas pada sub bahasan sebelumnya

yaitu sering buang air kecil/nokturia), gangguan ini juga disebabkan oleh rasa tidak nyaman yang dirasakan ibu hamil seperti bertambahnya ukuran rahim yang mengganggu gerak ibu. Beberapa cara untuk mengurangi gangguan insomnia, yaitu:

- a) Ibu hamil diharapkan menghindari rokok dan minuman beralkohol
- b) Menghindari merokok dan mengonsumsi alcohol pada saat hamil..
- c) Ibu hamil diharapkan menghindari kafein. Menghindari kafein dapat membuat seseorang susah tidur dan membuat jantung berdebar.

4) Nyeri punggung bawah (Nyeri Pinggang)

Nyeri punggung bawah (Nyeri pinggang) merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.. Nyeri punggung juga bisa disebabkan karena membungkuk yang berlebihan, berjalan tanpa istirahat,

angkat beban, hal ini diperparah apabila dilakukan dalam kondisi wanita hamil sedang lelah. Mekanika tubuh yang tepat saat mengangkat beban sangat penting diterapkan untuk menghindari peregangan otot tipe ini. Berikut ini adalah dua prinsip penting yang sebaiknya dilakukan oleh ibu hamil, yaitu tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengambil atau mengangkat apapun dari bawah dan lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit didepan kaki yang lain saat menekukan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari proses setengah jongkok. Cara untuk mengatasi ketidaknyamanan ini antara lain:

- a) Postur tubuh yang baik
- b) Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban
- c) Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat
- d) Gunakan sepatu bertumit rendah; sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis
- e) Jika masalah bertambah parah, penggunaan penyokong penyokong abdomen eksternal dianjurkan (contoh korset maternal atau belly band yang elastic)
- f) Kompres hangat (jangan terlalu panas) pada punggung (contoh bantal pemanas, mandi air hangat, duduk di bawah siraman air hangat)
- g) Kompres es pada punggung

h) Pijatan/ usapan pada punggung

i) Untuk istirahat atau tidur; gunakan kasur yang menyokong atau gunakan bantal dibawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan.

5) Sering Buang Air Kecil

Peningkatan frekuensi berkemih atau sering buang air kecil disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat karena kapasitas kandung kemih berkurang. Sebab lain adalah karena nocturia yang terjadinya aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada saat tidur malam hari. Akibatnya adalah pola diurnal kebalikannya sehingga terjadi peningkatan pengeluaran urin pada saat hamil tua. Cara mengurangi ketidaknyamanan ini adalah:

- a) Ibu perlu penjelasan tentang kondisi yang dialaminya mencakup sebab terjadinya
- b) Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing
- c) Mengurangi asupan cairan pada sore hari dan memperbanyak minum saat siang hari
- d) Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur pada malam hari
- e) Batasi minum kopi, teh atau soda

f) Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis.

6) Hemoroid

Hal ini sering terjadi karena konstipasi. Sama halnya dengan varises, pembuluh darah vena didaerah anus juga membesar. Diperparah lagi akibat tekanan kepala terhadap vena di rektum (bagian dalam anus). Konstipasi berkontribusi dalam menimbulkan pecahnya hemorid sehingga menimbulkan perdarahan. Untuk menghindari pecahnya pembuluh darah ini maka dianjurkan untuk mengkonsumsi banyak serat, banyak minum, buah dan sayuran. Pada kehamilan Progesterone menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Pembesaran uterus dapat meningkatkan tekanan-tekanan spesifik pada vena hemorrhoid, tekanan mengganggu sirkulasi venous dan menyebabkan kongesti pada vena pelvic. Cara meringankan/mencegah :

- a) Menghindari konstipasi
- b) Menghindari ketegangan selama defekasi
- c) Mandi air hangat/ kompres hangat, air panas tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi
- d) Kompres es
- e) Latihan kegel, untuk mengencangkan otot-otot perineal

f) Istirahat di tempat tidur dengan panggul diturunkan dan dinaikkan

7) Susah bernafas

Pada kehamilan 33-36 banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas hal ini karena tekanan bayi yang berada dibawa diafragma menekan paru ibu. Sering dikeluhkan berupa sesak nafas, akibat pembesaran uterus yang menghalangi pengembangan paru-paru secara maksimal. Bumil dianjurkan untuk menarik nafas dalam dan lama. Tapi setelah kepala bayi sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang pertama kali hamil maka anda akan merasa lega dan bernafas lebih mudah . Selain itu juga rasa terbakar didada biasanya juga ikut hilang. Karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi dibawah tulang iga ibu. Cara menanganulangnya adalah:

- a) Jelaskan penyebab fisiologisnya
- b) Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal yang gterjadi
- c) Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik nafas panjang
- d) Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernafasan interkostal anjurkan untuk menarik nafas dalam dan lama.

d. Tanda bahaya Kehamilan Trimester III

- 1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan.

Perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan.

3) Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan.

4) Bengkak diwajah dan tangan

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

5) Keluar cairan pervaginam

Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung, pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm.

6) Gerakan janin tidak terasa dan nyeri perut yang hebat.

e. Standar Asuhan Kebidanan Dan Kewenangan Bidan Dalam Kehamilan

1) Standar pelayanan *Ante Natal Care* (ANC)

a) Standar 3 yaitu 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

b) Standar 4 yaitu pemeriksaan dan pemantauan antenatal

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

c) Standar 5 yaitu palpasi abdominal

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

kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d) Standar 6 yaitu pengelolaan anemia pada kehamilan

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

e) Standar 7 yaitu 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

f) Standar 8 yaitu persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, 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.

2) Penatalaksanaan *Antenatal Care*

Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) dalam penerapan praktis pelayanan ANC, menurut BAdan LItbangkes Depkes RI Tahun 2015, standar minimal pelayanan ANC adalah “14T” yaitu :

- a) Tanyakan dan menyapa ibu dengan ramah
- b) Tinggi badan dan berat badan ditimbang

Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan masa tubuh (BMI) dimana metode ini menentukan pertambahan berat badan optimal selama masa kehamilan. Total peningkatan berat badan pada kehamilan yang normal yaitu 11,5 - 16 kg. Pertambahan berat badan ibu selama kehamilan mempengaruhi berat badan bayi.

Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) merupakan alat atau cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Berat badan kurang dapat meningkatkan resiko terhadap penyakit infeksi, sedangkan berat badan lebih akan meningkatkan resiko terhadap penyakit degeneratif. Oleh karena itu, mempertahankan berat badan normal memungkinkan seseorang dapat mencapai usia harapan hidup yang lebih panjang. Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat dihitung dengan rumus berikut (Depkes, 2002):

Berat Badan (Kg)

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	< 17,0

	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,0 – 18,4
Normal		18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	25,1 – 27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27,0

Tabel 2.4 Klasifikasi Status Gizi Menurut IMT Pada Orang Indonesia

Jika seseorang termasuk kategori :

- (1).IMT < 17,0 : keadaan orang tersebut disebut kurus dengan kekurangan berat badan tingkat berat atau Kurang Energi Kronis (KEK) berat.
 - (2).IMT 17,0 – 18,4 : keadaan orang tersebut disebut kurus dengan kekurangan berat badan tingkat ringan atau KEK ringan.
 - (3).IMT 18,5 – 25,0 : keadaan orang tersebut termasuk kategori normal.
 - (4).IMT 25,1 – 27,0 : keadaan orang tersebut disebut gemuk dengan kelebihan berat badan tingkat ringan.
 - (5).IMT > 27,0 : keadaan orang tersebut disebut gemuk dengan kelebihan berat badan tingkat berat.
- c) Temukan kelainan/ periksa daerah muka dan leher (gondok, vena jugularis externa), jari dan tungkai (edema), lingkaran lengan atas, panggul (perkusi ginjal) dan reflek lutut
- d) Tekanan darah diukur

Tekanan darah diukur setiap kali ibu hamil melakukan kunjungan, hal ini bertujuan untuk mendeteksi adanya

kemungkinan kenaikan tekanan darah yang disebabkan kehamilan. Tekanan darah pada ibu hamil dikatakan normal yaitu dibawah 140/90 mmHg. Apabila darah ibu lebih dari 140/90 mmHg berarti tekanan darah ibu tinggi, dan itu adalah salah satu gejala preeklamsi (Depkes RI, 2009).

- e) Tekan/ palpasi payudara (benjolan), perwatan payudara, senam payudara, tekan titik (accu pressure) peningkatan ASI
- f) Tinggi fundus uteri diukur (Manuaba, 2010)

Tinggi Fundus Uteri	Umur kehamilan
diatas simfisis	12 Minggu
½ simfisis-pusat	16 minggu
diatas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
diatas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
2-3 jari dibawah prosesus xifoideus	36 minggu
2 jari (4cm) dibawah prosesus xifoideus	40 Minggu

Tabel 2.5 Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

- g) Tentukan posisi janin (Leopold I-IV) dan detak jantung janin
- h) Tentukan keadaan (palpasi) liver dan limpa
- i) Tentukan ka., dar Hb dan periksa lab (protein dan glucose urin)

- j) Sediaan vagina dan VDRL (PMS) sesuai indikasi
- k) Terapi dan pencegahan anemia (tablet Fe) dan penyakit lainnya sesuai indikasi (gondok, malariadll)
- l) Tetanus toxoid imunisasi

Pada ibu hamil diberikan imunisasi TT sebanyak 2 kali selama kehamilan dengan interval waktu 4 minggu.

Imunisasi ini dianjurkan pada setiap ibu hamil, karena diharapkan dapat menurunkan angka kematian bayi akibat tetanus neonatorum. Imunisasi ini diberikan dengan dosis 0,5 cc/IM dalam satu kali penyuntikan.

- m) Tingkatkan kesegaran jasmani dan senam hamil
- n) Tingkatkan pengetahuan ibu hamil (penyuluhan) : makanan bergizi ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, petunjuk agar tidak terjadi bahaya pada waktu kehamilan dan persalinan
- o) Temu wicara konseling

3) Kunjungan *Antenatal Care*

- a) Kunjungan pertama (K1), dilakukan satu kali dalam trimester pertama (sebelum 14 minggu)
- b) Kunjungan kedua (K2), dilakukan satu kali dalam trimester pertama (antara 14-28 minggu)
- c) Kunjungan ketiga dan keempat (K3 dan K4), dilakukan dalam trimester ketiga (antara 28-36 minggu dan setelah 36 minggu)

d) Pemeriksaan khusus, bila terdapat keluhan-keluhan tertentu
(Depkes RI,2005)

4) Kewenangan Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan
Kehamilan

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

2. Konsep Dasar Teori Persalinan Normal

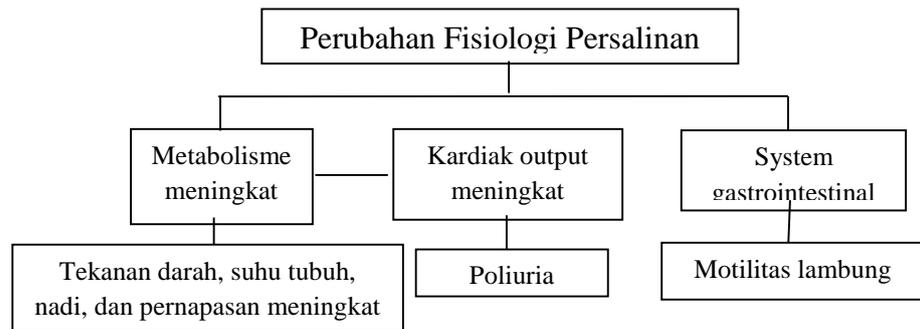
a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2007).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi

pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit (APN, 2008).

b. Perubahan Fisiologis Persalinan



Gambar 2.2 Perubahan Fisiologis Persalinan

Keterangan :

Perubahan fisiologi persalinan metabolisme tubuh akan meningkat sehingga menyebabkan tekanan darah, suhu tubuh, nadi, dan pernapasan juga meningkat selain itu juga menyebabkan meningkatnya kardiak output sehingga terjadi poliuria. Pada sistem gastrointestinal menyebabkan motilitas lambung menurun.

c. Perubahan Psikologis Persalinan

Menurut Saifuddin (2009), keadaan psikologis yaitu keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan. Banyak wanita normal dapat merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Psikologi ibu dapat memengaruhi persalinan apabila ibu mengalami kecemasan, stress, bahkan depresi. Hal ini akan memengaruhi kontraksi yang dapat memperlambat proses

persalinan. Selain itu, ibu yang tidak siap mental juga akan mempengaruhi persalinan karena ibu akan sulit diajak kerjasama dalam proses persalinannya. Untuk itu sangat penting bagi Bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan.

d. Tahapan Persalinan

1) Kala I (kala pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (*dilatasi*) dan mendatar (*effacement*) kala dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar ± 8 jam.

Kala pembukan dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- a) Fase Laten: pembukaan serviks, sampai ukuran 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b) Fase Aktif: berlangsung ± 6 jam, di bagi atas 3 sub fase, yaitu
Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm; Periode dilatsi maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm; Periode deselerasi berlangsung lambat, selama 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

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

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

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. Pada saat his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, dahi, hidung mulut dan muka serta seluruhnya, diikuti oleh putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala dengan punggung. Setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 2 jam dan multigravida 1 jam (JNPK-KR, 2008).

Pada kala II persalinan dapat dilakukan tindakan episiotomi atau pelebaran jalan lahir untuk membantu kelahiran bayi. Tindakan ini dilakukan atas indikasi seperti gawat janin, persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presentasi bokong, distosia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vacum, selain itu indikasi lain seperti perineum kaku atau diperkirakan tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebih seperti bayi besar, dan bayi prematur untuk mengurangi tekanan pada kepala janin. Sebelum dilakukan tindakan episiotomi baiknya penolong melakukan anastesi lokal terlebih dahulu untuk mengurangi nyeri (Saifuddin, 2006).

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Saifuddin, 2009).

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uterus agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah (Saifuddin, 2006).

Tanda lepasnya plasenta, menurut *WHO* dalam buku Acuan Persalinan Normal (2008) :

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
- b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar vulva (tanda Ahfeld).
- c) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

4) Kala IV

Mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 2 jam. Dalam kala itu diamati, apakah terjadi perdarahan postpartum (Mochtar, 2009).

5) Mekanisme Persalinan (JNPK-KR, 2008).

Mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu :

- a) Penurunan, pada primipara kepala janin masuk ke PAP pada akhir minggu 36, sedangkan pada multipara terjadi mulai saat mulainya persalinan.
- b) *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. *Sinklitismus posterior*

yaitu bila sutura sagitalis mendekati simfisis pubis sehingga os parietal belakang lebih rendah dari pada os parietal depan.

- c) Fleksi terjadi apabila kepala semakin turun kerongga panggul, kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya dihode III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm).
- d) Putaran paksi dalam, kepala yang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kearah depan.
- e) Ekstensi terjadi sesudah kepala janin berada didasar panggul dan UUK berada dibawah simfisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi/ekstensi untuk dapat dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.
- f) Putaran paksi luar terjadi setelah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi (putaran paksi luar). Ekspultasi terjadi setelah kepala lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang.

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 ototdinding perut
- c. Kontraksi degan diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

- d. Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum (Manuaba, 2008).
- 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, 2008).
- 3) Jalan lahir (Passege) 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 2008).
- 4) Psikis 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 dengan rasa tenang dan sabar, maka persalinan akan terasa mudah untuk ibu tersebut. Namun jika ia merasa tidak ingin ada kehamilan dan persalinan, maka hal ini akan menghambat proses persalinan (Manuaba, 2008).
- 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, 2008).

f. Standar Asuhan Kebidanan dan Wewenang Bidan Dalam Asuhan

Persalinan

1) Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I

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

2) Standar 10 : 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 penegangan tali pusar dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

4) Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomy

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomy 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

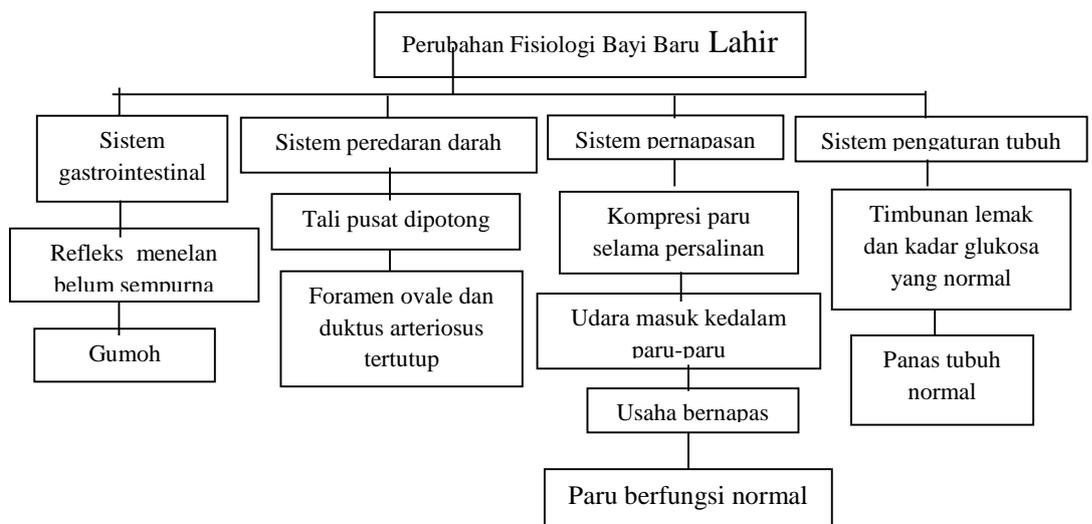
(2C). Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan persalinan normal, ayat (2f) fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif dan ayat (2g) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.

3. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru lahir

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

b. Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir



Gambar 2.3 Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

Keterangan :

Perubahan fisiologi bayi baru lahir terdapat 4 sistem dalam tubuh system gastrointestinal pada bayi refleks menelan belum sempurna sehingga sering mengalami gumoh. Pada system peredaran darah sejak tali pusat dipotong foramen ovale dan duktus arteriosus tertutup sehingga bayi bernafas dengan paru-paru. Pada system pernafasan terjadi kompresi paru selama persalinan sehingga udara masuk kedalam paru-paru bayi mulai bernafas dan paru berfungsi dengan normal. Pada system pengaturan tubuh terdapat timbunan lemak dan kadar glukosa yang normal sehingga panas tubuh menjadi normal.

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Penilaian bayi baru lahir

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

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

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

Tabel 2.65 Apgar Skor

Skor	0	1	2
------	---	---	---

Appearance color (warna kulit)	Biru pucat	Badan merah muda, akrosianotik	Seluruh tubuh merah muda >100x/menit
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	Lambat <100x/menit	
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Merintih (grimace)	Menangis atau menarik anggota gerak secara aktif
Activity tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif Menangis kuat
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur hipoventilasi	

(Sumber : Lyndon, 2014)

Klasifikasi (Saifuddin, 2006):

- a) Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
 - b) Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
 - c) Asfiksia berat (apgar skor 0-3)
- 2) Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

Kebutuhan dasar terdiri dari:

1) Kebutuhan Fisik meliputi :

a) O₂ (zat asam atau udara segar)

Setelah bayi lahir, kebutuhan O₂ dipenuhi oleh pemasukan (intake) paru-parunya sendiri. Bila bayi baru lahir tidak langsung menangis dan terlihat warna kulit bayi membiru/pucat segera bebaskan jalan nafas bayi sambil menilai APGAR menit I.

b) Gizi

Air susu ibu (ASI) adalah makanan yang terbaik untuk menjamin kesehatan dan pertumbuhan bayi/anak, diberikan pada usia 0-2 tahun.

c) Eliminasi

Bayi baru lahir harus sudah buang air kecil dalam waktu 24 jam setelah lahir, selanjutnya buang air kecil 6-8 x/hari. Feces bayi baru lahir berwarna hijau (mekonium), dan bayi baru lahir harus sudah buang air besar dalam 24 jam.

d) Istirahat dan tidur

Sangat bermanfaat jika bayi diletakkan di tempat tidur yang hangat, tempat tidur seharusnya diletakkan dekat tempat tidur ibu sehingga bisa dihangatkan dan bisa diberikan ASI saat bayi menginginkannya.

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. Ikat tali pusat 1cm dari perut bayi (pusat). Gunakan benang atau klem plastik DTT/steril. Kunci ikatan tali pusat dengan simpul mati atau kuncikan penjepit plastik tali pusat. Kemudian selimuti bayi dengan menggunakan kain yang bersih dan kering (Sumarah dkk, 2009).

4) Mempertahankan Suhu

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

a) Mekanisme kehilangan panas

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

- (1) Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- (2) Konduksi, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

(3) Konveksi, yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin (misalnya melalui kipas angin, hembusan udara, atau pendingin ruangan).

(4) Radiasi, yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

b) Mencegah Kehilangan Panas

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

5) Kontak dini dengan ibu

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

a) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir

b) Ikatan batin pemberian ASI

d. Pemantauan bayi baru lahir

Menurut Marmi (2012), tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas

kesehatan.

1) 2 jam pertama sesudah kelahiran

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

- a) Kemampuan menghisap bayi kuat atau lemah
- b) Bayi tampak aktif atau lunglai
- c) Bayi kemerahan atau biru

2) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi

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

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

e. Inisiasi Menyusui Dini

Untuk mempererat ikatan batin antara ibu-anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi itu dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan memang baik bagi bayi. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Percayakah anda, satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting sang bunda. Perilaku

bayi tersebut dikenal dengan istilah (IMD) Inisiasi Menyusui Dini (Sumarah dkk, 2009).

f. Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

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

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

d. Stanndar Asuhan dan Kewenangan Bidan pada Bayi Baru Lahir

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

- 1) Melakukan asuhan bayi 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 kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan pra sekolah
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
- 8) Pemberian keterangan kematian

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.

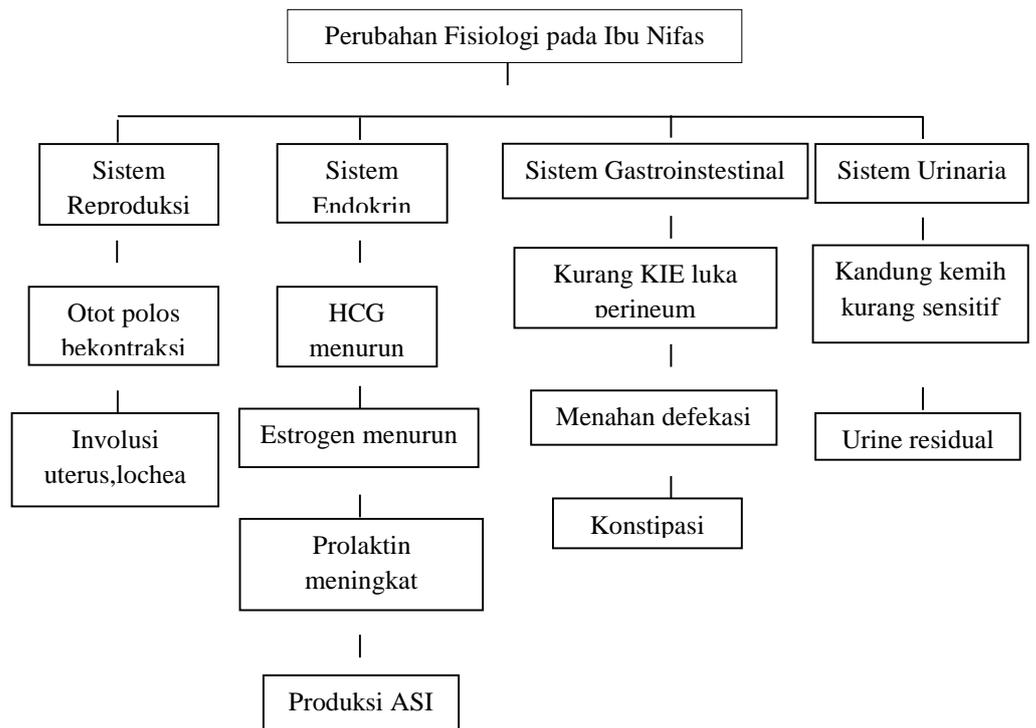
4. Konsep Dasar Teori Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas disebut juga masa *post partum* atau *puerperium* adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya

kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, 2009).

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas



Gambar 2.4 Perubahan Fisiologis Nifas

Keterangan :

Perubahan fisiologi pada ibu nifas terdapat 4 system yakni system reproduksi, system endokrin, system gastrointestinal, dan system urinaria. Pada system reproduksi otot polos mengalami kontraksi sehingga terjadi involusi uterus dan pengeluaran lochea. Pada system endokrin hormone HCG dan estrogen menurun dan prolactin meningkat sehingga memproduksi ASI. Pada system gastrointestinal kurang

informasi tentang luka perineum dapat menyebabkan konstipasi karena menahan defekasi. Pada system urinaria kandung kemih menjadi kurang sensitive menyebabkan urine residural.

1) Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati dkk, 2010).

Tabel 2.6

Perubahan Normal Pada Uterus Selama Post partum

Waktu	TFU	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/ lunak
Akhir minggu ke-1	½ pusat sympisis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

(Sumber: Saifuddin, 2010)

2) Serviks

Sedangkan perubahan yang terjadi pada serviks ialah segera postpartum bentuk serviks agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Disamping itu, dari cavum uteri keluar cairan sekret disebut *lochea*.

Menurut Suherni (2009), perubahan lochea dibagi dalam 4 tahap :

a) *Lochea Rubra*

Hari pertama dan kedua merupakan darah segar sisa-sisa selaput ketuban, sisa mekonium (feses janin), sel-sel desidua (decidua, yakni selaput rahim dalam keadaan hamil), sisa-sisa verniks kaseosa (yakni palit bayi, seperti zat salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel-sel epitel, yang menyelimuti kulit janin) dan lanugo (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir).

b) *Lochea sanguinolenta*

Hari ketiga hingga hari ketujuh cairan yang keluar adalah *lochea sanguinolenta*, warnanya merah kuning berisi darah dan lendir.

c) *Lochea serosa*

Seminggu kemudian hingga 2 minggu, cairan yang keluar mulai berwarna kekuningan.

d) *Lochea alba*

Setelah dua minggu, cairan yang keluar mulai berwarna putih atau disebut *lochea alba*.

3) Vagina dan Perineum

a) Vagina

Pada minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul *rugae* (lipatan-lipatan atau kerutan-kerutan) kembali.

b) Perlukaan Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum.

c) Perubahan Pada Perineum

Terjadi robekan perineum pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arcus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bahwa dengan ukuran yang lebih besar daripada *sirkumferensia suboksipito bregmatika*. Bila ada laserasi jalan lahir atau luka bekas episiotomi lakukanlah penjahitan dan perawatan luka dengan baik (Suherni, 2009).

4) Sistem Pencernaan

Penurunan produksi progesteron, menyebabkan nyeri ulu hati dan konstipasi, terutama dalam beberapa hari pertama. Diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. (Saifuddin, 2010).

5) Sistem Perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan (Saifuddin, 2010).

6) Sistem *Kardiovaskular*

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala tiga ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum (Suherni, 2009).

c. Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas

Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas terbagi menjadi tiga, yaitu :

1) Hari ke-1 (Taking in)

- a) Berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan
- b) Ibu pasif terhadap lingkungan. Ibu sangat bergantung pada orang lain

2) Taking hold

- a) Berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan
- b) Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu menjadi sangat sensitive, sehingga

mudah tersinggung

3) Letting go

Masa mendapat peran baru, ibu mulai mencurahkan kegiatan pada bantuan orang lain, beri dukungan baik dari petugas maupun keluarganya. (Suherni, 2009)

d. Tahapan Masa Nifas

1) Puerperium dini : Masa kepulihan, yakni saat-saat ibu dibolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2) Puerperium intermedial : Masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.

3) Remot puerperium : Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. (Suherni, 2009).

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Nutrisi dan cairan

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

2) Ambulasi

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

dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan pada hari ke 4 atau 5 sudah boleh pulang.

Mobilisasi diatas mempunyai variasi yang berbeda, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

3) Eliminasi

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

4) Defekasi

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

5) Menjaga kebersihan diri

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

6) Kebersihan genetalia

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

dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gentilah pembalut minimal 3 kali sehari. Pada persalinan yang terdapat jahitan, jangan khawatir untuk membersihkan vulva, justru vulva yang tidak dibersihkan dapat menyebabkan infeksi. Bersihkan vulva setiap buang air besar, buang air kecil dan mandi.

7) Pakaian

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

8) Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan dalam tubuh akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Oleh karena itu, pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasa jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan menjaga agar kulit tetap dalam keadaan kering.

9) Istirahat

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

10) Seksual

Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa ada rasa nyeri. Begitu ibu merasa aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

11) Rencana KB

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

12) Senam nifas

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

13) Perawatan payudara

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

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara adalah sebagai berikut:

- (1) Hindari pemakaian bra dengan ukuran terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara
- (2) Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara
- (3) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena menyebabkan iritasi. Bersihkan puting dengan minyak kelapa atau *baby oil* lalu bilas dengan air hangat (Sulistyawati, 2009).

14) Proses Laktasi Dan Menyusui

Perkembangan kecerdasan anak sangat berkaitan erat dengan pertumbuhan otak. Factor utama yang mempengaruhi pertumbuhan otak anak adalah nutrisi yang diterima saat pertumbuhan otak cepat. Dalam hal ini pemberian nutrisi terhadap bayi dapat melalui proses menyusui Air susu Ibu (ASI). Terdapat 2 refleks yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu, yaitu reflek prolaktin dan reflek let down. Sedang pada mekanisme menyusui, bayi mempunyai 3 reflek intrinsic yang dibutuhkan dalam

keberhasilan menyusui yaitu reflek mencari, reflek menghisap dan reflek menelan.

Tanda-tanda bahwa bayi telah berada pada posisi yang baik pada payudara (JNPK-KR,2008):

- a) Seluruh tubuhnya berdekatan dan terarah pada ibu
- b) Mulut dan dagunya berdekatan dengan payudara
- c) Areola tidak akan bisa terlihat dengan jelas
- d) Kita dapat melihat bayi melakukan isapan yang lamban dan dalam saat menelan ASInya.
- e) Bayi terlihat tenang dan senang
- f) Ibu tidak merasakan adanya nyeri pada puting susu.

(Suherni,dkk 2009).

f. Tanda Bahaya Masa Nifas

- 1) Pengeluaran cairan dari 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 waktu BAK 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)

g. Tingkat atau derajat luka jahitan perineum menurut Sulistyawati (2010)

Dibagi menjadi 4:

- 1) Tingkat I Robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa atau mengenai kulit perineum sedikit.
- 2) Tingkat II Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu selain mengenai selaput lendir vagina juga mengenai muskulus perinei transversalis, tapi tidak mengenai sfingter ani
- 3) Tingkat III Robekan yang terjadi mengenai seluruh perineum sampai mengenai otot –otot sfingter ani.
- 4) Tingkat IV Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rectum.

h. Perawatan luka jahitan perineum

- 1) Tujuan perawatan luka jahitan perineum Tujuan perawatan perineum adalah mencegah terjadinya infeksi sehubungan dengan penyembuhan jaringan. Untuk mencegah terjadinya infeksi, menjaga kebersihan perineum dan memberikan rasa nyaman pada pasien (Rukiyah, 2011).
- 2) Lingkup perawatan Lingkup perawatan perineum ditujukan untuk pencegahan infeksi organ-organ reproduksi yang disebabkan oleh

masuknya mikroorganisme yang masuk melalui vulva yang terbuka atau akibat dari perkembangbiakan bakteri pada peralatan penampung lochea atau pembalut (Rukiyah, 2010).

3) Waktu perawatan

- a) Perawatan yang dilakukan oleh bidan di rumah sakit, antara lain perawatan luka laserasi atau episiotomi dengan cara dibersihkan dengan air hangat, bersih, dan gunakan kasa steril (Anggraini, 2010). Kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi dengan diberikan obat antibiotik, analgetik, uterotonika, vitaminamin A 200.000 unit 1×1 (tablet), roboransia (Saleha, 2009; Thompson, 2008). Nasehati ibu untuk menjaga perineumnya selalu bersih dan kering, hindari obat-obatan tradisional pada perineum, mencuci perineum dengan sabun dan air bersih yang mengalir tiga sampai empat kali sehari, kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya (APN, 2007). KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) tentang rasa nyeri pada luka jahitan, anjurkan ibu untuk menjaga agar perineum selalu bersih dan kering, anjurkan ibu untuk menghindari obat-obatan tradisional, melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, menjaga personal hygiene (Ambarwati, 2010).
- b) Perawatan yang dilakukan oleh ibu saat di rumah, adalah saat mandi: ibu post partum pasti melepas pembalut, setelah terbuka maka ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan

yang tertampung pada pembalut, untuk itu maka perlu dilakukan penggantian pembalut, demikian pula pada perineum ibu, untuk itu diperlukan pembersihan perineum; setelah buang air kecil: pada saat buang air kecil kemungkinan besar terjadi kontaminasi air seni pada rektum akibatnya dapat memicu pertumbuhan bakteri pada perineum untuk itu diperlukan pembersihan perineum; setelah buang air besar: diperlukan pembersihan sisa-sisa kotoran disekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses pembersihan anus dan perineum secara keseluruhan (Rukiyah, 2011).

i. 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 ibu nifas normal.

Dalam memberikan pelayanan post natal care bidan juga memiliki standar yakni :

1) 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.

- 2) Standar 14 : Penanganan Pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan
Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua 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.
- 3) Standar 15 : Pelayanan bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas
Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemlihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar; penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas; serta memberikan penjelasan tentang 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 neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari. (Muslihatun, 2010).

b. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.

Menurut Permenkes 741/ Th. 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM-BK), KN dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Kunjungan Neonatal ke satu (KN1)

Adalah kunjungan neonatal pertama kali yaitu pada hari pertama sampai hari kedua.

2) Kunjungan Neonatal ke dua (KN2)

Adalah kunjungan neonatal yang kedua kalinya yaitu pada hari kedua sampai hari ke tujuh.

3) Kunjungan Neonatal ke tiga (KN3)

Adalah kunjungan neonatal yang ketiga kalinya yaitu pada hari ke tujuh sampai hari ke dua puluh delapan.

Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda (Manajemen Terpadu Bayi Muda/MTBM) termasuk ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan talipusat, penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi HB-0 diberikan pada saat kunjungan rumah sampai bayi berumur 7 hari (bila tidak diberikan pada saat lahir) (Kemenkes RI, 2010).

c. Perawatan Tali Pusat

1) Definisi perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat adalah perbuatan merawat atau memelihara pada tali pusat bayi setelah tali pusat dipotong atau sebelum puput (Paisal, 2008).

Perawatan tali pusat adalah pengobatan dan pengikatan tali pusat yang menyebabkan pemisahan fisik terakhir antara ibu bayi, kemudian tali pusat dirawat dalam keadaan steril, bersih, kering, puput dan terhindar dari infeksi tali pusat (Hidayat, 2005)

2) Tujuan perawatan tali pusat

Tujuan perawatan tali pusat adalah mencegah terjadinya penyakit tetanus pada bayi baru lahir, agar tali pusat tetap bersih, kuman-kuman tidak masuk sehingga tidak terjadi infeksi pada tali pusat bayi. Penyakit tetanus ini disebabkan oleh clostridium tetani yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (Racun), yang masuk melalui luka tali pusat, karena perawatan atau tindakan yang kurang bersih (Saifuddin, 2001).

Paisal (2008), perawatan tali pusat bertujuan untuk menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih, mencegah infeksi pada bayi baru lahir, membiarkan tali pusat terkena udara agar cepat kering dan lepas.

3) Cara perawatan tali pusat pada saat kunjungan

a) Kunjungan Neonatal ke satu (KN-1):

(1) Cuci tangan yang bersih sebelum membersihkan tali pusat

(2) Tali pusat dibersihkan dengan air bersih

(3) Luka tidak dibubuhi ramuan atau obat-obatan agar tidak terjadi infeksi.

(4) Tali pusat dibiarkan terbuka agar tetap kering

b) Kunjungan Neonatal ke dua (KN-2)

(1) Cuci tangan yang bersih sebelum membersihkan tali pusat

(2) Tali pusat dibersihkan dengan air bersih

(3) Luka tidak dibubuhi ramuan atau obat-obatan agar tidak terjadi infeksi.

(4) Tali pusat dibiarkan terbuka agar tetap kering

c) Kunjungan Neonatal ke tiga (KN-3)

(1) Perawatan dilakukan dengan tidak membubuhkan ramuan atau obat-obatan pada pusar bayi.

(2) Menjaga pusar bayi agar tetap kering.

(3) Sisa tali pusat akan segera lepas pada minggu pertama

(Vivian Nanny, 2013)

4) Dampak positif dan dampak negatif

Dampak positif dari perawatan tali pusat adalah bayi akan sehat dengan kondisi tali pusat bersih dan tidak terjadi infeksi serta tali pusat pupus lebih cepat yaitu antara hari ke 5-7 tanpa ada komplikasi (Hidayat, 2005).

Dampak negatif perawatan tali pusat adalah apabila tali pusat tidak dirawat dengan baik, kuman-kuman bisa masuk sehingga terjadi infeksi yang mengakibatkan penyakit Tetanus neonatorum. Penyakit ini adalah salah satu penyebab kematian bayi yang terbesar di Asia

Tenggara dengan jumlah 220.000 kematian bayi, sebab masih banyak masyarakat yang belum mengerti tentang cara perawatan tali pusat yang baik dan benar (Dinkes RI, 2005).

Cara persalinan yang tidak steril dan cara perawatan tali pusat dengan pemberian ramuan tradisional meningkatkan terjadinya tetanus pada bayi baru lahir (Retniati, 2010;11)

d. 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 dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :

- 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, insiasi 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) Penangan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan pra sekolah
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
- 8) Pemberian surat keterangan kematian

Cakupan Kunjungan Neonatal adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar sedikitnya tiga kali yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke 3- hari ke 7 dan 1 kali pada hari ke – hari ke 28 setelah lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

6. Konsep Dasar Teori Metode Kontrasepsi

a. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Metode kontrasepsi dapat digunakan oleh pasangan usia subur secara rasional berdasarkan fase-fase kebutuhan :

- 1) Masa menunda kehamilan.
- 2) Masa mengatur atau menjarangkan kehamilan.
- 3) Masa mengkhiri kesuburan atau tidak hamil lagi (Saifuddin, 2009)

b. Macam-macam jenis kontrasepsi

- 1) Metode Amenorrhea Laktasi (MAL)

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

Keuntungan dari metode ini adalah efektivitasnya tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara

sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya.

Kekurangan dari metode ini adalah perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS.

a) Kontrasepsi Metode Sederhana

(1) Pantang berkala

Metode pantang berkala atau yang lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami-istri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur. Manfaatnya antara lain adalah dapat digunakan untuk menghindari atau merencanakan kehamilan, tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi, tidak ada efek samping, dan murah tanpa biaya. Sedangkan kelemahannya adalah panjang siklus menstruasi setiap wanita tidaklah sama, ovulasi tidak selalu terjadi di hari ke-14, suami-istri tidak dapat melakukan hubungan seks setiap saat bila tidak menginginkan kehamilan.

(2) Suhu basal

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

(3) Coitus Interruptus

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

(4) Kondom

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

2) Kontrasepsi Oral

Kontrasepsi oral/pil mencakup pil kombinasi dan sekuensial yang berisi esterogen dan progesteron dan pil yang berisi progesteron saja (mini pil). Untuk jenis pil kombinasi terdiri dari kombinasi

sekuensial (bifasik/trifasik) yang jarang digunakan sebagai alat kontrasepsi. Pada bifasik, hanya esterogen dulu yang bekerja menekan sekresi gonadotropin, sedangkan pada monofasik, esterogen dan progesteron bekerja bersama-sama. Untuk minipil yang hanya mengandung progestin, penggunaannya efektif jika dibarengi dengan proses menyusui.

Cara kerja dari kontrasepsi pil adalah menghambat ovulasi, membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi, membuat lendir serviks tidak bisa ditembus sperma, dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi ovum terganggu.

Kelebihan dari metode kontrasepsi ini adalah bersifat *reversibel*, tidak mengganggu hubungan seksual, mudah dihentikan setiap saat, dapat digunakan pada semua usia.

Kelemahannya antara lain adalah pil harus diminum setiap hari, kenaikan metabolisme menyebabkan akseptor gemuk, dapat meningkatkan tekanan darah, tidak mencegah Infeksi menular seksual (IMS).

3) Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntik terdiri dari suntikan kombinasi dan suntikan progestin. Suntikan kombinasi adalah kombinasi antara 25 mg medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat. Cara kerjanya pada prinsipnya sama dengan cara kerja pil kombinasi. Suntikan kombinasi efektif bekerja selama 30 hari. Efektivitasnya tinggi, namun pengembalian kesuburan membutuhkan waktu yang

lebih lama dibanding dengan kontrasepsi pil. Untuk suntikan progestin, mengandung Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) dan diberikan 3 bulan sekali pada bokong yaitu musculus gluteus maximus. Kontrasepsi ini cocok untuk ibu yang sedang menyusui. Hal-hal yang akan sering ditemukan adalah siklus haid memanjang atau memendek, perdarahan yang banyak ataupun sedikit, perdarahan tidak teratur ataupun perdarahan bercak, atau bahkan tidak haid sama sekali.

4) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus. AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena adanya perubahan pada tuba dan cairan uterus. Hal ini dikarenakan adanya AKDR yang dianggap sebagai benda asing sehingga menyebabkan peningkatan leukosit, tembaga yang dililitkan pada AKDR juga bersifat toksik terhadap sperma dan ovum. Efektivitas AKDR dalam mencegah kehamilan mencapai 98-100% bergantung pada jenis AKDR.

Bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar air susu ibu (ASI). Namun, ada wanita yang ternyata belum dapat menggunakan sarana kontrasepsi ini. Karena itu, setiap calon pemakai AKDR perlu memperoleh informasi yang lengkap tentang seluk-beluk alat kontrasepsi ini.

Pada saat ini waktu pemasangan AKDR yang paling sering dilakukan adalah IUD post plasenta. IUD post plasenta yaitu IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta pada persalinan pervaginam (EngenderHealth, 2008). IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD post plasenta, umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga (*Coper T*) yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur. Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan.

Keuntungan dari AKDR adalah segera efektif yaitu setelah 24 jam pemasangan, reversibel, metode jangka panjang, tidak mengganggu produksi ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan ataupun pasca abortus.

Kerugian dari AKDR adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi panggul, perforasi uterus, usus dan kandung kemih, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, prosedur medis diperlukan sebelum pemasangan, adanya perdarahan bercak selama 1-2 hari pasca pemasangan, klien tidak bisa memasang ataupun melepas sendiri.

Kontraindikasi mutlak dari AKDR adalah kehamilan, perdarahan per vaginam yang belum terdiagnosis, perempuan yang sedang mengalami infeksi alat genital, kelainan pada panggul dan uterus, dan alergi terhadap komponen AKDR, misalnya tembaga.

5) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi berupa batang silastik yang dipasang dibawah kulit. Cara kerjanya adalah dengan menekan ovulasi, menurunkan motilitas tuba, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, dan mengentalkan lendir serviks sehingga mengganggu transportasi sperma. Efektivitas dari alat kontrasepsi ini sangat tinggi.

Keuntungan dari AKBK adalah daya guna tinggi, cepat bekerja dalam 24 jam setelah pemasangan, perlindungan jangka panjang, pengembalian kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu proses senggama, dapat dicabut setiap saat.

Kerugian dari AKBK adalah dapat menyebabkan perubahan pola haid, keluhan nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pusing/sakit kepala, perubahan perasaan, tidak melindungi dari IMS termasuk HIV/AIDS, klien tidak dapat menggunakan dan melepas sendiri.

Kontraindikasi dari pemakaian AKBK adalah wanita yang hamil atau diduga hamil, perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya, kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

6) Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP)

Kontrasepsi ini bisa disebut juga kontrasepsi mantap, pada wanita disebut tubektomi, yaitu tindakan penutupan tuba falopii dengan cara pomeroy, irving, pemasangan cincin falope klip filshie atau elektro koagulasi memotong tuba falopii. Sedangkan pada pria, kontrasepsi mantap disebut vasektomi, yaitu tindakan memotong vas deferens (Prawirohardjo, 2009).

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. Dan pasal 12 (b) Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana berwenang untuk memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

7. Konsep Dasar Teori Imunisasi TT

a. Pengertian

Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit sehingga bila terpapar dengan penyakit tersebut orang tersebut hanya akan sakit ringan/ tidak sakit. Imunisasi tetanus toxoid adalah proses untuk membangun kekebalan tubuh sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Vaksin TT adalah vaksin yang mengandung toksoid tetanus yang telah dilemahkan kemudian dimurnikan (Depkes RI, 2009)

Tetanus toksoid merupakan antigen yang aman untuk wanita hamil. Vaksin tetanus toksoid terdiri dari toksoid atau bibit penyakit yang telah dilemahkan diberikan melalui suntikan vaksin tetanus toksoid kepada ibu hamil. Dengan demikian, setiap ibu hamil telah mendapat perlindungan untuk bayi yang akan dilahirkannya terhadap bahaya tetanus neonatorum (IDAI, 2011).

Bakteri Tetanus Toksoid yaitu *Clostridium Tetani*, *Clostridium Tetani* adalah kuman yang mengeluarkan toksin yang bersifat neurotoksik (tetanus spasmin), yang mula-mula akan menyebabkan kejang dan saraf perifer setempat. Tetani juga didukung oleh adanya luka yang dalam dengan perawatan yang salah. Selain di luar tubuh manusia, tersebar luas di tanah. Juga terdapat di tempat yang kotor, dan besi berkarat. Jika kondisi basil baik (didalam tubuh manusia) akan mengeluarkan toksin.

Toksin ini dapat menghancurkan sel darah merah, merusak leukosit dan merupakan tetanospasmin, yaitu toksin yang neurotropik yang dapat menyebabkan ketegangan dan spaste otot. Penyakit tetanus ini disebabkan

oleh mycobacterium tetani yang berbentuk spora masuk kedalam luka terbuka, berkembang biak secara anaerobic, dan membentuk toksin.

Tetanus yang khas terjadi pada usia anak adalah tetanus neonatorum. Tetanus neonatorum dapat menimbulkan kematian karena terjadi kejang, sianosis, dan henti napas. Reservuarnya adalah kotoran hewan atau tanah yang terkontaminasi kotoran hewan dan manusia. Gejala awal ditunjukkan dengan bayi tidak menyusu. Tempat masuknya bakteri ini adalah adanya luka dalam yang berhubungan dengan kerusakan jaringan local, tertanamnya benda asing yang terkontaminasi tanah misalnya paku, lecet yang dangkal dan kecil atau luka geser, trauma pada jari tangan atau jari kaki yang berhubungan dengan patah tulang jari dan laku pada pembedahan (Penyakit Tetanus).

b. Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid dan Lama atau durasi Perlindungannya

Pemberian imunisasi tetanus toksoid bagi ibu hamil yang telah mendapatkan imunisasi tetanus toksoid 2 kali pada kehamilan sebelumnya atau pada saat calon pengantin, maka imunisasi cukup diberikan 1 kali saja dengan dosis 0,5 cc pada lengan atas. Bila ibu hamil belum mendapat imunisasi atau ragu, maka perlu diberikan imunisasi tetanus toksoid sejak kunjungan pertama sebanyak 2 kali dengan jadwal interval minimum 1 bulan (Fauziah & Sutejo, 2012).

Pada anak-anak, vaksin tetanus diberikan sebagai bagian dari vaksin DPT (difteri, pertusis, tetanus). DPT diberikan satu seri yang terdiri atas 5 suntikan pada usia 2 bulan, 4 bulan, 6 bulan, 15 – 18 bulan, dan

terakhir saat sebelum masuk sekolah (4 – 6) tahun. Bagi orang dewasa, sebaiknya menerima *booster* dalam bentuk TT (tetanus toksoid) setiap 10 tahun. Untuk mencegah tetanus neonatorum, wanita hamil dengan persalinan berisiko tinggi paling tidak mendapatkan 2 kali dosis vaksin TT. Dosis TT kedua sebaiknya diberikan 4 minggu setelah pemberian dosis pertama, dan dosis kedua sebaiknya diberikan paling tidak dua minggu sebelum persalinan. Untuk ibu hamil yang sebelumnya pernah menerima TT dua kali pada waktu calon pengantin atau pada kehamilan sebelumnya, maka diberikan booster TT satu kali saja (Cahyono, 2010).

Akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibentuk program jadwal pemberian imunisasi pada ibu hamil, yaitu:

- (1) TT1 : pada kunjungan antenatal pertama, perlindungan 80%
- (2) TT2 : 4 minggu setelah TT1, perlindungan 3 tahun, 95%
- (3) TT3 : 6 bulan setelah TT2, perlindungan 5 tahun, 99%
- (4) TT4 : minimal 1 tahun setelah TT3, perlindungan 10 tahun, 99%
- (5) TT5 : 3 tahun setelah TT4, perlindungan 25 tahun

Artinya apabila dalam waktu 3 tahun wanita tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari tetanus neonatorum (Sulistyawati, 2010).

c. Manfaat Imunisasi Tetanus Toksoid

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan sesuai dengan standar pelayanan antenatal care, yang mencakup 7 (tujuh) standar yaitu diantaranya adalah pemberian

imunisasi TT (tetanus toksoid) lengkap. Menurut WHO (1993) dalam Wahab & Julia (2002) TT (tetanus toksoid) adalah vaksin yang sangat efektif, persentase kegagalannya sangat kecil, efektifitas dua dosis TT (tetanus toksoid) selama hamil dalam mencegah tetanus neonatorum berkisar antara 80-100%. Tetanus toksoid merangsang pembentukan antitoksin untuk menetralkan toksin tetanus, anti toksin yang melewati plasenta ke janin pasca imunisasi aktif pada ibu dapat mencegah kejadian tetanus neonatorum.

Imunisasi aktif didapat dengan menyuntikan tetanus toksoid dengan tujuan merangsang tubuh membentuk antibodi. Ibu hamil yang telah mendapatkan imunisasi tetanus toksoid mendapatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus dan kekebalan tersebut disalurkan melalui plasenta dan tali pusat kepada janin yang dikandungnya, selain itu setelah melahirkan ibu tetap menyalurkan kekebalan tersebut melalui air susu ibu (IDAI, 2011).

Vaksin tetanus diberikan pada bayi dan anak usia kurang dari 10 tahun, ibu hamil, dan semua orang dewasa. Vaksin tetanus memiliki berbagai kemasan seperti preparat tunggal (TT), kombinasi dengan toksoid difteri dan atau pertusis (dT,DT, DTwP, DtaP) dan kombinasi dengan komponen lain seperti HiB dan hepatitis B. Imunisasi pasif diindikasikan pada seseorang yang mengalami luka kotor, diperoleh dengan memberikan serum yang sudah mengandung antitoksin heterolog (ATS) atau antitoksin homolog (imunoglobulin antitetanus) (Cahyono, 2010).

d. Efek Samping Imunisasi Tetanus Toksoid

Efek samping biasanya hanya gejala ringan saja seperti kemerahan, pembengkakan dan rasa nyeri pada tempat suntikan. Tetanus toksoid adalah antigen yang sangat aman dan juga aman untuk wanita hamil. Tidak ada bahaya bagi janin apabila ibu hamil mendapatkan imunisasi tetanus toksoid. Efek samping tersebut berlangsung 1-2 hari, ini akan sembuh sendiri dan tidak diperlukan tindakan/pengobatan (Cahyono, 2010).

Penggunaan jarum suntik yang tidak steril atau telah digunakan berulang kali dapat menyebabkan penyakit. Oleh karena itu penggunaan alat harus steril khususnya jarum suntik harus baru dan steril (Lisnawati, 2011).

e. Dampak tidak melakukan imunisasi TT yaitu :

- 1) Tetanus neonatorum (TN) adalah tetanus pada bayi usia hari ke 3 dan 28 setelah lahir
- 2) Tetanus maternal (TM) adalah tetanus pada kehamilan dan dalam 6 minggu setelah melahirkan (Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, 2012)..

d. Program Eliminasi Tetanus Maternal Neonatal Indonesia

Upaya sistematis untuk menghilangkan TN dimulai imunisasi TT ibu hamil dan calon pengantin dengan melalui Program Pengembangan Imunisasi (EPI), yang diperkenalkan pada tahun 1979. Kemudian tahun 1984 imunisasi tetanus dalam bentuk vaksin Difteri Tetanus (DT) dan vaksin TT mulai diberikan pada anak sekolah dasar sebagai bentuk

strategi jangka panjang pengendalian TN. Tahun 1998 imunisasi pada anak sekolah dasar ini kemudian dikembangkan menjadi Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Sejak tahun 2011, dalam rangka penanggulangan kejadian luar biasa Difteri di Indonesia, maka vaksin TT untuk anak sekolah dasar diganti menjadi vaksin tetanus difteri (Td).

Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil telah dimulai dari 1974, sedangkan imunisasi DPT pada bayi mulai diperkenalkan tahun 1976. Strategi jangka panjang Eliminasi Tetanus Maternal Neonatal melalui pemberian imunisasi anak sekolah dasar (SD) dan sekolah setingkat SD seperti madrasah ibtidayah (MI) mulai dilakukan tahun 1984 (Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, 2012).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penulisan Studi Kasus

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

Rancangan dalam studi kasus ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat deskripsi lengkap dari suatu fenomena yang diamati secara objektif dan nyata (Notoatmodjo, 2005).

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

B. Subjek Kasus

Subyek penelitian sebagai informan, yang artinya orang pada latar penelitian yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian (Moelong, 2010).

Pada penelitian studi kasus ini, subjek pelaksanaan studi kasus adalah ibu hamil trimester III dengan usia kehamilan 36 minggu pada saat implementasi asuhan kebidanan dengan atau tanpa faktor resiko.

Subyek pelaksanaan studi kasus yang akan dibahas dalam proposal LTA ini adalah Ny. J G₂P₁₀₀₁ hamil normal usia kehamilan 30 minggu 3 hari

yang akan diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

C. 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 instrument 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) Observasi

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

2) Wawancara

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

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

3) Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan asuhan yang dilakukan.

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 (Kesehatan Ibu dan Anak), kohort ibu dan kohort bayi.

2. Analisis Data

Analisis deskriptif adalah statistic 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, 2012).

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 di dokumentasikan dalam bentuk SOAP.

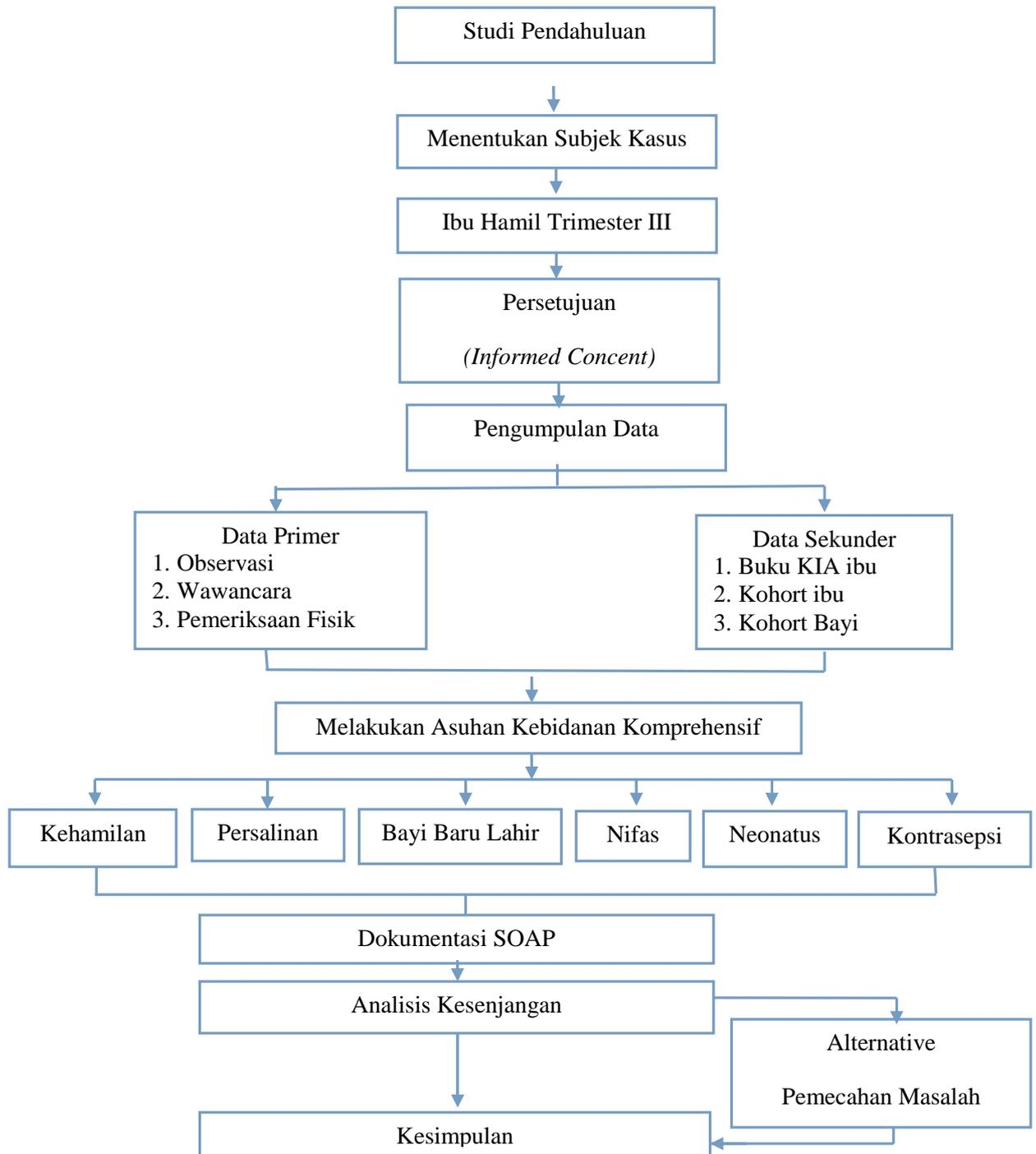
D. Instrumen

Instrumen penelitian adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya 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 bidan kit, partus set, dan heating set).

E. Kerangka Kerja Studi Kasus

Kerangka konsep studi kasus pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui studi kasus yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010). Kerangka kerja dalam studi kasus ini diuraikan dalam bentuk skema di bawah :



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus

F. Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untuk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden. Menurut Hidayat (2008) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah-langkah :

1. Respect for person

Prinsip ini merupakan unsur mendasar dari penelitian. Setiap subyek memiliki hak autonomi, 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*. Subyek harus mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan, keikutsertaan secara sadar dan membutuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan. Pemberian asuhan harus menjaga kerahasiaan subyek asuhan.

2. *Beneficence* dan *non maleficence*

Prinsip ini menekankan pencegahan pada terjadinya resiko dan melarang perbuatan yang berbahaya selama melakukan asuhan. Kewajiban pemberian asuhan adalah memaksimalkan manfaat dan menimbulkan bahaya resiko, termasuk ketidaknyamanan fisik, emosi, psikis, kerugian social dan ekonomi.

3. *Justice*

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

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-1

Tanggal/waktu pengkajian: 03 Maret 2016/ Pukul 17.00 WITA

Tempat : Jl. Mayjen Soetoyo Rt. 57 No. 72
(RumahNy.J)

Oleh : Lestari Herlina Stevani Simatupang

S :

a. Biodata/Identitas

Nama klien : Ny. J

Nama suami : Tn. M

Umur : 26 tahun

Umur : 31 tahun

Suku : Madura

Suku : Madura

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : S1

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Jl. Mayjen Soetoyo Rt. 57 No. 72

(RumahNy.J)

b. Keluhan Utama

- Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan
- Ibu mengatakan haid terakhir tanggal 2 Agustus 2015

c. Riwayat Kesehatan Klien

1) Riwayat Kesehatan yang Lalu

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, asma, diabetes militus dan hipertensi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu rutin memeriksakan kehamilannya di puskesmas atau dokter spesialis kandungan setiap bulan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga ibu maupun suami tidak pernah menderita penyakit seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, asma, diabetes militus dan hipertensi, serta penyakit keturunan seperti buta warna dan penyakit kelainan darah

e. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. J adalah 02 Agustus 2015, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 9 Mei 2016 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28-30 hari, lama haid 7hari, banyaknya haid setiap harinya 2-3 kali ganti pembalut, warna darah merah, encer, kadang bergumpal. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 14 tahun.

f. Riwayat Obstetrik

Riwayat obstetrik kehamilan dan persalinan lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Kadaan
1	2012	BPM	Aterm	tidak	spont	Bidan	tidak	Laki-	3300 gr	47	sehat

				ada	an		ada	laki			/4thn
2	HAMIL INI										

g. Riwayat Kontrasepsi

Ibu pernah menggunakan KB suntik yang 1 bulan sekitar 3 tahun

h. Riwayat imunisasi

Ibu tidak pernah melakukan imunisasi TT dari anak pertama hingga saat pada hamil ini, karena tidak ada yang memberitahu ibu untuk melakukan imunisasi tt.

i. Pola Fungsional Kesehatan

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 ± 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 ½ porsi nasi, 2 potong lauk pauk, sayur, air putih ± 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 dalam 1-2 hari konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.	BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 2 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan hanya saja ibu merasa BAB nya tidak lancar.
Istirahat	Ibu tidur siang ± 2 jam/hari pada hari-hari tertentu, Ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.	Ibu tidur siang ± 2 jam/hari, dan ibu menggunakan waktu senggangnya disiang hari untuk beristirahat. Ibu tidur pada malam hari hanya 7-8 jam

		saja.
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak.	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak, sementara kegiatan ibu diluar rumah biasanya jalan-jalan santai.
Personal Hygiene	Mandi 3 kali/hari, mengganti baju 3 kali/hari, mengganti celana dalam 3 kali/hari.	Mandi 3 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari, mengganti celana dalam 2-3 kali/hari.
seksualitas	± 1-2 kali/minggu dan Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas	Jarang. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas.

j. Pola Psikososialkultural spiritual

1) Riwayat pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia 22 tahun tahun, lama menikah 4 tahun, status pernikahan sah.

2) Respon ibu terhadap kehamilan : bahagia terhadap kehamilannya saat ini.

3) Respon klien dan keluarga terhadap kehamilan ini

Kehamilan ini sangat diharapkan oleh ibu. Ibu juga mengharapkan kehamilan dan persalinannya berjalan dengan normal serta anak yang dilahirkan selamat dan sehat. Suami dan keluarga sangat bahagia dan mendukung atas kehamilan ibu. Hubungan ibu dengan keluarga dan lingkungan sekitar cukup baik

4) Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : tidak ada

5) Pantangan selama kehamilan : tidak ada

6) Persiapan persalinan

c) Rencana tempat bersalin : Bidan Praktek Mandiri

d) Persiapan ibu dan bayi : ibu telah menyiapkan pakaian bayi, pakaian ibu, dana, dan ibu siap mental dalam menghadapi persalinannya.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. J baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5 °C, nadi 81 x/menit, pernafasan: 24 x/menit; serta hasil pengukuran tinggi badan 145 cm, berat badan sebelum hamil 43 kg, berat badan saat ini 55 kg dan LILA 25,5 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

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

Mata : tidak tampak anemis, sclera tidak ikterik

Payudara : puting menonjol, pengeluaran ASI tidak ada

Perut :

- 1) Leopold I teraba lunak dan tidak melenting (bokong) TFU 25 cm (½ pusat-PX)
- 2) Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian kanan teraba bagian kecil janin (Pu-ki),
- 3) Leopold III teraba bagian keras, bulat dan melenting (presentasi kepala)
- 4) Leopold IV bagian terendah belum masuk PAP (konvergen)

5) Lain – lain :

a) Taksiran Berat Janin :

$$(TFU - 12) \times 155 =$$

$$(25 \text{ cm} - 12) \times 155 = 13 \times 155 = 2015 \text{ gram}$$

b) DJJ : 135x/menit

Ekstremitas

1) Reflek Patella : kanan +, kiri +

2) Tungkai : tidak ada oedema dan varices

h. Reflek Patella : kanan +, kiri +

i. Tungkai : tidak ada oedema dan varices

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Darah:

a) Hb : 13,1 gr%

b) Golongan darah : tidak ada

A :

4. Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ hamil 30 minggu 3 hari, janin tunggal,
hidup, intrauterine, presentasi kepala

Masalah : Imunisasi TT tidak pernah

Diagnosa Potensial:

a. Pada Ibu : Infeksi Tetanus

Antisipasi : memilih tepat persalinan yang bersih dan aman agar terhindar dari infeksi

b. Pada Janin : Tetanus Neonatorum

Antisipasi : melakukan pemotongan tali pusat dengan alat yang steril dan bersih agar terhindar dari tetanus neonatorum.

5. Masalah Potensial : Tidak ada

6. Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Implementasi ANC Kunjungan ke 1

No.	Waktu	Pelaksanaan	Paraf
1.	20 WITA	Memelihara hubungan baik dengan ibu dan seluruh anggota keluarganya; terbinanya hubungan yang baik dengan ibu dan keluarga.	
2.	30 WITA	Menjelaskan kepada ibu berdasarkan hasil pemeriksaan: TD mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5 C, TB 145 cm, BB 55 kg, lila 25,5 cm, UK 30 minggu 3 hari, TP 9 Mei 2016. Leopold I teraba lunak dan tidak melenting (bokong) TFU 25 cm (½ pusat-PX), Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian kanan teraba bagian kecil janin (Pu-ki), Leopold III teraba bagian keras, bulat dan melenting (presentasi kepala, Leopold IV bagian terendah terendah janin belum masuk pintu atas panggul . DJA 135x/menit dan TBJ 2015 gram. Pemeriksaan head to toe (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan, menjelaskan kepada ibu bahwa saat Hb: 13,1 dan ibu mengerti kondisinya saat ini.	

4.	.35 WITA	<p>emberikan KIE kepada ibu tentang:</p> <p>a. Tanda bahaya kehamilan Perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluar cairan pervaginam, dan gerakan janin tidak terasa.</p> <p>b. Tanda-tanda persalinan Perut mules secara teratur, mulesnya sering dan lama, keluar lender bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir.</p> <p>c. Persiapan persalinan Persiapan ibu, persiapan baju bayi, persiapan keluarga dalam mendampingi proses persalinan, persiapan dana, kendaraan, donor darah dan tempat persalinan</p> <p>d. Imunisasi TT Pada ibu hamil diberikan imunisasi TT sebanyak 2 kali selama kehamilan dengan interval waktu 4 minggu. Imunisasi ini dianjurkan pada setiap ibu hamil, karena diharapkan dapat menurunkan angka kematian bayi akibat tetanus neonatorum. Imunisasi ini diberikan dengan dosis 0,5 cc/IM dalam satu kali penyuntikan.</p>	
5.	.40 WITA	Menjelaskan pentingnya kunjungan ibu hamil dan mengatur jadwal kunjungan ulang ibu yaitu 2 minggu lagi.	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 06 Mei 2016/ Pukul 11.30 WITA
Tempat :Bidan Praktek Mandiri Bidan Delima S
Oleh : Lestari Herlina Stevani Simatupang

Persalinan Kala I Fase Aktif

S :

Ibu mengatakan merasakan perut mules dan nyeri hingga ke pinggang sejak jam 05.00 WITA pagi tadi, namun ibu merasakan pengeluaran lendir pervaginam disertai darah dan ibu sudah merasakan kencangkencang semakin sering sehingga ibu dan suami segera datang ke Bidan Praktek Mandiri pada pukul 09.00 WITA untuk menjalani pemeriksaan dan proses persalinan.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. J baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,2 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen :DJJ terdengar jelas, irama teratur, frekuensi 142x/menit, intensitas kuat, punctum maximum disebelah kanan perut ibu bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi: 3 x 10' dengan durasi: 25 30 detik dan intensitas: sedang.

Genitalia :Tampak adanya pengeluaran lendir darah.

Pemeriksaan Dalam

Tanggal: 6 Mei 2016 Jam: 10.15 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lembut tipis, effacement 80 %, pembukaan 8 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II.

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

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 39 minggu 4 hari
Inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup
intra uterin

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera: tidak ada

P :

Tanggal 06 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	10.50 WITA	menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik,	

		pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 8 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2.	10.55 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set telah tersedia, alat dalam partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher; pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia. Keseluruhan siap digunakan.	
3.	11.10 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan gurita) dan pakaian bayi (lampin, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	
4.	11.20 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 di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
3.	11.23 WITA	Pemantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf); Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.	
4.	11.25 WITA	Menganjurkan ibu berbaring dengan arah miring ke kiri, agar aliran oksigen dari ibu ke janin lancar; Membantu ibu miring ke arah kiri.	
5.	11.28 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu minum teh manis	
5.	11.30 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir	

		<p>bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan 10 cm, dilakukan amniotomi ketuban berwarna jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III.</p> <p>DJJ : 136 x/mnt/ irama teratur</p> <p>HIS : 5 x 10' 40-45"</p>	
7.	11.35 WITA	<p>menjelaskan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki litotomi, tangan di masukkan di antara kedua paha, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak megangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.</p>	

Persalinan Kala II

S :

Ibu mengatakan pinggangnya sakit hingga menjalar keperut dan merasakan ingin BAB.

O:

1. Pemeriksaan Umum

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

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, irama teratur, frekuensi 136 x/menit punctum maksimum terletak di sebelah kanan perut ibu bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki

frekuensi: 5 x 10' dengan durasi: 40-45 detik dan intensitas: kuat.

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

Pemeriksaan Dalam

Tanggal: 06 Mei 2016 Jam: 11.30 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan 10 cm, ketuban utuh maka dilakukan amniotomi, ketuban pecah berwarna jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station / hodge III

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

A:

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ inpartu kala II janin tunggal hidup intra uterin dengan presentasi kepala

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P:

Tanggal 06 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksanaan
1.	11.40 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	
2.	11.45 WITA	Memastikan kelengkapan alat; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke partus set.	
3.	11.48 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
4.	11.50 WITA	Menganjurkan kepada suami untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum teh manis.	
5.	11.52 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN.	
7.	11.55 WITA	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	
8.	11.57 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.	
9.	11.59 WITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.	

		Menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 12.00 WITA.	
10.	12.00 WITA	Meletakkan bayi di atas perut ibu, melakukan penilaian selintas Bayi baru lahir sambil Meringkakan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering; Bayi baru lahir cukup bulan, bayi segera menangis, A/S: 8/9, jenis kelamin laki-laki, air ketuban jernih	

Persalinan Kala III

S : Ibu merasakan mules pada perutnya

O:

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU sepusat, kontraksi baik.

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

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ parturient kala III persalinan normal

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P:

Tanggal 06 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	12.01 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
2.	12.02 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III. memberitahu kepada ibu untuk dilakukan penyuntikan untuk melahirkan ari-ari, menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 IU IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
3.	12.04 WITA	Menjepit tali pusat dengan klem umbilical 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
4.	12.05 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
5.	12.06 WITA	Meletakkan bayi di dada ibu untuk dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) kemudian selimuti dan beri topi pada bayi biarkan selama 1 jam di dada ibu.	
6.	12.10 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 13 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 12.12WITA.	

7.	12.12 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkular hingga kontraksi baik dan mengajarkannya kepada ibu; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat, keras dan ibu dapat mempraktekkan masase uteri dengan benar.	
8.	12.14 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat \pm 50 cm, tebal plasenta \pm 2,5 cm, lebar plasenta \pm 25 cm.	
9.	12.16 WITA	mengevaluasi perdarahan Kala III; Perdarahan \pm 150 cc.	

Persalinan Kala IV

S :

Ibu merasakan perutnya terasa mules

O:

1. Pemeriksaan Umum

KU: baik

Kes : Composmentis

TD: 110/80 mmHg T : 36°C N/R : 80/20x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

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

Genetalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir spontan lengkap jam 12.12 WITA

A:

Diagnosis : P₂₀₀₂ dengan kala IV

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan segera : tidak ada

P:

Tanggal 06 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
	.17 WITA	Memeriksa luas laserasi pada jalan lahir, terdapat luka perineum derajat 2, melakukan penyuntikkan anastesi.	
	.19 WITA	Menyiapkan alat-alat penyuntikkan anastesi dan penjahitan perineum yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5 cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut atau catgut no. 3/0, pinset, gunting benang dan kassa steril.	
	.21 WITA	Melakukan informed consent kepada ibu untuk dilakukan penjahitan bahwa ada robekan di jalan lahirnya, dan ibu setuju untuk dijahit. Melakukan penjahitan dengan jahit jelujur..	
	.25 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
	.26 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
	.27 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam	

		larutan klorin 0,5%	
	.30 WITA	pengobatan TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 81x/menit, suhu 36,3°C, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc	
	.43 WITA	menyarankan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah disediakan	
	.45 WITA	pengobatan TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 81x/menit, suhu 36,3°C, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc	
	.00 WITA	pengobatan TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 81x/menit, suhu 36,3°C, TFU teraba 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc	
	.06	telah kontak kulit ibu dan bayi dan IMD selesai : <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengukuran antropometri : Jenis kelamin laki laki, A/S : 8/9, berat badan : 3000 gram, panjang badan : 48cm, lingkar kepala : 33 cm, lingkar dada: 32 cm, Suhu : 36.5 C, Pernafasan : 56 x/menit dan Respirasi : 142 x/menit • Memberikan salep mata, suntikan Vit K 0,5 cc/ 1 mg Injeksi secara IM di paha kiri anterolateral bayi. 	

.15 WITA	pengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc	
.45 WITA	pengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc	
.15 WITA	pengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 5 cc	
.20 WITA	encuci alat-alat yang telah didekontaminasi dan alat telah tercuci dan disterilkan	
.30 WITA	lengkapi Partograf	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 6 Mei 2016 / Pukul 13.00 WITA

Tempat : Bidan Praktek Mandiri

Oleh : Lestari Herlina Stevani Simatupang

S : -

O :

1. Data Rekam Medis

a. Riwayat Persalinan Sekarang :

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

b. Keadaan Bayi Saat Lahir :

Tanggal : 06 Mei 2016 Pukul : 12.00 WITA

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

2. Nilai APGAR :

Kriteria	0 – 1 Menit	1 – 5 Menit
Denyut Jantung	2	2
Usaha Nafas	2	2
Tonus Otot	1	2
Refleks	1	1
Warna Kulit	2	2
Total	8	9

3. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Sedang

Jenis kelamin laki-laki, A/S : 8/9, berat badan : 3000 gram panjang badan : 48cm, lingkaran kepala : 33 cm, lingkaran dada: 32 cm, Suhu : 36.5 C, Pernafasan : 56 x/menit dan Respirasi : 142 x/menit

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Tidak ada caput dan cephal hematoma, sutura sagitalis belum tertutup, tidak ada kelainan bentuk kepala, ubun – ubun besar belum tertutup

Mata : Simetris, tidak strabismus dan tidak ada oedema palpebrae, perdarahan konjungtiva dan pengeluaran cairan.

Hidung : Tidak ada polip, sekret, dan pernafasan cuping hidung

Telinga : Simetris, tulang rawan cukup, lubang telinga patent, tidak ada kulit tambahan

Mulut : Simetris, tidak ada bercak putih pada mukosa mulut, tidak ada labioskisis

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, vena jugularis dan limfe

Dada : Simetris, tidak ada pembesaran payudara, tidak ada retraksi dinding dada

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal dan tali pusat dalam keadaan baik

Genitalia : Kelamin laki-laki, panjang penis 2 cm, kedua

testis sudah turun berada dalam skrotum,
orifisium uretra di ujung penis

Anus : BAB (-)

Ekstremitas : Telapak kaki normal , tidak ada kelainan

Kulit : Kemerahan dan tidak ikterik.

A :

Diagnosa : NCB SMK usia 1 jam

Masalah : tidak ada

Dasar : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 06 Mei 2016

No.	Waktu	Pelaksanaan	Pelaksana
1.	13.00 WITA	Beritahu ibu jika bayinya akan diberikan suntikan Vit K, salep mata dan imunisasi Hepatitis B	
2.	13.06 WITA	Memberikan salep mata, suntikan Vit K 0,5 cc/ 1 mg Injeksi secara IM di paha kiri anterolateral bayi.	
3.	13.30 WITA	Menjaga kehangatan bayi dengan menyelimuti bayi dan memakaikan topi.	
4.	13.35 WITA	Menunda memandikan bayi selama 6 jam dan mengajarkan ibu menyusui bayinya.	

5.	14.00 WITA	Membuat kesepakatan untuk dilakukan pemeriksaan ulang 6-8 jam kemudian dan ibu bersedia.	
6.	14.05 WITA	Satu jam setelah pemberian Vit K, berikan Hepatitis B di paha kanan anterolateral bayi	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care kunjungan ke-1

Tanggal/Waktu Pengkajian: 06 Mei 2016/ Pukul 17.00 WITA

Tempat : Bidan Praktek Mandiri

S :

Keluhan : Ibu mengeluh perutnya masih mules

Pola Nutrisi : Ibu telah diberi makan dan minum, jenis makanan yang dikonsumsi ibu adalah nasi, lauk-pauk, dan sayur dengan porsi sedang.

Pola Eliminasi : Ibu belum BAB dan BAK

Pola Istirahat/tidur : Ibu ada tidur \pm 2 jam setelah persalinan

Mobilisasi : Ibu telah dapat duduk untuk menyusui anaknya

Dukungan Keluarga : Suami dan keluarga mendampingi ibu selama persalinan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak tampak adanya cloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

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

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran secret.

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

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

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

tiroid, dan kelenjar getah bening.

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

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

Abdomen : Tidak tampak striae gravidarum, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi keras, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ad avarices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, terdapat jahitan di perineum

Anus : tidak tampak hemoroid

Ekstremitas: Atas : Bentuk simetris dan tidak oedem
Bawah: Bentuk simetris, tidak oedem, tidak ada varices, dan tidak ada tanda tromboflebitis

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ 6 jam post partum

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 06 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	17.20 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat , tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal.	
2.	17.25 WITA	Memberitahu ibu bahwa mengonsumsi protein penting selama masa nifas, karena dapat mempercepat pemulihan ibu, mempercepat perdarahan berhenti dan mempercepat penyembuhan luka jahitan. Ibu dapat mengganti ikan/telur dengan mengonsumsi ayam, hati, dan daging serta tahu tempe.	
3.	17.30 WITA	Melakukan KIE tentang perawatan luka perineum: Sering membersihkan bagian genitalia dan setelah BAK/BAB mengganti pembalut agar dapat mempercepat penyembuhan luka perineum.	
4.	17.35 WITA	Memberikan KIE mengenai ASI Eksklusif. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan memotivasi ibu untuk memberikan ASI saja tanpa makanan atau minuman tambahan selama 6 bulan (ASI Eksklusif); Ibu akan memberikan ASI secara Eksklusif kepada bayinya.	
5.	17.40 WITA	Anjurkan ibu menyusui bayinya segera saat bayi ingin menyusu, atau susi bayi maksimal tiap 2 jam dan bersedia menyusui bayinya sesering mungkin.	
6.	17.45 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai jadwal kunjungan selanjutnya yaitu 6 hari selanjutnya ditanggal Mei 2016 atau saat ada keluhan	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 12 Mei 2016/ Pukul 17.15 Wita

Tempat : Rumah Ny. J

S :

Keluhan Utama : Tidak ada

Pola Nutrisi : Ibu makan 3 kali/hari, jenis makanan yang ibu adalah nasi, lauk-pauk dan sayur dengan porsi sedang. Ibu minum \pm 2 liter/hari, dan tidak ada pantangan makan.

Pola Eliminasi : BAK dengan frekuensi 6- 7 kali/hari, warna kuning jernih . BAB 1 hari/sekali, warna kuning kecoklatan , konsistensi keras.

Pola Istirahat/tidur : Ibu tidur siang sekitar 3-4 jam dan tidur di malam hari 7-8 jam/hari

Pola Aktivitas : Ibu sudah dapat melakukan pekerjaan rumah seperti mencuci, memasak, dan mengurus bayinya.

Dukungan keluarga : Suami dan keluarga ibu turut membantu dalam mengurus bayi dan turut membantu Ny.J menjalankan perannya sebagai ibu .

O :

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan fisik

- Kepala : Tidak tampak adanya lesi, tampak kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan tampak bersih tidak ada ketombe.
- Wajah : Tidak tampak adanya cloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.
- Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tidak tampak putih pada sclera.
- Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran secret.
- Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak tampak pernapasan cuping hidung.
- Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tampak bersih.
- Leher : Tidak tampak hyperpigmentasi, tidak tampak peradangan tonsil dan faring, tidak tampak vena vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening dan tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.
- Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak produksi ASI banyak, tampak hyperpigmentasi pada areola, puting susu

menonjol

Abdomen : Tidak tampak striae gravidarum, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba, kontraksi uterus baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula terdapat jahitan di perineum dan keadaan jahitan baik.

Anus : tidak tampak hemoroid

Ekstremitas: Atas : Bentuk simetris dan tidak oedem

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedem, tidak ada varices, dan tidak ada tanda tromboflebitis

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum hari ke-7

Masalah : Tidak ada

Diagnose Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Implementasi PNC ke 2

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	17.35 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, tampak adanya pengeluaran ASI, TFU sudah tidak	

		teraba, pengeluaran lochea sanguinolenta, berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, konsistensi cair dan bergumpal. Ibu telah mengetahui kondisinya saat ini.	
2.	17.45 WITA	Menganjurkan ibu tetap menjaga kebersihan daerah vagina dan perineum. Kebersihan genitalia tetap harus dijaga untuk mencegah terjadinya infeksi. Ibu tetap di anjurkan untuk sering mengganti pembalut minimal 3 kali. Ibu mengetahui pentingnya menjaga kebersihan genitalia dan bersedia melakukannya	
3.	17.55 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya pada ibu nifas yaitu: demam tinggi > 38°C, tidak dapat BAB selama 3 hari, pembengkakan di daerah payudara ibu, pengeluaran lochea yang berbau. Ibu mengerti tentang perubahan yang dialaminya dan dapat menyebutkan 2 dari 4 tanda bahaya ibu nifas.	
4	18.05 WITA	Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan lagi minggu depan. Ibu mengetahui tanggal pemeriksaan selanjutnya dan bersedia diperiksa kembali	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 19 Mei 2016 / Pukul : 16.00 Wita

Tempat : Rumah Ny. J

S :

Keluhan Utama : Tidak ada

Pola Nutrisi : Ibu makan 3 kali/hari, jenis makanan yang dikonsumsi ibu adalah nasi, lauk-pauk dan

sayur dengan porsi sedang. Ibu minum \pm 2 liter/hari, dan tidak ada pantangan makan.

Pola Eliminasi : BAK dengan frekuensi 6- 7 kali/hari, warna kuning jernih . BAB 1 hari/sekali, warna kuning kecoklatan , konsistensi keras.

Pola Istirahat/tidur : Ibu tidur siang sekitar 3-4 jam dan tidur di malam hari 7-8 jam/hari

Pola Aktivitas : Ibu sudah dapat melakukan pekerjaan rumah seperti mencuci, memasak, dan mengurus bayinya.

Dukungan keluarga : Suami dan keluarga ibu turut membantu dalam mengurus bayi dan turut membantu Ny.J menjalankan perannya sebagai ibu .

O :

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak tampak adanya cloasma gravidarum, tidak oedema

dan tidak pucat.

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

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

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areola, dan puting susu menonjol.

Abdomen : Tidak tampak striae gravidarum, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba, kontraksi uterus baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, terdapat jahitan di perineum dan keadaan jahitan mulai menyatu, kering dan tidak tampak tanda infeksi.

Anus : tidak tampak hemoroid

Ekstremitas: Atas : Bentuk simetris dan tidak oedem

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedem, tidak ada varices, dan tidak ada tanda tromboflebitis

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum hari ke- 14 hari
Masalah : Tidak ada
Diagnosa Potensial : Tidak ada
Masalah Potensial : Tidak ada
Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Implementasi PNC ke 3

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	16.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, tampak adanya pengeluaran ASI, payudara terasa tegang berisi, TFU tidak teraba, pengeluaran lochea serosa, berwarna kuning	
2.	16.40 WITA	Menyarankan ibu tetap menjaga kebersihan daerah vagina dan perineum. Kebersihan genitalia tetap harus dijaga untuk mencegah terjadinya infeksi. Ibu tetap disarankan untuk sering mengganti pembalut, dan memberi kompres betadine pada luka jahitan. Ibu mengetahui pentingnya menjaga kebersihan genitalia dan bersedia melakukannya	
3.	16.50 WITA	Memberi KIE mengenai metode KB, Menjelaskan pada ibu mengenai	

		berbagai metode KB, kelebihan, kekurangan, cara kerja, efek samping dan prosedur pemakaian berbagai alat KB. Ibu dapat menyebutkan kembali metode KB yang telah di jelaskan beserta kekurangan dang kelebihannya	
--	--	--	--

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke 1

Tanggal/Waktu Pengkajian: 06 Mei 2016

Tempat : Bidan Praktek Mandiri

S :

Kebiasaan Menyusu : Ibu mengatakan bayinya menyusu \pm 4kali, dan tidak ada masalah dalam menyusui

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan bayinya BAB \pm 1 kali , feses berwarna hitam kehijauan, Bayi BAK \pm 2 kali, berwarna kuning jernih.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum baik . Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 128x/menit, pernafasan 48 x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3000 gram, panjang badan 48 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 33cm, dan lingkaran dada 32 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput, tidak tampak

	molase, teraba ubun-ubun besar dan ubun-ubun kecil.
Mata	: Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sclera tampak berwarna putih.
Hidung	: Tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung.
Telinga	: Tampak simetris, terdapat lubang telinga dan tidak tampak kotoran.
Mulut	: Tampak simetris, tidak tampak sianosis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.
Leher	: Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
Dada	: Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu tampak menonjol.
Abdomen	: Tampak simetris, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak tanda-tanda infeksi tali pusat, teraba

	kembung, tidak teraba benjolan/massa, terdengar bising usus.
Genetalia	: Testis tampak sudah masuk dalam skrotum, ureter terdapat pada ujung gland penis.
Anus	: Terdapat lubang anus
Lanugo	: Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung
Verniks	: Tampak vernik di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.
Ekstremitas	: Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.
Refleks	:Glabella (+) bayi tampak berkedip saat diketuk perlahan 4-5 kali pada dahinya, sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit- langit, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, palmar grasping (+) bayi tampak menggengam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, babinski (+) jari- jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya, plantar (+) jari-jari kaki bayi tampak

berkerut rapat ketika disentuh pangkal jari kaki bayi.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan
Usia 6 jam

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masaalah Potensial : Tidak ada

Tindakan segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 06 Mei 2016

Implementasi Neonatus ke 1

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	17.00 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
2.	17.05 WITA	Melakukan perawatan tali pusat. Membungkus tali pusat bayi menggunakan kassa steril	
3.	17.15 WITA	Menjelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan normal pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 126x/menit, pernafasan 48x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri panjang badan 48 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 33 cm,	

		lingkar dada 32 cm	
4.	17.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonates selanjutnya yaitu pada 6-7 hari selanjutnya atau ada saat keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke 2

Tanggal/Waktu Pengkajian: 12 Mei 2016/ Pukul 18.05

Tempat : Rumah Ny. J

S :

Kebiasaan Menyusu : Ibu mengatakan bayinya menyusu 2 jam sekali dalam sehari , dan tidak ada masalah dalam menyusui

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan bayinya BAB \pm 3-4 kali dalam sehari , feses berwarna kuning dan berampas, Bayi BAK \pm 7-8 kali/hari berwarna kuning jernih.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum baik . Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 128x/menit, pernafasan 48 x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3250 gram, panjang badan 48 cm, pemeriksaan lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 33 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput, tidak tampak molase, teraba ubun-ubun besar dan ubun-ubun kecil.

Mata	: Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sclera tampak berwarna putih.
Hidung	: Tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung.
Telinga	: Tampak simetris, terdapat lubang telinga dan tidak tampak kotoran.
Mulut	: Tampak simetris, tidak tampak sianosis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.
Leher	: Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
Dada	: Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu tampak menonjol.
Abdomen	: Tampak simetris, tali pusat tampak sudah puput, dalam keadaan kering dan tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak tanda-tanda infeksi tali pusat, tidak teraba benjolan/ massa, terdengar bising usus.
Genetalia	: Testis tampak sudah masuk dalam skrotum,

ureter terdapat pada ujung gland penis.

Anus : Terdapat lubang anus

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

Refleks : Glabella (+) bayi tampak berkedip saat diketuk perlahan 4-5 kali pada dahinya, sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, palmar grasping (+) bayi tampak menggengam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, babinski (+) jari-jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya, plantar (+) jari-jari kaki bayi tampak berkerut rapat ketika disentuh pangkal jari kaki bayi

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan
Usia hari ke-7

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Massalah Potensial : Tidak ada

Tindakan segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 12 Mei 2016

Implementasi Neonatus ke 2

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	18.05 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
2.	18.15 WITA	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan menjemur bayi pada pagi hari	
3.	18.25 WITA	Menjelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan normal pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 126x/menit, pernafasan 48x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri panjang badan 48 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 33 cm, lingkaran dada 32 cm	
4.	18.30 WITA	Beri motivasi ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan. Ibu harus terus di motivasi agar memberikan ASI eksklusif untuk bayinya sampai umur 6 bulan, sehingga bayi memperoleh semua zat gizi dan antibody yang diperlukan. Ibu dapat menyebutkan kembali manfaat ASI eksklusif dan percaya diri dalam memberi ASI.	
5.	18.40 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya	

		yaitu 1 minggu lagi atau ada saat keluhan.	
--	--	--	--

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke 3

Tanggal/Waktu Pengkajian: 19 Mei 2016/ Pukul 16.50 WITA

Tempat : Rumah Ny. J

S :

Kebiasaan Menyusu : Ibu mengatakan bayinya menyusu 2 jam sekali dalam sehari, dan tidak ada masalah dalam menyusui

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan bayinya BAB \pm 3-4 kali/hari, feses berwarna kuning dan berampas, Bayi BAK \pm 7-8 kali/hari berwarna kuning jernih.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum baik . Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 128x/menit, pernafasan 48 x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3400 gram, panjang badan 49 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 34 cm, lingkaran dada 33 cm, lingkaran lengan atas 10 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput, tidak tampak molase, teraba ubun-ubun besar dan ubun-ubun

kecil.

- Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sclera tampak berwarna putih.
- Hidung : Tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung.
- Telinga : Tampak simetris, terdapat lubang telinga dan tidak tampak kotoran.
- Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking 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 sudah puput, tidak teraba benjolan/massa.
- Genetalia : Testis tampak sudah masuk dalam skrotum, ureter terdapat pada ujung gland penis.
- Anus : Terdapat lubang anus
- Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili.

Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

A :

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

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Tindakan segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 19 Mei 2016

Implementasi Neonatus ke 3

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	16.50 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
2.	17.00 WITA	Memberi motivasi ibu untuk terus memberikan ASI. Ibu bersemangat untuk memberikan ASI kepada bayinya.	
3.	17.10 WITA	Menjelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan normal pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 126x/menit, pernafasan 48x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri panjang	

		badan 48 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 33 cm, lingkaran dada 32 cm	
4.	17.20 WITA	Memberi KIE mengenai imunisasi dasar pada ibu, Imunisasi dasar terdiri dari imunisasi Polio, DPT, Hepatitis B, BCG dan Campak. Ibu paham dan dapat menyebutkan 5 imunisasi dasar beserta jadwal pemberiannya	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB

Tanggal Pengkajian/ Waktu : 30 Juni 2016/12.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. J

S :

1. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu ingin menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan dan tidak ada keluhan

2. Riwayat Kesehatan Klien

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, jantung, ginjal, asma, TBC, dan penyakit lain yang kronis.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam keluarga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, jantung, ginjal, asma, TBC, dan penyakit lain yang kronis

4. Riwayat Obstetri

Riwayat Obstetric

Kehamilan			Persalinan			Anak				Nifas	
anak	UK	Penyulit	Jenis	Pnolong	Tempat	Penyulit	K	BB/ PB	H / M	aktasi	Penyulit
1	h	dak ada	pontan	bidan	BPM	dak ada	Lk	00/47		Ya	dak ada
2	erm	dak ada	pontan	Bidan	BPM	dak ada	Lk	00/ 48		Ya	dak ada

5. Pola Fungsional Kesehatan

Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi sepori, lauk pauk 2 potong, sayur dan terkadang dengan buah-buahan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 4-5x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari atau 1x/2hari, berwarna coklat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat	Tidur siang selama \pm 2 jam/hari. Tidur malam selama \pm 7-8 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Ibu sudah mampu mengerjakan pekerjaan rumah tangga dengan baik tanpa ada keluhan, ibu sudah bisa memasak, mencuci, mengurus bayinya sendiri, berbelanja dan memenuhi kebutuhan sehari-harinya sendiri.
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Kebiasaan	Tidak ada
Seksualitas	Belum ada melakukan hubungan seksual

6. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia 22 tahun, lama menikah \pm 4 tahun, status pernikahan sah.

O:

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. H baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36 °C, nadi 86 x/menit, pernafasan : 20 x/menit.

A:

Diagnosa : P₂₀₀₂ akseptor baru KB suntik 3 bulan

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak ada

P:

Implementasi KB

No	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	12.15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny. J , hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal;Ibu mengerti mengenai kondisinya.	
2.	.20 WITA	Mengingatkan ibu mengenai efek samping dan cara kerja KB suntik 3 bulan dan ibu sudah cukup banyak mengerti tentang KB suntik 3 bulan sehingga tidak banyak yang perlu dijelaskan. Ibu juga tidak merasakan adanya keluhan yang mengganggu selama menggunakan KB suntik 3 bulan. Mengingatkan ibu untuk disiplin dalam kunjungan ulangnya lagi.	
3.	.25 WITA	Menganjurkan ibu untuk kembali saat ada keluhan	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang di terapkan pada klien Ny. J Usia 26 tahun G₂P₁₀₀₁ sejak kontak pertama pada tanggal 03 Maret 2016 yaitu dimulai pada masa kehamilan 30 minggu 3 hari, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Asuhan Kehamilan

Selama kehamilannya Ny. J telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 7 kali, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester kedua, dan 3 kali pada trimester ketiga. Hal ini sesuai dengan syarat kunjungan kehamilan yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), yaitu minimal 4 kali, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga.

Berdasarkan hasil pengkajian awal pada tanggal 03 Maret 2016 ditemukan Ny. J usia 26 tahun G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 30 minggu 3 hari (TM III) kehamilan fisiologis HPHT Ny. J adalah tanggal 02 Agustus 2015 dengan tafsiran persalinan pada tanggal 09 Mei 2016. Hasil pemeriksaan : TD 110/70 mmHg, nadi 81 x/menit, pernapasan 24 x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan sebelum hamil 43kg, berat badan saat ini 55 kg dan tinggi badan 145 cm. Pemeriksaan palpasi Leopold TFU 25 cm, ½ pusat-PX dengan tafsiran berat

janin 2.015 gram. Kepala janin belum memasuki pintu atas panggul. Denyut jantung janin 135 x/menit, Hb 13,1 gr %. Hasil pemeriksaan dan keadaan janin dalam batas normal.

Masalah yang di temukan penulis dalam kunjungan *Antenatal Care* (ANC). Pada saat melakukan kunjungan hamil yang pertama pada tanggal 03 maret 2015, Ny. J mempunyai masalah yaitu tidak pernah melakukan imunisasi TT sehingga kemungkinan yang akan terjadi yaitu infeksi tetanus. Sesuai dengan teori Tetanus toksoid merupakan antigen yang aman untuk wanita hamil. Vaksin tetanus toksoid terdiri dari toksoid atau bibit penyakit yang telah dilemahkan diberikan melalui suntikan vaksin tetanus toksoid kepada ibu hamil (IDAI, 2011). Dengan demikian, setiap ibu hamil telah mendapat perlindungan untuk bayi yang akan dilahirkannya terhadap bahaya tetanus neonatorum dan bila ibu hamil belum mendapat imunisasi atau ragu, maka perlu diberikan imunisasi tetanus toksoid sejak kunjungan pertama sebanyak 2 kali dengan jadwal interval minimum 1 bulan. menurut (Fauziah &Sutejo, 2012).

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan sesuai dengan standar pelayanan antenatal care, yang mencakup 7 (tujuh) standar yaitu diantaranya adalah pemberian imunisasi TT (tetanus toksoid) lengkap. Menurut teori TT (tetanus toksoid) adalah vaksin yang sangat efektif, persentase kegagalannya sangat kecil, efektifitas dua dosis TT (tetanus toksoid) selama hamil dalam mencegah tetanus neonatorum berkisar antara 80-100% (WHO (1993) dalam Wahab & Julia (2002)).

Tetanus toksoid merangsang pembentukan antitoksin untuk menetralkan toksin tetanus, anti toksin yang melewati plasenta ke janin pasca imunisasi aktif pada ibu dapat mencegah kejadian tetanus neonatorum. Imunisasi aktif didapat dengan menyuntikan tetanus toksoid dengan tujuan merangsang tubuh membentuk antibodi. Ibu hamil yang telah mendapatkan imunisasi tetanus toksoid mendapatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus dan kekebalan tersebut disalurkan melalui plasenta dan tali pusat kepada janin yang dikandungnya, selain itu setelah melahirkan ibu tetap menyalurkan kekebalan tersebut melalui air susu ibu (IDAI, 2011).

Penulis sependapat dengan teori diatas karena Ny. J tidak pernah melakukan imunisasi TT maka perlu diberikan imunisasi tt agar terhindar dari bahaya tetanus. Untuk mengatasi keluhan tersebut penulis menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi TT di Puskesmas agar mendapat perlindungan untuk ibu dan bayi agar terhindar dari infeksi tetanus. Dan hal ini belum terbukti setelah dilakukan asuhan ibu belum pergi ke puskesmas untuk melakukan imunisasi TT. Sehingga terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

Saat dilakukan pemeriksaan diakhir kehamilannya berat badan Ny. J 55 kg dengan berat sebelum hamil 43 kg. Klien mengalami kenaikan berat badan 12 kg dan ini berarti kenaikan berat badan klien normal karena setelah dihitung melalui rumus IMT yang dikemukakan oleh Sukarni (2013), total kenaikan berat badan yang disarankan yakni 11,3-15,9 kg. Penulis berpendapat, kenaikan berat badan tersebut didukung dengan asupan nutrisi yang baik pada saat hamil. Ny. J mengalami nafsu makan yang meningkat

dan porsi makan 2 kali lebih banyak dari sebelum hamil. Jenis nutrisi yang dikonsumsi Ny. J berupa nasi, sayur, lauk-pauk, buah, dan minum susu atau air putih. Selaras dengan teori bahwa terdapat hubungan yang erat antara penambahan berat badan ibu selama kehamilan dengan berat badan bayi. Pertambahan berat badan ibu selama kehamilan dapat digunakan sebagai indikator pertumbuhan janin dalam rahim (Mufdlilah, 2009),

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

2. Asuhan Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. J yaitu 39 minggu 4 hari. Menurut teori persalinan dianggap sesuai jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JPNK-KR, 2008).

Penulis sependapat dengan pernyataan tersebut karena Ny.J menunjukkan tanda-tanda persalinan saat usia kehamilan 39 minggu 4 hari.

a. Kala I

Tanda-tanda persalinan kala I ditandai dengan, terjadinya his yang teratur, terjadi pengeluaran lendir bercampur darah, selain itu tanda lainnya adalah terjadinya penipisan dan pembukaan serviks dan pecahnya kantung ketuban (Varney, 2008).

Tanggal 06 Mei 2016 pukul 05.00 WITA Ny. J merasa perut mules dan tampak pengeluaran lendir darah pervaginam dan ibu sudah merasakan kencang-kencang semakin sering. Ny. J dan suami memutuskan segera memeriksakan diri ke Bidan Praktek Mandiri pukul 09.00 WITA. Setibanya di Bidan Praktik Mandiri kemudian dilakukan pemeriksaan, saat di periksa dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lembut, efficement 45%, pembukaan 3-4 cm, ketuban utuh/ belum pecah, tidak terdapat bagian kecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, hodge I, DJJ 136 x/menit dan kontraksi uterus ada.

Pada pukul 10.15 WITA Ny. J merasa perutnya semakin kencang-kencang dan ada pengeluaran lendir darah, kemudian Ny. J dilakukan pemeriksaan dalam , saat diperiksa dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lembut, efficement 80%, pembukaan 8cm, ketuban utuh/ belum pecah, tidak terdapat bagian kecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, hodge II, DJJ 142 x/menit dan kontraksi uterus 3 x 10' dengan durasi: 25-30 detik.

Kala 1 hingga kala II yang dialami Ny.J berlangsung selama 2 jam yaitu sejak 09.00 WITA hingga 11.30 WITA. Menurut teori lama kala 1 untuk primigravida berlangsung selama \pm 12 jam sedangkan multigravida sekitar \pm 8 jam (JNPK-KR, 2008).

Pada Ny. J proses persalinan berlangsung cepat. Faktor yang mempengaruhi penurunan kepala bayi menjadi lebih cepat yaitu factor his, factor jalan lahir, factor psikis dan penolong persalinan (Varney, 2008).

Penurunan kepala yang terjadi pada janin Ny. J berlangsung dengan cepat dikarenakan his yang adekuat, posisi janin yang normal di dalam rahim dan jalan lahir Ny. J yang normal.

b. Kala II

Pukul 11.30 WITA ibu merasa perut bertambah mules, ingin BAB dan ingin mengejan. Saat dilakukan pemeriksaan dalam vulva, vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, effacement 100% pembukaan 10 cm, ketuban utuh maka dilakukan amniotomi, berwarna jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, kepala hodge III+, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka.

Tanda dan gejala kala II persalinan ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vaginanya, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (JPNK-KR, 2008). Kontraksi Ny. J meningkat dan adekuat semakin bertambah pembukaan serviknya, bagian terendah janin pun terus turun melewati jalan lahir.

Pembukaan lengkap Ny. J pada pukul 11.30 WITA dan bayi lahir pukul 12.00 WITA, lama kala II Ny. J berlangsung selama 30 menit. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-

rata 1 jam (JNPK-KR, 2008). Pembukaan sudah lengkap dan ibu merasa ingin meneran , bimbing ibu untuk meneran dengan benar dengan mengikuti dorongannya selama kontraksi, beritahu kepada ibu untuk tidak tahan napas saat meneran, diantara kontraksi ibu dianjurkan untuk beristirahat dan memberitahu kepada suami untuk memberikan dukungan dan minuman, kemudian bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman yaitu posisi berbaring miring ke kiri dapat memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi dan akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik kearah dada dan dagu ditempelkan ke dada, dan pantau keadaan DJJ dan kontraksi.

Saat kepala bayi lahir, dilakukan cek lilitan tali pusat, tidak terjadi lilitan tali pusat. Kemudian dilanjutkan pertolongan persalinan bahu dan badan bayi, dengan teknik biparietal dan sanggah susur (JPNK-KR, 2008).

Kelancaran proses persalinan tersebut disebabkan oleh kesiapan Ny. J menghadapi persalinan, his dan tenaga yang adekuat, taksiran berat janin yang normal, dukungan penuh dari keluarga, dan Ny. J yang kooperatif saat dilakukan penyuluhan kesehatan sehingga membantu memperlancar proses persalinannya yang menggunakan 58 langkah asuhan persalinan normal. Bayi lahir melalui persalinan normal pervaginam.

c. Kala III

Pada kala III dilakukan manajemen aktif kala III dilaksanakan sesuai dengan teori dimulai saat adanya tanda pelepasan plasenta seperti perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2008).

Penulis melakukan manajemen aktif kala III yang terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama bayi baru lahir, melakukan peregangan tali pusat terkendali dan masase fundus uteri.

Plasenta lahir spontan pukul 12.12 WITA, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat \pm 50 cm, tebal plasenta \pm 2,5 cm, lebar plasenta \pm 25 cm. Lama kala III Ny. J berlangsung \pm 11 menit. Perdarahan kala III Ny. J berkisar 150 cc.

Lama persalinan kala II ada Primigravida 30 menit dan ada multigravida 15 menit dan perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam <500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir (JPNK-KR, 2008).

Kala III Ny. J berlangsung lancar tanpa adanya penyulit dan komplikasi karena telah dilakukan manajemen aktif kala III.

d. Kala IV

Pada perineum Ny. J terdapat laserasi yaitu mulai dari mukosa vagina hingga ke otot perineum. Sesuai dengan pengklasifikasian laserasi perineum derajat II yaitu yang luasnya mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum (JPNK-KR, 2008),.

Pada Ny. J segera dilakukan tindakan penjahitan untuk mencegah terjadinya perdarahan abnormal akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka (Prawirohardjo, 2006).

Kala IV Ny. J berlangsung normal tidak ada komplikasi, karena dilakukan pemantauan dan pengawasan mulai dari plasenta lahir hingga 2

jam post partum. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi (saifuddin, 2010).

Kala IV Ny. J berlangsung normal, tidak ada penyulit dan komplikasi.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pada pukul 12.00 WITA bayi lahir spontan pervaginam, segera menangis, usaha napas normal, tonus otot cukup baik, bayi sedikit tanggap terhadap rangsangan, tubuh bayi dan ekstremitas berwarna kemerahan, jenis kelamin laki-laki. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor, didapatkan hasil APGAR skor bayi Ny.J dalam keadaan normal yaitu 8/9 (Saifuddin, 2006).

Kemudian dilakukannya pemotongan tali pusat dengan cara mengklem tali pusat 3 cm didepan dinding perut bayi dan memotong tali pusat. Setelah dilakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat, bayi Ny. J langsung diletakkan diatas perut ibu untuk dilakukan IMD \pm 1jam. IMD dilakukan segera setelah bayi lahir dan setelah dilakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat tanpa boleh di tunda (JNPK-KR, 2008).

Setelah 1 jam IMD, dilakukan pemeriksaan dan pengukuran antropometri dengan hasil yaitu BB : 3000 gram, PB : 48 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, caput (-), cephal (-), miksi (-) defekasi (-), cacat (-), reflek normal. 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 (Depkes, 2009).

Bayi Ny. J diberikan tetes mata dan injeksi vitamin K 0,5 cc secara Intra Muscular (IM) pada paha kiri anterolateral. Setelah satu jam kemudian diberikan imnisasi hepatitis B-0 secara IM pada paha kanan anterolateral. Asuhan ini di berikan sesuai dengan teori, 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 (JNPK, 2008),

Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik dalam asuhan kebidanan bayi baru lahir.

4. Asuhan Nifas

Ny. J telah mendapatkan 3 kali kunjungan pada masa nifas yaitu 6-8 jam setelah persalinan, 7 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan.

Masa nifas (*Puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009). Dalam masa nifas terdapat 4 kunjungan yaitu kunjungan I 6-8 jam setelah persalinan, kunjungan II 6 hari setelah persalinan, kunjungan III 2 minggu setelah persalinan dan kunjungan IV 6 minggu setelah persalinan (Prawirohardjo, 2010).

Dimulai dari tanggal 6 Mei 2016 kunjungan I 6 jam post partum asuhan yang diberikan pada Ny. J sudah sesuai dengan standar pelayanan nifas, hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. J sudah BAK dan keadaan Ny. J baik, Asi sudah keluar, kontaksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, perdarahan normal, lochea rubra.

Kunjungan I 6-8 jam setelah persalinan yaitu mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu, dan salah satu anggota keluarga, pemberian ASI awal, melaksanakan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir dan menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermi (Prawirohardjo, 2010).

Hal ini sesuai dengan yang penulis lakukan. Pada kunjungan I 6-8 jam setelah persalinan penulis melakukan pemantauan terhadap Ny. J untuk menghindari terjadinya perdarahan. Tekanan darah, nadi, dan suhu dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat dan kandung kemih kosong. Penulis juga memberikan penyuluhan tentang ASI eksklusif dan mengajarkan Ny. J cara menyusui yang benar serta mengajarkan Ny. J cara merawat tali pusat bayi.

Pada pemeriksaan 6-8 jam setelah persalinan, lochea Ny. R berwarna merah. Hal ini sesuai dengan teori lochea rubra berwarna merah karena mengandung darah. Ini adalah lochea pertama yang mulai keluar segera setelah kelahiran dan terus berlanjut selama 1-3 hari pertama post partum menurut (Sulistyowati , 2009). Setelah persalinan, Ny. J menyusui bayinya. ASI Ny. J sudah keluar. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen

dan progesteron akibat lepasnya plasenta sehingga aktivitas prolaktin yang sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mammae* dalam menghasilkan ASI (Sulistiyowati, 2009).

Pemeriksaan pada kunjungan ke II tanggal 12 Mei 2016 ini juga tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi masa nifas. Tekanan darah, nadi, pernafasan serta suhu tubuh Ny. J dalam batas normal. Nutrisi Ny.J juga terpenuhi dengan baik, Ny. J mengkonsumsi sayuran hijau juga tempe, tahu dan ikan. Nutrisi yang dikonsumsi Ny. J sesuai dengan teori yaitu makanan yang mengandung protein sangat baik untuk menggantikan sel-sel yang rusak setelah melahirkan (Varney, 2008).

Tujuan kunjungan II 7 hari setelah persalinan yaitu untuk memastikan involusi uterus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, tidak ada perdarahan, menilai adanya tanda-tanda infeksi masa nifas, memastikan ibu mendapatkan nutrisi yang baik, memantau pola istirahat ibu, memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi (Prawirohardjo, 2010). Teori ini sesuai dengan yang penulis lakukan terhadap Ny. J. Dari hasil pemeriksaan, kontraksi uterus Ny. J baik, tinggi fundus uteri sudah tidak teraba.

Hal ini tidak sesuai dengan teori bahwa tinggi fundus uteri pada 1 minggu setelah persalinan adalah pertengahan pusat simfisis (Sulistiyowati, 2009). Pada hari ke 7 tinggi fundus uteri Ny. J sudah tidak teraba karena faktor multigravida yaitu sudah pernah melahirkan lebih dari satu kali dan faktor mobilisasi yaitu Ny. J mulai melakukan kegiatan rumah seperti memasak, mencuci pakaian, membersihkan rumah, kemudian merawat

bayinya dari memandikan bayinya, menggantikan pakaian bayinya dan asupan nutrisi ibu yang meningkat dan tidak ada pantangan dalam makanan.

Pada pemeriksaan genitalia Ny. J tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi. Hal ini sesuai dengan teori bahwa lochea serosa berhenti sekitar hari ke 7-8 setelah persalinan, lochea serosa berwarna merah muda. Lochea serosa mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit, eritrosit (Sulistiyowati, 2009).

Kunjungan III yaitu 2 minggu setelah persalinan hasil pemeriksaan dalam batas normal tidak ada tanda – tanda infeksi, tanda-tanda vital dalam batas normal, pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus Ny. J baik, tinggi fundus uteri tidak teraba.

Kunjungan III yaitu 2 minggu setelah persalinan ini memiliki tujuan yang sama dengan kunjungan II ditambah dengan konseling tentang persiapan kontrasepsi yang akan digunakan setelah berakhirnya masa nifas (Prawirohardjo, 2010). Kunjungan I sampai dengan kunjungan III setelah persalinan Ny. J dapat menerima perannya sebagai ibu, hal ini terlihat dari keseharian Ny. J yang mengurus kebutuhan bayinya dengan penuh kasih sayang. Ini menunjukkan kesesuaian dengan teori menurut bahwa periode *letting go* adalah periode dimana ibu mulai mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi (Sulistiyowati, 2009).

5. Asuhan Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 8 jam, 3 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 dan 3-7 hari, KN-2 dilakukan 8-28 hari. Kunjungan yang dilakukan pada Ny. J dilakukan sebanyak 3 kali dan mulai kunjungan pertama hingga kunjungan terakhir tidak di temukan adanya masalah atau penyulit pada neonatus.

Masa neonatus berlangsung baik, karena pada kunjungan pertama diberikan asuhan cara perawatan tali pusat, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya tiap 2 jam sekali, member ASI sesering mungkin tidak dijadwal (Wahyuni, 2011). Perawatan tali pusat sangat penting dilakukan agar mencegah terjadinya infeksi pada potongan tali pusat yang tersisa pada bayi (Muslihatun, 2011).

Keadaan bayi Ny. J yang normal hingga akhir kunjungan di dukung dengan psikologis ibu yang stabil, usaha ibu yang baik dalam merawat bayinya, selalu mengikuti saran yang di sampaikan penulis dan bidan, serta dukungan dari suami yang ikut membantu kelancaran perawatan bayi (Muslihatun, 2010).

Terlihat tanda-tanda kecukupan ASI pada bayi Ny. J adalah kenaikan berat badan bayi Ny. J dan tidak pernah mengalami penurunan, BAK 7-8 kali/hari dan BAB 2 kali/hari berwarna kuning encer, timbul suara glek-glek saat menyusu bayi kenyang dan tertidur pulas (Nursalam,2005)

Berat badan kunjungan pertama 3000 gram, kunjungan 7 hari 3250 gram dan kunjungan neonatus 2 minggu 3400 gram. Berdasarkan table berat

badan anak menurut usia (WHO, 2013) batas untuk bayi usia 1 bulan 3,4 – 5,8 kg, berat badan bayi Ny. J termasuk normal dan sehat.

Perawatan tali pusat bayi Ny. J berlangsung dengan baik. Ny. J tidak pernah memberikan apapun pada pusat bayi. Pada hari ke-7 pusat bayi Ny. J sudah lepas. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa tali pusat bayi akan segera lepas pada minggu pertama (Muslihatun, 2011).

Penulis juga telah melakukan asuhan yang tepat sesuai dengan teori (Vivian Nanny, 2013) yang menyatakan cara perawatan tali pusat pada KN-1 sampai KN-3 yaitu Kunjungan Neonatal ke satu (KN-1) yaitu pertama cuci tangan yang bersih sebelum membersihkan tali pusat, Kedua tali pusat dibersihkan dengan air bersih, Ketiga luka tidak dibubuhi ramuan atau obat-obatan agar tidak terjadi infeksi., Keempat tali pusat dibiarkan terbuka agar tetap kering. Kunjungan Neonatal ke dua (KN-2) yaitu Cuci tangan yang bersih sebelum membersihkan tali pusat, Tali pusat dibersihkan dengan air bersih, Luka tidak dibubuhi ramuan atau obat-obatan agar tidak terjadi infeksi., Tali pusat dibiarkan terbuka agar tetap kering. Kunjungan Neonatal ke tiga (KN-3) yaitu perawatan dilakukan dengan tidak membubuhkan ramuan atau obat-obatan pada pusar bayi, Menjaga pusar bayi agar tetap kering, dan sisa tali pusat akan segera lepas pada minggu pertama.

Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan. Proses neonatus pada bayi Ny. J secara keseluruhan prosesnya berjalan dengan normal, hal ini dikarenakan ibu mau mengikuti anjuran dan pendidikan kesehatan yang diberikan oleh bidan.

Bayi sudah mendapat imunisasi Hepatitis B-0 saat lahir, imunisasi BCG dan polio 1 pada tanggal pukul di Puskesmas Klandasan Iilir. Dengan di imunisasi dapat memberikan antibody pada bayi terhadap penyakit (Hidayat, 2008)

6. Keluarga Berencana (KB)

Tanggal 30 Juni 2016 Ny. J menjadi akseptor KB suntik 3 bulan. Klien ingin menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan karena Ny.J ingin memberikan ASI eksklusif pada bayinya dan menjarangkan kehamilan, Ny. J tidak mengalami keluhan apapun. Hal ini senada dengan BKKBN (2006), KB suntik 3 bulan dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi oleh ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI. Penulis berpendapat, walaupun Ny. J menyusui bayinya secara eksklusif yang termasuk dalam MAL, Ny. J ingin menggunakan KB sebagai antisipasi agar tidak terjadi kehamilan.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

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

1. Penjaringan pasien

Menjaring pasien atau klien yang sesuai dengan persyaratan yang telah ditetapkan oleh institusi bukanlah hal yang mudah. Penulis sempat beberapa

kali berganti pasien sampai akhirnya bertemu Ny.J dan keluarga yang bersedia menjadi pasien studi kasus ini.

2. Waktu yang terbatas

Melaksanakan asuhan yang berkesinambungan untuk mencapai hal yang maksimal tentunya membutuhkan waktu yang panjang. Waktu pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PK III, Ujian Tindakan PK III, PKL II, Try Out Ujian Kompetensi terkadang menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. J G₂P₁₀₀₁ Usia 30 Minggu 4 hari dengan Imunisasi TT tidak pernah Di Kelurahan Klandasan Ilir Kota Balikpapan, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis:

1. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan secara komprehensif. Kehamilan termasuk berisiko karena ibu tidak ada imunisasi TT dari kehamilan yang pertama hingga hamil ini namun hingga akhir kehamilan kondisi klien dalam keadaan fisiologis karena adanya pengawasan lebih agar tidak terjadi komplikasi antara ibu dan janin
2. Melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif pada tanggal 6 Mei 2016. Proses persalinan sesuai dengan APN berjalan dengan lancar.
3. Melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir pada By. Ny. J telah dilaksanakan sesuai teori dengan melakukan pendekatan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah varney dalam pendokumentasian SOAP. Bayi baru lahir Ny. J lahir spontan segera menangis dan tidak ada kelainan kongenital.
4. Melakukan asuhan post natal care secara komprehensif. Selama masa nifas, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi masa nifas. Hal ini disebabkan Ny. J senantiasa menjaga personal hygiene, dan tidak ada pantangan makanan serta mengkonsumsi makanan yang mengandung gizi seimbang

5. Melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Pada saat kunjungan neonatus pertama hingga kunjungan ketiga tidak ditemukan masalah pada bayinya.
6. Melakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif. Klien telah menjadi akseptor KB suntik 3 bulan tanggal 30 Juni 2016.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Agar selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dalam perkuliahan serta 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.

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

Agar terus memperbaharui keterampilan yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun dimasyarakat. Selain itu lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang ditetapkan .

3. Bagi Klien

Agar lebih memanfaatkan kesempatan yang ada untuk menanyakan dan berbagi pengalaman terutama tentang masalah yang berkaitan dengan kesehatan baik dirinya maupun anggota keluarganya untuk dapat menambah pengetahuannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. (Edisi Revisi). Jakarta: Rineka Cipta
- Dewi ,Lia,V,N (2013). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim, (2013). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim*.
<http://www.kesehatan.kaltimprov.go.id/downlot1.php?file=338797Profil%20Kesehatan%20Tahun%202013.pdf>. Diakses tanggal 22 Maret 2016
- Dirjen bina Gizi KIA selaku Ketua Sekretariat Pembangunan Kesehatan Pasca 2015 Kementerian Kesehatan RI,(2015),*Keputusan Menteri Kesehatan No.97 Tahun 2015 tentang Kesehatan Dalam Rangka Sustainable Development Goals (SDGs)*. [Internet].Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.Tersedia dalam <http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2v1/wp-content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf> [Diakses 25 Maret 2016]
- International classificaton of Diseases (ICD)-10. 2013. *Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD maternal mortality (ICD-MM)*. Geneva: World Health Organization.
- Kementerian Kesehatan RI,(2015),*Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, [Internet].Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. Tersedia dalam <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf> [Diakses 10 Maret 2016]
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Depkes RI, JNPK-KR : EGC
- Kusmiyati, Yuni, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Fitramaya
- Manuaba, Ida Bgus Gde. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta : EGC

- Musliatun , Wati Nur. 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya
- Mochtar . 2009. *Buku Ajar Ilmu Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Nanny, Vivian. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta : Salemba Medika
- Nasution. 2003. *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*. Bandung: Tarsito
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam.2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.
Jakarta : Salemba Medika
- PengembanganKesehatan, DepartemenKesehatan, Republik Indonesia.
PeraturanMenteriKesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010
tentangIzindanPenyelenggaraanPraktikBidan.Tersediadalam[http://www.giziki
a.depkes.go.id/wpcontent/uploads/downloads/2010/12/Permenkes-
Bidan.pdf](http://www.giziki.a.depkes.go.id/wpcontent/uploads/downloads/2010/12/Permenkes-Bidan.pdf)di aksespadatanggal 23 April 2016
- Pinem, Saroha.2009.*Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta:KDT
- Purwoastuti, Endang, dkk. 2015. *Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta:
PustakaBaruPress
- Puspita,erna. 2015. Luka Jahitan Perineum. [http://midwifery.blog.uns.ac.id/luka-
jahitan-perineum/](http://midwifery.blog.uns.ac.id/luka-jahitan-perineum/)diakses pada tanggal 20 Mei 2016.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, Abdul Bari. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*.
Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Suherni, dkk. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta :Fitramaya

Sukarni, I dan Margareth, ZH. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta :

Nuha Medika

Sumarah, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta : Fitramaya

Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4, Vol. 1 & 2*. Jakarta :

EGC

Wahyuni, C, 2009. *Hubungan Faktor Ibu dan Pelayanan Kesehatan dengan Kematian Perinatal di Kabupaten Pidie Tahun 2008*. Tesis Program Studi IKM. USU. Medan.