

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."E"
G₃P₁₀₁₁ UK 33 MINGGU 6 HARI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS GUNUNG SAMARINDA
BALIKPAPAN UTARA
TAHUN 2016



Oleh

MARIA DEWI JULIANA

NIM. PO7224113058

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
BALIKPAPAN
2016

HALAMAN PENGESAHAN

**“ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.E G₃P₁₀₁₁ UK 33
MINGGU 6 HARI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GUNUNG
SAMARINDA BALIKPAPAN UTARA TAHUN 2016”**

MARIA DEWI JULIANA

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Pada Juni 2016

Penguji Utama

Faridah Handayani

(.....)

NIP.198005132002122001

Penguji I

Novi Pasiriani, SST., M.Pd

(.....)

NIP. 197911262001122002

Penguji II

Ita Kusumayanti, SST

(.....)

NIP. 198104232002122001

MENGETAHUI

Ketua Jurusan Kebidanan

Ketua Prodi DIII Kebidanan

Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes

NIP.195507131974022001

Eli Rahmawati S.SiT, M.Kes

NIP : 197403201993032001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan karuniaNya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul Asuhan Komprehensif pada Ny. "E" di wilayah kerja puskesmas gunung samarinda Balikpapan Utara tahun 2016.

Proposal Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Tahun Akademik 2016.

Sehubungan dengan itu, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada :

1. Drs H. Lamri, M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemnetrian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes, selaku Ketua prodi DIII Kebidanan Balikpapan.
4. Novi Pasiriani,SST,M.Pd selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
5. Ita Kusumayanti, S.ST selaku dosen pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

6. Ny. E beserta Keluarga yang bersedia untuk bekerja sama dalam penyelenggaraan asuhan komprehensif pada Laporan Tugas Akhir ini.
7. Orang tua dan keluarga tercinta yang telah membantu dengan do'a dan dukungan mental kepada penulis.
8. Rekan rekan mahasiswa kebidanan Prodi DIII Kebidanan Balikpapan yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
9. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

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

Semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Balikpapan, JUNI 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
LEMBAR SINGKATAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan	7
1. Tujuan Umum.....	7
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	8
1. Manfaat Teoritis	8
2. Manfaat Praktis.....	8
E. Ruang Lingkup	9
F. Sistematika Penulisan	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	11
a) Teori Manajemen Kebidanan Menurut Varney	11
b) Hasil pengkajian Pasien dan perencanaan Asuhan	30
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan	46
a).Konsep DasarTeori Kehamilan	46
b).Konsep DasarTeori Persalinan	53
c).Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir	72
d).Konsep Dasar Teori Nifas	84
e).Konsep Dasar Teori Neonatus	101
f).Konsep Dasar Teori Kontrasepsi	106
C. Perencanaan Asuhan Kunjungan Ulang	115

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Karangan Ilmiah	123
B. Lokasi dan Waktu	123
C. Subjek Kasus	123
D. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data	124
C. Instrumen	125
D. Kerangka Kerja	126
E. Etika Penelitian	127
DAFTAR PUSTAKA	129

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
2.1	Indeks Massa Tubuh.....	64
2.2	Kategori Peningkatan BB saat Hamil.....	65
2.3	Tinggi Fundus Uteri.....	66
2.4	Imunisasi TT hamil.....	68
2.5	Kemajuan Persalinan.....	75
2.6	Apgar Score.....	95
2.7	Perubahan Normal Uterus.....	121
2.8	Pola Kebutuhan Nifas.....	135

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
3.1 Gambar depan partograf.....	77
3.2 Gambar belakang partograf.....	78
3.3 Senam Nifas.....	130

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Setiap tahun sekitar 160 juta perempuan di seluruh dunia hamil. Sebagian besar kehamilan ini berlangsung dengan aman. Namun, sekitar 15% menderita komplikasi berat, dengan sepertiganya merupakan komplikasi yang mengancam jiwa ibu. Komplikasi ini mengakibatkan kematian lebih dari setengah juta ibu setiap tahun. Dari jumlah ini diperkirakan 90% terjadi Asia dan Afrika, 10% di Negara berkembang lainnya, dan kurang dari 1% dinegara-negara maju (Saifuddin,2010).

Setiap menit setiap hari, disuatu tempat didunia, satu orang ibu meninggal disebabkan oleh komplikasi persalinan. Kebanyakan kematian ibu tersebut merupakan suatu masalah yang dapat dicegah, dihindari dan membutuhkan perhatian dari masyarakat international. Secara global 80% kematian ibu tergolong pada kematian ibu langsung. Pola penyebab langsung dimana-mana sama, yaitu perdarahan (25% biasanya perdarahan pasca persalinan), sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%), komplikasi aborsi tidak aman (13%), dan sebab-sebab lain (8%) (saifuddin, 2010).

Angka kematian ibu dan perinatal merupakan ukuran penting dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana suatu negara (Manuaba, 2010).

Kesehatan ibu dan anak tidak hanya sensitif dalam menentukan pembangunan kesehatan suatu negara, tetapi juga merupakan investasi bagi peningkatan kualitas sumber daya manusia di masa mendatang. Perawatan yang memadai selama kehamilan dan persalinan penting untuk kesehatan ibu dan anak (SDKI, 2012).

Sri Lanka dan Nepal merupakan dua negara di kawasan Asia yang berhasil mencapai target MDGs 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu. Perlu digaris bawahi bahwa *baseline* kedua negara ini saat MDGs diluncurkan sangat berbeda, Sri Lanka telah berhasil menurunkan angka kematian ibu jauh sebelum tahun 1990, sementara Nepal mencapai keberhasilan yang dramatis dalam satu setengah dekade terakhir. Namun, pendekatan kebijakan dan struktur sistem kesehatan kedua negara ini dapat diadaptasi untuk implementasi di Indonesia (Prakarsa, 2013)

Tahun 1990, AKI di Sri Lanka sebesar 85 per 100.000 kelahiran hidup dan sekarang AKI di Sri Lanka sudah mencapai 35 per 100.000 kelahiran hidup. Sri Lanka mampu menurunkan setengah dari AKI dalam dua dekade terakhir. Sedangkan Nepal mengalami penurunan yang cukup signifikan yaitu sebesar dua pertiga dari AKI dalam dua dekade terakhir. Tahun 1990, AKI di Nepal sebesar 770 per 100.000 kelahiran hidup dan turun menjadi 170 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (Prakarsa, 2013; WHO, 2013).

Target AKI di Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu 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. Angka ini masih cukup jauh dari target yang harus dicapai pada tahun 2015. Dilanjutkan dengan program pemerintah 2016 yaitu dengan target AKI 306 per 100.000 kelahiran hidup menurut SDGs 2016.

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 didapatkan data Angka Kematian Ibu (AKI) meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007) menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara Angka Kematian Bayi (AKB) menurun dari 34 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2012). Sementara target yang harus dicapai sesuai kesepakatan MDGs pada tahun 2015 yaitu, AKI adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup, dan AKB adalah 23 per 1.000 kelahiran (Depkes,2012).

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia, seperti halnya di negara lain adalah trias klasik (perdarahan, infeksi dan gestosis). Selain perdarahan dan infeksi sebagai penyebab kematian, sebenarnya tercakup pula kematian akibat abortus terinfeksi dan partus lama. Hanya 5%

kematian ibu disebabkan oleh penyakit yang memburuk akibat kehamilan, misalnya penyakit jantung dan infeksi yang kronis.(Prawirohardjo, 2009).

Sedangkan data yang dilaporkan di Kalimantan Timur diperoleh data Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 106 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada awal tahun 2013. Angka itu meningkat dari 90 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Data lain menunjukkan di Samarinda ditemukan 10 kasus kematian ibu dan 2 kasus kematian bayi selama tahun 2013 (Dinkes kota Samarinda, 2013).

Angka kematian Ibu di Kota Balikpapan tahun 2012 mengalami kenaikan dengan jumlah kasus 9 dengan perhitungan jumlah kelahiran hidup di Kota Balikpapan 78,37 dengan pengertian bahwa dari 100.000 Kelahiran Hidup di Kota Balikpapan terdapat 78 kematian ibu. Angka Kematian Ibu(AKI) ini yang masih di bawah target Nasional tahun 2012 yaitu sebesar 112/100.000 KH. Namun demikian tetap harus dilakukan upaya-upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) yang secara riil tidak menurun dalam 3 tahun terakhir. Salah satu upaya yang dilakukan adalah melakukan akselerasi kegiatan promosi preventif kesehatan melalui program bantuan biaya Operasional Kesehatan (BOK) dari Kemenkes RI (Profil kesehatan kota Balikpapan 2015)

Sedangkan untuk data Angka Kematian Bayi (AKB) di Kalimantan Timur pada tahun 2010 yakni 23 per 1.000 kelahiran hidup (Profil

Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur,2012). Angka kematian bayi dalam beberapa waktu terakhir tersebut memberikan gambaran adanya peningkatan pada kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat, pada tahun 2012 telah menunjukkan penurunan mencapai bergeser 21 per 1.000 kelahiran hidup berdasarkan SDKI 2012 (Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur,2012).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Balikpapan pada tahun 2010 mencapai 4 kasus. Pada tahun 2011 jumlah Angka Kematian Bayi(AKB) menjadi 5 kasus. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Balikpapan pada tahun 2012 mencapai 6 kasus dan jumlah Angka Kematian Bayi(AKB) pada tahun 2013 menjadi 5 kasus (Profil Kesehatan Kota Balikpapan,2014).

Salah satu upaya dari Kementerian Kesehatan Indonesia untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah negara membuat rencana strategi nasional *Making Pregnancy Safer* (MPS). Depkes menargetkan pada tahun 2016 Indonesia akan berupaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup serta Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup, sehingga tercapainya konteks rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2016, maka visi MPS adalah “Kehamilan dan persalinan di Indonesia aman serta bayi yang dilahirkan

hidup sehat” Untuk itu pemerintah tengah mengupayakan program pelatihan para bidan dan pelatihan ibu hamil.

Dalam rangka menurunkan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia, Kementerian Kesehatan menetapkan upaya lima strategi operasional yaitu penguatan Puskesmas dan jaringannya; penguatan manajemen program dan system rujukannya; meningkatkan peran serta masyarakat; kerjasama dan kemitraan; kegiatan akselerasi dan inovasi tahun 2011; penelitian dan pengembangan inovasi yang terkoordinir (*MenKes, 2011*).

Sebagai salah satu bentuk pelaksanaan dalam menjalankan program MPS untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), peran bidan dalam melakukan asuhan kebidanan pro-aktif adalah dengan peningkatan cakupan *ante natal care* (ANC) yaitu pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali, bersalin pada tenaga kesehatan, perawatan bayi baru lahir, kunjungan nifas, kunjungan neonatal, penanganan komplikasi dan pelayanan kontrasepsi yang dilakukan secara komprehensif (Syafrudin, 2009).

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

upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Saifuddin, 2006).

Menurut *World Health Organization* (WHO) di Negara-negara miskin dan sedang berkembang, kematian maternal merupakan masalah besar yaitu berkisar antara 750-1000 per kelahiran 100.000 kelahiran hidup, sedangkan di negara-negara maju angka kematian maternal berkisar antara 5-10 per 100.000 kelahiran hidup dan diperkirakan seluruh dunia, dari 46 juta kelahiran pertahun 20 juta kejadian abortus. Sekitar 13% dari jumlah total kematian ibu di seluruh dunia diakibatkan oleh komplikasi abortus, 800 wanita diantaranya meninggal karena komplikasi abortus dan sekurangnya 95% (19 dari setiap 20 abortus) diantaranya terjadi di negara berkembang.

Di Amerika Serikat angka kejadian abortus spontan berkisar antara 10-20% dari kehamilan. Presentase kemungkinan terjadinya abortus cukup tinggi. Sekitar 15-40% angka kejadian, diketahui pada ibu yang sudah dinyatakan positif hamil, dan 60-75% angka abortus terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 12 minggu (Lestariningsih, 2008).

Masih tingginya angka kejadian abortus di Indonesia merupakan salah satu kontribusi penyebab kematian ibu dan bayi di Indonesia yang cukup tinggi (Pangkahila, 2007). Dari data pada tahun 2009 Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia berjumlah 226 per 100.000 kelahiran hidup, hal ini disebabkan oleh perdarahan 42 %, keracunan kehamilan (eklampsia) 13 %, abortus 11 %, infeksi 10 %, persalinan macet 9 % dan penyebab lain 15 %.

Selain itu terdapat juga penyebab tidak langsung, yakni status nutrisi ibu hamil yang rendah, anemia pada ibu hamil, terlambat mendapat pelayanan, serta usia yang tidak ideal dalam melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan.(DepkesRI, 2007).

Penelitian yang dilakukan di daerah pedesaan Kabupaten Wonosobo, Provinsi Jawa Tengah, dimana praktek-praktek pemberian makan pada bayi sebelum usia 1 bulan mencapai 32,4% dan 66,7% jenis makanan yang diberikan adalah pisang (Widodo, 2003). Dari hasil penelitian Sulastri (2004) di Kecamatan Medan Marelan mengenai pemberian MP-ASI dimana 80 responden terdapat 2,5% pemberian MP-ASI baik dan 97,5% dengan pemberian MP-ASI yang tidak baik.

Secara umum, IMT 25 ke atas membawa arti pada obesitas. Standar baru untuk IMT telah dipublikasikan pada tahun 1998 mengklasifikasikan BMI di bawah 18,5 sebagai sangat kurus atau *underweight*, IMT melebihi 23 sebagai berat badan lebih atau *overweight*, dan IMT melebihi 25 sebagai obesitas. IMT yang ideal bagi orang dewasa adalah diantara 18,5 sehingga 22,9. Obesitas dikategorikan pada tiga tingkat: tingkat I (25-29,9), tingkat II (30-40), dan tingkat III (>40) (CDC, 2002).

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan tanggal 09 mei 2016 pada Ny.E berusia 29 tahun G₃P₁₀₁₁usia kehamilan 33 minggu 6 hari terdapat beberapa masalah yang ada yaitu , Riwayat Abortus 2 bulan yang

lalu, Riwayat makanan pendamping ASI, dan Berat Badan Ibu yang meningkat.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. E selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. E di Wilayah kerja puskesmas gunung samarinda Balikpapan Selatan Tahun 2016”

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”E” dengan , Riwayat Abortus 2 bulan yang lalu, Riwayat makanan pendamping ASI, dan Berat Badan Ibu yang meningkat di Wilayah kerja puskesmas gunung samarinda Balikpapan Selatan dalam masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan ?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Peneliti mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”E” Di Wilayah kerja puskesmas gunung samarinda Balikpapan Selatan dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan

standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada kehamilan atau *Antenatal Care* (ANC) terhadap Ny.E dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
- b. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada persalinan atau *Intranatal Care* (INC) terhadap Ny.E dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
- c. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir (BBL) terhadap Ny.E dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
- d. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada masa nifas atau *Postnatal Care* (PNC) terhadap Ny.E dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
- e. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada *neonatus* terhadap Ny.E dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.

- f. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada pelayanan kontrasepsi terhadap Ny.E dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.

D. Manfaat

1. Manfaat Praktis

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

2. Manfaat Teoritis

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

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun berdasarkan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang

bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny."E" Di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Samarinda Balikpapan Utara dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan program KB pada periode April - Juni 2016.

F. Sistematika Penulisan

BAB I Pendahuluan

Berisikan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Pustaka

Berisikan tentang teori yang menunjang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, KB, konsep dasar asuhan kebidanan komprehensif, konsep teori asuhan manajemen kebidanan.

BAB III Subjek Dan Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

Berisikan tentang jenis karangan ilmiah, lokasi dan waktu, subjek kasus, teknik pengumpulan dan analisa data, instrument penelitian, kerangka kerja dan etika penelitian.

BAB IV TINJAUAN KASUS

Berisikan tentang kasus yang dibuat menjadi SOAP kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB.

BAB V PEMBAHASAN

Berisikan tentang teori apakah terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dari asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, serta KB.

BAB VI PENUTUP

Berisikan tentang kesimpulan dan saran dari penulis dari asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta KB.

BAB II

Tinjauan Pustaka

I. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

A. Teori Manajemen Kebidanan Menurut Varney

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah. Penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada klien. Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi, langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap sehingga dapat diaplikasikan dalam semua situasi, akan tetapi setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah sehingga sesuai dengan kondisi pasien (Varney, 2007).

2. Proses manajemen kebidanan

a. Langkah pertama :

1). Pengkajian Data

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber daya berkaitan dengan kondisi klien, bila pasien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasi kepada dokter dalam manajemen kebidanan.

a. Data subyektif, yaitu data yang didapat dari pertanyaan yang disampaikan dengan menggunakan standar yaitu diakui (Varney, 2007). Adapun data subyektif terdiri atas :

1) Identitas ibu

a) Nama ibu :

Dikaji dengan jelas dan lengkap agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan asuhan kebidanan (Matondang, 2003).

b) Umur ibu :

Dikaji untuk mengetahui umur ibu yang kurang dari 19 tahun, memiliki peluang tinggi untuk melahirkan bayi prematur atau mengalami retardasi pertumbuhan dan lebih dari 35 tahun. Biasanya merupakan akibat kelainan kromosom atau komplikasi medis akibat penyakit kronis yang lebih sering terjadi pada wanita yang beranjak tua (Wheeler, 2004).

c) Agama :

Dikaji untuk mengantisipasi kebiasaan religius yang berkaitan dengan kehamilan. Perasaan tenang, jenis kelamin, tenaga kesehatan dan beberapa kasus penggunaan produk rendah (Wheeler, 2004).

d) Suku Bangsa :

Dikaji untuk mengetahui bahasa yang digunakan pasien sehingga mempermudah dalam berkomunikasi dengan pasien (Prawirohardjo, 2005).

e) Pendidikan :

Dikaji untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan sesuai dengan tingkat pendidikan, memahami klien sebagai individu dan memberikan gambaran kemampuan baca tulisnya (Wheeler, 2004).

f) Pekerjaan :

Untuk mengkaji kecukupan ekonomi pada keluarga klien dan untuk mendeteksi adanya kemungkinan bayi prematur dan adanya ancaman bahaya lingkungan kerja yang dapat membahayakan janin (Wheeler, 2004).

g) Alamat :

Dikaji secara jelas dan lengkap diperlukan agar bila sewaktu-waktu pasien terjadi kegawatdaruratan atau perlu tindakan segera dapat dengan mudah menghubunginya, disamping itu alamat juga dikaji untuk kepentingan kunjungan rumah (Matondang, 2003).

2). Alasan datang

Alasan datang wanita tersebut mengunjungi klinik, kantor, kamar gawat darurat, pusat pelayanan persalinan, rumah sakit (Varney, 2007). Pada kasus ibu hamil dengan letak sungsang alasan datang adalah terasa sesak pada abdomen bagian atas (Manuaba, 2007).

a) Keluhan utama

Keluhan utama adalah pada kasus kehamilan letak sungsang, keluhan yang dirasakan ibu adalah gerakan janin terasa lebih banyak bagian perut bagian bawah dan terasa penuh dibagian atas (Winknjosastro, 2005).

b) Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus menstruasi, lama menstruasi, banyaknya, menstruasi teratur atau tidak, sifat darah, dismenorhoe atau tidak (Prawirohardjo,2005)

c) Riwayat hamil ini

1) HPHT :

Dikaji untuk menghitung usia Kehamilan dan tanggal tafsiran persalianan (Winknjosastro, 2005).

2) HPL :

Dikaji untuk mengetahui perkiraan lahir bayi, apakah bayi lahir prematureatau postmature merupakan faktor predisposisi dari letak sungsang(Prawiroharjo, 2005).

d) Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji tanda-tanda dan gejala-gejala yang ditemukan ibu hamil untuk petunjuk dini adanya respon wanita tersebut terhadap kehamilannya, mungkin diperlukan terapi untuk mengatasi gejala dini

atau penyelidikan lebih lanjut jika terdapat gejala abnormal (Sujiyatini dkk, 2008).

e) Riwayat kesehatan yang lalu

Dikaji semua riwayat sakit, cedera, reaksi terhadap pengobatan, perawatan rumah sakit, alergi yang diketahui, transfusi darah, semua riwayat pembedahan khususnya yang berhubungan dengan struktur panggul untuk penyelidikan khusus mungkin diperlukan untuk memperkirakan atau mencegah semua komplikasi yang mungkin terjadi dalam persalinan (Sujiyatini dkk, 2008).

f) Riwayat penyakit sistemik

Untuk mengetahui apakah ibu menderita penyakit jantung, ginjal, asma/TBC, hepatitis, DM, hipertensi dan epilepsi (Prawirohardjo, 2008).

g) Riwayat penyakit keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular dan penyakit menurun seperti hipertensi, DM, jantung, TBC (Prawirohardjo, 2008).

h) Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit tertentu dapat terjadi secara genetik atau berkaitan dengan keluarga etnisitas, dan beberapa diantaranya berkaitan dengan lingkungan fisik atau sosial tempat keluarga tersebut tinggal (Fletcher dkk, 2009).

i) Riwayat keturunan kembar

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga mempunyai keturunan kembar atau tidak (Marmi dkk, 2011).

j) Riwayat operasi

Untuk mengetahui apakah ibu pernah melakukan operasi atau tidak yang berhubungan dengan tindakan kebidanan (Wheeler, 2004).

k) Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui menikah berapa kali dan berapa lama menikah karena status perkawinan ibu yang jelas atau terjadi kehamilan di luar nikah akan mengganggu keadaan psikologis ibu (Prawiroharjo,2005).

l) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, dan jenis KB yang digunakan (Varney, 2004).

m) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu :

1) Kehamilan :

Adakah gangguan seperti mual, muntah berlebihan, hipertensi dan perdarahan pada kehamilan (Varney, 2007).

2) Persalinan :

Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada perdarahan waktu persalinan atau tidak, ditolong oleh siapa dan dimana tempat melahirkan (Varney, 2007).

3) Nifas :

Adakah terjadi perdarahan, infeksi dan bagaimana laktasinya (Varney, 2007).

4) Anak :

Jenis kelamin, hidup atau mati, berat badan waktu lahir, panjang badan, lingkaran kepala dan lingkaran dada (Varney, 2007).

n) Pola kebutuhan sehari-hari

1) Nutrisi

Untuk mengetahui status gizi ibu, apakah sudah memenuhi standar makanan yang dibutuhkan seorang ibu hamil, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kalainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil, kekurangan makanan dapat menyebabkan anemia, abortus prematurus, insersia uteri, hemoragia post partum dan sepsis puerperalis, sedangkan makanan berkelebihan karena salah mengerti ia makan untuk dua orang dapat pula mengakibatkan komplikasi antara lain preeklamsi, bayi terlalu besar sebaiknya makan secukupnya (Prawirohardjo, 2005).

2) Eliminasi

BAK ditanyakan adakah perubahan pola BAK sebelum dan sesudah hamil, sering kencing terjadi karena rahim ke depan menyebabkan kandung kemih terasa penuh pada triwulan kedua sudah menghilang. BAB pada wanita hamil terjadi atau obstipasi karena pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus menyebabkan kesulitan untuk buang air besar (Prawirohardjo, 2005).

3) Akitivitas

Untuk mengetahui aktivitas ibu berlebihan atau tidak dan adakah trauma atau kecelakaan kerja (Sujiatini dkk, 2006).

4) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk istirahat untuk merencanakan istirahat yang cukup yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilan. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan perkembangan janin (Marmi,2011).

5) Personal hygiene

Dikaji kebiasaan ibu dalam menjaga kebersihan dirinya yaitu kebiasaan mandi, gosok gigi, bila kerusakan gigi tidak diperhatikan mengakibatkan komplikasi seperti nefritis, septikemia, oleh karena infeksi di rongga mulut dapat menjadi sarang infeksi yang menyebar

kemana-mana, ganti baju, dan penggunaan alas kaki(Prawirohardjo,2005).

6) Hubungan seksual

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan seksual dalam seminggu dan apakah ada keluhan (Varney, 2007).

7) Riwayat psikologis, sosial, ekonomi

a). Psikologis

Perlu dikaji untuk mengetahui bahwa kehamilannya diterima oleh dirinya, suami dan keluarga atau tidak karena apabila ibu tidak mendapat dukungan sehingga psikologi ibu terganggu dan dapat mengganggu kehamilannya (Prawirohardjo, 2005)

b). Penggunaan obat-obatan atau jamu

Perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mengkonsumsi jamu atau obatsehingga membahayakan kehamilannya karena dapat menimbulkan kelainan organ pada janin (Wiknjosastro, 2005).

b. Data Obyektif didapatkan melalui :

1) Pemeriksaan fisik umum

a) Kesadaran Umum :

Untuk mengetahui keadaan ibu apakah baik/sedang/buruk. Pada kasus ibu hamil normal keadaan umum baik (Saifuddin, 2006). Pada kasus kehamilan sungsang kesadaran umum adalah baik

b) Kesadaran :

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, somnolen, koma. Pada ibu hamil sungsang adalah composmentis (Wiknjosastro, 2005).

c) Tekanan darah :

Tekanan darah diukur faktor hipertensi atau hipotensi (Saifuddin, 2001). Batas normal antara 90/60 mmHg sampai 130/90 mmHg dan peningkatan diastolik tidak lebih dari 150 mmHg dari keadaan pasien normal (Wiknjosastro, 2005).

d) Nadi :

Pada ibu hamil nadi dikatakan normal 80-84 x/menit. Batas suhu normal adalah 60 - 100x/menit (Wiknjosastro, 2005).

e) Suhu :

Suhu normal pada ibu hamil adalah 36C -37C, jika keadaan suhu tinggi menunjukkan adanya infeksi (Marmi, 2011). Suhu normal adalah 36 C-37 C (Wiknjosastro, 2005).

f) Pernafasan :

Apabila ibu sesak nafas akan berpengaruh pada janin dan sering terjadi keguguran atau berat badan janin tidak sesuai dengan usia kehamilan batas normal 12-20x/menit (Prawirohardjo, 2005).

g) Berat badan :

Untuk mengetahui berat badan pasien selama hamil kenaikan berat badan wanita hamil rata-rata 6,5 kg sampai 16 kg. Kenaikan berat badan yang berlebihan kemungkinan bayi besar, sebab janin besar dapat menyebabkan disproporsi, meskipun ukuran panggul normal (Wiknjosastro, 2005).

h) Tinggi badan :

Berkaitan dengan kemungkinan panggul sempit bila tinggi badan kurang (Wiknjosastro, 2005).

i) Lila :

Untuk mengetahui keadaan gizi ibu, LILA normal pada ibu hamil tidak kurang dari 23,5 cm (Wiknjosastro, 2005).

2) Pemeriksaan sistematis

Menurut Wiknjosastro (2005), pemeriksaan sistematis dilakukan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkuasi untuk mengetahui keadaan umum yang mempengaruhi kesehatan atau kehamilan dan persalinan ibu meliputi :

a) Kepala :

Perlu dikaji bagaimana kebersihan rambut, kulit kepala, ada ketombe atau tidak, ada benjolan atau tidak pada kepala.

b) Muka :

Keadaan muka pucat atau tidak, adakah kelainan, cloasma gravidarum, adakah oedema.

c) Mata :

Untuk mengetahui ada oedema atau tidak, keadaan conjungtiva pucat atau merah muda, warna sclera putih atau tidak.

d) Hidung :

Perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran benjolan pada hidung yang dapat berpengaruh jalan nafas.

e) Telinga :

Perlu dikaji untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.

f) Mulut :

Perlu dikaji apakah ada stomatitis atau tidak, gigi berlubang atau tidak.

g) Leher :

Dikaji untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid yang biasanya disebabkan karena kekurangan garam beryodium.

h) Dada :

Observasi apakah simetris atau tidak, adakah teraba benjolan, nyeri atau tidak, puntung susu menonjol atau tidak, pada payudara.

i) Perut :

Perlu dikaji untuk mengetahui adakah luka bekas operasi ataukah nyeri tekan yang sekiranya perlu pengawasan khusus saat persalinan.

j) Genetalia :

Perlu dikaji untuk mengetahui adakah tanda-tanda penyakit kelamin yang perlu diwaspadai seperti keputihan, syphilis, herpes.

k) Anus :

Perlu dikaji adakah haemoroid atau tidak.

l) Ekstermitas :

Perlu dikaji apakah ada kelainan atau tidak, bisa digerakan atau tidak, adakah oedema, varices atau tidak. Atas : Simetris, tidak ada oedem dan varises, kuku tidak pucat dan tidak sianosis. Bawah : Simetris, tidak ada oedem dan varises, kuku tidak pucat, tidak ada tanda howman, tidak ada nyeri tekan, reflek patella +/-.

3) Pemeriksaan Khusus Obstetri

Pemeriksaan obstetri dilakukan untuk mengetahui keadaan kehamilan dan persalinan meliputi :

a) Abdomen

1. Inspeksi

Suatu proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis, observasi dilaksanakan dengan menggunakan indera penglihatan untuk mengetahui pembesaran perut, bentuk perut, adanya linea alba / nigra, ada striae albican / livide, kelainan dan pergerakan anak (Nursalam, 2002).

2. Palpasi

Adanya massa atau tumor selain kehamilan seperti mioma uteri atau tumor jalan lahir merupakan penyebab letak sungsang, sedangkan adanya jaringan perut atau luka bekas operasi di perut harus dikaji lebih jauh untuk melaksanakan selanjutnya.

Pemeriksaan palpasi dengan cara Leopold pada letak sungsang menurut Janah (2012), adalah :

a) Leopold I :

Untuk menentukan tinggi fundus uteri. Bagian janin yang ada di fundus Secara khas ditemukan bahwa kepala janin yang keras dan bulat dengan balloteman sudah menempati bagian fundus uteri. Kehamilan sungsang adalah dalam rahim, kepala janin berada di fundus dan bokong di bawah (Susilowati dkk, 2009).

b) Leopold II :

Untuk menentukan batas samping uterus dan dapat pula ditentukan letak punggung janin yang membujur dari atas ke bawah menghubungkan bokong dengan kepala Menunjukkan punggung sudah

berada satu sisi dengan abdomen dan bagian-bagian kecil pada sisi yang lain. Menurut Marmi (2010), punggung ada di sebelah kanan dekat garis tengah. Bagian-bagian kecil ada disebelah kiri. Jauh dari garis tengah dan belakang.

c) Leopold III :

Untuk menentukan bagian terbawah kepala janin masih dapat digerakkan di atas pintu atas panggul selama engagemen belum jelas terjadi.

d) Leopold IV :

Memperlihatkan posisi kepala yang mapan di bawah simpisis. Menurut Marmi (2010), pada presentasi bokong murni otot-otot paha terentang di atas tulang-tulang di bawahnya, memberikan gambaran keras menyerupai kepala

e) TBJ (Tafsiran berat janin) dilakukan untuk mengetahui berat badan janin sementara (Juliana, 2009).

Rumus TBJ (Tafsiran Berat Janin) =

Tinggi fundus uteri dalam cm – N x 155

N : 13 bila kepala belum melewati pintu atas panggul

N : 12 bila kepala berada di atas spina ichiadika

N : 11 bila kepala masih berada di bawah spina ichiadika (Saifuddin, 2006).

3. Auskultasi

Dilakukan untuk mengetahui bunyi jantung janin. Dalam keadaan normal 120 – 160 x/menit dan pada letak sungsang DJJ paling jelas terdengar yang lebih tinggi dari pusat (Oxorn dan William, 2010).

b). Pemeriksaan panggul :

Kesan panggul, Distansia spinarum normal 23-26 cm, Distansia kristarum normal 26-29 cm, Congungata eksterna normal 18-20 cm dan lingkaran panggul normal 80 cm (Wiknjastro, 2005).

c) Anogenital

Adakah verices, luka, kemerahan, nyeri, kelenjar bartholini, atau kelainannya yang lain juga perineum elastis atau tidak (Nursalam, 2007).

4). Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menegaskan diagnosa dan untuk menentukan adakah faktor resiko meliputi :

USG untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong dan juga untuk mengidentifikasi setiap kelainan janin, pada trimester III bagian terendah janin mulai memasuki PAP sehingga letak dan presentasi janin tidak berubah lagi (Prawirohardjo, 2005). Pada kasus kehamilan letak sungsang pemeriksaan ultrasonografi tampak kepala janin di bagian atas fundus (Manuaba, 2007).

b. Langkah kedua : Interpretasi data

Terdiri dari diagnosa kebidanan dari diagnosa, masalah dan kebutuhan pada langkah ini data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi diagnosa dan masalah. Masalah tersebut membutuhkan penanganan yang akan dituangkan ke dalam rencana asuhan kebidanan (Janah, 2011).

1. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkungan praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan yang dikemukakan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa (Varney, 2007).

Ny Edengan G₃P₁₀₁₁ 26 tahun, kehamilan 33 minggu 6 hari, tunggal / ganda, hidup / mati, intra / ektrauteri, letak kepala/letak sungsang, punggung kanan / kiri, presentasi kepala/presentasi bokong.

Data subyektif :

- a) Pernyataan ibu tentang jumlah kehamilan
- b) Pernyataan pasien tentang jumlah persalinan
- c) Pernyataan pasien tentang jumlah abortus
- d) Pernyataan ibu yang berkaitan dengan HPHT
- e) Keluhan pasien terasa sesak pada abdomen bagian atas
(Manuaba, 2007).

Data Obyektif :

Data obyektif yaitu bokong janin berada di fundus dan kepala janin di bawah (Susilowati dkk, 2009).

a). Pemeriksaan TTV

1. Kesadaran Umum

Menurut Saifuddin (2006), Keadaan umum dan kesadaran umum adalah baik

a. Kesadaran pada ibu hamil adalah composmentis (Wiknjosastro, 2005).

b. Tekanan darah Batas normal antara 90/60 mmHg sampai 130/90 mmHg dan peningkatan diastolik tidak lebih dari 150 mmHg dari keadaan pasien normal (Wiknjosastro, 2005).

c. Nadi :

Pada ibu hamil nadi dikatakan normal 80-84 x/menit. Batas suhu normal adalah 60 - 100x/menit (Wiknjosastro, 2005).

d. Suhu normal adalah 36 C-37 C (Wiknjosastro, 2005).

e. Pernafasan pada ibu hamil batas normal 12-20 x/menit (Prawirohardjo, 2005).

b). Palpasi

Palpasi akan teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri yaitu kepala janin. Punggung anak dapat diraba di salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil-kecil janin berada pada pihak yang

berlawanan. Di atas simpisis, teraba bagian kurang bundar dan lunak yaitu bokong janin.

c) Auskultasi

Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan setinggi atau sedikit lebih tinggi daripada umbilicus (Wiknjosastro, 2007).

d) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan USG, pada kasus kehamilan ini pemeriksaan ultrasonografi tampak bokong janin di bagian atas abdomen (Manuaba,2007).

2. Masalah

Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.(Salmah dkk, 2006). Masalah pada ibu hamil yaitu, Riwayat Abortus 2 bulan yang lalu,Riwayat pendamping ASI,dan Berat Badan Ibu yang meningkat..

3. Kebutuhan

Hal-hal yang dibutuhkan klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan malakukan analisis data. Kebutuhan ibu hamil dengan masalah diatas yaitu memberikan KIE dan dukungan moril kepada ibu.(chapmandkk,2006).

c. Langkah ketiga : Diagnosa potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa masalah yang sudah diidentifikasi.

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi (Varney, 2007).

Menurut Ammirudin (2007) proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1 –3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukkan proporsi kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat beresiko terjadi anemia dalam kehamilan. Karena cadangan zat besi ibu hamil pulih.

Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya, Wanita yang melahirkan dengan jarak yang sangat berdekatan (< 2 tahun) akan mengalami resiko antara lain (Yolan, 2007) :

- Resiko perdarahan trimester III
- Plasenta previa
- Anemia
- Ketuban pecah dini
- Endometriosis masa nifas
- Kematian saat melahirkan

-Kehamilan dengan jarak yang terlalu jauh juga dapat menimbulkan resiko tinggi antara lain persalinan lama.

d. Langkah ke empat : Tindakan segera

Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melalui konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Tindakan segera yaitu melakukan konseling

e. Langkah Kelima : Perencanaan

Menurut Chapman (2006), perencanaan yang bersifat menyeluruh dari langkah – langkah sebelumnya. yaitu :

- 1) Beri informasi KIE dan motivasi kepada ibu tentang, akibat dari Abortus 2 bulan yang lalu, akibat makanan pendamping ASI, dan Berat Badan Ibu yang meningkat..
- 2) Beri penkes tentang akibat dari Abortus 2 bulan yang lalu pada persalinan, dan jika berat badan Ibu yang meningkat pada saat persalinan.
- 3) Bila diperlukan kolaborasi dengan dokter dan kapan ibu harus segera datang ke tempat pelayanan kesehatan, bila tidak dijumpai kelainan maka masih ada kemungkinan tidak akan ada dampak buruk yang terjadi setelah persalinan.

f. Langkah keenam : Pelaksanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang

ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya (Varney, 2007).

g. Langkah ketujuh : Evaluasi

Merupakan langkah pengecekan apakah rencana asuhan benar-benar telah terpenuhi kebutuhan sebagai mana telah diidentifikasi dalam masalah diagnosis (Varney, 2007).

Data perkembangan

Metode pendokumentasian yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP yang merupakan salah satu metode pendokumentasian yang ada antaranya. Adapun konsep SOAP (Varney, 2007).

- a. Subyektif :Menggambarkan hasil pendokumentasian hasil pengumpulan data melalui anamnesa.
- b. Obyektif :Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data untuk mendukung assesment.
- c. Assesment :Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subyaktif dan obyektif dalam suatu identifikasi.
- d. Planning :Menggambarkan pendokumentasian dan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.

2.) Pengkajian Awal Asuhan

LANGKAH I

PENGAJIAN

A. Identitas

Nama klien	: Ny.E	Nama suami	: Tn.P
Umur	:29 thn	Umur	: 30 thn
Suku	:Jawa	Suku	: Jawa
Agama	:Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	:SMK	Pendidikan	:STM
Pekerjaan	:IRT	Pekerjaan	:Wirausaha
Alamat	:Jln.Strat III RT.29 No.45 Balikpapan Utara		

B. Anamnesa

Tanggal	: 09-05-2016	Pukul	: 10.45
Oleh	: Maria Dewi Juliana		

1. Alasan kunjungan saat ini :

Melakukan pengkajian awal (ANC I)

2. Keluhan :

Nyeri bagian bawah perut \pm 1 bulan

3. Riwayat obstetric dan ginekologi

a. Riwayat menstruasi

- HPHT / TP :15 september 2016
- Umur kehamilan :33 minggu 6 hari
- Lamanya :5-6 hari
- Banyaknya :2 pembalut
- Konsistensi :cair
- Siklus :28 hari
- Menarche :12 thn
- Teratur / tidak :teratur
- Dismenorrhea :Tidak ada
- Keluhan lain :tidak ada

b. Flour albus

- Banyaknya :Banyak (ganti celana dalam 3-4 kali)
- Warna :putih jernih
- Bau/gatal :tidak

c. Tanda – tanda kehamilan

- Test kehamilan : ada / test peck
- Tanggal :25 oktober
- Hasil :positif
- Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu : 4 bulan

- Gerakan janin dalam 24 jam terakhir :±10 kali

d. Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

- Mioma uteri :tidak ada
- Kista :tidak ada
- Mola hidatidosa :tidak ada
- PID :tidak ada
- Endometriosis :tidak ada
- KET :tidak ada
- Hydramnion :tidak ada
- Gemelli :ada (orang tua)
- Lain – lain :tidak ada

e. Riwayat kehamilan

G₃P₁₀₁₁

Kehamilan I :2010

Kehamilan II :Abortus

Kehamilan III :Hamil ini

f. Riwayat imunisasi

- Imunisasi Catin : tempat : Tidak ada tanggal :
- Imunisasi TT I : tempat :puskesmas tanggal :
- Imunisasi TT II : tempat :puskesmas tanggal :

4. Riwayat kesehatan :

1) Riwayat penyakit yang pernah dialami

- a. Penyakit jantung : tidak ada
- b. Hipertensi :tidak ada
- c. Hepar :tidak ada
- d. DM :tidak ada
- e. Anemia :tidak ada
- f. PSM/HIV/AIDS :tidak ada
- g. Campak :tidak ada
- h. Malaria :tidak ada
- i. TBC :tidak ada
- j. Gangguan mental :tidak ada
- k. Operasi :tidak ada
- l. Hemorrhoid :tidak ada
- m. Lain-lain

2) Alergi

- a. Makanan :tidak ada
- b. Obat – obatan :tidak ada

5. Keluhan selama hamil

- a. Rasa lelah : ada
- b. Mual dan muntah :tidak ada
- c. Tidak nafsu makan : ada/ngemil kuat

- d. Sakit kepala/pusing : ada/ kadang kadang
- e. Penglihatan kabur :tidak ada
- f. Nyeri perut : ada
- g. Nyeri waktu BAK :tidak ada
- h. Pengeluaran cairan pervaginam :ada/jernih
- i. Perdarahan :tidak ada
- j. Haemorrhoid :tidak ada
- k. Nyeri pada tungkai :tidak ada
- l. Oedema :tidak ada
- m. Lain-lain :tidak ada

6. Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempa t lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	B B	PB	Kead aan
1	2010	Ibnu Sina	Aterm	tidak ada	normal	Bidan	tidak ada	lk	2,9	49	baik
2	ABORTUS				KUR ETA SE						
3	Hamil ini										

7. Riwayat menyusui

Anak I :ASI Lamanya :2 thn Alasan :

Anak II :- Lamanya :- Alasan :

Anak III : Lamanya : Alasan :

8. Riwayat KB

a. Pernah ikut KB :pernah

b. Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan :-Suntik 3 bulan (2010)=3 tahun

-Suntik 1 bulan=2 tahun

-Pil

c. Lama pemakaian :6 bulan

d. Keluhan selama pemakaian :pusing

e. Tempat pelayanan KB :Apotik

f. Alasan ganti metode :tidak cocok

g. Ikut KB atas motivasi :suami

9. Kebiasaan sehari – hari

a. Merokok sebelum / selama hamil :tidak ada

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

c. Alkohol :tidak ada

d. Makan / diet

Jenis makanan :nasi,sayur,buah,ikan

Frekuensi :3 kali/hari

Porsi :tidak banyak

Pantangan :tidak ada

e. Perubahan makan yang dialami :sehari 3 kali, porsi tidak banyak, tidak suka mengemil.

f. Defekasi / miksi

1. BAB

- Frekuensi :2 kali/hari
- Konsistensi :padat
- Warna :kuning kecoklatan
- Keluhan :tidak ada

2. BAK

- Frekuensi :4-5 kali
- Konsistensi :cair
- Warna :kuning jernih
- Keluhan :tidak ada

g. Pola istirahat dan tidur

- Siang :2 jam
- Malam :7 jam

- h. Pola aktivitas sehari – hari
 - Di dalam rumah :nyapu,nyuci,masak
 - Di luar rumah :jaga toko
- i. Pola seksualitas
 - Frekuensi :2 kali/seminggu
 - Keluhan :kencang pada perut

10. Riwayat Psikososial

- a. Pernikahan
 - Status :menikah
 - Yang ke :1
 - Lamanya :8 thn
 - Usia pertama kali menikah :21 thn
- b. Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan :
Tahu, tanda bahaya hamil, dan gizi ibu hamil.
- c. Respon ibu terhadap kehamilan :
Senang
- d. Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak :
Perempuan
- e. Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak:
Senang, Perempuan

f. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan :

Hamil pertama mengadakan acara 7 bulanan, semacam bulu landak,gunting

g. Pantangan selama kehamilan :

tidak ada

h. Persiapan persalinan

Rencana tempat bersalin : RSKD

Persiapan ibu dan bayi : ada

11. Riwayat kesehatan keluarga

a. Penyakit jantung :tidak ada

b. Hipertensi :tidak ada

c. Hepar :tidak ada

d. DM :tidak ada

e. Anemia :tidak ada

f. PSM / HIV / AIDS :tidak ada

g. Campak :tidak ada

h. Malaria :tidak ada

i. TBC :tidak ada

j. Gangguan mental :tidak ada

k. Operasi :tidak ada

l. Bayi lahir kembar :dari oaring tua

m. Lain-lain :tidak ada

12. Pemeriksaan

a) Keadaan umum

- Berat badan
Sebelum hamil :60 kg
Saat hamil :75 kg
Penurunan :tidak ada
- Tinggi badan :155 cm
- Lila :27 cm
- Kesadaran : compos mentis
- Ekspresi wajah :senang
- Keadaan emosional:baik

b) Tanda – tanda vital

- Tekanan darah :110/80 mmHg
- Nadi :80 kali/m
- Suhu :36,5⁰c
- Pernapasan :20 kali/m

c) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

1. Kepala

- a. Kulit kepala :baik
- b. Kontriksi rambut:baik
- c. Distribusi rambut:tebal
- d. Lain – lain :tidak ada

2. Mata

- a. Kelopak mata :baik
- b. Konjungtiva :sedikit pucat
- c. Sklera :tidak ikterik
- d. Lain – lain :tidak ada

3. Muka

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

4. Mulut dan gigi

- a. Gigi geligi : baik
- b. Mukosa mulut :baik
- c. Caries dentis :baik
- d. Geraham : baik

e. Lidah : baik

f. Lain – lain :

5. Leher

a. Tonsil : baik

b. Faring : baik

c. Vena jugularis : tidak ada pembengkakan

d. Kelenjar tiroid : tidak ada pembengkakan

e. Kelenjar getah bening: tidak ada pembengkakan

f. Lain-lain : tidak ada pembengkakan

6. Dada

a. Bentuk mammae : simetris

b. Retraksi : tidak ada

c. Puting susu : menonjol

d. Areola : menghitam

e. Lain-lain : tidak ada

7. Punggung ibu

a. Bentuk /posisi : baik

b. Lain-lain : tidak ada

8. Perut

a. Bekas operasi : tidak ada

b. Striae : tidak ada

c. Pembesaran : sesuai kehamilan

- d. Asites :tidak ada
- e. Lain-lain :tidak ada

9. Vagina

- a. Varises :tidak ada
- b. Pengeluaran :tidak ada
- c. Oedema :tidak ada
- d. Perineum :baik
- e. Luka parut :tidak ada
- f. Fistula :tidak ada
- g. Lain – lain :tidak ada

10. Ekstremitas

- a. Oedema :tidak ada
- b. Varises :tidak ada
- c. Turgor :tidak ada
- d. Lain – lain :tidak ada

11. Kulit

- Lain – lain :tidak ada

Palpasi

1. Leher

- a. Vena jugularis :tidak ada pembengkakan
- b. Kelenjar getah bening :tidak ada pembengkakan

c. Kelenjar tiroid :tidak ada pembengkakan

d. Lain – lain :

2. Dada

a. Mammae :simetris

b. Massa :tidak ada

c. Konsistensi :baik

d. Pengeluaran Colostrum :ada

e. Lain-lain :

3. Perut

a. Leopold I :TFU 28 cm,teraba keras dan melenting(persentase kepala)

b. Leopold II :teraba bagian terkecil di sebelah kanan, dan bagian punggung di sebelah kiri

c. Leopold III :teraba tidak melenting dan lunak(persentase bokong)

d. Leopold IV :kepala belum masuk PAP(convergen)

e. Lain – lain :tidak ada

4. Tungkai

a. Oedema :tidak ada

- Tangan Kanan :positif Kiri :positif

- Kaki Kanan :positif Kiri :positif

b. Varices Kanan :tidak ada Kiri :tidak ada

5. Kulit

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

Auskultasi

1. Paru – paru

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

2. Jantung

- a. Irama :baik
- b. Frekuensi :baik
- c. Intensitas :baik
- d. Lain-lain :

3. Perut

- Bising usus ibu :baik
- DJJ
 - a. Punctum maksimum :134kali/m
 - b. Frekuensi :teratur
 - c. Irama :teratur
 - d. Intensitas :kuat
 - e. Lain – lain :

Perkusi

1. Dada

Suara :baik

2. Perut :baik

3. Ekstremitas

Refleks patella : Kanan :positif

Kiri :positif

4. Lain – lain :

13. Pemeriksaan Khusus

1. Pemeriksaan dalam

a. Vulva / uretra :tidak dilakukan

b. Vagina :tidak dilakukan

c. Dinding vagina :tidak dilakukan

d. Porsio :tidak dilakukan

e. Pembukaan :tidak dilakukan

f. Ukuran serviks :tidak dilakukan

g. Posisi serviks :tidak dilakukan

h. Konsistensi :tidak dilakukan

2. Pelvimetri klinik

a. Promontorium :tidak dilakukan

b. Linea inominata :tidak dilakukan

- c. Spina ischiadica :tidak dilakukan
- d. Dinding samping :tidak dilakukan
- e. Ujung sacrum :tidak dilakukan
- f. Arcus pubis :tidak dilakukan
- g. Adneksa :tidak dilakukan
- h. Ukuran :tidak dilakukan
- i. Posisi :tidak dilakukan

3. Ukuran panggul luar

- a. Distansia spinarum :tidak dilakukan
- b. Distansia kristarum :tidak dilakukan
- c. Conjugata eksterna :tidak dilakukan
- d. Lingkar panggul :tidak dilakukan
- e. Kesan panggul :tidak dilakukan

14. Pemeriksaan laboratorium

- a. Darah Tanggal :09-05-2016
 - Hb :11,6
 - Golongan darah :-
 - Lain – lain :
- b. Urine Tanggal :09-05-2016
 - a. Protein :negatif
 - b. Albumin :negatif
 - c. Reduksi :negatif

- d. Lain – lain :
- c. Pemeriksaan penunjang Tanggal :16-05-2016
 - a. USG :baik
 - b. X – Ray :tidak dilakukan
 - c. Lain – lain :

3). Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan sehingga menghasilkan janin yang akan tumbuh di dalam rahim seorang wanita (Waryana, 2010).Kehamilan adalah merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).Kehamilan merupakan proses alamiah (normal) dan bukan proses patologis, tetapi kondisi normal dapat menjadi patologi. Menyadari hal tersebut dalam melakukan asuhan tidak perlu melakukan intervensi-intervensi yang tidak perlu kecuali ada indikasi (Sulistyawati, 2009).

Kehamilan adalah hasil konsepsi didefinisikan sebagai pertemuan antara sperma dan sel telur yang menandai awal kehamilan. Peristiwa ini merupakan rangkaian kejadian yang

meliputi pembentukan gamet (telur dan sperma), ovulasi (pelepasan telur), penggabungan gamet dan implantasi embrio didalam uterus (Sujiyatini dkk, 2008). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan pertama dimulai dari hasil konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2008). Kehamilan adalah proses alamiah yang dialami oleh setiap wanita dalam siklus reproduksi. Kehamilan dimulai dari konsepsi dan berakhir dengan permulaan persalinan. Selama kehamilan ini terjadi perubahan-perubahan, baik perut, fisik maupun psikologi ibu (Varney, 2007).

Kehamilan trimester III (umur kehamilan 29 sampai 40 minggu). Trimester III adalah trimester terakhir dari kehamilan. Janin Ibu sedang berada di dalam tahap penyempurnaan dan akan semakin bertambah besar, dan besar sampai memenuhi seluruh rongga rahim. Semakin besar janin maka akan semakin terasa seluruh pergerakan janin. Jangan lupa untuk selalu berhati-hati dan memperhatikan tanda-tanda kegawatan seperti tanda kelahiran prematur.

Konsumsi asupan nutrisi yang bergizi dan juga jaga asupan cairan untuk janin Ibu. Trimester terakhir ini akan diwarnai dengan peningkatan frekuensi ke kamar mandi, sesak karena tekanan di diafragma, dan heartburn. Otak janin berkembang sangat progresif. Rahim ibu berada 8 cm di atas pusar dengan kenaikan berat badan saat ini adalah 7,7 –10,8 kg. Puting payudara Ibu, terkadang keluar rembesan cairan berwarna kekuningan yang disebut dengan kolostrum. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertanda payudara sedang menyiapkan ASI untuk menyusui bayi.

Trimester ketiga ini, umumnya wanita hamil akan meningkatkan berat badannya sebanyak 5,5 kg. Apabila Ibu sedang berkunjung rutin ke dokter Ibu, maka cobalah untuk mendiskusikan mengenai cara persalinan nanti, apakah normal atau memerlukan operasi. Apabila ini adalah persalinan pertama, maka pertanyaan mengenai episiotomi, monitoring janin, dan pereda rasa nyeri adalah pertanyaan yang paling sering ditanyakan. Mulailah untuk mendiskusikan dengan dokter kebidanan. Minggu ke-29 merupakan masa untuk mengulangi tes darah tertentu seperti tes toleransi glukosa.

1).Abortus

a. Pengertian *Abortus*

Menurut Prawirohardjo (2009 : 460) *Abortus* adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Saifuddin (2008 : 145), mendefinisikan bahwa *Abortus* adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Manuaba (2008 : 58) mengemukakan *Abortus* adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum mampu hidup diluar kandungan dengan berat kurang dari 1000 gram atau usia kehamilan kurang dari 28 minggu.

b. Macam-macam Abortus

Macam-macam abortus dapat dibagi atas dua golongan :

1) Abortus Spontan

Menurut Saifuddin (2008:145), *abortus spontan* adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa intervensi dari luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.

Berdasarkan gambaran kliniknya, abortus spontan dapat dibagi menjadi :

Abortus Imminens adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks.

Abortus Insipiens adalah peristiwa perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus.

Abortus Inkomplit adalah peristiwa pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dan masih ada sisa tertinggal di dalam uterus.

Abortus Komplit adalah peristiwa perdarahan pada kehamilan muda dimana seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan dari cavum uteri.

Abortus Habitualis adalah abortus spontan yang terjadi tiga kali atau lebih berturut-turut.

Missed Abortion adalah kematian janin sebelum berusia 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

Abortus Infeksius dan *Abortus Septik* adalah keguguran yang disertai infeksi genitalia. *Abortus septik* adalah keguguran

disertai infeksi berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya ke dalam peredaran darah atau peritoneum.

2) Abortus Provokatus (*Induced Abortion*)

Manuaba (2007 : 686), mendefinisikan *abortus Provokatus* merupakan abortus yang disengaja baik dengan memakai obat-obatan atau memakai alat. Abortus ini terbagi menjadi :

Abortus Medisinalis ialah karena tindakan kita sendiri, dengan alasan apabila kehamilan dilanjutkan dapat membahayakan jiwa ibu.

Abortus Kriminalis ialah abortus yang terjadi oleh karena tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis dan biasanya dilakukan secara sembunyi - sembunyi oleh tenaga tradisional.

c. Etiologi Abortus

Menurut Yulaikha (2008 : 73), hal-hal yang dapat menyebabkan *Abortus* adalah sebagai berikut :

1) Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi yang dapat mengakibatkan kematian dan atau dilahirkannya hasil konsepsi dalam keadaan cacat. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kelainan hasil konsepsi adalah :

a) Kelainan kromosom

Gangguan terjadi sejak semula pertemuan kromosom, termasuk kromosom seks.

b) Lingkungan kurang sempurna

Bila lingkungan di endometrium yang terdapat di sekitar implantasi kurang sempurna karena belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi sehingga pemberian zat-zat makanan pada hasil konsepsi akan terganggu. Gizi ibu hamil yang kurang karena anemia dan terlalu pendek jarak kehamilan.

c) Pengaruh dari luar

Radiasi yang mengenai ibu, virus, obat-obatan yang digunakan ibu dapat mempengaruhi baik hasil konsepsi maupun lingkungan hidupnya di dalam uterus.

2) Kelainan pada plasenta

Infeksi pada plasenta dengan berbagai sebab sehingga plasenta tidak dapat berfungsi. Gangguan pembuluh darah plasenta, diantaranya pada ibu yang menderita Diabetes Melitus, penyakit hipertensi menahun, *toxemia gravidarum* dan lain-lain.

3) Penyakit ibu

Penyakit infeksi yang dapat menyebabkan demam tinggi, *pneumonia, thypoid, rubella* yang dapat menyebabkan *Abortus*.

Toksin, bakteri, virus/plasmodium dapat melalui plasenta masuk ke janin sehingga menyebabkan kematian janin, kemudian terjadi *Abortus*.

4) Kelainan *traktus genitalis*

Seperti retroversi uteri, mioma uteri atau kelainan bawaan uterus yang dapat menyebabkan abortus. Penyebab lain dari abortus dalam trimester II adalah servik inkompeten yang disebabkan kelemahan bawaan servik, dilatasi serviks berlebihan dan atau robekan serviks yang tidak dijahit.

d. Diagnosis Abortus

Manifestasi klinis

Diagnosis pada *abortus* menurut Mansjoer (2008 : 261) dapat ditegakkan sebagai berikut :

- a) Terlambat haid atau amenore kurang dari 20 minggu.
- b) Pada pemeriksaan fisik keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil, suhu badan normal atau meningkat.
- c) Perdarahan pervaginam, mungkin disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi.

d) Rasa mulas atau kram perut di daerah atas symphysis, sering disertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus.

e) Pemeriksaan ginekologi

1) Inspeksi vulva : perdarahan pervaginam, ada/tidak jaringan hasil konsepsi, tercium/tidak bau busuk dari vulva.

2) Inspekulo : perdarahan dari kavum uteri, ostium uteri terbuka atau sudah tertutup, ada/tidak jaringan keluar dari ostium, ada/tidak cairan atau jaringan berbau busuk dari ostium.

3) Pemeriksaan dalam : porsio masih terbuka atau sudah tertutup, teraba atau tidak jaringan dalam kavum uteri, besar uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan, tidak nyeri saat porsio digoyang, tidak nyeri pada perabaan adneksa, kavum douglas tidak menonjol dan tidak nyeri. Berdasarkan hasil pemeriksaan, menurut

Mansjoer (2008 : 263) dapat ditetapkan diagnosis klinik abortus, yaitu :

a) *Abortus Imminens*

b) *Abortus Insipiens*

c) *Abortus Inkompli*

d) *Abortus kompli*

e) *Abortus habitualis*

f) *Abortus infeksius*

g) *Missed Abortion*

e. Komplikasi

Komplikasi yang berbahaya pada abortus menurut Sujiyati, dkk (2009:30) ialah :

1) Pendarahan

Pendarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah.

2) Perforasi

Perforasi uterus pada saat *curretage* dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang biasa menimbulkan persoalan gawat karena perlakuan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus.

3) Infeksi

Infeksi dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada *abortus inkomplet* yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (*Unsafe Abortion*)

4) Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena pendarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

3). Abortus Inkompletus

a. Pengertian Abortus Inkompletus

Prawirohardjo (2009 : 469) mendefinisikan bahwa *Abortus inkompletus* adalah peristiwa pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dan masih ada sisa tertinggal di dalam uterus. Sastrawinata, dkk (2004 : 5) mengemukakan, *Abortus Inkompletus* (keguguran tidak lengkap) adalah sebagian dari buah kehamilan telah dilahirkan, tetapi sebagian (biasanya plasenta) masih tertinggal didalam rahim, ostium terbuka dan teraba jaringan.

Menurut Mansjoer (2008 : 263) *Abortus incomplit* ialah bila sudah sebagian jaringan janin dikeluarkan dari uterus.

b. Diagnosis Abortus Inkompletus

Diagnosis *Abortus Inkomplitus* menurut Manuaba (2008 : 60) dapat ditegakkan antara lain :

- 1) Tanda-tanda hamil muda atau *amenore*
- 2) Kram perut bagian bawah
- 3) Perdarahan sedang hingga banyak dari jalan lahir
- 4) Teraba sisa jaringan hasil konsepsi
- 5) Ostium uteri terbuka

6) Tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan

c. Diagnosis Banding Abortus Inkompletus

Diagnosis banding pada *Abortus Inkomplitus* menurut Benson dan Pernoll (2008:298) yaitu *kehamilan ektopik* dibedakan dari abortus spontan dengan adanya tanda dan gejala tambahan berupa nyeri pelvis unilateral atau nyeri pada massa adneksa. *Dismenore membranosa* mungkin sangat mirip dengan abortus spontan, tetapi tidak ada desidua dan villi pada silinder endometrium dan uji kehamilan negatif. *Hiperestrogenisme* dapat menyebabkan endometrium berproliferasi hebat dengan gejala kram dan perdarahan. *Mola hidatidosa* biasanya berakhir dengan abortus (<5 bulan) tetapi ditandai dengan kadar hCG yang sangat tinggi dan tidak adanya janin.

d. Penanganan Abortus Inkompletus

Menurut Saifuddin (2002 : M-13) penanganan *abortus Inkomplitus* adalah sebagai berikut:

1) Jika perdarahan tidak seberapa banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu evakuasi dapat dilakukan secara digital atau dengan *cunam ovum* untuk mengeluarkan hasil konsepsi. Jika perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 400 mg per oral.

2) Jika perdarahan banyak atau terus berlangsung dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi sisa hasil konsepsi dengan :

a) Aspirasi Vakum Manual (AVM) merupakan metode evaluasi yang terpilih. Evaluasi dengan kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan jika AVM tidak tersedia.

b) Jika evakuasi belum dapat dilakukan segera, beri ergometrin 0,2 mg IM atau Misoprostol 400 mg per oral (dapat diulang sesudah 4 jam jika perlu).

3) Jika kehamilan lebih dari 6 minggu :

a) Berikan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan IV (garam fisiologis atau larutan Ringer Laktat) dengan kecepatan 40 tetes/menit sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi.

b) Jika perlu berikan misoprostol 200 mg per vaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimal 800 mg)

c) Evakuasi hasil konsepsi yang tertinggal dalam uterus.

e. Perawatan Pasca Tindakan Abortus Inkompletus

Azhari (2002 : 9) mengatakan bahwa semua wanita yang mengalami abortus, baik spontan maupun buatan,

memerlukan asuhan pasca keguguran. Asuhan pasca keguguran terdiri dari:

1) Tindakan pengobatan *abortus inkomplit* dengan segala kemungkinan komplikasinya, meliputi :

a) Membuat diagnosis *abortus inkomplit*

b) Melakukan konseling tentang keadaan abortus dan rencana pengobatan.

c) Menilai keadaan pasien termasuk perlu atau tidak dirujuk.

d) Mengobati keadaan darurat serta komplikasi sebelum dan setelah tindakan.

e) Melakukan evakuasi sisa jaringan dari rongga Rahim.

2) Konseling dan pelayanan kontrasepsi pascakeguguran.

Kesuburan segera kembali setelah 12 hari pasca abortus. Kasdu (2005 :7) mengatakan bahwa wanita yang mengalami abortus diharapkan tidak hamil dalam waktu 3 bulan kemudian. Untuk itu pelayanan kontrasepsi hendaknya merupakan bagian dari pelayanan Asuhan Pasca keguguran. Secara praktek hampir semua jenis kontrasepsi dapat dipakai pasca abortus.

3) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Kejadian abortus hendaknya dijadikan kesempatan untuk memperhatikan segi lain dari Kesehatan Reproduksi. Misalnya masalah Penyakit Menular Seksual (PMS) dan skrining kanker ginekologik termasuk kanker payudara.

f. Elemen dasar dalam Asuhan Pasca Keguguran

Menurut Azhari (2002 : 7) ada tiga (3) elemen dasar dalam Asuhan Pasca keguguran yaitu:

- 1) Penatalaksanaan komplikasi abortus.
- 2) Pelayanan KB pascakeguguran termasuk konseling dan pelayanan kontrasepsi.
- 3) Asuhan pasca keguguran terintegrasi dengan pelayanan kegawatdaruratan dan kesehatan reproduksi termasuk KIE.

b. Asuhan pada ibu hamil

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan) untuk ibu selama masa kehamilannya, sesuai dengan standar minimal pelayanan antenatal yang meliputi 7T yaitu timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, pemberian

imunisasi TT, ukur tinggi fundus uteri, temu wicara dan pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama masa kehamilan (Saifuddin,2002).

Dari kebijakan program pelayanan ANC (*Antenatal Care*) menurut Saryono , 2010,p.10 ada 7T yaitu :

1) Timbang berat badan dan tinggi badan

Tinggi badan diperiksa sekali pada saat ibu hamil datang pertama kali kunjungan, dilakukan untuk mendeteksi tinggi badan ibu yang berguna untuk mengkategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Berat badan diukur setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB atau penurunan BB (Berat Badan). Kenaikan berat badan ibu normal rata-rata antara 6,5kg sampai 16 kg (Wikjosastro dalam kutipan Saryono, 2010.p.10)

Menurut buku asuhan kebidanan kehamilan (Saryono,2010.p.90) yaitu mengatakan kenaikan berat badan selama hamil 9-13,5 kg yaitu pada trimester 1 kenaikan berat badan minimal 0,7 –1,4 kg , pada trimester 2 kenaikan berat badan 4,1 kg dan pada trimester 3 kenaikan berat badan 9,5 kg.

Menurut Saryono, 2009.p.82 standar kenaikan berat selama hamil adalah sebagai berikut :

- a) Kenaikan berat badan trimester 1 kurang lebih 1 kg. kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu

b) Kenaikan berat badan trimester 2 adalah 3 kg atau 0,3 per minggu.

Sebesar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada ibu

c) Kenaikan berat badan trimester 3 adalah 6 kg

atau 0,3 sampai 0,5 kg per minggu. Sekitar 60% dan kenaikan

berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada janin.

Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

Menurut Saryono (2010.p.83) berat badan dilihat dari *Quetet* atau *Body mass indek* (Indek Masa Tubuh = IMT). Ibu

hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan

dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah.

Sedangkan berat badan *overweight* meningkatkan resiko atau

komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar

sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan. Penilaian indeks

masa tubuh diperoleh dengan rumus :

BB sebelum hamil (kg)

TB²(meter)

Tabel 2.1 Indek Masa Tubuh (IMT)

Nilai indeks masa tubuh (IMT)	Kategori
<20	<i>Underweight</i> (dibawah normal)
20-24,9	<i>Desirable</i> (normal)
25-29,9	<i>Moderate obesity</i> (gemuk/lebih dari normal)
Over 30	<i>Severe obesity</i> (sangat gemuk)

Nilai Indek Masa Tubuh (IMT) <20 pada ibu mempengaruhi ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) . Standar minimal untuk ukuran lingkar lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm maka interprestasinya adalah kurang energy kronis (KEK).

Tabel 1.2 Kategori Peningkatan Berat Badan saat Kehamilan berdasarkan IMT (kg)

	IMT <18,5 kg/m ²	IMT 18,5- 24,9 kg/m ²	IMT 25- 29,9 kg/m ²	IMT 30 kg/m ²
Rendah	<12,5	<11,5	<7	<5

Sedang	12,5-17	11,5-16	7-11,5	5-9
Tinggi	>17	>16	>11,5	>9

2) Ukur Tekanan Darah (TD)

Diukur dan diperiksa setiap kali ibu datang atau kunjungan ANC (*Antenatal Care*). Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala kearah hipertensi dan *preeklamsi*. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar systole /diastole : 110/80 sampai 120/80 mmHg. Menurut mufdlilah, 2009.p.29 mengatakan kenaikan tekanan darah dan tekanan diastole yang mencapai > 140/90 mmHg atau mengalami kenaikan 15 mmHg dalam 2 kali pengukuran dengan jarak 1 jam. Ibu hamil dikatakan dalam keadaan *preeklamsi* mempunyai 2 dari 3 *preeklamsi*. Apabila *preeklamsi* tidak dapat diatasi, maka akan berlanjut menjadi eklamsi. Dimana *eklampsi* merupakan salah satu faktor utama penyebab terjadinya kematian maternal.

Eklamsi merupakan salah satu penyebab kematian maternal yang seharusnya dapat dicegah atau dideteksi secara dini, melalui monitoring kenaikan tekanan darah dan kenaikan berat badan yang berlebihan, yang disebabkan adanya oedem. Bila ibu hamil menderita

eklampsia akan mengakibatkan *outcome* yang jelek, baik pada ibu maupun pada bayinya.

3) Pengukuran tinggi *fundus uteri*

Pengukuran tinggi *fundus uteri* dengan menggunakan pita, letakkan titik nol pada tepi atas symphysis dan rentangkan sampai *fundus uteri* (*fundus* tidak boleh ditekan). Menurut mufdlilah, 2009.p.29 pengukuran Tinggi *Fundus Uteri* (TFU) dilakukan secara rutin dengan tujuan mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Indikator pertumbuhan berat janin *intra uterine*, tinggi *fundus uteri* dapat juga mendeteksi secara dini terhadap terjadinya *mola hidatidosa* (kehamilan mola/kehamilan anggur), janin ganda atau hidramnion dimana ketiganya dapat mempengaruhi terjadinya kematian maternal.

Tabel 1.2 Tabel Tinggi *Fundus Uteri*

No	Tinggi fundus uteri(cm)	Umur kehamilan (minggu)
1	12 cm	12
2	16 cm	16
3	20 cm	20
4	24 cm	24
5	28 cm	28
6	32 cm	32

7	36 cm	36
8	40 cm	40

Menurut Vivian (2010.p.23) yaitu mengatakan perkiraan Tinggi *Fundus Uteri* (TFU) dari hasil penelitian menunjukkan hal-hal berikut: Pengukuran menggunakan pita pengukur memberikan hasil yang konsisten antar individu (walaupun masih terjadi sedikit variasi). Pengukuran Tinggi *Fundus Uteri* (TFU) pada kehamilan lanjut atau saat persalinan dalam posisi terlentang, terbukti memberikan hasil yang lebih tinggi dari yang sebenarnya sehingga hal tersebut menyebabkan perkiraan umur kehamilan yang salah. Program nasional menganjurkan posisi setengah duduk pada saat pengukuran Tinggi *Fundus Uteri* (TFU) diukur dengan menggunakan pita ukur standar untuk memberikan interpretasi pertumbuhan janin benar. Pengukuran Tinggi *Fundus Uteri* (TFU) bila dilakukan oleh petugas yang sama setiap kunjungan terbukti memiliki nilai prediktif yang baik terutama mengidentifikasi adanya gangguan pertumbuhan *intra uteri*.

Secara ringkas penelitian menunjukkan hal-hal berikut (Vivian,2010.p.24):

- a) Terdapat variasi yang lebar antara operator yang melakukan pengukuran Tinggi *Fundus Uteri* (TFU) dengan cara tradisional
- b) Menggunakan pita ukur untuk mengukur jarak antara tepi atas simfisis pubis dan fundus uteri dalam cm.

c) Ukuran dalam cm sesuai dengan umur kehamilan (dalam minggu) setelah umur kehamilan 24 minggu.

4) Pemberian tablet tambah darah (tablet Fe)

Tablet ini mengandung 200 mg Sulfat Ferosus 0,25 mg asamfolat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring dengan pertumbuhan janin (Dep. Kes RI, 1997). Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin yang adekuat. Cara pemberiannya adalah satu tablet Fe (tablet tambah darah) per hari, sesudah makan, selama masa kehamilan dan nifas.

Perlu diberitahukan kepada ibu bahwa normal bila warna tinja mungkin menjadi hitam setelah makan obat ini. Dosis tersebut tidak mencukupi pada ibu hamil yang mengalami anemia, terutama pada anemia berat (8 gr % atau kurang). Dosis yang dibutuhkan adalah sebanyak 1-2x 100 mg per hari selama 2 bulan sampai dengan melahirkan. Menurut Vivian, 2010.p.22 tablet Pemberian suplemen mikronutrien adalah tablet yang mengandung FeSO₄ 320 mg (=zat besi 60 mg) dan asam folat 500 ug sebanyak 1 tablet/hari segera setelah rasa mual hilang. Pemberian selama 90 tablet (3 bulan). Ibu

dinasihati agar tidak meminumnya bersama susu, teh/kopi agar tidak mengganggu penyerapan tablet zat besi dan menyarankan minum tablet zat besi menggunakan air putih atau air jeruk.

5) Pemberian imunisasi TT (*Tetanus Toxoid*)

Toksoid adalah preparat dari racun bakteri yang diubah secara kimiawi/*endotoksin* yang dibuat oleh bakteri. Tujuan pemberian imunisasi TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum. Efek samping vaksin TT yaitu nyeri, kemerah-merahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan. Ini akan sembuh dan tidak perlu pengobatan.

Tabel 1.3 Imunisasi TT Ibu hamil

imunisasi	Interval	Lama perlindungan	Perlindungan(%)
TT1	Pada kunjungan pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80%
TT3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95%

TT4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99%
TT5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun	99%

6) Tes terhadap penyakit menular seksual (PMS)

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

7) Temu wicara / konseling

a) Definisi konseling

Konseling adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya. Menurut Wiknjastro, 2007, p.32 Apabila ada masalah maka bidan akan melakukan rujukan sesuai fasilitas rujukan atau fasilitas yang

memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi dalam kandungan. Pada saat ibu melakukan kunjungan *antenatal*, jelaskan bahwa penolong akan selalu berupaya dan minta kerjasama yang baik dari suami atau keluarga ibu untuk mendapatkan layanan terbaik dan bermanfaat bagi kesehatan ibu dan bayinya, termasuk kemungkinan perlunya upaya rujukan.

Pada waktu terjadi penyulit, seringkali tidak cukup waktu untuk membuat rencana rujukan dan ketidaksiapan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Anjurkan ibu untuk membahas dan membuat rencana rujukan bersama suami dan keluarganya. Tawarkan penolong agar mempunyai kesempatan untuk berbicara dengan suami dan keluarganya untuk menjelaskan tentang rencana rujukan apabila diperlukan. Masukkan persiapan-persiapan dan informasi berikut kedalam rencana rujukan yaitu sebagai berikut:

- 1) Siapa yang akan menemani ibu atau bayi baru lahir
- 2) Tempat rujukan yang disukai ibu dan keluarga
- 3) Sarana transportasi yang akan digunakan dan siapa yang akan mengendarainya.
- 4) Orang yang ditunjuk menjadi donor darah

- 5) Uang yang disisihkan untuk asuhan medis, transportasi, obatobatan dan bahan-bahan
- 6) Siapa yang akan tinggal dan menemani anak-anak yang lain pada saat ibu tidak dirumah.

Asuhan sayang ibu dalam mempersiapkan rujukan atau untuk melakukan rujukan meliputi BAKSOKU yaitu :

1) B: (Bidan)

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan untuk menatalaksana gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir dibawa ke fasilitas rujukan

2) A: (Alat)

Bahwa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi) bersama ibu ke tempat rujukan.

3) K: (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk.

4) S: (Surat)

Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan bayi,

cantumkan alasan rujukan dan uraian hasil rujukan. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

5) O: (Obat)

Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obat tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.

6) K: (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman.

7) U: (Uang)

Ingat pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan.

b) Prinsip- prinsip konseling yaitu sebagai berikut:

- 1) Sikap dan respon positif
- 2) Keterbukaan
- 3) Empati
- 4) Dukungan
- 5) Setingkat atau sama sederajat

c) Tujuan konseling pada ANC (*Antenatal Care*)

- 1) Membantu ibu hamil memahami kehamilannya sebagai upaya preventif terhadap hal-hal yang tidak diinginkan

2) Membantu ibu hamil untuk menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan.

d) Dalam menetapkan kebutuhan untuk konseling spesifik harus disesuaikan dengan masalah yang dihadapi oleh ibu hamil berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan oleh bidan.

Beberapa kebutuhan konseling adalah pendidikan kesehatan tentang:

- 1) Tanda bahaya dalam kehamilan
- 2) Gizi pada ibu hamil
- 3) Persiapan persalinan
- 4) Imunisasi TT (*Tetanus Toksoid*)
- 5) Olahraga
- 6) Istirahat
- 7) Kebersihan
- 8) Pemberian ASI (Air Susu Ibu)
- 9) Aktifitas sosial
- 10) Kegiatan sehari-hari dalam pekerjaan
- 11) Obat-obatan dan merokok
- 12) Pakaian dan sepatu.

Tujuan asuhan antenatal menurut Saifuddin (2002), antara lain :

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Jadwal pemeriksaan :

- 1) Usia kehamilan dari hari pertama haid terakhir sampai 28 minggu : 4 minggu sekali
- 2) 28 - 36 minggu : 2 minggu sekali
- 3) Di atas 36 minggu : 1 minggu sekali

Kecuali jika ditemukan kelainan / faktor risiko yang memerlukan penatalaksanaan medik lain, pemeriksaan harus lebih sering dan intensif.

c. Kebutuhan Gizi Ibu Hamil

Pada permulaan kehamilan ibu telah harus makan-makanan yang mempunyai nilai gizi yang bermutu tinggi, maka olehkarena itu harus banyak makan yang mengandung protein, banyak ditemukan defisiensi Fe dan vitamin B12 pada calon ibu baik diberikan Fe sehingga sulfas ferosus 200 mg 3 kali sehari, kalsium dengan tablet berisi macam-macam vitamin seorang wanita hamil memerlukan 2000 kalori sehari (Wiknjosastro, 2005).

d. Informed Consent

Informed consent adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien untuk walinya yang berhak terhadap bidan untuk melaksanakan sesuatu tindakan kebidanan terhadap pasien sesudah memperoleh informasi lengkap dan yang dipahami mengenai tindakan itu. Informed consent merupakan butiran yang paling penting dalam pencegahan konflik etik yang sangat besar. Walaupun demikian bukan berarti informed consent dapat mengatasi permasalahan karena kita melihat yang terjadi selanjutnya dari luar dugaan, oleh karena itu bidan selalu dituntut untuk berbuat untuk berbuat baik untuk pasiennya sesuai kondisi (IBI, 2007).

1) Komponen partograf

- a) Catatan janin.
- b) Catatan kemajuan persalinan.
- c) Catatan ibu (Ujiningtyas, 2009).

2) Pengamatan yang dicatat dalam partograf

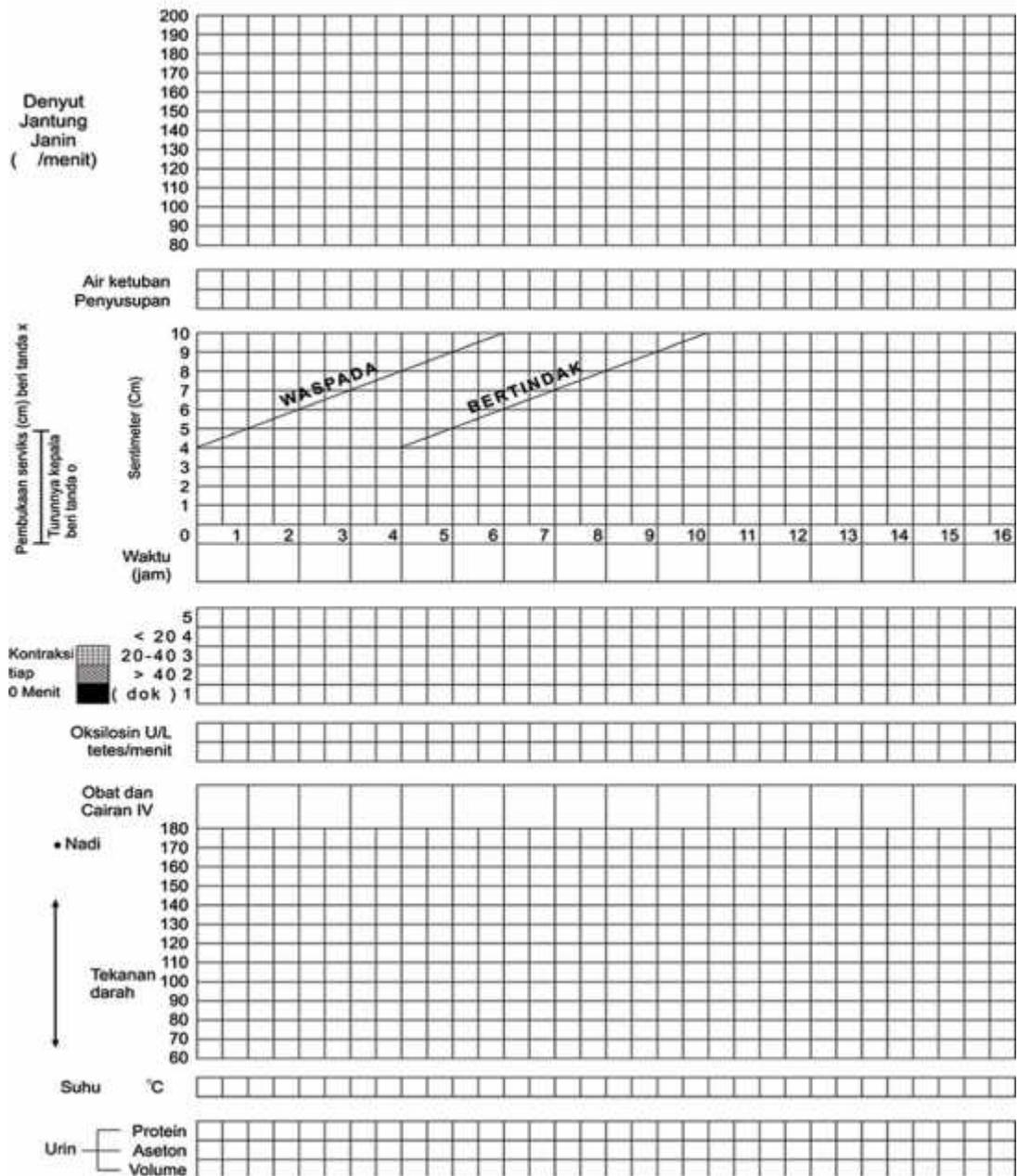
Tabel 2.2 Memantau Kemajuan Persalinan Menggunakan Partograf

Kemajuan persalinan	Keadaan Ibu	Keadaan Bayi
His/kontraksi (frekuensi, lamanya, kekuatan, dikontrol tiap 30 menit pada fase aktif.	Tanda vital	Periksa DJJ tiap 30 menit pada fase aktif.
Pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan bagian terendah, moelase), dikontrol 4 jam.	Status kandung kemih	Jika selaput ketuban pecah periksa : 1).Warnacairan (adanya mekonium) 2) kepekatan jumlah cairan
Pemeriksaan abdomen, pemeriksaan kepala, kecuali dievaluasi selama pemeriksaan dalam, dikontrol tiap 2 jam pada fase aktif.	Pemberian makanan/minum tiap 4 jam sekali.	

(Sumber : Saifuddin, 2010)

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____



Gambar 2.6 Partograf

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya,
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
a.
b.
c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Gambar 2.7 Partograf

2).Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaranjanin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2008). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Sumarah, 2008).

Partus biasa (normal) disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada LBK (letak belakang kepala) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Purwaningsih, 2010). Partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjastro, 2005).

b. Tanda-tanda inpartu

Menurut (Purwaningsih, 2010), tanda-tanda inpartu,antara lain :

- 1). Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.

- 2). Keluar ledir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- 3). Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4). Pemeriksaan dalam : servik mendatar dan pembukaan telah ada.

c. Tahapan persalinan

Menurut (Sumarah, 2008) tahapan persalinan dibagi menjadi :

1). Persalinan kala I

Adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 (nol) sampai pembukaan lengkap (10cm). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase:

- a) Fase laten (8 jam) : pembukaan 0 cm - pembukaan 3 cm.
- b) Fase aktif (7 jam) : pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10cm.

Fase aktif di bagi menjadi 3 fase yaitu:

- 1) Fase akselerasi : pembukaan 3 cm menjadi 4 cm,berlangsung 2 jam.
- 2) Fase dilatasi maksimal : pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, berlangsung 2 jam.
- 3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat 9 cm menjadi 10 cm, berlangsung 2 jam.

Tujuannya asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadahi selama persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan TTV : tekanan darah, nadi dan pernapasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadinya perdarahan (normal jika perdarahannya tidak melebihi 400-500cc).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1). *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan 3 faktor , yaitu jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang di dorong dalam satu mekanisme terpadu. Jalan lunak pada keadaan tertentu tidak akan membahayakan janin dan sangat menentukan proses persalinan (Manuaba,1998). Berdasarkan pada ciri-ciri bentuk PAP (Yanti, 2010) ada 4 bentuk dasar panggul, yaitu :

- a) *Ginekoid* : paling ideal,bulat 45%
- b) *Android* : panggul pria,segitiga 15%

c) *Anthropoid* : agak lonjong seperti telur 35%

1). Ukuran panggul

Ukuran panggul penting diketahui terutama pada kehamilan pertama, sehingga ramalan terhadap jalannya persalinan dapat ditentukan (Manuaba,1998). Ukuran-ukuran panggul (Sumarah, 2008), yaitu :

a) Ukuran-ukuran luar panggul

1. Distansia spinarum : jarak antara kedua spina iliaca anterior superior (24-26 cm).
2. Distansia cristarum : jarak antara kedua crista iliaca sinistra dekstra (28-30 cm).
3. Konjugata eksterna(distansia boudeloque) : diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas symfisis pubis (18-20 cm).
4. Lingkar panggul : jarak antara tepi atas symfisis pubis ke pertengahan antara trochanter dan spina iliaca anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas symfisis pubis (80-90 cm).

b) Ukuran-ukuran dalam panggul

1. PAP (Pintu Atas Panggul)

Adalah suatu bidang yang dibentuk oleh promontorium, lineinominata dan pinggir atas simfisis pubis.

- a. Belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.
- b. Diameter antero-posterior : ukuran dari tepi bawah simfisis ke ujung sacrum 11,5 cm.
- c. Diameter transversa : jarak antara tuber ischiadicum kanan dan kiri 10,5 cm.
- d. Diameter sagitalis posterior : ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran transversa 7,5 cm.
- e. Inklinatio pelvis (kemiringan panggul) adalah sudut yang terbentuk antara bidang semu PAP (Pintu Atas Panggul) dengan garis lurus tanah sebesar 55-60°.

2) Jenis panggul

Pada panggul ukuran normal apapun jenis pokoknya, kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesulitan dalam kelahiran. Karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal – hal lain, ukuran – ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil dari pada standart normal sehingga bisa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam. Panggul yang sempit membuat kala II menjadi lama karena diperlukan waktu untuk turunnya kepala dan untuk moulage.

Terutama kelainan pada panggul *android* dengan pintu atas panggul yang berbentuk segitiga berhubungan dengan penyempitan

di depan dengan spina iskiadika menonjol kedalam dan dengan arkus pubis menyempit. Salah satu jenis panggul ini menimbulkan distosia yang sukar diatasi (Wiknjosastro, 2008). Kesempitan panggul menurut (Wirakusumah,dkk,2005) dibagi menjadi :

- a) Kesempitan pintu atas panggul (konjugata vera 10 cm / diameter transversa < 12 cm).
- b) Kesempitan bidang tengah panggul (jumlah diameter transversa dan diameter sagitalis posterior 13,5 cm, diameter antara spina < 9cm).
- c) Kesempitan pintu bawah panggul (jarak antara os ischii 8 cm, arkus pubis dengan sendirinya akan meruncing).
- d) Kombinasi kesempitan pintu atas panggul, bidang tengah panggul, dan pintu bawah panggul. Pengaruh pada persalinan adalah persalinan menjadi lebih lama dari biasa, menyebabkan kelainan presentasi atau posisi janin, dapat terjadi rupturuteri sedangkan pengaru pada anak adalah kematian maternal meningkat pada pertus lama atau kala II yang lebih dari 1 jam (Wirakusumah, dkk, 2005).

Panggul sempit atau janin besar, terdapat gangguan daya dorong akibat anestesi regional atau sedasi kuat kala II dapat menjadi sangat lama (Cunningham, 2008). Persangkaan panggul sempit (Wirakusumah,dkk, 2005) diantaranya :

- a) Pada primipara kepala anak belum turun setelah minggu ke-36.
- b) Pada primipara ada perut menggantung.
- c) Pada multipara persalinan yang dulu-dulu sulit.
- d) Ada kelainan letak pada hamil tua.
- e) Terdapat kelainan bentuk badan ibu (cebol, *skoliosis*, pincang, dan lainlain).

3). CPD (*Disproporsi sefalopelvik*)

Artinya bahwa janin tidak dapat dilahirkan secara normal pervaginam, CPD terjadi karena bayi terlalu besar atau pelvis kecil. Pada proses persalinan menyebabkan partus macet (Saifuddin, 2006). *Cephalopelvic disproportion* adalah adanya partus macet yang disebabkan oleh ketidak sesuaian antara ukuran kepala janin dengan panggul ibu sehingga persalinan pervaginam tidak bisa berlangsung. Saat ini sudah jarang, sebagian besar *disproporsi* berasal dari malposisi kepala janin dalam panggul atau gangguan kontraksi uterus (Hidayat, 2009)

4). Kelainan jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak dapat menghalangi lancarnya persalinan. Tidak jarang distosia disebabkan adanya kelainan dari jaringan lunak urogenital. Keadaan yang sering dijumpai adalah distosia

yang disebabkan oleh tumor ovarium yang mengisi jalan lahir.
(Mochtar,1998).

5).Perut gantung

Perut gantung dijumpai pada multipara atau grande multipara karena melemahnya dinding perut. Uterus membengkok ke depan sedemikian rupa, sehingga letak fundus uteri dapat lebih rendah dari pada simfisis. Makin tua kehamilan, uterus makin bertambah ke depan sehingga fundus uteri lebih rendah dari simfisis. Akibatnya terjadi kesalahan letak janin, kepala janin tidak masuk ke ruang panggul sehingga pada proses persalinan pada kala I maupun kala II akan terganggu (Wiknjastro,2007).

2). *Passanger* (janin)

a. Janin besar

Dikatakan bayi besar adalah bayi memiliki berat badan melebihi 10 pound (4,536 gram) pada saat lahir, karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus, menyebabkan disfungsi persalinan, kemungkinan ruptur uterus, dan peningkatan insiden perdarahan post partum. Persalinan dapat menjadi lebih lama dan tindakan operasi pada

saat melahirkan menjadi lebih memungkinkan (Hamilton, 1995).

Pada janin besar, faktor keturunan memegang peranan sangat penting, dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes militus, pada postmaturitas dan pada grande multipara. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau kepala yang lebih keras tidak dapat memasuki pintu atas panggul, atau karena bahu yang lebar sulit melalui rongga panggul (Wiknjosastro, 2007). Pada makrosomia (berat badan janin lahir > 4500gr) menyebabkan distosia bahu di mana terjadi kegagalan bahu untuk melipat ke dalam panggul disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir (Saifuddin, 2006).

b. Berat Badan Janin

Berat Badan Janin Normal

Berat badan janin dapat mempengaruhi proses persalinan kala II. Berat neonatus pada umumnya < 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram (Wiknjosastro, 2007). Kriteria janin cukup bulan yang lama kandungannya 40 pekan mempunyai panjang 48-50 cm dan berat badan 2750-3000 gram. (Saifuddin, 2008).

Pada persalinan cukup bulan (*aterm*) dengan lama kehamilan 37-42 memiliki berat anak > 2500 gram (Wirakusumah,dkk, 2005). Bayi normal yaitu bayi yang mempunyai berat badan 2500-4000 gram, bayi berat lahir cukup dengan berat lahir > 2500 gram (Emi, 2008).

Pada janin yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Bagian paling keras dan besar dari janin adalah kepala, sehingga besarnya kepala janin mempengaruhi berat badan janin. Oleh karena itu sebagian ukuran kepala digunakan Berat Badan (BB) janin (Mochtar, 1998). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa berat badan janin normal adalah 2500-4000 gram.

c. Kelainan letak, presentasi atau posisi

1). Presentasi dahi

Keadaan dimana kedudukan kepala berada di antara fleksi maksimal dan defleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Pada dasarnya merupakan kedudukan yang bersifat sementara, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi muka atau presentasi belakang kepala. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba sutura frontalis, yang bila diikuti pada ujung yang satu diraba ubun-ubun

besar dan pada ujung lain teraba pangkal hidung dan lingkaran orbita. Pada presentasi dahi ini mulut dan dagu tidak dapat diraba. Pada proses persalinan membutuhkan waktu lama dan hanya 15% berlangsung spontan (Wiknjosastro, 2007).

2). Presentasi muka

Presentasi muka adalah keadaan di mana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap ke bawah, dikatakan presentasi muka sekunder bila baru terjadi pada waktu persalinan. Pada pemeriksaan dalam bila muka sudah masuk ke dalam rongga panggul, jari pemeriksa dapat meraba dagu, mulut, hidung dan pinggir orbita. Presentasi ini dapat ditemukan pada panggul sempit atau pada janin besar, multiparitas dan perut gantung. Kesulitan kelahiran pada presentasi muka dengan posisi mento posterior ini disebabkan karena kepala sudah berada dalam defleksi maksimal dan tidak mungkin menambah defleksinya lagi, sehingga kepala dan bahu terjepit dalam panggul dan persalinan tidak akan maju. Kesulitan persalinan dapat terjadi karena adanya kesempitan

panggul dan janin yang besar yang menyebabkan presentasi muka.

3). Posisi oksiput posterior peristens

Adalah keadaan dimana ubun-ubun kecil tidak berputar ke depan, sehingga tetap di belakang. Penyebabnya ialah usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Contohnya otot-otot dasar panggul yang sudah lembek pada multipara sehingga tidak ada paksaan pada belakang kepala janin untuk memutar ke depan atau pada panggul android yang diameter anteroposterior panggul lebih panjang dari diameter transversa atau segmen depan menyempit seperti pada panggul android maka ubun-ubun kecil akan mengalami kesulitan memutar ke depan (Wiknjosastro, 2007).

3). *Power*

a. His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus (*uterine contraction*) selama atau pada saat persalinan. His yang sempurna mempunyai kekuatan paling tinggi di fundus uteri pada kala II his menjadi lebih efektif, terkoordinasi, simetris denganfundal dominan, kuat dan lebih lama 60-90 detik (Mochtar,1998). Pada akhir kala I atau kala II, jumlah kontraksi adalah 3-4 kali tiap 10

menit (2-3 menit sekali) dengan intensitas 50-60 mmHg (Siswosudarmo,2008).

Sifat-sifat his yang baik adalah :

- 1) Teratur.
- 2) Makin lama makin sering, intensitas makin kuat, durasi makin lama.
- 3) Ada dominansi fundus.
- 4) Menghasilkan pembukaan dan atau penurunan kepala.

His yang tidak normal dalam kekuatan dan sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir saat persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Menurut (Wiknjosastro, 2007) secara teoritis kelainan his dibagi menjadi:

- a) Inersia uteri primer

Adalah kontraksi uterus lebih lama, singkat dan jarang dari pada biasa. Keadaan penderita biasanya baik dan rasa nyeri tidak seberapa. Selamaketuban masih utuh umumnya tidak banyak bahaya, baik bagi ibu maupun bagi janin, kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama, hal ini meningkatkan morbiditas dan mortalitas janin.

b) Inersia uteri sekunder

Adalah timbul setelah berlangsungnya his kuat untuk waktu lama. Ditemukan pada wanita yang tidak diberi pengawasan baik waktu persalinan. Inersia uteri menyebabkan persalinan akan berlangsung lama dengan akibat akibatnya pada ibu dan janin (Mochtar, 1998).

c) Incoordinate *uterine action*

Adalah his berubah, tonus otot uterus meningkat di luar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak adanya sinkronasi antara kontraksi bagian-bagiannya. Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Kadang-kadang persalinan lama dengan ketuban yang sudah lama pecah, menyebabkan penyempitan kavum uteri yaitu padalingkaran kontraksi. Dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam dan pembukaan yang sudah lengkap. Menyebabkan persalinan tidak maju karena distosia servikalis. Pada primigravida kala I. menjadi lebih lama, menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju.

Lama persalinan pada kala I

Persalinan dengan kala I lama adalah persalinan yang fase latennya berlangsung lebih dari 8 jam dan pada fase aktif laju pembukaannya tidak adekuat atau bervariasi; kurang dari 1 cm setiap jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan; kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan kurang dari 1,5 per jam pada multipara; lebih dari 12 jam sejak pembukaan 4 sampai pembukaan lengkap (rata-rata 0,5 cm per jam). Insiden ini terjadi pada 5 persen persalinan dan pada primigravida insidensinya dua kali lebih besar daripada multigravida (Simkin, 2005; Saifuddin, 2009).

Fase Laten Memanjang (*Prolonged latent phase*) Adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu (Saifuddin, 2009).

Patofisiologi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama meliputi kelainan letak janin seperti letak sungsang, letak lintang, presentasi muka, dahi dan puncak kepala, Kelainan panggul seperti pelvis terlalu kecil dan CPD (*cephalopelvic disproportion*), kelainan his seperti *inersia uteri*, *incoordinate uteri action*. Kelainan-kelainan tersebut dapat mengakibatkan pembukaan serviks berjalan sangat lambat, akibatnya kala I menjadi lama (Saifuddin, 2009).

Tanda Klinis :

Menurut Mochtar (2011) tanda klinis kala I lama terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi:

a. Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban yang berbau, terdapat meconium.

b. Pada janin

1. Denyut jantung janin cepat/hebat/tidak teratur bahkan negatif; air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.

- a) Kaput suksedaneum yang besar.
- b) Moulage kepala yang hebat.
- c) Kematian janin dalam kandungan.
- d) Kematian janin intra partal.

Komplikasi pada Ibu dan Janin Akibat Kala I Lama

a. Bagi ibu

1. Ketuban pecah dini

Apabila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh

os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi (Wijayarini, 2004).

2. Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan janin pada kasus persalinan lama, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang (Wijayarini, 2004).

3. Ruptur Uterus

Penipisan segmen bawah rahim yang abnormal menimbulkan bahaya serius selama persalinan lama. Jika disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh ruptur (Cunningham, 2013).

4. Cedera dasar panggul

Cedera pada otot dasar panggul, persarafan, atau fascia penghubung adalah konsekuensi kelahiran pervaginam yang sering terjadi, terutama apabila pelahirannya sulit (Cunningham, 2013).

5. Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tensi mungkin normal atau telah turun, temperatur meningkat (Manuaba, 2004).

6. Pemeriksaan dalam

Pada pemeriksaan dalam terdapat oedema serviks, dan air ketuban bercampur dengan mekoneum (Manuaba, 2004)

b. Bagi janin

Persalinan dengan kala I lama dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi sampai bradikardi. Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST atau OCT menunjukkan asfiksia intrauterin. Dan pada pemeriksaan sampel darah kulit kepala menuju pada anaerobik metabolisme dan asidosis. Selain itu, persalinan lama juga dapat berakibat adanya kaput suksidaneum yang besar (pembengkakan kulit kepala) seringkali terbentuk pada bagian kepala yang paling dependen, dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala (Hollingworth, 2012 ; Manuaba, 2013 ; Wijayarini, 2004).

Kilpatric dan Laros (1989) melaporkan bahwa merata lama persalinan kala I dan kala II adalah sekitar 9 jam pada nulipara tanpa analgesia regional, dan pada multipara adalah sekitar 6 jam. Mereka mendefinisikan awal persalinan sebagai waktu saat wanita mengalami kontraksi teratur yang nyeri 3 sampai 5 menit dan menyebabkan pembukaan serviks. Pembukaan serviks saat wanita dirawat tidak

disebutkan. Paritas dan pembukaan serviks saat dirawat merupakan penentu yang penting terhadap lama persalinan (Cunningham, 2008).

Median durasi kala II adalah 50 menit pada nulipara dan 20menit pada multipara, tetapi hal ini dapat sangat bervariasi. Pada seorang wanita yang mempunyai paritas lebih tinggi dengan vagina dan perineum yang lemas, untuk menyelesaikan kelahiran bayi cukup membutuhkan dua atau tiga daya dorong setelah pembukaan servik lengkap (Cunningham,2006).

Kala II Persalinan (Kala Pengeluaran Janin)

Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Median durasinya adalah 50 menit untuk primipara dan 20 menit untuk multipara.Pada wanita dengan paritas tinggi yang vagina dan perineumnya sudah melebar, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya pada seorang wanita dengan panggul sempit atau janin besar atau dengan kelainan gaya ekspulsif akibat anesthesia regional maka kala II dapat sangat memanjang.

Gejala utama kala II (JNPK-KR, 2008) adalah :

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vagina.

- c. Perineum menonjol.
- d. Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya :

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Cara membimbing ibu untuk meneran, antara lain :

- 1) Menganjurkan ibu untuk mendapat posisi nyaman (berbaring miring atau jalan-jalan).
- 2) Mengajarkan ibu untuk cara bernafas saat ada kontraksi.
- 3) Memberitahu ibu untuk menahan diri untuk meneran bila pembukaan belum lengkap.
- 4) Membimbing ibu meneran secara efektif dan benar mengikuti dorongan alamiah yang terjadi selama kontraksi.
- 5) Menanjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi dan menawarkan minum pada ibu.
- 6) Meminta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran.

Kala II memanjang (*prolonged expulsive phase*)

Upaya mengedani ibu menambah risiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta. Dianjurkan secara spontan, mengedani (menahan nafas terlalu lama tidak dianjurkan). Jika

malpresentasi dan tanda obstruksi bisa disingkarkan, berikan oksitosin drip. Jika pemberian oksitosin drip tidak ada dalam kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan vacuum atau forcep bila persyaratan dipenuhi. Lahirkan dengan seksio sesarea bila persyaratan vacuum dan forcep tidak terpenuhi (Saifuddin, 2008).

Efek pada ibu :

- 1) Sistem tekanan tertutup dalam rongga dada, menyebabkan aliran darah menurun, curah jantung menurun, tekanan darah menurun, dan aliran darah ke plasenta menurun.
- 2) Tahanan pembuluh darah kapiler meningkat (kepala dan wajah, lengan dan kaki) menyebabkan wajah memerah.
- 3) Kadar O₂ ibu menurun dan kadar CO₂ meningkat sehingga ibu mengalami kehabisan nafas, tekanan darah meningkat, pecahnya pembuluh-pembuluh kapiler di wajah, leher dan mata (*petechialhemorrhages*)

Efek pada bayi :

Kandungan O₂ dalam darah arteri menurun dan aliran darah ke jantung menurun, O₂ yang tersedia untuk janin menurun menyebabkan hipoksia janin (Yuningsih, 2005).

3).Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a).Pengertian

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

b).Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

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

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

e) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK-KR, 2008).

2) Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah lahir lakukan penilaian awal secara cepat dan tepat (0-30 detik) buat diagnosa 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 2.3Apgar Skor

Skor	0	1	2
Appearane color(warna kulit)	Biru pucat	Badan merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	Lambat < 100x/menit	> 100x/menit

Grimace (reaksi terhad ap rangsangan)	Tidak ada	Merintih	Menangis dengan kuat, batuk/ bersin
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

(Sumber : Saifuddin, 2006)

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

a. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

1) Pemeriksaan tanda-tanda vital

a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)

b) Suhu tubuh ($36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C)

c) Pernafasan (40-60 kali per menit)

2) Pemeriksaan antropometri (Muslihatun, 2011)

- a) Berat badan (2500-3000 gram)
- b) Panjang badan (45-50 cm)
- c) Lingkar kepala (33-35 cm)
- d) Lingkar dada (30-33 cm)

3) Pemeriksaan fisik

- a) Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling, perlu dikurangi rangsangan terhadap reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan.
- b) Keaktifan pada bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan yang simetris pada waktu bangun. Adanya temor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala auatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.
- c) Simetris pada bayi apakah secara keseluruhan badan seimbang. Kepala: apakah terlihat simetris, benjolan seperti tumor yang lunak dibelakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang ini disebabkan akibat proses kelahiran, benjolan pada kepala, pengukuran lingkar kepala dapat ditunda sampai kondisi benjol (capput succedaneum) dikepala hilang dan jika terjadi moulase, tunggu hingga kepala bayi kembali pada bentuknya semula.

- d) Muka wajah pada bayi tampak ekspresi, mata: perhatikan kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, perhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu.
- e) Mulut bayi penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi, saliva tidak terdapat pada bayi normal, bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna.
- f) Leher, dada, abdomen terlihat adanya cedera akibat persalinan. Perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernafasan bayi, karena bayi masih ada pernafasan mulut.
- g) Punggung terdapat adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Bahu, tangan, sendi, tungkai, perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktor (bila ekstremitas lunglai/kurang gerak), farices.
- h) Kulit dan kuku dalam keadaan normal kulit bewarna kemerahan, kadang kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan, pengeluaran yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan, waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (cutis marmorata) ini dapat disebabkan karena temperature dingin, telapak tangan, telapak

kaki dan kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat dan kuning, bercak bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (monglian spot) akan menghilang pada umur 1 sampai 5 tahun.

- i) Kelancaran menghisap dan pencernaan harus diperhatikan. Tinja dan kemih diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut, untuk kemungkinan Hirschprung/Congenital Megacolon.
- j) Refleks, refleks rooting, bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Refleks isap, terjadi apabila terdapat tanda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan. Refleks morro ialah timbulnya pergerakan tangan yang simetris seperti merangkul apabila kepala tiba-tiba di gerakan. Refleks mengeluarkan lidah terjadi apabila diletakan pada benda di dalam mulut, yang sering di tafsirkan bayi menolak makanan/minuman.
- k) Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan.

4) Konseling

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

b. 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 Inisiasi Menyusui Dini (IMD) (Sumarah, dkk,2009).

c. 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. Ketuban Mekoneal

Air ketuban merupakan cairan berwarna kuning transparan, agak keruh, albuminos berada disekitar fetus, didalam ruang yang diliputi selaput janin yaitu lapisan amnion dan chorion. Volume cairan ketuban pada hamil cukup bulan 1000-1500 ml, mempunyai bau yang khas, agak amis.

1).Definisi sindrom aspirasi mekonial

Sindroma aspirasi mekonium (SAM) adalah kumpulan gejala yang diakibatkan oleh terhisapnya mekonium kedalam saluran pernafasan bayi. Sindroma Aspirasi Mekoniium terjadi jika janin menghirup mekonium yang tercampur dengan cairan ketuban, baik ketika bayi masih berada di dalam rahim maupun sesaat setelah dilahirkan. Mekonium adalah tinja janin yang

pertama. Merupakan bahan yang kental, lengket dan berwarna hitam kehijauan, mulai bisa terlihat pada kehamilan 34 minggu.

2). Etiologi sindrom aspirasi mekonial

Aspirasi mekonium terjadi jika janin mengalami stres selama proses persalinan berlangsung. Bayi seringkali merupakan bayi post-matur (lebih dari 40 minggu). Selama persalinan berlangsung, bayi bisa mengalami kekurangan oksigen. Hal ini dapat menyebabkan meningkatnya gerakan usus dan pengenduran otot anus, sehingga mekonium dikeluarkan ke dalam cairan ketuban yang mengelilingi bayi di dalam rahim.

Cairan ketuban dan mekonium bercampur membentuk cairan berwarna hijau dengan kekentalan yang bervariasi. Jika selama masih berada di dalam rahim janin bernafas atau jika bayi menghirup nafasnya yang pertama, maka campuran air ketuban dan mekonium bisa terhirup ke dalam paru-paru. Mekonium yang terhirup bisa menyebabkan penyumbatan parsial ataupun total pada saluran pernafasan, sehingga terjadi gangguan pernafasan dan gangguan pertukaran udara di paru-paru. Selain itu, mekonium juga menyebabkan iritasi dan peradangan pada saluran udara, menyebabkan suatu pneumonia kimiawi.

Cairan ketuban yang berwarna kehijauan disertai kemungkinan terhirupnya cairan ini terjadi pada 5-10% kelahiran. Sekitar

sepertiga bayi yang menderita sindroma ini memerlukan bantuan alat pernafasan.

Aspirasi mekonium merupakan penyebab utama dari penyakit yang berat dan kematian pada bayi baru lahir.

a) Faktor resiko terjadinya sindroma aspirasi mekonium:

- 1) Kehamilan post-matur
- 2) Pre-eklamsi
- 3) Ibu yang menderita diabetes
- 4) Ibu yang menderita hipertensi
- 5) Persalinan yang sulit
- 6) Gawat janin
- 7) Hipoksia intra-uterin (kekurangan oksigen ketika bayi masih berada dalam rahim).

b) Patofisiologi

SAM seringkali dihubungkan dengan suatu keadaan yang kita sebut fetal distress. Pada keadaan ini, janin yang mengalami distress akan menderita hipoksia (kurangnya oksigen di dalam jaringan). Hipoksia jaringan menyebabkan terjadinya peningkatan aktivitas usus disertai dengan meleemasnya spinkter anal. Maka lepaslah mekonium ke dalam cairan amnion.

c) Tanda dan Gejala

Gejalanya berupa:

- 1) Cairan ketuban yang berwarna kehijauan atau jelas terlihat adanya mekonium di dalam cairan ketuban
- 2) Kulit bayi tampak kehijauan (terjadi jika mekonium telah dikeluarkan lama sebelum persalinan)
- 3) Ketika lahir, bayi tampak lemas/lemah
- 4) Kulit bayi tampak kebiruan (sianosis)
- 5) Takipneu (laju pernafasan yang cepat)
- 6) Apneu (henti nafas)
- 7) Tampak tanda-tanda post-maturitas

d) Penatalaksanaan

Tergantung pada berat ringannya keadaan bayi, mungkin saja bayi akan dikirim ke unit perawatan intensif neonatal (neonatal intensive care unit (NICU)).

Tata laksana yang dilakukan biasanya meliputi :

1) Umum

Jaga agar bayi tetap merasa hangat dan nyaman, dan beri oksigen.

2) Farmakoterapi

Obat yang diberikan, antara lain antibiotika. Antibiotika diberikan untuk mencegah terjadinya komplikasi berupa infeksi ventilasi mekanik.

e) Fisioterapi

Yang dilakukan adalah fisioterapi dada. Dilakukan penepukan pada dada dengan maksud untuk melepaskan lendir yang kental.

Pada SAM berat dapat juga dilakukan:

1). Pemberian terapi surfaktan.

2). Pemakaian ventilator khusus untuk memasukkan udara beroksigen tinggi ke dalam paru bayi.

3). Penambahan nitrit oksida (nitric oxide) ke dalam oksigen yang terdapat di dalam ventilator. Penambahan ini berguna untuk melebarkan pembuluh darah sehingga lebih banyak darah dan oksigen yang sampai ke paru bayi. Bila salah satu atau kombinasi dari ke tiga terapi tersebut tidak berhasil, patut dipertimbangkan untuk menggunakan extra corporeal membrane oxygenation (ECMO). Pada terapi ini, jantung dan paru buatan akan mengambil alih sementara aliran darah dalam tubuh bayi.

e) Asfiksia pada Neonatorum

1) Pengertian

Asfiksia neonatorum adalah keadaan gawat bayi yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan oksigen dan makin meningkatkan karbon dioksida yang

menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Manuaba, 2007).

2) Klasifikasi Asfiksia

Berdasarkan nilai APGAR (*Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration*) asfiksia diklasifikasikan menjadi 4, yaitu:

- a). Asfiksia berat dengan nilai APGAR 0-3
- b). Asfiksia sedang dengan nilai APGAR 4-6
- c). Bayi normal atau sedikit asfiksia dengan nilai APGAR 7-9
- d). Bayi normal dengan nilai APGAR 10 (Ghai, 2010)

3) Etiologi dan Faktor Risiko Asfiksia

Beberapa kondisi tertentu pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah uteroplasenter sehingga pasokan oksigen ke bayi menjadi berkurang yang mengakibatkan hipoksia bayi di dalam rahim dan dapat berlanjut menjadi asfiksia bayi baru lahir.

Beberapa faktor tertentu diketahui dapat menjadi penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir, diantaranya adalah (Gomella, 2009):

- a). Faktor ibu
 - Pre-eklamsi dan eklamsi

- Pendarahan abnormal (plasenta previa atau solusio plasenta)
- Kehamilan Lewat Waktu (sesudah 42 minggu kehamilan)
- Partus lama (rigid serviks dan atonia/ insersi uteri).
- Ruptur uteri yang memberat, kontraksi uterus yang terus-menerus mengganggu sirkulasi darah ke plasenta.
- Perdarahan banyak: plasenta previa dan solutio plasenta (Gomella,2009).

b). Faktor Tali Pusat

- Lilitan tali pusat
- Tali pusat pendek
- Simpul tali pusat
- Prolapsus tali pusat(Gomella, 2009).

c). Faktor Bayi

- Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan)
- Persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forseps)
- Kelainan bawaan (kongenital)
- Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan) (Gomella, 2009 & Toweil 1966)

4).Patofisiologi

Cara bayi memperoleh oksigen sebelum dan setelah lahir;
Sebelum lahir, paru janin tidak berfungsi sebagai sumber oksigen

atau jalan untuk mengeluarkan karbon dioksida. Pembuluh arteriol yang ada di dalam paru janin dalam keadaan konstriksi sehingga tekanan oksigen (pO_2) parsial rendah. Hampir seluruh darah dari jantung kanan tidak dapat melalui paru karena konstriksi pembuluh darah janin, sehingga darah dialirkan melalui pembuluh yang bertekanan lebih rendah yaitu duktus arteriosus kemudian masuk ke aorta(Perinasia, 2006).

Setelah lahir, bayi akan segera bergantung pada paru-paru sebagai sumber utama oksigen. Cairan yang mengisi alveoli akan diserap ke dalam jaringan paru, dan alveoli akan berisi udara. Pengisian alveoli oleh udara akan memungkinkan oksigen mengalir ke dalam pembuluh darah di sekitar alveoli (Perinasia, 2006).

Arteri dan vena umbilikalis akan menutup sehingga menurunkan tahanan pada sirkulasi plasenta dan meningkatkan tekanan darah sistemik. Akibat tekanan udara dan peningkatan kadar oksigen di alveoli, pembuluh darah paru akan mengalami relaksasi sehingga tahanan terhadap aliran darah berkurang (Perinasia, 2006).

Keadaan relaksasi tersebut dan peningkatan tekanan darah sistemik, menyebabkan tekanan pada arteri pulmonalis lebih rendah dibandingkan tekanan sistemik sehingga aliran darah paru

meningkat sedangkan aliran pada duktus arteriosus menurun. Oksigen yang diabsorpsi di alveoli oleh pembuluh darah di vena pulmonalis dan darah yang banyak mengandung oksigen kembali ke bagian jantung kiri, kemudian dipompakan ke seluruh tubuh bayi baru lahir. Pada kebanyakan keadaan, udara menyediakan oksigen (21%) untuk menginisiasi relaksasi pembuluh darah paru. Pada saat kadar oksigen meningkat dan pembuluh paru mengalami relaksasi, duktus arteriosus mulai menyempit. Darah yang sebelumnya melalui duktus arteriosus sekarang melalui paru-paru, akan mengambil banyak oksigen untuk dialirkan ke seluruh jaringan tubuh (Perinasia, 2006).

Pada akhir masa transisi normal, bayi menghirup udara dan menggunakan paru-parunya untuk mendapatkan oksigen. Tangisan pertama dan tarikan napas yang dalam akan mendorong cairan dari jalan napasnya. Oksigen dan pengembangan paru merupakan rangsang utama relaksasi pembuluh darah paru. Pada saat oksigen masuk adekuat dalam pembuluh darah, warna kulit bayi akan berubah dari abu-abu/biru menjadi kemerahan (Perinasia; 2006).

Reaksi bayi terhadap kesulitan selama masa transisi normal ; Bayi baru lahir akan melakukan usaha untuk menghirup udara ke dalam paru-parunya yang mengakibatkan cairan paru keluar dari alveoli ke jaringan interstitial di paru sehingga oksigen dapat

dihantarkan ke arteriol pulmonal dan menyebabkan arteriol berelaksasi. Jika keadaan ini terganggu maka arteriol pulmonal akan tetap berkonstriksi, alveoli tetap terisi cairan dan pembuluh darah arteri sistemik tidak mendapat oksigen (Perinasia, 2006).

Pada saat pasokan oksigen berkurang, akan terjadi konstriksi arteriol pada organ seperti usus, ginjal, otot dan kulit, namun demikian aliran darah ke jantung dan otak tetap stabil atau meningkat untuk mempertahankan pasokan oksigen. Penyesuaian distribusi aliran darah akan menolong kelangsungan fungsi organ-organ vital. Walaupun demikian jika kekurangan oksigen berlangsung terus maka terjadi kegagalan fungsi miokardium dan kegagalan peningkatan curah jantung, penurunan tekanan darah, yang mengakibatkan aliran darah ke seluruh organ akan berkurang. Sebagai akibat dari kekurangan perfusi oksigen dan oksigenasi jaringan, akan menimbulkan kerusakan jaringan otak yang irreversible, kerusakan organ tubuh lain, atau kematian.

Keadaan bayi yang membahayakan akan memperlihatkan satu atau lebih tanda-tanda klinis seperti tonus otot buruk karena kekurangan oksigen pada otak, otot dan organ lain; depresi pernapasan karena otak kekurangan oksigen; bradikardia (penurunan frekuensi jantung) karena kekurangan oksigen pada otot jantung atau sel otak; tekanan darah rendah karena kekurangan

oksigen pada otot jantung, kehilangan darah atau kekurangan aliran darah yang kembali ke plasenta sebelum dan selama proses persalinan, takipnu (pernapasan cepat) karena kegagalan absorpsi cairan paru-paru dan sianosis karena kekurangan oksigen di dalam darah(Perinasia, 2006).

5).Manifestasi klinis Asfiksia

- Denyut jantung janin lebih dari 100x/mnt atau kurang dari 100x/menit dan tidak teratur
- Mekonium dalam air ketuban ibu
- Apnoe
- Pucat
- Sianosis
- Penurunan kesadaran terhadap stimulus
- Kejang (Ghai, 2010)

6).Diagnosis Asfiksia

Anamnesis

Anamnesis diarahkan untuk mencari faktor risiko terhadap terjadinya asfiksia neonatorum.

- Gangguan/ kesulitan waktu lahir.
- Cara dilahirkan.

- Ada tidaknya bernafas dan menangis segera setelah dilahirkan (Ghai, 2010).

Pemeriksaan fisik

- Bayi tidak bernafas atau menangis.
- Denyut jantung kurang dari 100x/menit.
- Tonus otot menurun.
- Bisa didapatkan cairan ketuban ibu bercampur mekonium, atau sisa mekonium pada tubuh bayi.
- BBLR (berat badan lahir rendah) (Ghai, 2010).

Pemeriksaan penunjang

Laboratorium: hasil analisis gas darah tali pusat menunjukkan hasil asidosis pada darah tali pusat jika:

- $\text{PaO}_2 < 50 \text{ mm H}_2\text{O}$
- $\text{PaCO}_2 > 55 \text{ mm H}_2$
- $\text{pH} < 7,30$ (Ghai, 2010)

7).Penatalaksanaan

Penatalaksanaan secara umum pada bayi baru lahir dengan asfiksia menurut Wiknjosastro (2005) adalah sebagai berikut:

a) Pengawasan suhu

Bayi baru lahir secara relatif kehilangan panas yang diikuti oleh penurunan suhu tubuh, sehingga dapat mempertinggi metabolisme sel jaringan sehingga kebutuhan

oksigen meningkat, perlu diperhatikan untuk menjaga kehangatan suhu bayi baru lahir dengan:

- 1) Mengeringkan bayi dari cairan ketuban dan lemak.
- 2) Menggunakan sinar lampu untuk pemanasan luar.
- 3) Bungkus bayi dengan kain kering.

b) Pembersihan jalan nafas

Saluran nafas bagian atas segera dibersihkan dari lendir dan cairan amnion, kepala bayi harus posisi lebih rendah sehingga memudahkan keluarnya lendir.

c) Rangsangan untuk menimbulkan pernafasan

Rangsangan nyeri pada bayi dapat ditimbulkan dengan memukul kedua telapak kaki bayi, menekan tendon achilles atau memberikan suntikan vitamin K. Hal ini berfungsi memperbaiki ventilasi.

Menurut Perinasia (2006), Cara pelaksanaan resusitasi sesuai tingkatan asfiksia, antara lain:

1). Asfiksi Ringan (Apgar score 7-10)

Caranya:

- a. Bayi dibungkus dengan kain hangat

- b. Bersihkan jalan napas dengan menghisap lendir pada hidung kemudian mulut
- c. Bersihkan badan dan tali pusat.
- d. Lakukan observasi tanda vital dan apgar score dan masukan ke dalam inkubator.

2). Asfiksia sedang (Apgar score 4-6)

Caranya:

- a. Bersihkan jalan napas.
- b. Berikan oksigen 2 liter per menit.
- c. Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki apabila belum ada reaksi, bantu pernapasan dengan melalui masker (ambubag).
- d. Bila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc. Dextrosa 40% sebanyak 4cc disuntikan melalui vena umbilikus secara perlahan-lahan, untuk mencegah tekanan intra kranial meningkat.

3). Asfiksia berat (Apgar skor 0-3)

Caranya:

- a. Bersihkan jalan napas sambil pompa melalui ambubag.

- b. Berikan oksigen 4-5 liter per menit.
- c. Bila tidak berhasil lakukan ETT.
- d. Bersihkan jalan napas melalui ETT.
- e. Apabila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc. Dextrosa 40% sebanyak 4cc.

Menurut Perinasia (2006), Cara pelaksanaan resusitasi sesuai tingkatan asfiksia, antara lain:

1). Asfiksi Ringan (Apgar score 7-10)

Caranya:

- a. Bayi dibungkus dengan kain hangat
- b. Bersihkan jalan napas dengan menghisap lendir pada hidung kemudian mulut
- c. Bersihkan badan dan tali pusat.
- d. Lakukan observasi tanda vital dan apgar score dan masukan ke dalam inkubator.

2). Asfiksia sedang (Apgar score 4-6)

Caranya:

- a. Bersihkan jalan napas.

- b. Berikan oksigen 2 liter per menit.
- c. Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki apabila belum ada reaksi, bantu pernapasan dengan melalui masker (ambubag).
- d. Bila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc. Dextrosa 40% sebanyak 4cc disuntikan melalui vena umbilikus secara perlahan-lahan, untuk mencegah tekanan intra kranial meningkat.

3). Asfiksia berat (Apgar skor 0-3)

Caranya:

- a. Bersihkan jalan napas sambil pompa melalui ambubag.
- b. Berikan oksigen 4-5 liter per menit.
- c. Bila tidak berhasil lakukan ETT.
- d. Bersihkan jalan napas melalui ETT.
- e. Apabila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc. Dextrosa 40% sebanyak 4cc.

8). Pencegahan

a. Pencegahan secara Umum

Pencegahan terhadap asfiksia neonatorum adalah dengan menghilangkan atau meminimalkan faktor risiko penyebab asfiksia. Derajat kesehatan wanita, khususnya ibu hamil harus baik. Komplikasi saat kehamilan, persalinan dan melahirkan harus dihindari. Upaya peningkatan derajat kesehatan ini tidak mungkin dilakukan dengan satu intervensi saja karena penyebab rendahnya derajat kesehatan wanita adalah akibat banyak faktor seperti kemiskinan, pendidikan yang rendah, kepercayaan, adat istiadat dan lain sebagainya. Untuk itu dibutuhkan kerjasama banyak pihak dan lintas sektoral yang saling terkait (Perinasia,2006).

b. Pencegahan saat persalinan

Pengawasan bayi yang seksama sewaktu memimpin partus adalah penting, juga kerja sama yang baik dengan Bagian Ilmu Kesehatan Anak. Yang harus diperhatikan:

1. Hindari forceps tinggi, versi dan ekstraksi pada panggul sempit, sertapemberian pituitarin dalam dosis tinggi.
2. Bila ibu anemis, perbaiki keadaan ini dan bila ada perdarahan berikan oksigen dan darah segar.
3. Jangan berikan obat bius pada waktu yang tidak tepat, dan jangan menunggu lama pada kala II (Perinasia, 2006).

9).Resusitasi neonatus Secara garis besar pelaksanaan resusitasi mengikuti algoritma resusitasi neonatal.

Langkah Awal Resusitasi ;

Pada pemeriksaan atau penilaian awal dilakukan dengan menjawab 4 pertanyaan:

- a. apakah bayi cukup bulan?
- b. apakah air ketuban jernih?
- c. apakah bayi bernapas atau menangis?
- d. apakah tonus otot bayi baik atau kuat?

Bila terdapat jawaban "tidak" dari salah satu pertanyaan di atas maka bayi memerlukan satu atau beberapa tindakan resusitasi berikut ini secara berurutan (Nelson KB, 1991).

1) langkah awal dalam stabilisasi

a) memberikan kehangatan

Bayi diletakkan dibawah alat pemancar panas (radiant warmer) dalam keadaan telanjang agar panas dapat mencapai tubuh bayi dan memudahkan eksplorasi seluruh tubuh (Goodwin TM, 1992).

b) memposisikan bayi dengan sedikit menengadahkan kepalanya

Bayi diletakkan telentang dengan leher sedikit tengadah dalam posisi menghidu agar posisi farings, larings dan trakea dalam satu garis lurus yang akan mempermudah

masuknya udara. Posisi ini adalah posisi terbaik untuk melakukan ventilasi dengan balon dan sungkup dan/atau untuk pemasangan pipa endotrakeal (Martin-Ancel A, 1995).

c) membersihkan jalan napas sesuai keperluan

Aspirasi mekonium saat proses persalinan dapat menyebabkan pneumonia aspirasi. Salah satu pendekatan obstetrik yang digunakan untuk mencegah aspirasi adalah dengan melakukan penghisapan mekonium sebelum lahirnya bahu (intrapartum suctioning) (Wiswell,TE,2000).

Bila terdapat mekonium dalam cairan amnion dan bayi tidak bugar (bayi mengalami depresi pernapasan, tonus otot kurang dan frekuensi jantung kurang dari 100x/menit) segera dilakukan penghisapan trakea sebelum timbul pernapasan untuk mencegah sindrom aspirasi mekonium. Penghisapan trakea meliputi langkah-langkah pemasangan laringoskop dan selang endotrakeal ke dalam trakea, kemudian dengan kateter penghisap dilakukan pembersihan daerah mulut, faring dan trakea sampai glottis. Bila terdapat mekonium dalam cairan amnion namun bayi tampak bugar, pembersihan sekret dari jalan napas dilakukan seperti pada bayi tanpa meconium (Perinasia, 2006).

d) mengeringkan bayi, merangsang pernapasan dan meletakkan pada posisi yang benar.

Bila setelah posisi yang benar, penghisapan sekret dan pengeringan, bayi belum bernapas adekuat, maka perangsangan taktil dapat dilakukan dengan menepuk atau menyentil telapak kaki, atau dengan menggosok punggung, tubuh atau ekstremitas bayi (Perinasia, 2006).

2) ventilasi tekanan positif

3) kompresi dada

4) pemberian epinefrin dan atau pengembang volume (volume expander)

Keputusan untuk melanjutkan dari satu kategori ke kategori berikutnya ditentukan dengan penilaian 3 tanda vital secara simultan (pernapasan, frekuensi jantung dan warna kulit). Waktu untuk setiap langkah adalah sekitar 30 detik, lalu nilai kembali, dan putuskan untuk melanjutkan ke langkah berikutnya (Perinasia, 2006).

10). Penilaian

Penilaian dilakukan setelah 30 detik untuk menentukan perlu tidaknya resusitasi lanjutan.

Tanda vital yang perlu dinilai adalah sebagai berikut:

a. Pernapasan

Resusitasi berhasil bila terlihat gerakan dada yang adekuat, frekuensi dan dalamnya pernapasan bertambah setelah rangsang taktil. Pernapasan yang megap-megap adalah pernapasan yang tidak efektif dan memerlukan intervensi lanjutan (Perinasia, 2006).

b. Frekuensi jantung

Frekuensi jantung harus diatas 100x/menit. Penghitungan bunyi jantung dilakukan dengan stetoskop selama 6 detik kemudian dikalikan 10 sehingga akan dapat diketahui frekuensi jantung permenit (Perinasia,2006).

c. Warna kulit

Bayi seharusnya tampak kemerahan pada bibir dan seluruh tubuh. Setelah frekuensi jantung normal dan ventilasi baik, tidak boleh ada sianosis sentral yang menandakan hipoksemia. Warna kulit bayi yang berubah dari biru menjadi kemerahan adalah petanda yang paling cepat akan adanya pernapasan dan sirkulasi yang adekuat. Sianosis akral tanpa sianosis sentral belum tentu menandakan kadar oksigen rendah

sehingga tidak perlu diberikan terapi oksigen. Hanya sianosis sentral yang memerlukan intervensi (Perinasia, 2006).

11).Penghentian resusitasi

Bila tidak ada upaya bernapas dan denyut jantung setelah 10 menit, setelah usaha resusitasi yang menyeluruh dan adekuat dan penyebab lain telah disingkirkan, maka resusitasi dapat dihentikan. Data mutakhir menunjukkan bahwa setelah henti jantung selama 10 menit, sangat tipis kemungkinan selamat, dan yang selamat biasanya menderita cacat berat (Vain NE, 2004).

4).Konsep Dasar Nifas

a) Pengertian

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

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

1) Puerperium dini (immediate puerperium) saat 0-24 jam postpartum, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

- 2) Puerperium Intermedial (early puerperium) saat 1-7 hari postpartum.
- 3) Remote Puerperium (later puerperium) saat 6-8 minggu postpartum.

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

- c) Perubahan Fisiologis Masa Nifas
 - 1) Perubahan sistem reproduksi
 - a) Involusi uterus

Tabel 2.5 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Waktu	TFU	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Akhir minggu ke-1	½ pusat sympisis	50-500 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

b) Lochea

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

1) Lochea Rubra/merah (Kruenta)

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

2) Lochea Sangiolenta

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

3) Lochea Serosa

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

4) Lochea Alba

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

5) Lochae Purulenta

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

c) Serviks

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

d) Vulva dan vagina

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

2) Perubahan sistem pencernaan

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

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

3) Perubahan sistem perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan. Buang air kecil sulit kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan.

Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo minggu (Saifuddin, 2010).

4) Perubahan endokrin

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

d) Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

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

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

Tujuan :

- a) Mencegah perdarahan masa nifas
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan
- c) Memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
- d) Mobilisasi dini
- e) Pemberian ASI awal
- f) Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi
- g) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum

Tujuan :

- a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal
- b) Evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas
- c) Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit
- d) Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat

e) Memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi

3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum

Tujuan : sama dengan kunjungan hari ke 6

4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum

a) Menanyakan penyulit-penyulit yang ada

b) Memberikan konseling untuk KB secara dini

e) Kebutuhan Dasar Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009):

1) Nutrisi dan cairan

2) Ambulasi

3) Eliminasi

4) Defekasi

5) Menjaga kebersihan diri

6) Kebersihan genetalia

7) Pakaian

8) Kebersihan kulit

9) Istirahat

10) Seksual

11) Rencana kontrasepsi

12) Senam nifas

13) Perawatan payudara

14) Proses laktasi dan menyusui

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

1) Nutrisi dan cairan

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

2) Ambulasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan trombo emboli. 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 kadang kala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur, karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan perdarahan dari rahim. Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya.

4) Defekasi

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

5) Menjaga kebersihan diri

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

6) Kebersihan genetalia

Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomi, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gantilah pembalut minimal 3 kali sehari. Pada persalinan yang terdapat jahitan, jangan khawatir untuk membersihkan vulva, justru vulva yang tidak dibersihkan dapat menyebabkan infeksi. Bersihkan vulva setiap buang air besar, buang air kecil dan mandi.

7) Pakaian

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

8) Kebersihan kulit

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

9) Istirahat

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

10) Seksual

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

11) Rencana kontrasepsi

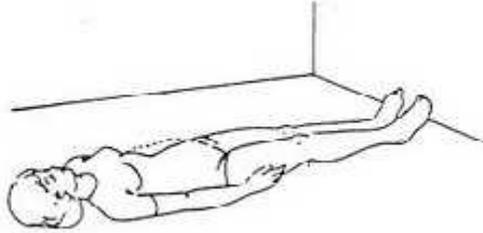
Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung hormone, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI. Hubungan suami istri pada masa nifas tidak terganggu.

12) Senam nifas

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

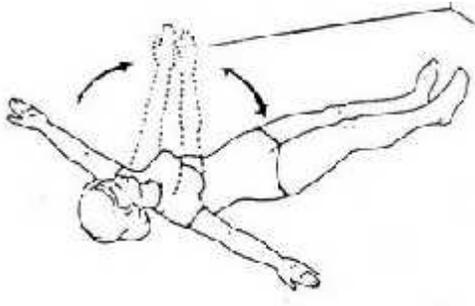
- 1) Hari pertama: Posisi tidur terlentang tangan dengan kedua kaki selurus kedepan. Tarik nafas (pernafasan perut) melalui hidung sambil merelaksasikan otot perut. Keluarkan nafas

pelan sambil mengkontraksikan otot perut. Tahan nafas selama 3-5 detik untuk relaksasi. Lakukan secara perlahan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.1.1 Senam Nifas Hari Ke 1

- 2) Hari kedua: Posisi tidur terlentang dengan kedua kaki lurus kedepan. Kedua tangan ditarik lurus keatas sampai kedua telapak tangan bertemu. Turunkan tangan sampai sejajar dada (posisi terlentang). Lakukan secara perlahan, Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.1.2 Senam Nifas Hari Ke 2

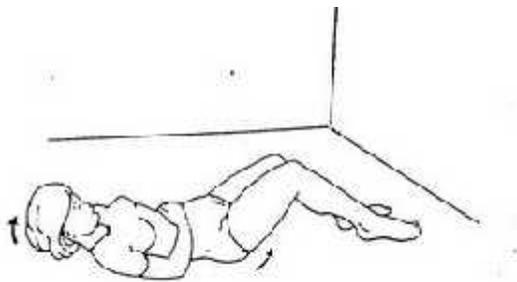
- 3) Hari ketiga: Posisi tidur terlentang. Kedua tangan berada di samping badan. Kedua kaki ditekuk 45°. Bokong diangkat ke

atas. Kembali ke posisi semula. Lakukan secara perlahan dan jangan menghentak. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.1.3 Senam Nifas Hari Ke 3

- 4) Hari keempat: Posisi tidur terlentang, kaki ditekuk 45°. Tangan kanan di atas perut kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada. Gerakan anus dikerutkan. Kerutkan otot anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.1.4 Senam Nifas Hari Ke 4

- 5) Hari kelima: Posisi terlentang, kaki kiri ditekuk 45° gerakan tangan kiri ke arah kaki kanan, kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada. Lakukan gerakan tersebut secara

bergantian. Kerutkan otot sekitar anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



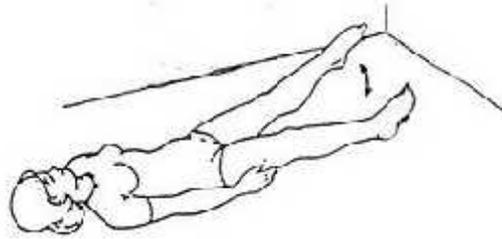
Gambar 2.1.5 Senam Nifas Hari Ke 5

- 6) Hari keenam: Posisi tidur terlentang, lutut ditarik sampai keatas, kedua tangan disamping badan. Lakukan gerakan tersebut secara bergantian. Lakukan secara perlahan dan bertenaga. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.1.6 Senam Nifas Hari Ke 6

- 7) Hari ketujuh: Posisi tidur terlentang, kedua kaki lurus. Kedua kaki diangkat keatas dalam keadaan lurus. Turunkan kedua kaki secara perlahan. Pada saat mengangkat kaki, perut ditarik kedalam. Atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



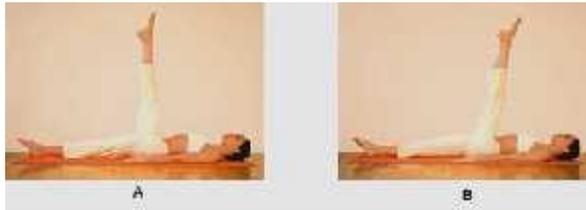
Gambar 2.1.7 Senam Nifas Hari Ke 7

- 8) Hari kedelapan: Posisi nungging. Nafas melalui pernafasan perut. Kerutkan anus, tahan 5-10 hitungan, lepaskan. Saat anus dikerutkan ambil nafas dan tahan 5-10 hitungan, kemudian buang nafas saat melepaskan gerakan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



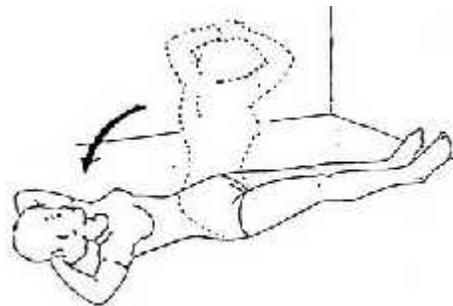
Gambar 2.1.8 Senam Nifas Hari Ke 8

- 9) Hari kesembilan: Posisi tidur terlentang, kedua tangan disamping badan. Kedua kaki diangkat 900 turunkan secara perlahan. Atur pernafasan saat mengangkat dan menurunkan kaki. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.1.9 Senam Nifas Hari Ke 9

10) Hari kesepuluh: Posisi tidur terlentang, kedua tangan ditekan ke belakang kepala. Bangun sampai posisi duduk dengan kedua tangan tetap dibelakang kepala. Kembali posisi semula (tidur kembali). Lakukan secara perlahan dan jangan menghentak/memaksa. Atur pernafasan dan lakukan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.1.10 Senam Nifas Hari Ke 10

13) Perawatan payudara

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

14) Proses Laktasi Dan Menyusui

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 (rootingrefleks), 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.

15) Pola Pemenuhan Kebutuhan pada Ibu Nifas

Tabel 2.6 Pola Fungsional Nifas

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

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

(Sumber: Dewi dkk, 2011)

g). ASI Eksklusif

1) Pengertian

ASI eksklusif adalah bayi hanya di beri ASI selama 6 bulan tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk,

madu, teh, dan air putih, serta tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim, kecuali vitamin, mineral dan obat (Prasetyono, 2009)

2) Manfaat

Menurut Prasetyono (2009), manfaat ASI eksklusif dapat mendatangkan keuntungan bagi bayi dan ibu

Manfaat ASI bagi bayi :

- a) Ketika bayi berusia 6-12 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Setelah berumur 1 tahun, meskipun ASI hanya bisa memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, pemberian ASI tetap dianjurkan.
- b) Para dokter menyepakati bahwa pemberian ASI dapat mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit serta alergi.
- c) Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit daripada bayi yang tidak memperoleh ASI.
- d) ASI selalu siap sedia ketika bayi menginginkannya.
- e) Apabila bayi sakit, ASI adalah makanan yang terbaik untuk diberikan kepadanya.
- f) Bayi yang lahir premature lebih tumbuh cepat jika diberi ASI

g) IQ pada bayi yang memperoleh ASI lebih tinggi 7-9 poin daripada bayi yang tidak diberi ASI

Manfaat ASI bagi Ibu:

- 1) Isapan bayi dapat membuat rahim mengecil, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa prahamil, serta mengurangi resiko perdarahan.
 - 2) Lemak disekitar panggul dan yang ditimbun pada masa kehamilan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali.
 - 3) Resiko terkena kanker rahim dan kanker payudara lebih rendah.
 - 4) Menyusui bayi lebih menghemat waktu.
 - 5) ASI lebih praktis.
 - 6) ASI lebih murah.
 - 7) ASI selalu bebas kuman.
 - 8) ASI dalam payudara tidak pernah basi.
- 3) Aspek yang terkait dalam pemberian ASI Eksklusif

Menurut Prasetyono (2009), ibu perlu mengetahui berbagai aspek yang mengharuskannya untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi sejak 6 bulan pertama kelahirannya. Aspek-aspek tersebut adalah sebagai berikut:

a) Aspek pemahaman dan pola pikir

Rendahnya tingkat pemahaman tentang pentingnya ASI selama 6 bulan pertama kelahiran bayi dikarenakan kurangnya informasi dan pengetahuan yang dimiliki oleh para ibu mengenai segala nilai plus nutrisi dan manfaat yang terkandung dalam ASI

b) Aspek gizi

ASI mengandung nutrisi lengkap yang dibutuhkan oleh bayi hingga 6 bulan pertama kelahiran. ASI pertama yang diberikan kepada bayi yang sering disebut dengan kolostrum, banyak mengandung zat kekebalan, terutama IgA yang berfungsi untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi, seperti diare.

c) Aspek Pendidikan

Perlu diketahui bahwa 80% kecerdasan anak ditentukan saat anak berumur 0-6 bulan dengan pemberian ASI guna membangun sel-sel saraf.

d) Aspek imunologik

Para ahli berpendapat bahwa ASI mengandung zat anti-infeksi yang bersih dan bebas kontaminasi. Kadar IgA dalam kolostrum cukup tinggi, zat ini berfungsi untuk

melumpuhkan bakteri pathogen E.coli dan berbagai virus pada saluran pencernaan.

e) Aspek psikologis

Saat menyusui terjalin ikatan psikologis antara ibu dan bayi, yang tidak diperoleh dari pemberian susu formula. Proses ini disebut perlekatan (bonding).

f) Aspek kecerdasan

Para ahli gizi sependapat bahwa ASI mengandung DHA dan AA yang dibutuhkan bagi perkembangan otak.

g) Aspek neurologis

Dengan meminum ASI, koordinasi saraf pada bayi yang terkait aktivitas menelan, menghisap, dan bernafas semakin sempurna.

h) Aspek biaya

Ditinjau dari sudut biaya, maka dapat disimpulkan bahwa menyusui secara eksklusif dapat mengurangi biaya tambahan, yang diperlukan untuk membeli susu formula beserta peralatannya.

i) Aspek penundaan kehamilan

Menyusui secara eksklusif dapat menunda datang bulan dan kehamilan, sehingga dapat digunakan sebagai alat

kontrasepsi secara alamiah yang dikenal sebagai metode amnora laktasi (MAL).

4) Faktor kegagalan ASI

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kegagalan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal, yaitu:

a) Faktor Internal, yaitu faktor-faktor yang terdapat di dalam diri individu itu sendiri, meliputi :

1) Faktor Pendidikan

Makin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah untuk menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat sikap terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan, termasuk mengenai ASI Eksklusif.

2) Faktor Pengetahuan

Pengetahuan yang rendah tentang manfaat dan tujuan pemberian ASI Eksklusif bisa menjadi penyebab gagalnya pemberian ASI Eksklusif pada bayi. Kemungkinan pada saat pemeriksaan kehamilan (*Ante Natal Care*), mereka tidak memperoleh penyuluhan intensif tentang ASI Eksklusif, kandungan dan manfaat

ASI, teknik menyusui, dan kerugian jika tidak memberikan ASI Eksklusif.

3) Faktor Sikap/Perilaku

Menurut Rusli, 2000, dengan menciptakan sikap yang positif mengenai ASI dan menyusui dapat meningkatkan keberhasilan pemberian ASI secara eksklusif.

4) Faktor psikologis

a) Takut kehilangan daya tarik sebagai seorang wanita (*estetika*). Adanya anggapan para ibu bahwa menyusui akan merusak penampilan, dan khawatir dengan menyusui akan tampak menjadi tua.

b) Tekanan batin.

Ada sebagian kecil ibu mengalami tekanan batin di saat menyusui bayi sehingga dapat mendesak si ibu untuk mengurangi frekuensi dan lama menyusui bayinya, bahkan mengurangi menyusui.

5) Faktor Fisik ibu

Alasan Ibu yang sering muncul untuk tidak menyusui adalah karena ibu sakit, baik sebentar maupun lama. Sebenarnya jarang sekali ada penyakit yang mengharuskan Ibu untuk berhenti menyusui. Lebih jauh

berbahaya untuk mulai memberi bayi berupa makanan buatan daripada membiarkan bayi menyusu dari ibunya yang sakit.

6) Faktor Emosional

Faktor emosi mampu mempengaruhi produksi air susu ibu. Menurut Kartono (2007) bahwa aktifitas sekresi kelenjar-kelenjar susu itu senantiasa berubah-ubah oleh pengaruh psikis/kejiwaan yang dialami oleh ibu. Perasaan ibu dapat menghambat /meningkatkan pengeluaran oksitosin. Perasaan takut, gelisah, marah, sedih, cemas, kesal, malu atau nyeri hebat akan mempengaruhi refleksi oksitosin, yang akhirnya menekan pengeluaran ASI. Sebaliknya, perasaan ibu yang berbahagia, senang, perasaan menyayangi bayi; memeluk, mencium, dan mendengar bayinya yang menangis, perasaan bangga menyusui bayinya akan meningkatkan pengeluaran ASI.

b) Faktor Ekternal, yaitu faktor-faktor yang dipengaruhi oleh lingkungan, maupun dari luar individu itu sendiri, meliputi:

1) Faktor Peranan Ayah

Menurut Roesli, 2000, dari semua dukungan bagi ibu menyusui dukungan sang ayah adalah dukungan yang paling berarti bagi ibu. Ayah dapat berperan aktif dalam

keberhasilan pemberian ASI khususnya ASI eksklusif dengan cara memberikan dukungan secara emosional dan bantuan-bantuan yang praktis.

Untuk membesarkan seorang bayi, masih banyak yang dibutuhkan selain menyusui seperti menyendawakan bayi, menggendong dan menenangkan bayi yang gelisah, mengganti popok, memandikan bayi, membawa bayi jalan-jalan di taman, memberikan ASI perah, dan memijat bayi kecuali menyusui semua tugas tadi dapat dikerjakan oleh ayah. Dukungan ayah sangat penting dalam suksesnya menyusui, terutama untuk ASI eksklusif.

Dukungan emosional suami sangat berarti dalam menghadapi tekanan luar yang meragukan perlunya ASI. Ayahlah yang menjadi benteng pertama saat ibu mendapat godaan yang datang dari keluarga terdekat, orangtua atau mertua. Ayah juga harus berperan dalam pemeriksaan kehamilan, menyediakan makanan bergizi untuk ibu dan membantu meringankan pekerjaan istri.

Kondisi ibu yang sehat dan suasana yang menyenangkan akan meningkatkan kestabilan fisik ibu sehingga produksi ASI lebih baik. Lebih lanjut ayah juga ingin berdekatan dengan bayinya dan berpartisipasi dalam

perawatan bayinya, walau waktu yang dimilikinya terbatas (Roesli, 2000).

Ayah yang berperan mendukung ibu agar menyusui sering disebut *breastfeeding father*. Pada dasarnya seribu ibu menyusui mungkin tidak lebih dari sepuluh orang diantaranya tidak dapat menyusui bayinya karena alasan fisiologis. Jadi, sebagian besar ibu dapat menyusui dengan baik. Hanya saja ketaatan mereka untuk menyusui eksklusif 4-6 bulan dan dilanjutkan hingga dua tahun yang mungkin tidak dapat dipenuhi secara menyeluruh. Itulah sebabnya dorongan ayah dan kerabat lain diperlukan untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu akan kemampuan menyusui secara sempurna (Khomsan, 2006).

2) Perubahan sosial budaya

a) Ibu-ibu bekerja atau kesibukan sosial lainnya.

Kenaikan tingkat partisipasi wanita dalam angkatan kerja dan adanya emansipasi dalam segala bidang kerja dan di kebutuhan masyarakat menyebabkan turunnya kesediaan menyusui dan lamanya menyusui.

Secara ideal tempat kerja yang mempekerjakan perempuan hendaknya memiliki “tempat penitipan bayi/anak”. Dengan demikian ibu dapat membawa bayinya ke tempat kerja dan menyusui setiap beberapa jam. Namun bila kondisi tidak memungkinkan maka ASI perah/pompa adalah pilihan yang paling tepat. Tempat kerja yang memungkinkan karyawatnya berhasil menyusui bayinya secara eksklusif dinamakan Tempat Kerja Sayang Ibu (Roesli, 2000).

- b) Meniru teman, tetangga atau orang terkemuka yang memberikan susu botol. Persepsi masyarakat akan gaya hidup mewah, membawa dampak terhadap kesediaan ibu untuk menyusui. Bahkan adanya pandangan bagi kalangan tertentu, bahwa susu botol sangat cocok buat bayi dan merupakan makanan yang terbaik. Hal ini dipengaruhi oleh gaya hidup yang selalu berkeinginan untuk meniru orang lain, atau *prestise*.
- c) Merasa ketinggalan zaman jika menyusui bayinya.

Budaya modern dan perilaku masyarakat yang meniru negara barat, mendesak para ibu untuk segera

menyapih anaknya dan memilih air susu buatan sebagai jalan keluarnya.

3) Faktor kurangnya petugas kesehatan

Kurangnya petugas kesehatan didalam memberikan informasi kesehatan, menyebabkan masyarakat kurang mendapatkan informasi atau dorongan tentang manfaat pemberian ASI. Penyuluhan kepada masyarakat mengenai manfaat dan cara pemanfaatannya.

4) Meningkatnya promosi susu kaleng sebagai pengganti ASI.

Peningkatan sarana komunikasi dan transportasi yang memudahkan periklanan distribusi susu buatan menimbulkan pergeseran perilaku dari pemberian ASI ke pemberian Susu formula baik di desa maupun perkotaan. Distribusi, iklan dan promosi susu buatan berlangsung terus, dan bahkan meningkat tidak hanya di televisi, radio dan surat kabar melainkan juga ditempat-tempat praktek swasta dan klinik-klinik kesehatan masyarakat di Indonesia.

Iklan menyesatkan yang mempromosikan bahwa susu suatu pabrik sama baiknya dengan ASI, sering dapat menggoyahkan keyakinan ibu, sehingga tertarik untuk

coba menggunakan susu instan itu sebagai makanan bayi. Semakin cepat memberi tambahan susu pada bayi, menyebabkan daya hisap berkurang, karena bayi mudah merasa kenyang, maka bayi akan malas menghisap puting susu, dan akibatnya produksi prolactin dan oksitosin akan berkurang.

5) Pemberian informasi yang salah

Pemberian informasi yang salah, justru datangnya dari petugas kesehatan sendiri yang menganjurkan penggantian ASI dengan susu kaleng. Penyediaan susu bubuk di Puskesmas disertai pandangan untuk meningkatkan gizi bayi, seringkali menyebabkan salah arah dan meningkatkan pemberian susu botol. Promosi ASI yang efektif haruslah dimulai pada profesi kedokteran, meliputi pendidikan di sekolah-sekolah kedokteran yang menekankan pentingnya ASI dan nilai ASI pada umur 2 tahun atau lebih.

6) Faktor pengelolaan laktasi di ruang bersalin (praktik IMD)

Untuk menunjang keberhasilan laktasi, bayi hendaknya disusui segera atau sedini mungkin setelah lahir. Namun tidak semua persalinan berjalan normal dan tidak semua dapat dilaksanakan menyusui dini. IMD

disebut *early initiation* atau permulaan menyusui dini, yaitu bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Keberhasilan praktik IMD, dapat membantu agar proses pemberian ASI eksklusif berhasil, sebaliknya jika IMD gagal dilakukan, akan menjadi penyebab pula terhadap gagalnya pemberian ASI Eksklusif.

7) Faktor-faktor lain

Ada beberapa bagian keadaan yang tidak memungkinkan ibu untuk menyusui bayinya walaupun produksinya cukup, seperti :

- a).Berhubungan dengan kesehatan seperti adanya penyakit yang diderita sehingga dilarang oleh dokter untuk menyusui, yang dianggap baik untuk kepentingan ibu (seperti : gagal jantung, Hb rendah).
- b).Masih seringnya dijumpai di rumah sakit (rumah sakit bersalin) pada hari pertama kelahiran oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya, walaupun sebagian besar daripada ibu-ibu yang melahirkan di kamar mereka sendiri, hampir setengah dari bayi mereka diberi susu buatan atau larutan glukosa.

f) Asuhan bila benang IUD tidak teraba :

- 1) Segera mungkin melakukan pemeriksaan di Puskesmas dengan menggunakan speculum untuk mengetahui posisi benang IUD tersebut.
- 2) Untuk lebih mengetahui secara jelas posisi IUD didalam uterus, pasien dianjurkan melakukan pemeriksaan pada dokter obgyn dengan menggunakan Ultrasonografi (USG).

5).Konsep Dasar Neonatus

1).Pengertian Neonatus

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterine kekehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Wahyuni,2009).

2).Periode Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 4 minggu terbagi menjadi 3 periode, antara lain:

- a) Periode neonatal awal yang meliputi jangka waktu 0-48 jam.
- b) Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 3-7 hari setelah lahir.
- c) Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir. Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan. Selama periode neonatal bayi mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang

amat menakjubkan. Pada saat kelahiran, banyak perubahan dramatik yang terjadi di dalam tubuh bayi karena berubah dari ketergantungan menjadi tidak tergantung pada ibu. Dari sudut pandangan ibu, proses kelahiran merupakan pengalaman traumatik (Wahyuni, 2009).

Pola Pemberian Makanan Pada Bayi

Makanan Bayi Umur 0-6 Bulan

Berikan hanya ASI saja sampai berumur enam bulan (ASI Eksklusif). Kontak fisik dan hisapan bayi akan merangsang produksi ASI terutama 30 menit pertama setelah lahir. Pada periode ini ASI saja sudah dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi. Berikan ASI dari kedua payudara, berikan ASI dari satu payudara sampai kosong kemudian pindah ke payudara lainnya (Depkes RI, 2005).

Kolostrum jangan dibuang tetapi harus segera diberikan pada bayi. Walaupun jumlahnya sedikit, namun sudah memenuhi kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama. Pemberian ASI tetap dilanjutkan hingga bayi berusia dua tahun. Waktu dan lama menyusui tidak perlu dibatasi dan frekuensinya tidak perlu dijadwal (diberikan pagi, siang dan malam hari). Serta sebaiknya jangan memberikan makanan atau minuman (air kelapa, air tajin, air teh, madu, pisang, dan lain-lain) pada bayi sebelum diberikan ASI karena sangat

membahayakan kesehatan bayi dan mengganggu keberhasilan menyusui (Depkes RI, 2005).

Makanan Bayi Umur 6-9 Bulan

Hal-hal yang harus diperhatikan:

- a. Pemberian ASI diteruskan.
- b. Bayi mulai diperkenalkan dengan MP-ASI berbentuk lumat halus karena bayi sudah memiliki refleks mengunyah. Contoh MP-ASI berbentuk halus antara lain bubur susu, biskuit yang ditambah air atau susu, pisang dan pepaya yang dilumatkan. Berikan untuk pertama kali satu jenis MP-ASI dan berikan sedikit demi sedikit mulai dengan jumlah 1-2 sendok makan, 1-2 kali sehari. Berikan untuk beberapa hari secara tetap, kemudian baru diberikan jenis MP-ASI yang lain.
- c. Perlu diingat tiap kali berikan ASI lebih dulu baru MP-ASI, agar ASI dimanfaatkan seoptimal mungkin.
- d. Memperkenalkan makanan baru pada bayi, jangan dipaksa. Kalau bayi sulit menerima, ulangi pemberiannya pada waktu bayi lapar, sedikit demi sedikit dengan sabar, sampai bayi terbiasa dengan rasa makanan tersebut.

Makanan Bayi Umur 9-12 Bulan

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

- a. Pemberian ASI diteruskan.

- b. Bayi mulai diperkenalkan dengan makanan lembek yaitu berupa nasi tim/ saring bubur saring dengan frekuensi dua kali sehari.
- c. Untuk mempertinggi nilai gizi makanan, nasi tim bayi ditambah sedikit demi sedikit dengan sumber zat lemak, yaitu santan atau minyak kelapa/ margarin. Bahkan makanan ini dapat menambah kalori bayi, disamping memberikan rasa enak juga mempertinggi penyerapan vitamin A dan zat gizi lain yang larut dalam lemak. Nasi tim bayi harus diatur secara berangsur. Lambat laun mendekati bentuk dan kepadatan makanan keluarga.
- d. Berikan makanan selingan 1 kali sehari. Dipilih makanan yang bernilai gizi tinggi, seperti bubur kacang hijau, buah dan lain-lain. Diusahakan agar makanan selingan dibuat sendiri agar kebersihan terjamin.

Jenis Makanan Bayi

Air Susu Ibu (ASI)

ASI adalah cairan putih yang dihasilkan oleh kelenjar mammae wanita melalui proses laktasi. ASI juga mengandung sejumlah zat penolak bibit penyakit antara lain laktoferin, immunoglobulin, dan zat lainnya yang melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi. Pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja tanpa tambahan cairan/ makanan. Pemberian ASI secara eksklusif

dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 6 bulan. ASI dapat diberikan sampai berusia 2 tahun (Moehyi, 2008).

Susu Formula

Menurut Husaini (1999), susu formula adalah susu komersil yang dijual dipasar atau ditoko, biasanya terbuat dari susu sapi atau susu kedelai diperuntukkan khusus untuk bayi. Susu formula dapat diberikan sebagai pengganti ASI dalam keadaan sebagai berikut:

- a. ASI tidak keluar sama sekali sebagai pengganti ASI adalah susu formula.
- b. Ibu meninggal sewaktu melahirkan.
- c. ASI keluar tetapi jumlahnya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi.

Selain susu bayi yang diberikan kepada bayi sehat, produsen susu bayi juga membuat formula-formula khusus untuk diberikan kepada bayi dengan kelainan metabolisme tertentu agar bayi tersebut tetap dapat tumbuh normal, baik fisik atau kejiwaanya. Susu formula semacam ini dikenal dengan formula diit atau *special formula* (Moehyi, 2008).

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2002 menunjukkan bahwa pemberian susu formula kerap kali dilakukan pada bayi kurang dari 2 bulan. Hal ini terjadi karena ibu bekerja kembali saat bayi berusia 6-8 minggu.

Oleh sebab itu, cakupan pemberian susu formula meningkat tiga kali lipat dalam kurun waktu antara 1997 sebesar 10,8% menjadi 32,4% di tahun 2002 (Susanto,2010).

Makanan Pendamping ASI

Menurut Depkes RI (2006), makanan pendamping ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI. Selain itu, WHO (2003) menegaskan bahwa MP-ASI harus diberikan setelah anak berusia 6 bulan karena pada masa tersebut produksi ASI semakin menurun sehingga *supply* zat gizi dan ASI tidak lagi memenuhi kebutuhan gizi anak yang semakin meningkat. Makanan pendamping ASI untuk bayi sebaiknya memenuhi persyaratan, seperti memenuhi kecukupan gizi, susunan hidangan memenuhi pola menu seimbang dan memperhatikan selera terhadap makanan, bentuk dan porsi disesuaikan dengan daya terima, toleransi, dan keadaan faali anak, serta memperhatikan sanitasi/ higiene (Pudjiadi, 2005).

Kebutuhan Zat Gizi Pada Bayi

Setiap bayi memerlukan nutrisi yang baik dan seimbang. Artinya, setiap bayi memerlukan nutrisi dengan menu seimbang dan porsi yang tepat, tidak berlebihan dan disesuaikan dengan

kebutuhan tubuhnya. Jika pemberian nutrisi pada bayi kurang baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya maka pertumbuhan dan perkembangannya akan berjalan lambat. Sebaliknya, jika pemberian nutrisi melebihi kapasitas yang dibutuhkan akan menyebabkan kegemukan yang mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi menjadi terganggu.

Energi atau kalori sangat berpengaruh terhadap laju pembelahan sel dan pembentukan struktur organ-organ tubuh. Apabila energi berkurang maka proses pembelahan sel akan terganggu dapat mengakibatkan organ-organ tubuh dan otak bayi mempunyai sel-sel yang lebih sedikit dari pada pertumbuhan normal. Protein sebagai zat pembangun sangat diperlukan bayi untuk pembuatan sel-sel baru dan merupakan unsur pembentuk berbagai struktur organ tubuh (Asyhad, 2006).

Pisang

Pisang adalah tanaman herba yang berasal dari kawasan Asia Tenggara. Tanaman pisang menyukai daerah alam terbuka yang cukup sinar matahari, cocok tumbuh di dataran rendah sampai pada ketinggian 1000 meter lebih diatas permukaan laut. Pada dasarnya tanaman pisang merupakan tumbuhan yang tidak memiliki batang sejati. Batang pohonnya terbentuk dari perkembangan dan pertumbuhan pelepah-pelepah yang mengelilingi poros lunak

panjang. Batang pisang yang sebenarnya terdapat pada bonggol yang tersembunyi di dalam tanah.

Gangguan Saluran Pencernaan pada Bayi

Bayi yang terlalu cepat diberi makanan padat akan menanggung sejumlah risiko masalah kesehatan pada usia dini maupun usia dewasa kelak. Hal tersebut dapat memicu terjadinya sejumlah penyakit, salah satunya terjadi gangguan saluran pencernaan pada bayi. Biasanya bayi siap untuk makan makanan padat, baik secara pertumbuhan maupun secara psikologis, pada usia 6-9 bulan. Tubuh bayi belum memiliki protein pencernaan yang lengkap. Asam lambung dan pepsin dibuang pada saat kelahiran dan baru dalam 4 sampai 6 bulan terakhir jumlahnya meningkat mendekati jumlah untuk orang dewasa. Amilase, enzim yang diproduksi oleh pankreas belum mencapai jumlah yang cukup untuk mencernakan makanan kasar sampai usia sekitar 6 bulan. Dan enzim pencernaan karbohidrat seperti maltase, isomaltase, dan sukrase belum mencapai level orang dewasa sebelum usia 7 bulan.

Bayi juga memiliki jumlah lipase dalam jumlah yang sedikit, sehingga pencernaan lemak belum mencapai level orang dewasa sebelum usia 6-9 bulan (Edwards, 1998). Bila makanan padat sudah mulai diberikan sebelum sistem pencernaan bayi siap untuk menerimanya, maka makanan tersebut tidak dapat dicerna dengan

baik dan dapat menyebabkan reaksi yang tidak menyenangkan.

Beberapa gangguan saluran pencernaan pada bayi seperti:

a. Diare

Dalam makanan tambahan bayi biasanya terkandung konsentrasi tinggi karbohidrat dan gula yang masih sukar untuk dicerna oleh organ pencernaan bayi apabila diberikan terlalu dini, karena produksi enzim-enzim khususnya amilase pada bayi masih rendah. Karena produksi enzim-enzim pencernaan masih rendah maka akan terjadi malabsorpsi di dalam organ pencernaan bayi. Akibatnya akan terjadi gangguan pencernaan pada bayi yang salah satunya adalah kejadian diare.

Diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dan frekuensinya lebih sering dari biasanya. Neonatus dinyatakan diare bila frekuensi buang air besar sudah lebih dari 4 kali, sedangkan untuk bayi berusia lebih dari satu bulan dan anak dikatakan diare bila frekuensinya lebih dari 3 kali sehari (Masri, 2004). Diare masih merupakan salah satu penyakit utama pada bayi di Indonesia sampai saat ini. Menurut survei pemberantasan penyakit diare tahun 2000 bahwa angka kesakitan atau insiden diare terdapat 301 per 1000 penduduk di Indonesia. Angka kesakitan diare pada balita adalah 1,0 – 1,5 kali per tahun. Dalam data statistik menunjukkan bahwa setiap tahun

diare menyerang 50 juta penduduk Indonesia dan dua pertiganya adalah bayi dengan korban meninggal sekitar 600.000 jiwa (Widjaja, 2002).

Hal ini sejalan dengan penelitian Murniningsih dan Sulastri (2008), yang menunjukkan bahwa bayi yang diberi makanan tambahan sebelum berumur 6 bulan mengalami diare. Gejala klinis terjadinya diare adalah mula-mula bayi menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, dan nafsu makan berkurang atau tidak ada. Tinja cair dan mungkin disertai lendir atau darah. Warna tinja makin lama berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat makin banyaknya asam laktat, yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi usus selama diare.

Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan oleh lambung yang turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit. Bila penderita telah kehilangan banyak cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak. Berat badan turun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering (Hasan dan Alatas, 1998).

Ada dua jenis diare menurut lama hari terjadinya yaitu diare akut dan diare kronik. Diare akut adalah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat serta berlangsung antara 3-5 hari. Sedangkan diare kronik adalah diare yang berlanjut lebih dari 2 minggu, disertai kehilangan berat badan atau tidak bertambahnya berat badan (Widjaja, 2002).

b. Sembelit

Sembelit merupakan kesulitan untuk buang air besar yang berhubungan dengan kekerasan tinja dan frekuensi buang air besar. Gangguan susah buang air besar pada bayi biasanya terjadi pada umur 0-4 bulan, karena pencernaan bayi dan pembentukan enzim pencernaan belum sempurna. Susah buang air besar pada bayi bisa disebabkan karena susu formula yang diolah terlalu kental. Biasanya susu formula memiliki kandungan lemak tinggi dan protein rendah. Pada bayi yang menerima ASI cenderung memiliki feses lembek karena kandungan lemak dan protein yang sesuai fisiologinya.

Gangguan buang air besar ini juga dapat disebabkan karena makanan (Arty dan Nagiga, 2009). Bayi berumur 6 bulan yang sudah diberi makanan pendamping sebaiknya diberi asupan buah-buahan yang diolah menjadi cair dan halus. Hindari buah pisang dan apel yang memiliki kadar serat tinggi. Apel memiliki daya

serap air tinggi dalam saluran pencernaan sehingga dapat menyebabkan kotoran mengeras. Bayi dinyatakan sembelit apabila dalam dua hari tidak buang air besar dengan konsistensi tinja keras dan liat (Nadesul, 2006). Untuk kasus sembelit yang cukup berat atau fase akut, sembelit terjadi 1 sampai 4 minggu. Sedangkan untuk sembelit yang sudah kronik terjadi hingga lebih dari 1 bulan (Arty dan Nagiga, 2009).

c. Muntah

Muntah adalah keluarnya kembali sebagian besar atau seluruh isi lambung yang terjadi setelah agak lama makanan masuk ke dalam lambung (Djitowiyono dan Kristiyanasari, 2010). Umumnya bayi sering mengalami muntah. Banyak hal penyebabnya, salah satunya susu formula. Fungsi pencernaan peristaltik (gelombang kontraksi pada dinding lambung dan usus) pada bayi belum terbentuk sempurna, sehingga jika ada asupan makanan seperti susu, yang terlalu kental maka akan dikeluarkan kembali. Muntah juga bisa terjadi karena bayi kekenyangan atau bayi mulet hingga tekanan di perutnya tinggi, akibatnya susu keluar lagi. Pada umumnya reflek menelan baru sempurna dilakukan oleh bayi berumur 6 bulan ke atas. Agar bayi tidak muntah, sebaiknya makanan dibuat lebih lunak sehingga dapat mudah dicerna (Arty dan Nagiga, 2009).

A).Kunjungan Neonatal

1. Pengertian

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

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

2. Tujuan

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

Pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan konfeherensif, Manajemen Terpadu Bayi Muda untuk bidan/perawat, yang meliputi:

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

B). Ikterus

1) Pengertian

Ikterus adalah keadaan transisional normal yang mempengaruhi hingga 50% bayi aterm yang mengalami peningkatan progresif pada kadar bilirubin tak terkongjugasi dan ikterus pada hari ketiga (Myles, 2009). Kata ikterus (jaundice) berasal dari kata Perancis 'jaune' yang berarti kuning. Ikterus adalah perubahan warna kulit, sklera mata atau jaringan lainnya (membran mukosa) yang menjadi kuning karena pewarnaan oleh bilirubin yang meningkat

kadarnya dalam sirkulasi darah. Bilirubin merupakan produk utama pemecahan sel darah merah oleh sistem retikuloendotelial.

Kadar bilirubin serum normal pada bayi baru lahir < 2 mg/dl. Pada konsentrasi > 5 mg/dl bilirubin maka akan tampak secara klinis berupa pewarnaan kuning pada kulit dan membran mukosa yang disebut ikterus. Ikterus akan ditemukan dalam minggu pertama kehidupannya. Dikemukakan bahwa angka kejadian ikterus terdapat pada 50% bayi cukup bulan (aterm) dan 75% bayi kurang bulan (preterm). (Winkjosastro, 2007).

2) Klasifikasi ikterus

a) Ikterus fisiologis adalah :

- 1) Ikterus yang timbul pada hari kedua atau ketiga lalu menghilang setelah sepuluh hari atau pada akhir minggu kedua
- 2) Tidak mempunyai dasar patologis.
- 3) Kadarnya tidak melampaui kadar yang membahayakan.
- 4) Tidak mempunyai potensi menjadi kern-ikterus.
- 5) Tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi
- 6) Sering dijumpai pada bayi dengan berat badan lahir rendah.
- 7) Ikterus baru dapat dikatakan fisiologis apabila sesudah pengamatan dan pemeriksaan selanjutnya tidak menunjukkan dasar patologis dan tidak mempunyai potensi berkembang

menjadi kern-icterus. Kern-icterus (ensefalopati biliaris) ialah suatu kerusakan otak akibat perlengketan bilirubin indirek pada otak.(Sarwono, 2008)

b) Ikterus patologis

Adalah suatu keadaan dimana kadar bilirubin dalam darah mencapai suatu nilai yang mempunyai potensi untuk menimbulkan kern ikterus kalau tidak ditanggulangi dengan baik, atau mempunyai hubungan dengan keadaan yang patologis. Brown menetapkan hiperbilirubinemia bila kadar bilirubin mencapai 12 mg% pada cukup bulan, dan 15 mg% pada bayi kurang bulan.

b). Tanda Dan Gejala

Gejala hiperbilirubinemia dikelompokkan menjadi :

1) Gejala akut :

Gejala yang dianggap sebagai fase pertama kernikterus pada neonatus adalah letargi, tidak mau minum dan hipotoni.

2) Gejala kronik :

Tangisan yang melengking (high pitch cry) meliputi hipertonus dan opistonus (bayi yang selamat biasanya menderita gejala sisa berupa paralysis serebral dengan atetosis, gangguan pendengaran, paralysis sebagian otot mata dan displasia dentalis). Sedangkan menurut Handoko (2003) gejalanya adalah warna

kuning (ikterik) pada kulit, membrane mukosa dan bagian putih (sclera) mata terlihat saat kadar bilirubin darah mencapai sekitar 40 $\mu\text{mol/l}$. Gejala utamanya adalah kuning di kulit, konjungtiva dan mukosa.

c). Penatalaksanaan

- 1). Bawa segera ke tenaga kesehatan untuk memastikan kondisi ikterus pada bayi kita masih dalam batas normal (fisiologis) atautkah sudah patologis.
- 2). Dokter akan memberikan pengobatan sesuai dengan analisa penyebab yang mungkin. Bila diduga kadar bilirubin bayi sangat tinggi atau 21 tampak tanda-tanda bahaya, dokter akan merujuk ke RS agar bayi mendapatkan pemeriksaan dan perawatan yang memadai.
- 3). Di rumah sakit, bila diperlukan akan dilakukan pengobatan dengan pemberian albumin, fototerapi (terapi sinar), atau tranfusi tukar pada kasus yang lebih berat.

6). Konsep Dasar Keluarga Berencana

a) Pengertian

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan. Tujuan utama program KB adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan

pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi alam dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Saifuddin,2010).

b) Kontrasepsi Suntik

1) Definisi Kontrasepsi Suntik Progestin

KB suntik (depo provera) adalah suntikan medroksi progesteron asetat yang biasanya diberikan pada hari ke-3 sampai 5 pasca persalinan, segera setelah keguguran dan pada masa interval sebelum hari ke-3 haid (Wiknjosastro, 2007).

KB suntik Depot Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) merupakan suatu progestin yang mekanisme kerjanya menghambat sekresi hormon pemicu folikel (FSH) dan LH serta lonjakan LH (Varney, 2007).

2) Jenis Kontrasepsi Suntik Progestin

Tersedia dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu

a) Depo provera 150 mg, depo provera berisi progestin, mengandung 150 mg DMPA (Depo Medroxy Progesterone Asetat).

b) Noristerat 200 mg, noristerat berisi progesterone 200 mg norethindrone enanthate (Saifuddin, 2010).

3) Cara Kerja Kontrasepsi Suntik Progestin

- a) Mencegah ovulasi
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin, 2010).

4) Keuntungan Kontrasepsi Suntik Progestin

- a) Sangat efektif
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- d) Tidak mengandung estrogen
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- f) Sedikit efek samping
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- k) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (Saifuddin, 2010).

5) Keterbatasan Kontrasepsi Suntik Progestin

- a) Sering ditemukan gangguan haid seperti:

- 1) Siklus haid yang memendek atau memanjang
 - 2) Perdarahan yang banyak atau sedikit
 - 3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
 - 4) Tidak haid sama sekali
- b) Klien sangat bergantung pada tempat pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan.
- c) Tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu sebelum suntikan berikutnya
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- e) Tidak menjamin terhadap perlindungan penularan IMS, Hep B/ HIV
- f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian
- g) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, dan jerawat.
- 6) Indikasi dan Kontraindikasi Kontrasepsi Suntik Progestin
- Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin:
- a) Usia reproduksi.
 - b) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
 - c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi.

- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
 - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
 - f) Setelah abortus atau keguguran
 - g) Perokok
 - h) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
 - i) Menggunakan obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifamisin).
 - j) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung esterogen
 - k) Sering lupa bila menggunakan pil.
 - l) Anemia defisiensi besi
 - m) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi (Saifuddin, 2010).
- 7) Yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin, antara lain:
- a) Hamil atau dicurigai hamil
 - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorrhea
 - d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - e) DM disertai komplikasi (Saifuddin, 2010)

8) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntik Progestin

- a) Setiap saat selama siklus haid asal ibu tersebut tidak hamil
- b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
- d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan atau tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.
- e) Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi suntikan jenis lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.
- f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantikannya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

- g) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.
- h) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2010).

9) Informasi Lain yang Perlu Disampaikan

- a) Pemberian kontrasepsi suntikan sering menimbulkan gangguan haid. Gangguan haid ini biasanya bersifat sementara dan sedikit sekali mengganggu kesehatan.
- b) Dapat terjadi efek samping seperti peningkatan berat badan, sakit kepala, dan nyeri payudara, efek-efek samping ini jarang, tidak berbahaya, dan cepat hilang.
- c) Karena terlambat kembalinya kesuburan, penjelasan perlu diberikan pada ibu usia muda yang ingin menunda kehamilan, atau bagi ibu yang merencanakan kehamilan berikutnya dalam waktu dekat
- d) Setelah suntikan dihentikan, haid tidak segera datang. Haid baru datang kembali pada umumnya setelah 6 bulan. Selama tidak haid tersebut dapat saja terjadi kehamilan. Bila setelah 3-

6 bulan tidak juga haid, klien harus kembali ke dokter atau tempat pelayanan kesehatan untuk dicari penyebab tidak haid tersebut.

- e) Bila klien tidak dapat kembali pada jadwal yang telah ditentukan, suntikan dapat diberikan 2 minggu sebelum jadwal. Dapat juga suntikan diberikan 2 minggu setelah jadwal yang ditetapkan, asal saja tidak terjadi kehamilan. Klien tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari, atau menggunakan metode kontrasepsi lainnya selama 7 hari. Bila perlu dapat juga menggunakan kontrasepsi darurat.
- f) Bila klien, misalnya sedang menggunakan salah satu kontrasepsi suntikan dan kemudian meminta untuk digantikan dengan kontrasepsi suntikan yang lain, sebaiknya jangan dilakukan. Andai kata terpaksa juga dilakukan, kontrasepsi yang akan diberikan tersebut diinjeksi sesuai dengan jadwal suntikan dari kontrasepsi hormonal yang sebelumnya.
- g) Bila klien lupa jadwal suntikan, suntikan dapat segera diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil.

II. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas, bayi

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

III. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Bidan sebagai seorang pemberi layanan kesehatan (health provider) harus dapat melaksanakan pelayanan kebidanan dengan melaksanakan manajemen yang baik. Dalam mempelajari manajemen kebidanan di perlukan pemahaman mengenai dasar-dasar manajemen sehingga konsep dasar manajemen merupakan bagian penting sebelum kita mempelajari lebih lanjut tentang manajemen kebidanan. (Wikipedia, 2013).

2. Proses Manajemen Kebidanan menurut Helen Varney (1997)

Varney (1997) menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode mengorganisasikan pikiran dan tindakan yang melibatkan teori ilmiah, penemuan-penemuan

keterampilan dalam rangkaian atau tahapan logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

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

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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

Langkah II : Interpretasi data

Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus. Kata masalah dan

diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah diagnosis tetapi tetap perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh.

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

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

Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

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

Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

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

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

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

Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang

masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan.

Dokumentasi

“ Documen “ berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan diatasnya dokumentasi berisi dokumen atau pencatatan yang berisi bukti atau kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu. Dokumentasi dalam bidang kesehatan adalah suatu sistem pencatatan atau pelaporan informasi atau kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Dalam pelayanan kebidanan, setelah melakukan pelayanan semua kegiatan didokumentasikan dengan menggunakan konsep SOAP yang terdiri dari :

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

O:Hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medic pasien yang lalu. (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).

A :Analisis/interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi diagnosa/masalah. Identifikasi diagnose/masalah potensial. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi kolaborasi dan rujukan. (sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney).

P:Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana berdasarkan pada langkah V, VI, VII pada evaluasi dari flowsheet. Planning termasuk : Asuhan mandiri oleh bidan,kolaborasi/konsultasi dengan dokter, nakes lain, tes diagnostic/laboratorium, konseling/penyuluhan Follow up.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Karangan Ilmiah

Jenis penelitian yang digunakan 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). Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan atau analisa data, membuat kesimpulan dan laporan. 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. Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas gunung bahagia pada Bulan Maret – Juni 2016

C. Subjek Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi (Amirin,2009). Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau

tanpa factor risiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonates serta calon akseptor kontrasepsi. Subyek penelitian yang akan dibahas dalam LTA ini adalah ibu hamil G₃P₂₀₁₁ dengan usia kehamilan 33 minggu 6 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonates sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Teknik Pengumpulan dan Analisa Data

1. Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti dalam proposal ini sesuai metode yang digunakan dalam penelitian deskriptif, menurut(Arikunto,2003) yaitu untuk mengumpulkan informasi mengenai status gejala, penelitian secara langsung pada objek penelitian untuk mendapatkan data yang diperlukan dengan mengadakan penelitian dilapangan(*field research*). Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

a. Observasi

Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu (Kriyantono, 2008). Peneliti melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku

dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan.

b. Wawancara

Menurut Berger dalam Kriyantono (2008) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara peneliti seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek. Peneliti mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga.

c. Pemeriksaan fisik

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

d. Studi Dokumentasi

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

2. Analisis Data

Menurut Sugiyono (2004) Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah

terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

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

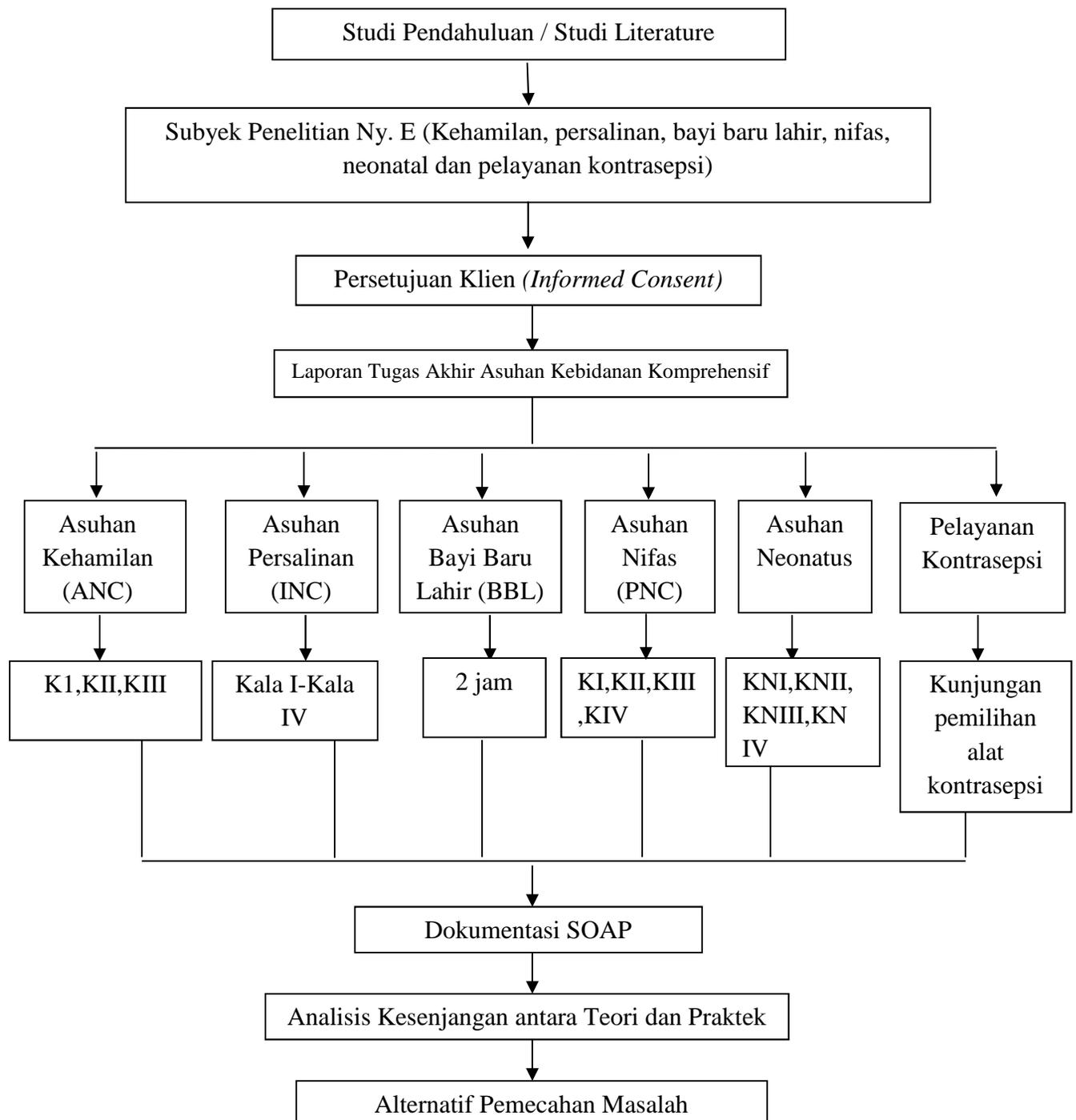
E. Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat yang dapat dipakai peneliti untuk mendapatkan data. Dalam penelitian kualitatif instrument utama dalam penelitian adalah peneliti itu sendiri. Selain itu peneliti juga menggunakan instrument lain seperti lembar pengkajian, checklist, dokumentasi. Ronny Kountur menyatakan: “instrument dimaksudkan sebagai alat pengumpulan data. Misalnya, untuk penelitian social instrument penelitian berupa lembar pengkajian, checklist, sedangkan untuk penelitian eksakta, instrument penelitian yang dipakai bermacam-macam, seperti: thermometer (alat mengukur suhu panas pada tubuh manusia), timbangan (alat pengukur berat), tensi meter (alat mengukur tekanan darah), dan lain-lain.

F. Kerangka Kerja

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur

melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005). Kerangka kerja dalam penelitian ini diuraikan dalam bentuk skema di bawahini:



G. Etika Penelitian

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

1. Informed Consent (Lembar Persetujuan)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuannya adalah supaya subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika subjek bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan, jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

Peneliti menjelaskan proses asuhan yang akan diberikan dan memberikan lembar persetujuan kepada klien sebagai bukti kesediaan klien untuk diberikan asuhan pada penelitian ini.

2. Anonymity (Tanpa Nama)

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

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

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan menjelaskan masalah ataupun data klien yang harus dirahasiakan. Semua informasi yang diberikan klien akan dijamin kerahasiannya oleh peneliti. Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya yang berhubungan dengan responden. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 09 Mei 2016/Pukul : 10.45 WITA

Tempat : Rumah klien "Ny.E"

Oleh : Maria Dewi Juliana

S : -Ibu mengatakan tidak ada keluhan

-Ibu mengatakan hamil anak ketiga

-Ibu mengatakan bahwa anak sebelumnya berumur 7 tahun

-Ibu mengatakan pernah sekali keguguran 2 bulan yang lalu

-Ibu mengatakan Haid terakhir 15 September 2015

O : KU : Baik, Kesadaran : composmentis

TTV; TD : 110/80 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 /menit, S : 36,5°C

BB : 68 kg, TB : 155 cm, LILA : 27 cm

Leopold I : TFU 28 cm, teraba lunak dan tidak melenting dibagian fundus (bokong).

TBJ : $(TFU-12) \times 155 = (28-12) \times 155 = 2480$ gram.

Leopold II : Teraba tahanan keras memanjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri)

Leopold III : Teraba bundaran keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP (konvergen)

DJJ : 134 x/menit

Hasil USG : Baik, bagian terbawah jani yaitu kepala, ketuban masih utuh.

Hasil IMT : 24,74 dan hasil tersebut masuk dalam kategori Normal.

A:

Diagnosis : G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 33 minggu 6 hari janin tunggal hidup intrauterine

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P: Tanggal 09 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	10.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 110/80mmHg, Nadi, 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C. Berat badan: 75 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tidak tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 28 cm. Pada pemeriksaan Leopold I teraba bundaran lunak dan tidak melenting dibagian fundus (bokong), pada Leopold II teraba tahanan keras memanjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri), Leopold III Teraba bundaran keras dan melenting (kepala), bagian ini masih dapat digoyangkan dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 134 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah (28-12) x 155 = 2480 gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan. Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
	11.30 WITA	ngantarkan ibu ke sarana kesehatan yang terdekat untuk dilakukannya pemeriksaan USG dan ibu bersedia.	
	11.45	Klien memasuki ruang poli kebidanan. Melakukan	

	WITA	kolaborasi dengan dokter obgyn untuk dilakukan pemeriksaan USG	
	11.55 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan USG kepada ibu dan ibu mengerti. Hasil : posisi janin dalam keadaan letak kepala (bokong berada di fundus)	
	12.00 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan. Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Dan membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care (Catatan Perkembangan)

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 16 Mei 2016/Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Rumah klien "Ny.E"

Oleh : Maria Dewi Juliana

S :- Ibu mengatakan tidak ada keluhan

- Ibu mengatakan tidak mengalami mual dan muntah
- Ibu mengatakan sedikit nyeri dibagian bawah perut
- Ibu mengatakan sering lelah saat menjaga toko

O : KU : Baik, Kesadaran : composmentis

TTV; TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 /menit, S : 36,7°C

BB : 70 kg, TB : 155 cm, LILA : 27 cm

Leopold I : TFU 30 cm, teraba bundaran keras dan melenting

(kepala). TBJ : (TFU-12) x 155 = (30-12) x 155 = 2790 gram

Leopold II : Teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri)

Leopold III : Teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong)

Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP (konvergen)

DJJ : 144 x/menit

HB : 11,6 gr%

A:

Diagnosis : G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 33 minggu 6 hari janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P:

Tanggal 16 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	10:00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, suhu 36,7°C. Berat badan: 70 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tidak tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 30 cm (3 jari bawah px). Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kanan perut ibu (punggung kanan) Leopold III teraba bundaran keras dan melenting (kepala). Bagian ini masih dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 144 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ)	

		adalah $(33-12) \times 155 = 3255$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
	10.05 WITA	Dilakukannya pemeriksaan darah pada ibu, didapatkan hasil 11,6 gr%.	
	10.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ± 10 menit mengenai Tanda-tanda bahaya kehamilan seperti; sakit kepala yang hebat, nyeri ulu hati, bengkak pada anggota tubuh, keluar darah secara tiba-tiba, gerakan janin tidak dirasakan, dll.	
	10.25 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ± 20 menit mengenai Tanda-tanda Persalinan ; keluarnya lendir bercampur darah, keluarnya air ketuban dan perut terasa mules.	
	10.40 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Dan membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah.	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care (Catatan Perkembangan)

3. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Mei 2016/Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Rumah klien "Ny.E"

Oleh : Maria Dewi Juliana

- S : - Ibu mengatakan tidak ada keluhan
- Ibu mengatakan semakin sering sakit dibagian bawah perut
 - Ibu mengatakan makin sering lelah
 - Ibu mengatakan susah tidur malam karena semakin terasa nyeri bagian bawah perut

O : KU : Baik,

Kesadaran : composmentis

TTV; TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 /menit, S : 36,7°C

BB : 70 kg,

TB : 155 cm,

LILA : 27 cm

Leopold I : TFU 30 cm, teraba bundaran keras dan melenting (kepala). TBJ : (TFU-12) x 155 = (30-12) x 155 = 2790 gram

Leopold II : Teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri)

Leopold III : Teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong)

Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP (konvergen)

DJJ : 144 x/menit

A:

Diagnosis : G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 33 minggu 6 hari janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P:

Tanggal 23 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	10:00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, suhu 36,7°C. Berat badan: 70 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tidak tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 30 cm (3 jari bawah px). Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba bundaran lembut dan tidak melenting	

		(bokong), pada Leopold II teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kanan perut ibu (punggung kanan) Leopold III teraba bundaran keras dan melenting (kepala). Bagian ini masih dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 144 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(33-12) \times 155 = 3255$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	
	10.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ± 10 menit mengenai Tanda-tanda bahaya kehamilan seperti; sakit kepala yang hebat, nyeri ulu hati, bengkak pada anggota tubuh, keluar darah secara tiba-tiba, gerakan janin tidak dirasakan, dll.	
	10.35 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ± 20 menit mengenai Tanda-tanda Persalinan ; keluarnya lendir bercampur darah, keluarnya air ketuban dan perut terasa mules.	
	10.55 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang setelah melahirkan dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Dan membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah.	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 26 Juni 2016/Pukul :05:30 WITA

Tempat : RSKD Balikpapan

Oleh : Maria Dewi Juliana

Persalinan Kala I fase laten

Pukul : 14.30 WITA

S :

- Ibu merasakan mules pada perutnya dan kencang-kencang sejak kemarin pukul 14.30 WITA (26 Juni 2016) serta keluar air sedikit-sedikit
- Ibu megatakan telah melakukan pemeriksaan dalam (VT) diklinik Ibnu Sina
- Ibu mengatakan telah makan dan minum sebelumnya
- Ibu mengatakan tidak merasa ada mules-mules

O:KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/80 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,4°C

Leopold I : TFU 30 cm

Leopold II : Teraba keras seperti papan disebelah kiri perut ibu
(Punggung kiri)

Leopold III : Teraba Keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Sudah masuk PAP (divergen)

TBJ : (30-11) x 155 = 2945 gram

DJJ : 138 x/menit

HIS : Intensitas : Sedang, Frekuensi : 1 x 10',

durasi : 15-20''

VT : Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tipis/lembut, Effecement 25%, Pembukaan : 3 cm, ketuban (+), penurunan kepala 4/5, Hodge I +. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala. Lakmus (-)

A :

Diagnosis : G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 40 minggu Inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 26 Juni 2016

o.	Waktu	Tindakan	Paraf
	05.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 3 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
	05.50 WITA	Memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan; Ibu merasa tenang dan ibu akan melakukan anjuran yang diberikan.	
	06.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi seperti berjalan-jalan, agar kepala bayi cepat turun mengikuti arah gravitasi bumi; Ibu mengerti dan mau melakukan anjuran yang di berikan bidan.	
	06.30 WITA	Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti teknik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
	06.45 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu meminum teh hangat yang telah disediakan.	

08.30 WITA	Dilakukan pemeriksaan ulang observasi 4 jam , didapatkan hasil pemeriksaan dalam (VT) 3 cm, His 1x10'=15-20'', DJJ 152x/menit, beritahu ibu untuk melakukan mobilisasi .	
12.30 WITA	Dilakukan pemeriksaan ulang observasi 4 jam (kedua kalinya) didapatkan hasil pemeriksaan dalam (VT) 3 cm, His 1x10'=15-20'', DJJ 150x/menit, beritahu ibu untuk mobilisasi dan juga untuk terus memenuhi nutrisi ibu.	
16.30 WITA	Dilakukan pemeriksaan ulang observasi 4 jam (ketiga kalinya) didapatkan hasil pemeriksaan dalam (VT) 3 cm, His 1x10'=15-20'', DJJ 155x/menit, beritahu ibu untuk mobilisasi dan juga untuk terus memenuhi nutrisi ibu.	
20.00 WITA	Dilakukan pemeriksaan ulang observasi 4 jam (ke-empat kalinya) didapatkan hasil pemeriksaan dalam (VT) 4 cm, His 2x10'=25-30'', DJJ 148x/menit, beritahu ibu untuk mobilisasi dan juga untuk terus memenuhi nutrisi ibu (ibu dipindahkan ke ruang bersali,sebelumnya ibu berada di ruang observasi)	

Persalinan Kala I fase aktif

Jam : 20.00 WITA

S :- Ibu merasakan perutnya mules hilang timbul dan gerakan janin masih dirasakan oleh ibu.

- Ibu mengatakan sudah makan dan minum sebelumnya
- Ibu mengatakan sudah membersihkan diri/mandi
- Ibu mengatakan ingin cepat melahirkan
- Ibu mengatakan agak sedikit gelisah

O: KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/80 mmHg, N : 84 x/menit, R : 24 x/menit, S : 36°C

DJJ : 148 x/menit

HIS : Intesitas : sedang, Frekuensi : 2 x 10', Durasi : 25-30''

VT ; Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tipis/lembut, Effacement 50%,
 Pembukaan : 4 cm, ketuban (+), penurunan kepala 3/5, Hodge II. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala.

Lama kala 1 fase Laten = 12 jam.

A :

Diagnosis : G₃P₁₀₁₁usia kehamilan 40 minggu Inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Diagnosa Potensial : perdarahan dan syok

Kebutuhan Segera : observasi kemajuan persalinan

P :

Tanggal 26 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	20.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 4 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan. Menjelaskan alat kontrasepsi post partum.	
	20.40 WITA	Memantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf).	
	20.50 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu meminum teh hangat	
	21.30 WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 2x10'=30-35", DJJ 152x/menit	
	22.00	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil	

	WITA	His 2x10'=30-35", DJJ 148x/menit	
22.30	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 2x10'=30-35", DJJ 158x/menit	
23.00	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 2x10'=30-35", DJJ 150x/menit	
23.30	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 2x10'=30-35", DJJ 152x/menit	
00.00	WITA	Dilakukannya pemeriksaan ulang pada ibu observasi 4 jam . Didapatkan Hasil yaitu : pemeriksaan dalam (VT) 4 cm, portio tipis/lembut, Hodge II, ketuban (+) DJJ 150x/menit, His 2x10'=30-35".	
00.30	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 148x/menit	
01.00	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 135x/menit	
01.30	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 148x/menit	
02.00	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 153x/menit	
02.30	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 148x/menit	
03.00	WITA	Karena ibu sudah mulai merasakan mules yang sering maka dilakukan pemeriksaan ulang yaitu didapatkan hasil pemeriksaan dalam (VT) 8 cm, portio tipis/lembut, Hodge II, ketuban (+) DJJ 150x/menit, His 3x10'=30-35".	
03.30	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 148x/menit	
04.00	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 152x/menit	
04.30	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 130x/menit	
05.00	WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 140x/menit	

05.30 WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 148x/menit	
06.00 WITA	Melakukan pemantauan His dan DJJ. Didapatkan Hasil His 3x10'=30-35", DJJ 150x/menit	
06.30 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting ccxxviipisiotomy 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, 3 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan. Menyiapkan alat suction Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, dan pempers) dan pakaian bayi (lampin, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	
06.35 WITA	Kepala janin sudah 2-3 cm di depan vulva,ajarkan ibu untuk meneran yang baik dan benar, dan mengatur posisi ibu nyaman mungkin untuk melahirkan.	

Persalinan Kala II

S :-Ibu mengeluh ingin BAB dan merasakan nyeri melingkar kepinggang dan menjalar kebagian bawah.

O :KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/80 mmHg, N: 84 x/menit, R : 24 x/menit, S : 36,5°C

DJJ : 148 x/menit

HIS ; Intensitas : Kuat, Frekuensi : 4 x 10' , Durasi : 40-45"

VT (06.35 WITA) : Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tidak teraba, Effecement 100%, Pembukaan : lengkap 10 cm, ketuban pecah spontan, warna meconial kental,tidak bau dan banyak (normal). Tidak terdapat bagian terkecil di

sekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala, Denominator UUK, station/hodge IV, kateter urine 20 cc. Ibu dianjurkan miring kiri.

A :

Diagnosis : G₃P₁₀₁₁ usia kehamilan 40 minggu in partu kala II janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 27 Juni 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
	06.35 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.	
	06.40 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
	06.45 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
	06.50 WITA	Menganjurkan kepada suami untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	
	07.00 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	

07.05 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencucitangan dan menggunakan sarung tangan steril pada keduatangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
07.10 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
07.15 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
07.20 WITA	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satutangan 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.	
07.25 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar	
07.26 WITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala ke arah 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 07.26 WITA.	
07.30 WITA	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering, dilakukan penghisapan lendir melalui mulut ± 5 cm lalu melalui hidung ± 3 cm. Bayi baru lahir cukup bulan tidak segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 5/7, jenis kelamin perempuan, air ketuban meconial kental.	

	07.35 WITA	Melakukan resusitasi pada bayi. Telah dilakukannya resusitasi dengan baik, A/S 7/9, sudah menangis kuat, dan sudah bergerak aktif.	
--	---------------	--	--

Persalinan Kala III

S :-Ibu merasakan mules pada perutnya

-Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya

-Ibu mengatakan capek dan haus

O:KU : Baik, Kesadaran :Composmentis

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 82x/menit, R : 22 x/menit, S : 36°C

Abdomen : TFU : Sepusat, kontraksi uterus : baik

Genetalia : Tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah.

Data Bayi : Bayi lahir tanggal 27 Juni 2016 pukul 07.40 WITA, jenis kelamin perempuan, A/S 5/7, BB : 3000 gram, PB : 49 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LP : 30 cm, LILA : 10 cm, anus : (+) positif, cephal/caput : -/-, BAK/BAB : -/+

A :

Diagnosis : P₂₀₁₂ Parturient Kala III

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 27 Juni 2016

ktu	Tindakan	Paraf
07.40 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
07.40 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
07.41 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
07.41 WITA	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
07.41 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
07.45 WITA	Dilakukan penghisapan lendir 5 cm melalui mulut bayi lalu 3 cm melalui hidung bayi oleh tim ruang bayi.	
07.47 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 - 10 cm dari vulva	
07.47 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
07.47 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	
07.48 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
07.50 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 10 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 08.20 WITA.	
08.05 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	
08.06 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang	

		tersedia; Kotiledon lengkap, berat \pm 500 gram, diameter \pm 19, tebal \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 16 cm, panjang tali pusat \pm 45 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta.	
	08.08 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat robekan jalan lahir pada perinium ibu.	
	08.08 WITA	Menyiapkan alat hecing set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.	
	08.10 WITA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perinium, memasukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka. Melakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Menyuntikkan cairan lidokain 1% secukupnya sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perinium. Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik, anastesi daerah bagian dalam robekan dengan alur suntikan anastesi akan berbentuk seperti kipas : tepi perinium, dalm luka, tepi mukosa vagina. Menunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.	
	08.15 WITA	Melakukan tindakan penjahitan pada robekan jalan lahir.	
	08.20 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 150 cc.	

Persalinan Kala IV

S :

- Ibu senang dan bahagia dengan kelahiran bayinya.
- Ibu lega karena plasenta telah lahir.
- Ibu merasakan mules pada perutnya.

O :KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 100/70 mmHg, N: 80x/menit, R : 22 x/menit, S : 36°C

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

Abdomen : TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir spontan lengkap jam 07.35 WITA.

Data Bayi : Bayi lahir tanggal 27 Juni 2016 pukul 07.30 WITA, jenis kelamin perempuan, A/S 5/7, BB : 3000 gram, PB : 49 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LP : 30 cm, LILA : 10 cm, anus : (+) positif, cephal/caput : -/-, BAK/BAB : -/+

Data Placenta :

Placenta lahir spontan pukul 07.35 WITA, kotiledon lengkap, berat \pm 500 gram, diameter \pm 19, tebal \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 16 cm, panjang tali pusat \pm 45 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan \pm 150 cc.

A :

Diagnosis : P₂₀₁₂ Parturient kala IV

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 27 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	08.20 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
	08.20 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian ; ibu telah dibersihkan dan ibu merasa nyaman.	
	08.25 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.	
	08.25 WITA	Observasi perdarahan dan kontraksi uterus.	
	08.25 WITA	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman pada ibu; keluarga segera memberikan makanan dan minuman pada ibu.	
	08.30 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi	
	08.35 WITA	Melengkapi Partograf; partograf telah dilengkapi sesuai hasil observasi.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 27 Juni 2016/Pukul :07.30 WITA

Tempat : RS Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan

Oleh : Maria Dewi Juliana

S :-

O: KU : Baik, TTV ; N : 140 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,5°C.

1. Melakukan pemeriksaan sepintas pada bayi yaitu: Bayi tampak tidak menangi, tidak bergerak aktif, dan ketuban bercampur meconium. Sehingga di berikan penanganan resusitasi. Penilaian APGAR SCORE adalah 5/7.
2. Nilai APGAR: 5/7

Kriteria				jumlah	
				enit	enit
Frekuensi Jantung	<input type="radio"/> tidak ada	<input type="radio"/> < 100	<input type="radio"/> > 100	2	2
Usaha Nafas	<input type="radio"/> tidak ada	<input type="radio"/> lambat/tidak teratur	<input type="radio"/> menangis dengan baik	1	1
Tonus Otot	<input type="radio"/> tidak ada	<input type="radio"/> beberapa fleksi ekstremitas	<input type="radio"/> gerakan aktif	1	1
Refleks	<input type="radio"/> tidak ada	<input type="radio"/> menyeringai	<input type="radio"/> menangis kuat	0	2
Warna Kulit	<input type="radio"/> biru/pucat	<input type="radio"/> tubuh merah muda, ekstremitas biru	<input type="radio"/> merah muda seluruhnya	1	1
Jumlah				5	7

3. Pola fungsional kesehatan:

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (PASI) selama di ruang bayi
Eliminasi	- BAB (+) warna: hijau kehitaman, konsistensi: lunak - BAK (-)

4. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

- Kepala : Tidak tampak caput dan cephal hematoma.
- Mata : Konjungtiva tidak tampak anemis, sclera tidak tampak ikterik.
- Hidung : Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- Telinga : Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- Mulut : Tidak tampak labio palatoskizis, mukosa mulut lembab, daya hisap kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis dan reflek tonick neck baik.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi.
Abdomen : Tidak ada kembung.
Punggung : Normal, tidak ada spina bikida.
Genetalia : Laki-laki, nampak adanya scrotum dan tidak ada kelainan.
Anus : Positif (+), 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.

5. Status neurologi (refleks)

Refleks Moro : Positif (+)
Refleks Walking : Positif (+)
Refleks Graps : Positif (+)
Refleks Sucking : Positif (+)
Refleks Tonick Neck : Positif (+)
Refleks Rooting : Positif (+)

➤ Terapi yang diberikan

Neo-K 0,5 cc

Hepatitis B 0,5 cc

A :

Diagnosis : Bayi Baru Lahir Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan
Masalah : Asfiksia Neonatorum
Diagnosis Potensial : Asfiksia Berat

Kebutuhan Segera : Resusitasi

P :

Tanggal : 27 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	08.40 WITA	Melakukan penilaian selintas pada bayi lalu jepit tali pusat dengan klem \pm 3 cm dari pangkal pusat kemudian urut tali pusat ke arah ibu \pm 2 cm dari klem pertama, potong tali pusat. Mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali telapak tangan dan bagian tali pusat.	
	08.40 WITA	Menciptakan lingkungan hangat, membersihkan badan bayi, air ketuban dan darah menggunakan handuk bersih dan kering dan melakukan pencegahan infeksi; bayi telah dibersihkan dengan handuk bersih dan kering serta membiarkan tali pusat terbuka tanpa dibungkus dengan kassa steril.	
	08.42	Dilakukan penilaian Kebutuhan Resusitasi Resusitasi dilakukan sebanyak 1 kali. Setelah dilakukannya resusitasi, maka bayi segera menangis dan bergerak aktif. Bayi masih terpasang selang suction dan oksigen.	
	08.45 WITA	Bayi langsung dibawa keruang bayi untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter anak. Tidak dilakukan IMD karena bayi harus dilakukan resusitasi segera sehingga bayi keadaan bayi dapat menjadi baik kembali.	
	08.50 WITA	Memberi injeksi Vit K 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri dan Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan; Bayi sudah di injeksi Vit K dan Hepatitis B.	
	08.50 WITA	Melakukan pencegahan kehilangan panas; memakaikan baju bayi, sarung tangan dan kaos kaki serta membungkus bayi dengan selimut dan memasang topi pada kepala bayi.	
	08.55 WITA	Memeriksa kembali keadaan bayi pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta bersuhu tubuh normal (36,5°C-37,5°C).	
	09.00 WITA	Menjelaskan KIE tentang perawatan tali pusat, tanda bahaya pada bayi baru lahir (SAP dan leaflet terlampir).	
	09.10 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care (Catatan Perkembangan)

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I (6-8 jam pertama)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 27 Juni 2016/Pukul : 10.35 WITA

Tempat : Ruang Perawatan Ibu nifas RS Kanudjoso
Djatiwibowo Balikpapan (Flamboyan B)

Oleh : Maria Dewi Juliana

- S : - Ibu tidak ada keluhan
- Ibu merasa khawatir terhadap keadaan bayinya
- Ibu merasa mules dibagian perutnya
- Ibu mengatakan masih keluar darah sedikit

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

Ekspresi wajah : Bahagia, Status emosional : Stabil

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,6°C

- Payudara :Tampak Simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.
- Abdomen :Tampak simetris, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.
- Genetalia :Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, tampak jahitan pada luka perinium baik.
- Terapi

Asam Mafenamat : 3 x 1

A :

Diagnosis : P₂₀₁₂ post partum 6 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 27 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	10.35 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, 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; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
	10.40 WITA	Memberitahu ibu bahwa tidak perlu khawatir terhadap bayinya karena bayinya sudah ditangani dengan baik oleh dokter.	
	10.41 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 10 menit mengenai ASI eksklusif (SAP dan leaflet terlampir).	
	10.50 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 10 menit mengenai kebutuhan dasar ibu nifas; Nutrisi, Personal Hygiene, Istirahat, Senam nifas, Eliminasi BAK dan BAB serta Pemberian ASI dan Tanda Bahaya Pada Ibu Nifas; Nyeri kepala yang hebat, Demam, Keluar darah secara tiba-tiba, dll.	
	11.00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 10 menit mengenai teknik dan posisi menyusui. (SAP dan leaflet terlampir).	
	11.10 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 01 juli 2016 atau saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II (1-3 hari PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 01 Juni 2016/Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.E

Oleh : Maria Dewi Juliana

S : - Ibu tidak ada keluhan, darah nifas masih keluar sedikit, warna merah dan pengeluaran ASI sudah lancar.

- Bayinya sudah diberikan Imunisasi Polio pertama pada saat keluar dari Rumah Sakit pada tanggal 28 Juni 2016.

- Ibu belum mengetahui tentang senam nifas dan manfaat senam nifas.

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, R : 22 x/menit, S : 36,5°C

BB : 72 kg, TB : 155 cm, LILA : 27 cm,

➤ Payudara :Tampak pengeluaran ASI.

➤ Abdomen :Tampak simetris, TFU pertengahan pusat-symphisi, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

➤ Genetalia :Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sangulenta, tampak jahitan pada luka perinium baik.

A :

Diagnosis : P₂₀₁₂ post partum hari ke-3

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 01 Juli 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	09.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari diatas symphisis, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea sangulenta, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
	09.20 WITA	Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; Ibu dapat menyusui bayinya dengan benar.	
	09.25 WITA	Mengajarkan ibu senam nifas dari hari pertama sampai hari ke sepuluh; ibu mengerti dan bersedia melanjutkan senam nifas sesuai urutan terutama dari hari keenam sampai dengan hari ke sepuluh setiap hari (SAP dan leaflet terlampir).	
	09.45 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit mengenai perawatan luka perineum (SAP dan leaflet terlampir).	
	09.55 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 03 Juli 2016 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukannya kunjungan pada hari berikutnya.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III (3-6 hari PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 03 Juli 2016/Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.E

Oleh : Maria Dewi Juliana

S : - Ibu mengatakan tidak ada keluhan

- Ibu mengatakan senang bayinya sudah keluar Rumah Sakit dengan keadaan sehat

- Ibu mengatakan akan tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayinya

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, R : 22 x/menit, S : 36,5°C

BB : 65 kg, TB : 155 cm, LILA : 27 cm,

- Payudara :Tampak pengeluaran ASI.
- Abdomen :Tampak simetris, TFU tidak teraba, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.
- Genetalia :Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, tampak jahitan pada luka perinium baik.

A :

Diagnosis : P₂₀₁₂ post partum hari ke-7

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 03 Juli 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	09.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU: 2 jari diatas symfisis, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea serosa, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
	10.00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 10 menit mengenai imunisasi dasar bagi bayi : Pengertian Imunisasi, macam-macam imunisasi, dasar, efek samping imunisasi dasar dan jadwal pemberian imunisasi dasar; ibu mengerti dengan konseling yang diberikan. (SAP dan leaflet terlampir)	

	10.10 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG di fasilitas kesehatan terdekat; ibu bersedia untuk melakukan imunisasi BCG di fasilitas kesehatan pada tanggal 03 Juli 2016.	
--	---------------	--	--

G. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 27 Juni 2016/Pukul :10.30 WITA

Tempat : Ruang Perawatan Perinatologi RS Kanudjoso
Djatiwibowo Balikpapan (Flamboyan B)

Oleh : Maria Dewi Juliana

S : -

O:KU : Baik

TTV; N : 142 x/menit, R : 40 x/menit, S : 36,7 °C. PB : 49 cm,

LK : 33 cm, LD : 32 cm, Lingkar perut : 30 cm, LILA : 10 cm. Reflek (+)

PASI (+)

a. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Tidak tampak caput dan cephal hematoma.
- Mata : Konjungtiva tidak tampak anemis, sclera tidak tampak ikterik.
- Hidung : Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- Telinga : Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- Mulut : Tidak tampak labio palatoskhizis, mukosa mulut lembab, daya hisap kuat, refleks rooting dan sucking baik.

- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi.
- Abdomen : Tidak ada kembung.
- Punggung : Normal, tidak ada spina bikida.
- Genetalia : Perempuan, tidak ada kelainan.
- Anus : Positif (+), 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.

b. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (PASI) oleh petugas ruangan bayi dikarenakan ibu belum turun keruangan bayi.
Eliminasi	- BAB 2 kali, konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 2 kali konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi belum ada dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 1 hari

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : Hipotermi

Kebutuhan Segera :Menjaga kehangatan bayi, dan observasi keadaan umum dan TTV

P :

Tanggal 27 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Pelaksana
07.45 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat tetapi masih harus di pantau diruang bayi, dan diperiksa oleh dokter anak; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
08.00 WITA	Memberikan KIE pada ibu tentang tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan/tangisan tidak ada, merintih, bayi sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang di sampaikan. (SAP dan leaflet terlampir)	
08.10 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit mengenai cara merawat tali pusat. (SAP dan leaflet terlampir)	
08.20 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit tentang imunisasi dasar. (SAP dan leaflet terlampir)	
08.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 6 hari selanjutnya pada tanggal 01 Juli 2016 atau saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II (Catatan Perkembangan)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 01 Juli 2016/Pukul : 10.30 WITA

Tempat : Rumah Ny.E

Oleh : Maria Dewi Juliana

S: -

O:KU : Baik,N : 130 x/menit, R : 43 x/menit dan S : 36,5 °C. BB :3025 gram, PB :
50 cm, LK : 34cm, LD : 33 cm, dan LILA : 11 cm.

➤ Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 5-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan
hari ke-3

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 01 Juli 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	10.30 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
	10.05 WITA	Melakukan evaluasi kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi. Ibu mengerti dengan penjelasan tersebut.	
	10.10 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat, hanya saja berat badan bayi mengalami penurunan 50 gram. Memberitahu kepada ibu bahwa	

		penurunan berat badan bayi pada minggu pertama masih dalam batas normal. Pada minggu pertama berat badan bayi akan turun rata-rata 7% - 10 % karena di dalam kandungan, tubuh bayi mengandung banyak air sehingga kelebihan sekian puluh gram ini akan dikeluarkan setelah ia lahir, terutama melalui urine. Namun perlu diwaspasai apabila berat badan bayi kembali ke berat lahir dalam 2-3 minggu setelah lahir; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
	10.20 WITA	Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan ulang pada tanggal 03 Juli 2016. Ibu bersedia dilakukan kunjungan.	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III (Catatan Perkembangan)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 03 Juli 2016/Pukul : 10.30 WITA

Tempat : Rumah Ny.E

Oleh : Maria Dewi Juliana

S: -

O:KU : Baik,N : 130 x/menit, R : 43 x/menit dan S : 36,5 °C. BB : 3005 gram, PB : 50 cm, LK : 34cm, LD : 33 cm, dan LILA : 11 cm.

➤ Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 5-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan
hari ke-6
Masalah : tidak ada
Diagnosis Potensial : tidak ada
Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 03 Juli 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	10.30 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
	10.35 WITA	Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dipagi hari dibawah jam 8 pagi selama \pm 10 menit dengan posisi seluruh tubuh terbuka dan mengenai pantulan cahaya matahari dan mata ditutup dengan kassa; Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia untuk melakukannya	
	10.40 WITA	Menganjurkan ibu untuk datang kembali pada jadwal imunisasi bayinya; Ibu berjanji akan rutin membawa bayinya sesuai jadwal imunisasi.	
	10.45 WITA	Melakukan evaluasi kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi. Ibu mengerti dengan penjelasan tersebut.	

H. Dokumentasi Manajemen Asuhan Kebidanan KB

Tanggal Pengkajian/Waktu : 03 Juli 2016/10.30 WITA

Tempat : Rumah Ny.E

Oleh : Maria Dewi Juliana

S :

1. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu ingin bersalin dan menyetujui menggunakan KB suntik 3 bulan

2. Riwayat Kesehatan Klien

Ibu tidak sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang kronis, yang dapat memperberat atau diperberat oleh kehamilan, menular ataupun berpotensi menurun.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny.E, ibu tidak memiliki riwayat kesehatan tertentu dan tidak memiliki riwayat alergi makanan tertentu. Selain itu ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun, serta tidak ada riwayat keturunan kembar.

4. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. E adalah 15 september 2016, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 27 Juni 2016 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28-30 hari, lama haid 7 hari, 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 12 tahun.

5. Riwayat Obstetri

Kehamilan				Persalinan				Anak				Nifas		
Suami	Ank	UK	Pny	Jns	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	BB/ PB	H	M	Abno rmali	Laktasi	Peny

													tas		
	1	1	Aterm	Tdk ada	Spt	Bidan	RS	Tdk ada	P	2900 gr / 49 cm	H	-	-	+	Tdk ada
2			2 bulan		Kur etas e		S								
	Hamil Ini														

6. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi seporsi, 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 1-1,5 jam/hari. Tidur malam selama \pm 6-7 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak, mengurus anak. Belum ada kegiatan yang dilakukan keluar rumah
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Kebiasaan	Tidak ada

7. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia 22 tahun, lama menikah 7 tahun, status pernikahan sah. Ini merupakan kelahiran anak yang ketiga. Kultural dalam keluarga ibu tidak memiliki adat istiadat ataupun tradisi yang dapat mempengaruhi kehamilan. Sebelumnya Ibu memakai KB Pil tidak ada keluhan atau masalah pada saat mengkonsumsi KB Pil.

O:

1. Pemeriksaan Umum

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

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tampak simetris, tidak tampak lesi, distribusi rambut merata, tampak bersih, warna rambut hitam, konstruksi rambut kuat, tidak teraba benjolan/massa.

Wajah : Tampak simetris, tidak tampak kloasme gravidarum, tidak tampak pucat, tidak teraba benjolan/massa, tidak teraba oedem

Mata : Tampak simetris, konjungtiva sedikit pucat, sklera berwarna putih, tidak tampak pengeluaran kotoran, tidak teraba oedema pada kelopak mata

Telinga : Tampak simetris, tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau.

Hidung : Tampak simetris, tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak pucat, bibir tampak lembab, tampak bersih, lidah tampak bersih, tidak tampak stomatitis ataupun caries, tampak gigi geraham berlubang di kanan dan kiri.

- Leher : Tidak tampak pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid, tidak tampak hiperpigmentasi. Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi, tidak tampak alat bantu otot pernapasan, irama jantung terdengar teratur, suara jantung 1 terdengar di intercosta 4-5 dan suara jantung 2 terdengar di intercosta 1-2 (frekuensi jantung 84 x/m), tidak terdengar suara nafas tambahan (RR: 20x/menit).
- Payudara :Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran asi, tampak hiperpigmentasi pada aerolla mammae, putting susu tampak menonjol. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas operasi, sesuai dengan post partum hari pertama (2 jari bawah pusat).
- Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan edema tungkai. Pada ekstremitas atas tidak ada oedema dan cavilari refill kembali dalam waktu ≥ 2 detik, refleks bisep dan trisep (+).Dan pada ekstremitas bawah tampak oedema berkurang, cavilari refill kembali dalam waktu ≥ 2 detik serta homan sign (-), refleks babinski dan patella (+).

A:

- Diagnosa : P₂₀₁₂ post partum hari pertama dengan akseptor suntik 3 bulan
- Masalah : Tidak ada
- Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak ada

P :

Tanggal 03 Juli 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	10.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	
	10.35 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 5 menit mengenai beberapa kontrasepsi; Ibu mengerti mengenai penkes yang diberikan.	
	10.40 WITA	Melakukan informed consent untuk melakukan suntik 3 bulan. Suami dan Istri mengatakan ingin melakukan suntik 3 bulan setelah 40 hari masa nifas.	
	10.45 WITA	Menjelaskan kepada ibu kerugian dan keuntungan pemakaian kontrasepsi suntik, jika ibu kurang mengerti bias minta penjelasan lebih lanjut ke fasilitas kesehatan terdekat.	
	10.50 WITA	Membuat kesepakatan untuk melakukan penyuntikan kontrasepsi suntik 3 bulan setelah 40 hari pasca nifas di sarana kesehatan terdekat.	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Dipembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek yang terjadi selama pemberian asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. E di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Samarinda Balikpapan Utara. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang meliputi :

1. Kehamilan

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

Ada hubungan antara pengetahuan dengan frekuensi ANC, semakin baik pengetahuan maka semakin patuh dalam melakukan ANC (Purwaningsih, 2008). Selain berlatar belakang pendidikan SMK, Ny. E pernah mendapat

konseling mengenai pentingnya kunjungan ANC saat kehamilannya berusia 20 minggu di Puskesmas.

Selama ANC Ny. E telah memperoleh standar asuhan 10 T di puskesmas . Menurut Depkes RI (2009), pelayanan antenatal care memiliki standar 10 T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, menilai status gizi buruk (LILA), mengukur TFU, menentukan presentasi janin, menghitung denyut jantung janin, skrining status imunisasi TT, tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium, tata laksana kasus, temu wicara konseling. Dengan adanya ANC yang berstandar 10 T maka resiko atau penyulit pada ibu hamil dapat dideteksi sejak dini.

Pada saat melakukan kunjungan hamil yang pertama pada tanggal 09 Mei 2016 Ny.E dalam kondisi yang baik,sehingga kunjungan berjalan dengan lancar.

Pada saat melakukan pemeriksaan Leopold, penulis mendapatkan hasil bahwa posisi janin dalam keadaan normal yaitu bagian terbawah janin adalah kepala.

Saat dilakukannya kunjungan hamil kedua pada tanggal 17 Mei 2016 Ny. E dalam kondisi yang baik,sehingga kunjungan berjalan dengan lancar.

Pada saat melakukan pemeriksaan Leopold, penulis mendapatkan hasil bahwa posisi janin dalam keadaan normal yaitu bagian terbawah janin adalah kepala.

Saat dilakukannya kunjungan hamil kedua pada tanggal 20 Mei 2016 Ny. E dalam kondisi yang baik, sehingga kunjungan berjalan dengan lancar. Pada saat melakukan pemeriksaan Leopold, penulis mendapatkan hasil bahwa posisi janin dalam keadaan normal yaitu bagian terbawah janin adalah kepala.

2. Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. E yaitu 40 minggu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Kehamilan cukup bulan (aterm) atau pematangan janin terjadi pada minggu 37-40 adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal (JNPK-KR, 2008).

a. Kala I

Tanggal 26 Juni 2016 pukul 05.35 WITA Ny. E merasa mules dan perut kencang-kencang serta keluar lendir darah, klien memutuskan segera memeriksakan diri ke RSKD Balikpapan pada pukul 05.40 WITA, dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tipis/lembut, effacement 25 %, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, pembukaan serviks 3 cm, penurunan kepala hodge I, DJJ 138 x/menit dengan HIS yang masih lemah 1x dalam 10 menit dengan durasi 15-20

detik. Dalam fase laten dilakukan observasi DJJ serta His tiap setengah jam dan di masukkan hasil observasi didalam data ibu.

Empat jam selanjutnya bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf pada pukul 10.00 WITA, hasil pemeriksaan dalam vulva, uretra tidak ada kelainan, portio tipis/lembut, efficement 25 %, selaput ketuban utuh, pembukaan serviks 3 cm, posisi kepala janin pada hodge I +, DJJ 140 x/menit dengan HIS yang lemah (1 x dalam 10 menit dengan durasi 15-20 detik).

Empat jam selanjutnya bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf pada pukul 14.00 WITA, hasil pemeriksaan dalam vulva, uretra tidak ada kelainan, portio tipis/lembut, efficement 25 %, selaput ketuban utuh, pembukaan serviks 3 cm, posisi kepala janin pada hodge I +, DJJ 140 x/menit dengan HIS yang lemah (1 x dalam 10 menit dengan durasi 25-30 detik).

Empat jam selanjutnya bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf pada pukul 18.00 WITA, hasil pemeriksaan dalam vulva, uretra tidak ada kelainan, portio tipis/lembut, efficement 25 %, selaput ketuban utuh, pembukaan serviks 3 cm, posisi kepala janin pada hodge I +, DJJ 150 x/menit dengan HIS yang lemah (1 x dalam 10 menit dengan durasi 25-30 detik).

Empat jam selanjutnya bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf pada pukul 22.00 WITA, hasil pemeriksaan dalam

vulva, uretra tidak ada kelainan, portio tipis/lembut, efficement 30 %, selaput ketuban utuh, pembukaan serviks 4 cm, posisi kepala janin pada hodge II +, DJJ 143 x/menit dengan HIS yang sedang (2 x dalam 10 menit dengan durasi 25-30 detik).

Empat jam selanjutnya bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf pada pukul 03.00 WITA, hasil pemeriksaan dalam vulva, uretra tidak ada kelainan, portio tipis/lembut, efficement 75 %, selaput ketuban utuh, pembukaan serviks 8 cm, posisi kepala janin pada hodge III +, DJJ 130 x/menit dengan HIS yang kuat (3x dalam 10 menit dengan durasi 30-35 detik).

Saat klien telah memasuki fase aktif bidan menyiapkan partus set serta alat pelindung diri dan perlengkapan bayi. Pukul 05.00 WITA Ny.E mengeluh ingin BAB dan merasa nyeri perut bagian bawah menjalar sampai ke pinggang. Hal ini sesuai dengan APN (JNPK-KR, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Penulis berpendapat, penyiapan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan tersebut selain memudahkan bidan dalam proses pertolongan persalinan juga sebagai mengoptimalkan waktu dalam pertolongan persalinan.

Ny. E memasuki kala II setelah dilakukannya pemeriksaan dalam Pukul 06.35 WITA dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tidak teraba, selaput ketuban pecah spontan dengan warna meconium kental,

efficement 100 %, pembukaan serviks 10 cm, posisi kepala janin pada hodge IV, DJJ 148 x/menit, dengan HIS adekuat (5 x dalam 10 menit dengan durasi 40-45 detik).

Keadaan Ny. E sesuai dengan teori yaitu, tanda-tanda persalinan yaitu rasa nyeri terasa dibagian pinggang dan penyebar ke perut bagian bawah, lendir darah semakin nampak, waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah, serviks menipis dan membuka (Sumarah, dkk, 2009). Penulis sependapat dengan teori tersebut, karena Ny. E merasakan kencangkencang dan diikuti pengeluaran lendir darah pada awal persalinannya dan setelah dilakukan pemeriksaan terdapat pembukaan serviks 3 cm, bertambah menjadi 4 cm, bertambah menjadi 8 cm dan terakhir lengkap atau 10 cm. Pertambahan pembukaan serviks pada Ny. E didukung dengan HIS yang semakin meningkat dan adekuat.

Pukul 06.35 WITA ketuban pecah spontan dengan jumlah cairan ketuban ± 500 cc, warna cairan ketuban bercampur mekonium, dan baunya khas. Hal ini sesuai dengan teori Oxorn dan Forte tahun 2010, cairan ketuban yang mengantong ke dalam vagina sangat berpengaruh pada pembukaan serviks, bahkan dapat memperlama persalinan hingga memperlambat terjadinya penurunan kepala.

Kala I yang dialami Ny. E berlangsung selama 21 jam, lama kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam (JNPK-KR, 2008). Komplikasi yang terjadi pada bayi yaitu : Persalinan

dengan kala I lama dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi sampai bradikardi. Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST atau OCT menunjukkan asfiksia intrauterin. Dan pada pemeriksaan sampel darah kulit kepala menuju pada anaerobik metabolisme dan asidosis. Selain itu, persalinan lama juga dapat berakibat adanya kaput suksidaneum yang besar (pembengkakan kulit kepala) seringkali terbentuk pada bagian kepala yang paling dependen, dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala (Hollingworth, 2012 ; Manuaba, 2013 ; Wijayarini, 2004).

Kilpatric dan Laros (1989) melaporkan bahwa merata lamapersalinan kala I dan kala II adalah sekitar 9 jam pada nulipara tanpaanalgesia regional, dan pada multipara adalah sekitar 6 jam. Mereka mendefinisikan awal persalinan sebagai waktu saat wanita mengalami kontraksi teratur yang nyeri 3 sampai 5 menit dan menyebabkan pembukaan serviks. Pembukaan serviks saat wanita dirawat tidak disebutkan. Paritas dan pembukaan serviks saat dirawat merupakan penentu yang penting terhadap lama persalinan (Cunningham, 2008).

Median durasi kala II adalah 50 menit pada nulipara dan 20menit pada multipara, tetapi hal ini dapat sangat bervariasi. Pada seorang wanita yang mempunyai paritas lebih tinggi dengan vagina dan perineum yang lemas,

untuk menyelesaikan kelahiran bayi cukup membutuhkandua atau tiga daya dorong setelah pembukaan servik lengkap(Cunningham,2006).

Lama kala I Ny. E berlangsung dengan tidak normal dikarenakan hisnya yang tidak baik yaitu 1 x 10 menit (15-20 detik),serta ibu tidak mau mobilisasi, posisi janin dalam keadaan normal di dalam rahim, dan jalan lahir Ny. E yang normal. Dalam hal ini maka Pada observasi pertama yaitu empat jam dilakukannya pemeriksaan dalam pembukaan masih tetap 3 cm, portio lembut/tipis,DJJ normal, His masih lemah, observasi kedua empat jam setelah observasi pertama didapatkan hasil pembukaan masih tetap 3 cm, portio lembut/tipis,DJJ normal, His masih lemah, dilakukan observasi ketiga didapatkan hasil pembukaan masih tetap 3 cm, portio lembut/tipis,DJJ normal, His masih lemah, sehingga tidak adanya penurunan kepala.

b. Kala II

Kala II yang dialami Ny. E berlangsung selama 25 menit, pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam (JNPK-KR, 2008). Pada tanggal 27 Juni 2016 pukul 06.55 WITA Bayi lahir spontan tidak segera menangis, tidak bergerak aktif, sisa ketuban meconium sehingga didapatkan hasil Apgar Score A/S 5/7.

Bayi menjadi asfiksia disebabkan karena ketuban yang bercampur meconium, Sindroma aspirasi mekonium (SAM) adalah kumpulan gejala yang diakibatkan oleh terhisapnya mekonium kedalam saluran pernafasan

bayi. Sindroma Aspirasi Mekonium terjadi jika janin menghirup mekonium yang tercampur dengan cairan ketuban, baik ketika bayi masih berada di dalam rahim maupun sesaat setelah dilahirkan. Mekonium adalah tinja janin yang pertama. Merupakan bahan yang kental, lengket dan berwarna hitam kehijauan, mulai bisa terlihat pada kehamilan 34 minggu (Manuaba, 2010).

Proses persalinan Ny. E berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf walaupun sisa ketuban meconial dan kemungkinan bisa terjadi infeksi pada Ny. E, kekooperatifan pasien yang selalu mengikuti saran penulis dan bidan sebagai upaya membantu memperlancar proses persalinannya.

c. Kala III

Kala III yang dialami Ny. E berlangsung selama 6 menit, pukul 23.30 WITA plasenta lahir spontan lengkap dengan berat \pm 500 gram, diameter \pm 19 cm, tebal \pm 2 cm, lebar \pm 16 cm, panjang tali pusat \pm 45 cm, selaput ketuban utuh, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta dan perdarahan \pm 150 cc.

d. Kala IV

Pada perineum terdapat laserasi yaitu mulai dari mukosa vagina. Setelah dilakukan penjahitan perineum lanjut melakukan pemantauan 2-3 kali setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

3. Bayi Baru Lahir

Kehamilan Ny. E berusia 40 minggu 3 hari, hal ini sesuai dengan teori Depkes tahun 2005 mengemukakan bahwa normalnya bayi lahir dengan usia kehamilan 37- 42 minggu dengan berat lahir antara 2500- 4000 gram. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena saat bersalin usia kehamilan Ny.E aterm dan berat badan bayi Ny.E diatas 2500 gram.

Setelah bayi lahir dilakukan penilaian Apgar Score (AS), didapatkan hasil AS bayi Ny.E yaitu 5/7. Penilaian ini termasuk dalam keadaan tidak normal, bahwa bayi asfeksia sedang apabila nilai AS 4-6, serta dilakukannya Resusitasi secepat mungkin (Dewi, 2011). Yang dapat dilakukan setelah bayi lahir yaitu mengeringkan bayi, menggunakan sinar lampu untuk pemanasan luar, bungkus bayi dengan kain kering, lakukan pembersihan jalan nafas, lakukan rangsangan untuk menimbulkan pernafasan.

Untuk penanganan di ruangan yaitu tetap lakukan pembersihan jalan nafas, lalu berikan oksigen 2 liter permenit, lakukan rangsangan pernafasan untuk menilai pernafasan bayi yaitu dengan menepuk telapak kaki apabila belum ada reaksi, bantu pernafasan melalui ambubag, setelah itu bila bayi sudah mulai bernafas tetapi masih sianosis maka berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc. dextrose 40% sebanyak 4cc disuntikan melalui vena umbilicus secara perlahan-lahan, untuk mencegah tekana intra kranial meningkat.

Biasanya persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida atau lebih dari 18 jam pada multigravida, dimana terjadi kontraksi Rahim yang berlangsung lama sehingga dapat menyebabkan resiko pada janin dimana terjadi gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ yang menyebabkan asfiksia. Sehingga penulis berpendapat bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena nilai AS bayi Ny.E dalam batas tidak normal yaitu 5/7.

Kemudian dilakukannya pemotongan tali pusat dengan cara mengklem tali pusat 3 cm didepan dinding perut bayi dan memotong tali pusat. Dilakukannya perawatan tali pusat dengan cara membungkus tali pusat dengan kassa steril tanpa membubuhkan apapun serta menjaga agar tali pusat selalu kering. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan Muslihatun tahun 2010 perawatan umbilicus dimulai segera setelah bayi lahir dan tali pusat harus tetap kering.

Penulis sependapat dengan teori diatas perawatan tali pusat sangat penting dilakukan agar mencegah terjadinya infeksi pada potongan tali pusat yang tersisa pada bayi. Apabila perawatan tali pusat dapat dilakukan dengan prinsip bersih dan kering, maka tali pusat akan cepat mengering dan terlepas dengan sendirinya. Setelah dilakukan perawatan tali pusat kemudian bayi dibawa ke ruang bayi untuk dilakukan pemeriksaan oleh dokter anak.

Asuhan BBL yaitu 1 jam IMD tidak dapat dilakukan karena melihat kondisi bayi yang harus dapat perawatan lebih lanjut oleh dokter. Bayi Ny.

E diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM dan imunisasi hepatitis B 0 hari. Bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2008).

Penanganan Bayi Baru Lahir dengan Ketuban Mekoneal yaitu tergantung pada berat ringannya keadaan bayi, mungkin saja bayi akan dikirim ke unit perawatan intensif neonatal (neonatal intensive care unit, NICU).

Tata laksana yang dilakukan biasanya meliputi, jaga agar bayi tetap merasa hangat dan nyaman, beri oksigen serta obat yang diberikan, antara lain antibiotika. Antibiotika diberikan untuk mencegah terjadinya komplikasi berupa infeksi ventilasi mekanik. Jika bayi mulai bernafas tapi masih tetap sianosis maka berikan Natrium Bikarbonat 7,5% (6cc), Dextrosa 40% (4cc) disuntikan melalui vena umbilicus secara perlahan-lahan, untuk mencegah tekana intra kranial meningkat.

4. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. E sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam (tanggal 27 juni 2016), kunjungan kedua 3 hari (30 Juni 2016), kunjungan ketiga 6 hari (tanggal 03 Juli 2016) Hal ini sesuai dengan kebijakan program nasional bahwa kunjungan masa nifas dilakukan

saat 6-8 jam post partum, 2-6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 4-6 minggu post partum (Suherni, dkk tahun 2009). Pada asuhan masa nifas ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada saat kunjungan dilakukan observasi KU, kesadaran, status emosi, TTV, ASI, kontraksi uterus, dan perdarahan post partum semua dalam batas yang normal. Asuhan yang diberikan pada Ny.N selama masa nifas meliputi pemberian KIE tentang nutrisi nifas, mobilisasi dini, tanda bahaya nifas, cara perawatan luka jahitan perinium serta mengajarkan ibu senam nifas. Faktor yang mempengaruhi involusi uterus antara lain senam nifas, mobilisasi dini, serta gizi yang baik (Prawiroharjo, 2008).

Berdasarkan uraian diatas penulis menyimpulkan bahwa senam nifas sangat penting karena pengaruh gerakan otot-otot pada ibu nifas dapat membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul serta dapat mempercepat kembalinya bagian-bagian tersebut kembali seperti saat sebelum hamil. Hal ini terbukti dengan hasil yang didapatkan oleh Ny.N karena setiap dilakukannya kunjungan rumah uterus ibu mengecil secara bertahap, ibu tidak mengalami perdarahan, mobilisasi ibu cukup baik, luka jahitan pada perinium ibu cepat mengering, serta perut ibu yang semakin mengecil kembali seperti saat sebelum hamil.

5. Neonatus Care/ Kunjungan Neonatus (KN)

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam, 3 hari, 6 hari.. Hal ini sesuai dengan teori yang

dikemukakan oleh Muslihatun (2010) yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN-1 dilakukan 6-8 jam, KN-2 dilakukan 3-7 hari, KN-3 dilakukan 8-28 hari. Pada saat melakukan pemeriksaan fisik, penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

Menurut penulis kunjungan pada neonatus penting dilakukan karena periode neonatus yaitu bulan pertama kehidupan dan melihat keadaan bayi setelah dilahirkan yaitu bayi mengalami asfiksia, tetapi pada saat pemeriksaan bayi terlihat baik dan sehat, tidak ada terlihat kelainan pada bayi. Bayi banyak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang baik karena bayi kuat menyusu (ASI). Begitu banyak perubahan yang terjadi dalam tubuh bayi dari ketergantungan pada saat didalam rahim menjadi tidak tergantung pada ibu saat bayi sudah melewati proses persalinan. Serta sebagai deteksi dini apabila terdapat penyulit pada neonatus.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Tanggal 03 Juli 2016 Ny. E merasa tertarik dengan kontrasepsi IUD untuk mengatur jarak kehamilannya tetapi klien ingin memasang alat kontrasepsi setelah 40 hari masa nifas. KB merupakan metode dalam penjarangan kehamilan, karena kontrasepsi dapat menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma (Manuaba, 2010). KB suntik dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi oleh ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI (BKKBN, 2006).

Walaupun Ny. E menyusui bayinya secara eksklusif, Ny. E ingin menggunakan KB sebagai antisipasi agak tidak terjadi kehamilan, mengingat usia Ny. E yang masih muda yaitu 30 tahun. Sehingga, penulis dan bidan menyarankan kepada klien untuk memakai KB tersebut agar ibu tidak hamil lagi.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny.E di temui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan Laporan Tugas Akhir tidak berjalan dengan maksimal.

Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan LTA adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

2. Waktu yang terbatas

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

3. Asuhan pada pasca persalinan

Pelaksanaan asuhan kebidanan tidak dapat diberikan dengan baik karena penulis mengikuti prosedur Rumah Sakit, dimana penulis hanya dapat melakukan intervensi seperti pemantauan DJJ dan His. Sehingga pada saat kala 1 fase laten terjadi selama 15 jam dan kala 1 fase aktif terjadi selama 8 jam, dan juga pada saat kala 2 menyebabkan bayi asfiksia sedang yaitu A/S 5/7.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. E selama hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya asuhan yang diberikan bidan terhadap ibu pada masa kehamilan hingga pelayanan kontrasepsi setelah melahirkan sebagai deteksi dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi dapat dihindari atau ditanggulangi.

1. *Antenatal Care (ANC)*

Mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dimana pada saat pemeriksaan tidak terdapat kesenjangan.

2. *Intranatal Care (INC)*

Mampu melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif dimana pada awal pemeriksaan hingga akhir persalinan Ny. E berlangsung dengan adanya kesenjangan yaitu kala 1 fase laten memanjang terjadi selama 15 jam.

3. *Bayi baru lahir (BBL)*

Mampu melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif dimana pada saat bayi baru lahir sisa ketuban mekoneal. Pada saat pemeriksaan fisik Bayi Ny. E terjadi kesenjangan dimana pada saat bayi keluar bayi tidak

langsung menangis dan tidak bergerak aktif, ketuban bercampur meconium sehingga didapatkan A/S 5/7.

4. *Post Natal Care* (PNC)

Mampu melakukan asuhan nifas secara komprehensif. Masa nifas Ny. E berjalan dengan normal tanpa adanya penyulit.

5. Neonatus

Mampu melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Tidak ada masalah pada saat kunjungan hari ke 6, neonates tampak sehat dan normal.

6. Keluarga Berencana

Mampu memberikan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif sesuai kondisi Ny. E. Klien telah memilih menjadi akseptor KB Suntik 3 bulan pada tanggal 03 Juni 2016.

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif dan lebih mengajarkan

kepada mahasiswa untuk menganalisis kasus-kasus yang terjadi dalam laporan tugas akhir yang dilakukan.

2. Bagi Tenaga Kesehatan/Bidan

- a. Diupayakan bimbingan dan asuhan yang diberikan lebih sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang telah diberikan untuk menghasilkan asuhan kebidanan yang tepat, bermutu dan memuaskan klien.
- b. Bidan diupayakan mampu menjalin komunikasi yang baik dengan pasien agar tercipta suasana yang terbuka dan harmonis, sehingga dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan pelayanan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta keluarga berencana.
- c. Bidan diupayakan melakukan penyuluhan tentang jarak/interval kehamilan yang terlalu dekat karena hal tersebut merupakan resiko tinggi terhadap kehamilan berikutnya.

3. Bagi klien

Klien yang terpilih dalam pelaksanaan laporan tugas akhir ini memiliki manfaat yang sangat berguna, diantaranya :

- a. Kehamilan akan sehat
- b. Persalinan lebih dipantau oleh tenaga kesehatan
- c. Pengetahuan kehamilan dan persalinan lebih banyak

- d. Pada saat hamil lebih sering melakukan pemeriksaan terutama pada usia kehamilan yang tua, bila mana memungkinkan untuk melakukan pemeriksaan USG
- e. Pergi kefasilitas kesehatan terdekat bila mengalami keluhan yang dirasakan

4. Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati et al. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta :Fitramaya

Departemen Kesehatan RI. 2012. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta. 2012.

Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, www.depkes.go.id, Diakses tanggal 11 Maret 2015 *Millenium Development Goals*. www.depkes.go.id, Diakses tanggal 11 Maret 2015.

_____. 2012. Profil Kota Balikpapan Tahun 2011

http://dkk.balikpapan.go.id/index.php?option=com_content&task=view&Itemid=103, Diakses pada tanggal 11 Maret 2015

Fatimah, Ninik. 2015. Angka Kematian Ibu Di Indonesia Masih Jauh Dari Target MDGs

2015. <http://angkakematianpadaibu.blogspot.co.id/2015/01/angka-kematian-ibu-ibu-hamil-adalah.html>. Diakses 15 maret 2016

Kementrian Kesehatan RI No 97.2015. Sustainable Development Goals

(SDGs). http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2_v1/wpcontent/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf., diakses 11 maret 2016.

Manuaba, Ida Ayu Chandranita, et al. 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan

KB untuk Pendidikan Bidan Edisi 2. Jakarta :Buku Kedokteran EGC.

Mutalazimah. 2005. Hubungan

_____. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta

: EGC

Nursalam. 2002. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.
Jakarta :Salemba Medika

Prawirohardjo. S. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka sarwono

2008. *BukuAcuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*.

Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2009.

Saifuddin, A.B., 2010. Kematian Ibu dan Perinatal, dalam: *Buku Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo Edisi IV*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono
Prawirohardjo

_____. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP.

_____.2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : BP-SP.

Suherni, et all.2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta :Fitramaya

Sukarni, Icesmi. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan Patologi*.
Jakarta: Nuha Medika.

Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya

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

WHO . 2010 . World healt statistic.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf

diakses tanggal 24-maret-2016

Wiko,Saputra.2013.Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI),
Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA)
diIndonesia. [http://theprakarsa.org/new/ck_uploads/files/
policy%20update%20kia_cy.pdf](http://theprakarsa.org/new/ck_uploads/files/policy%20update%20kia_cy.pdf) .,diakses 14 maret 2016.

Winkjosastro, Hanifa. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka
SarwonoPrawirohardjo

_____. 2005. *Ilmu Kebidanan, Edisi Ketiga*. Jakarta : YBP-SP.

Varney, Helen et al. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi5*. Jakarta : EGC