

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."K"**  
**DENGAN RESIKO TINGGI DI WILAYAH KERJA**  
**PUSKESMAS KAMPUNG BARU TENGAH**  
**KOTA BALIKPAPAN**  
**TAHUN 2016**



Oleh:

**NEDYA TIARA PUTRI**  
**NIM. PO 7224113026**

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

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR**  
**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN**  
**TAHUN 2016**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. K G<sub>5</sub>P<sub>4004</sub>**  
**UK 37 MINGGU DENGAN RESIKO TINGGI DI WILAYAH**  
**KERJA PUSKESMAS KAMPUNG BARU TENGAH**  
**KOTA BALIKPAPAN**  
**TAHUN 2016**



**Oleh:**

**NEDYA TIARA PUTRI**  
**NIM. PO 7224113026**

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

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR**  
**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN**  
**TAHUN 2016**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

JUDUL LTA : **ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF  
PADA NY. K G5P4004 UK 37 MINGGU  
DENGAN RESIKO TINGGI DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS KAMPUNG BARU  
TENGAH BALIKPAPAN TAHUN 2016**

NAMA MAHASISWA : **NEDYA TIARA PUTRI**

NIM : **PO 7224113026**

Proposal Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Dipertahankan Dihadapan  
Tim Penguji Poltekkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Balikpapan, April 2016

Menyetujui

Pembimbing I,

Eli Rahmawati,S.SiT,M.Kes

NIP. 197403201993032001

Pembimbing II,

Nilawati,SST

NIP. 195811251981112002

## HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."K" G5P4004 UK 37  
MINGGU DENGAN RESIKO TINGGI DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KAMPUNG BARU TENGAH KOTA BALIKPAPAN  
TAHUN 2016

**NEDYA TIARA PUTRI**

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan  
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Depkes Kalimantan Timur  
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Pada Tanggal 14 Juli 2016

### Penguji Utama

**Hj. Nurlaila, S.Pd., SST., M.Pd**  
NIP.195206041972032000

(.....)

### Penguji I

**Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes**  
NIP. 197403201993032001

(.....)

### Penguji II

**Hj. Nillawati, SST**  
NIP. 195811251981112002

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan  
Balikpapan

Ketua Prodi D-III Kebidanan

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

**Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes**  
NIP. 197403201993032001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : NEDYA TIARA PUTRI

NIM : PO 7224113026

Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 27 MEI 1996

Agama : ISLAM

Alamat : JL. Meranti Raya RT.10 No.09 Kelurahan Batu  
Ampar Balikpapan Utara

Riwayat Pendidikan :

- SD Patra Dharma 1 Balikpapan, Lulus Tahun 2007
- SMPIT ISTIQAMAH Balikpapan, Lulus Tahun 2010
- SMA Negeri 5 Balikpapan, Lulus Tahun 2013
- Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi DIII Kebidanan Balikpapan 2013 - Sekarang

## **HALAMAN PERSEMBAHAN**

**“Allah, tiada Tuhan melainkan Dia, Yang Maha Hidup, Maha Berdiri Sendiri, yang karena-Nya segala sesuatu ada“ (QS. Ali Imran : 2)**

Karena-Mu kesulitan itu sirna. Karena-Mu kemudahan itu tiba. Karena-Mu Tugas Akhir ini ada. Semoga Engkau senantiasa meneguhkan imanku, meluruskan niatku, menundukan kapalaku hanya kepada Engkau, Sang Penguasa Semesta.

### ***Persembahan***

#### ***Yang Paling Utama Dari Segalanya***

Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya karya kecil yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat serta dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasullullah Muhammad SAW.

Kupersembahkan karya kecil sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

#### ***Babah & Mama***

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

## **Adik**

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

## ***Dosen Pembimbing dan Penguji Utama Tugas Akhirku***

Ibu Eli Rahmawati, S.SiT.,M.Kes dan Ibu Hj. Nillawati S.ST selaku dosen pembimbing tugas akhirku dan Ibu Hj. Nurlaila, S.Pd.,SST.,M.Pd selaku penguji utama tugas akhirku, terimakasih ibu atas bimbingan serta nasehat yang tiada hentinya ibu berikan kepada saya tidak akan lupa segala jasa dan limpahan kesabaran ibu dalam membimbing saya selama ini serta saya bangga pernah dibimbing oleh ibu.

## ***Seluruh Dosen Pengajar dan staff di Poltekkes Kemenkes Kaltim***

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

## ***Rehan-rehan AKB***

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

### ***Buat Pasien Study Kasus***

Tidak lupa ucapan terima kasih kepada keluarga Tn. D dan Ny. K yang bersedia untuk menjadi pasien dalam pelaksanaan tugas akhir saya. Tanpa kerja sama dari kalian tugas akhir ini tidak akan terselesaikan. Terima kasih atas waktu yang telah diluangkan selama pelaksanaan, semoga hubungan silaturahmi ini selalu terjaga. Amin.

Terima kasih untuk semuanya yang mungkin tidak bisa saya sebutkan satu persatu dalam lembar persembahan ini, terima kasih atas motivasi dan kerjasamanya,

karena berkat motivasi dan kerjasamanya saya dapat menyelesaikan karya kecil ini dengan tepat waktu.

“Karya kecil untuk mereka yang kusayang dan kucintai”

Salam hangat penuh kasih sayang

**Denulis**



## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Proposal Tugas Akhir dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."K" G<sub>5</sub>P<sub>4004</sub> di wilayah kerja Puskesmas Kampung Baru Tengah Kota Balikpapan.

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 Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes, selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan dan selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
4. Hj. Nilawati., S.ST selaku dosen pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
5. Para Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

6. Ayahanda Juraidi dan Ibunda Imas serta Adik Inez selaku keluarga yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
7. Ny. K beserta keluarga yang memberikan kepercayaan dan bersedia menjadi klien pada Laporan Proposal Tugas Akhir.
8. Sahabat yang telah membantu dan memberi semangat untuk menyelesaikan laporan proposal ini.
9. Semua pihak yang telah membantu penulis dan memberikan dukungan serta perhatian yang tidak dapat di sebut satu per satu.

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

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

Balikpapan, 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	ix
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABLE .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Ruang Lingkup.....	7
F. Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar Teori Manajemen Kebidanan.....	9
1. Manajemen Varney.....	9
2. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan.....	13
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan .....	81

1. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan.....	81
2. Konsep Dasar Asuhan Persalinan.....	106
3. Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir.....	136
4. Konsep Dasar Asuhan Nifas.....	142
5. Konsep Dasar Asuhan Neonatus.....	156
6. Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana.....	158

### BAB III SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Penelitian .....	170
B. Kerangka Kerja Penelitian .....	170
C. Subjek Penelitian .....	172
D. Etika Penelitian .....	172

### BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.....	176
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Persalinan.....	189
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir.....	200
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas .....	203
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana .....	208

### BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	219
B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan .....	228

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan .....	230
B. Saran.....	232

DAFTAR PUSTAKA .....	235
----------------------	-----

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

<b>No. Tabel</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri .....	20
2.2	Pola fungsional kesehatan persalinan .....	35
2.3	Memantau kemajuan persalinan menggunakan partograf .....	51
2.4	Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini.....	64
2.5	Apgar Skor .....	66
2.6	Perubahan normal pada uterus selama post partum.....	78

## DAFTAR GAMBAR

<b>No. Gambar</b>	<b>Halaman</b>
2.1 Partograf .....	52
2.2 Partograf .....	53

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No. Lampiran</b>	<b>Halaman</b>
1. Lembar Informasi .....	Lampiran 1
2. Surat Persetujuan Setelah Penjelasan .....	Lampiran 2
3. Lembar Konsultasi .....	Lampiran 3
4. Daftar Hadir Kunjungan Rumah.....	Lampiran 4
5. Partograf .....	Lampiran 6
6. Lembar SAP .....	Lampiran 13
7. Data Sekunder Pasien Pengganti .....	Lampiran 14



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

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).

Angka kematian ibu merupakan jumlah kematian ibu yang diakibatkan oleh proses reproduksi pada saat hamil, melahirkan dan masa nifas per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi merupakan banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu (Badan Pusat Statistik, 2014).

Angka kematian ibu di Indonesia saat ini mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Diperkirakan setiap tahunnya 300.000 ibu di dunia meninggal saat melahirkan dan 99% kematian ibu terjadi di negara berkembang (Depkes RI, 2014).

Angka kematian ibu di Kalimantan Timur 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 (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2013).

Angka kematian ibu melahirkan dan kematian bayi di Samarinda ditemukan 10 kasus kematian ibu dan 2 kasus kematian bayi selama tahun 2013 (Dinkes kota Samarinda, 2013). Sedangkan di Balikpapan belum menunjukkan penurunan AKI dan AKB yang bermakna. Tahun 2011 dilaporkan terdapat 71 kematian per 100.000 kelahiran hidup dan tahun 2012 meningkat menjadi 78 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Begitu pula pada AKB tahun 2010 dilaporkan sebanyak 3 kematian per 1000 kelahiran hidup, 2011 AKB 4 kematian per 1000 kelahiran hidup dan tahun 2012 sebanyak 5 kematian per 1000 kelahiran (Dinas Kota Balikpapan, 2012).

Wanita hamil mempunyai resiko komplikasi. Apalagi kelompok wanita resiko tinggi, yaitu wanita dengan keadaan 4T, kehamilan yang terjadi pada usia terlalu muda, usia terlalu tua, selang kelahiran terlalu dekat dan urutan anak >3. Kategori wanita resiko tinggi ini mempunyai resiko terlalu besar untuk terjadi komplikasi di banding kategori lain. Pada kategori resiko tinggi, persentase yang paling tinggi adalah resiko selang kehamilan < 2 thn (10%), usia > 35 tahun dan urutan > 3 (8%). Propinsi NusaTenggara Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sumatera Utara, dan Sumatera Barat, merupakan propinsi yang perlu mendapat perhatian karena besarnya persentase untuk kategori resiko tinggi (BKKBN, 2004).

Di Indonesia kelompok kehamilan dengan kategori risiko tinggi mencapai 18,4%, dengan rincian umur ibu > 35 tahun sebesar 3,8%, jarak kelahiran < 24 bulan sebesar 5,2%, dan jumlah anak yang terlalu banyak (>3 orang) sebesar

9,4%. Penyebab kematian ibu yang paling umum di Indonesia adalah penyebab obstetri langsung yaitu perdarahan 28 %, preeklamsi/eklamsi 24 %, infeksi 11 %, sedangkan penyebab tidak langsung adalah trauma obstetri 5 % dan lain – lain 11 % (WHO, 2010).

Ibu hamil dengan usia >35 tahun akan terjadi peningkatan berbagai faktor risiko yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun janin. Hal ini didukung oleh studi yang dilakukan di Inggris yang mengatakan bahwa ibu yang hamil di usia >35 tahun meningkatkan berbagai komplikasi persalinan dan risiko berat bayi lahir rendah serta prematuritas (Poedji, 2003).

Grandemultipara merupakan salah satu risiko tinggi kehamilan. Grande multipara biasanya diartikan sebagai seorang wanita yang mempunyai empat anak atau lebih. Angka kejadian grande multipara mengalami penurunan karena meningkatnya kesadaran norma keluarga kecil. Sebagian besar ibu grande multipara dari keluarga miskin, pekerja keras, kelelahan dan kurang makanan. Mereka biasanya mengalami anemia, kekurangan vitamin dan protein serta kekurangan kalsium yang sangat cepat disebabkan proses kehamilan dan laktasi (Rao, 2010).

Komplikasi yang dapat dialami oleh grade multipara dalam kehamilan terutama antepartum adalah anemia (terutama bila jarak kehamilan kurang dari 1 tahun), obesitas, hipertensi dan plasenta previa. Komplikasi intrapartum dan pascapartum adalah presentasi abnormal, persalinan dan perlahiran yang dipercepat atau keduanya, distosia persalinan karena tonus otot yang buruk, bayi

besar pada masa kehamilan dan perdarahan pasca partum (Morgan dan Hamilton, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian Kavitha D'Souza dkk (2011) di Rumah Sakit Bagian Selatan Karnataka India diketahui bahwa ibu grande multipara yang mengalami komplikasi anemia 59%, perdarahan 11%, mal presentasi 4%, prolapse 3%, *pregnancy induced* 21% dan preeklampsia 2%.

Pencegahan yang dapat dilakukan oleh bidan dengan klien yang memiliki resiko tinggi dapat dilakukan dengan beberapa asuhan kebidanan yang diberikan bidan di lini depan/dasar. Menyarankan ibu untuk memeriksakan diri ke dokter spesialis kebidanan dan kandungan. Anjurkan pada ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan seawal mungkin saat ibu merasakan dan mencurigai bahwa dirinya hamil, melakukan pemeriksaan secara rutin. Semua ibu hamil diharapkan mendapatkan perawatan kehamilan oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini factor risiko pada ibu hamil perlu dilakukan skrining antenatal. Ibu hamil harus memeriksakan kehamilannya paling sedikit 4 kali selama kehamilan (Poedji, 2003).

Bidan memberi KIE (Komunikasi Informasi Edukasi) kepada ibu hamil, suami dan keluarganya tentang kondisi ibu hamil dan masalahnya. Perawatan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala dan teratur selama masa kehamilan sangat penting, sebab merupakan upaya bersama antara petugas kesehatan dan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat (Poedji, 2003).

## B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.K G5P4004 dengan usia kehamilan 37 minggu dengan resiko tinggi” di wilayah kerja Puskesmas Kampung Baru Tengah Balikpapan Tahun 2016 dalam masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonates sampai dengan pelayanan kontrasepsi.

### C. Tujuan

#### 1. Tujuan Umum

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

#### 2. Tujuan Khusus

Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan membantu penulis agar dapat:

- a. Memberikan asuhan kehamilan pada Ny K (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, imtervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP).
- b. Memberikan asuhan persalinan pada Ny K (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, imtervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP).
- c. Memberikan asuhan bayi baru lahir pada Ny K (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, imtervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP).

- d. Memberikan asuhan masa nifas pada Ny K (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, imtervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP).
- e. Memberikan asuhan neonatus pada Ny K (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, imtervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP).
- f. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan keluarga berencana pada Ny K (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, imtervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP).

#### D. Manfaat

##### 1. Manfaat Praktis

###### a. Bagi penulis

Memberikan pengalaman bagi penulis untuk dapat melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

###### b. Bagi institusi

Memberikan pendidikan dan pengalaman bagi mahasiswanya dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi sehingga dapat menumbuhkan dan menciptakan bidan terampil, profesional dan mandiri.

c. Bagi klien

Klien mendapatkan pelayanan secara komprehensif sesuai standar pelayanan kebidanan.

d. Manfaat Teoritis

Dengan pelaksanaan asuhan kebidanan secara berkelanjutan (continuity of care), diharapkan ilmu kebidanan semakin berkembang sesuai dengan pendekatan manajemen kebidanan dan evidence base dalam praktik asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan KB

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 Ny.K di Kelurahan Kampung Baru Tengah Balikpapan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan KB.

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 teori asuhan manajemen kebidanan, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan ANC.

## BAB III Subjek Dan Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

Berisikan tentang subjek, kerangka kerja pelaksanaan studi kasus, dan rancangan atau desain penulisan studi kasus.

## BAB IV Tinjauan Pustaka

Berisi tinjauan kasus yang diambil melalui beberapa tahapan yang diantaranya melalui pengkajian, identifikasi data, diagnosa potensial, kebutuhan segera, intervensi, implementasi dan evaluasi.

## BAB V Pembahasan

Menguraikan tentang kesamaan atau kesenjangan yang dijumpai selama melaksanakan studi kasus dengan teori-teori/ konsep-konsep.

## BAB VI Penutup

Menguraikan tentang simpulan dan saran yang berkaitan dengan kesamaan / kesenjangan antara teori dan kenyataan yang ada.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan**

##### **1. Manajemen Varney (Varney, 2008).**

###### **a. Definisi**

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

###### **b. Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :**

Manajemen kebidanan menurut Hellen Varney adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, keterampilan dalam rangkaian / tahap yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Asrinah, 2010)

Dalam studi kasus ini mengacu pada pola pikir Varney, karena metode dan pendekatannya sistematis dan analitis sehingga memudahkan dalam pengarahan pemecahan masalah terhadap klien. Proses menurut Hellen Varney ada 7 langkah dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut:

1) Langkah 1: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Varney, 2004)

Proses pengumpulan data mencakup data subjektif dan data objektif, adalah sebagai berikut:

a) Data subyektif

Adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian, informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Asrinah, 2010)

b) Data objektif

Data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnosis lain (Asrinah dkk, 2010) .

2) 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.

3) 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.

4) 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.

5) Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan 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.

6) 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.

7) 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.

c. Dokumentasi

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

- S : Menurut perspektif klien. Data ini diperoleh melalui anamnesa atau allow anamnesa (sebagai langkah I dalam manajemen Varney)
- O : Hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medic pasien yang lalu. (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).
- A : Analisis/interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi diagnose/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.

## 2. Pengkajian dan Perencanaan Asuhan

### a. Pengkajian

Tanggal : 12 Mei 2016  
Jam : 11.00 WITA  
Oleh : Nedy Tiara Putri

Langkah I

Subjektif

#### 1) Identitas

Nama klien	: Ny. K	Nama suami	: Tn. D
Umur	: 36 tahun	Umur	: 39 tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga	Pekerjaan:	Pedagog

Alamat : Jln. RE Martadinata RT.26 No.20

2) Keluhan utama: Tidak ada keluhan utama

3) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat obstetri

(1) HPHT / TP : 24-8-15 / 31-5-16

- (2) Umur kehamilan : 37 mg
- (3) Lamanya : ± 7 hari
- (4) Banyaknya : > 3 x sehari ganti pembalut
- (5) Siklus : ± 28 hari
- (6) Menarche : 10 tahun
- (7) Teratur / tidak : Teratur
- (8) Dismenorrhea : Terkadang
- (9) Keluhan lain : Tidak ada

b) Flour Albus

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

c) Tanda – tanda kehamilan

Ibu mengetahui kehamilannya saat melakukan pp test pada bulan September dan hasilnya positif, ibu merasakan gerakan janin pertama kali saat usia kehamilan 4 setengah bulan dan pada saat ini gerakan janin yang dirasakan ibu sangat aktif 10x per hari.

d) Riwayat Imunisasi

Ibu mengatakan riwayat TT lengkap.

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami hipertensi, DM, campak, malaria, TBC dan ibu pernah mengalami operasi seksio sesaria.

b) Alergi

Ibu mengatakan tidak mempunyai alergi makanan serta obat-obatan.

5) Keluhan selama hamil

Ibu mengatakan mual, muntah dan sakit kepala/pusing pada usia kehamilan 1-3 bulan. Ibu tidak pernah mempunyai masalah seperti bengkak pada kaki,tangan maupun wajah serta tidak pula mengalami pengeliatan kabur. Saat ini ibu mulai merasakan lelah karena usia kehamilannya yang semakin besar.

6) Riwayat persalinan yang lalu

Anak pertama lahir dengan masa gestasi serotinus dengan persalinan spontan dengan bidan berat bayi lahir 2800 gr, jenis kelamin perempuan, PB 49cm, keadaan hidup. Anak kedua lahir dengan masa gestasi serotinus dengan persalinan spontan dengan bidan berat bayi lahir 4000 gr, jenis kelamin laki-laki, PB 51cm, keadaan hidup. Anak ketiga lahir dengan masa gestasi serotinus dengan persalinan spontan dengan bidan, berat bayi lahir 3200 gr, jenis kelamin laki-laki, panjang badan 50 cm, keadaan bayi hidup. Anak keempat lahir dengan masa gestasi serotinus dengan



persalinan spontan dengan bidan, berat bayi lahir 3100 gr, jenis kelamin laki-laki, panjang badan 52cm, keadaan bayi hidup.

7) Riwayat Menyusui

Anak pertama sampai dengan keempat diberi ASI selama 2 tahun.

8) Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah ikut KB suntik 3 bulan selama 5 tahun.

Ibu mengeluh pusing selama pemakaian KB suntik.

9) Kebiasaan sehari-hari

Ibu mengatakan baik sebelum atau selama hamil tidak pernah merokok, minum jamu, meminum alcohol.

a) Makan/diet

Ibu makan 3-4 kali sehari dengan porsi 1 piring sedang terdiri dari nasi (1 sendok nasi), ikan/ayam (1 potong), susu (1 gelas setiap malam), suka minum manis dan es. Ibu mengatakan mengalami perubahan pola makan yang lebih banyak.

b) Defekasi/ miksi

Ibu mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek, warna kecoklatan serta tidak mempunyai keluhan saat BAB. Ibu juga mengatakan BAK 7x sehari dengan konsistensi cair, berwarna keruh sering pula berwarna kecoklatan dan ibu tidak mempunyai keluhan saat BAK.

c) Pola istirahat dan tidur

Ibu mengatakan jarang tidur siang dan jika malam ibu tidur kurang lebih 7 jam

d) Pola aktivitas sehari-hari

(1) Di dalam rumah: Selama ibu hamil, ibu masih dapat melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci menggunakan tangan, bersih-bersih rumah. Memasuki kehamilan trimester III ibu mulai mengurangi pekerjaan sehari-harinya.

(2) Di luar rumah : Jualan es kelapa

e) Pola seksualitas

Ibu mengatakan selama kehamilan ini jarang melakukan hubungan seksual hanya 1 kali dalam 2 minggu.

10) Riwayat Psikososial

Klien berstatus menikah lamanya 19 tahun dan mengatakan ini pernikahan pertama, usia saat ibu pertama kali menikah yaitu 18 tahun.

Ibu mengatakan bahwa kehamilan adalah bertemunya sperma laki-laki dan telur perempuan serta berkembang dan hidup di dalam rahim. Ibu mengatakan bahagia atas kehamilannya karena kehamilannya ini adalah kehamilan yang diinginkan serta ibu sangat menjaga kehamilannya sekarang.

Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak adalah perempuan namun jika tidak juga tidak mengapa asalkan bayinya lahir

dengan sehat. Ibu tidak memiliki kepercayaan-kepercayaan dan pantangan selama kehamilan.

11) Persiapan persalinan

a) Rencana tempat bersalin

RSKB Sayang Ibu.

b) Persiapan ibu dan bayi

Ibu : Asuransi ada, baju-sarung telah disiapkan dan ditempatkan dalam 1 tempat, kendaraan motor ,donor darah tidak ada, pendamping saat persalinan adalah suaminya.

Bayi : Asuransi bayi tidak ada, perlengkapan bayi telah disiapkan dan ditempatkan dalam 1 tempat.

Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

(1) Kesadaran : Compos mentis

(2) Tinggi Badan : 150 cm

(3) Berat Badan sekarang : 82 kg

(4) Berat Badan sebelum hamil : 70 kg

(5) LILA : 25 cm

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah : 120/80 mmHg

(2) Nadi : 80 x/menit

(3) Pernapasan : 20x/menit

(4) Suhu : 36,5 °C

c) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

(1) Kepala

(a) Kulit kepala : tidak tampak lesi dan ketombe

(b) Kontriksi rambut : kuat

(c) Distribusi rambut : merata

(2) Mata

(a) Kelopak mata : tidak tampak odema

(b) Konjungtiva : warna pink muda

(c) Sklera :

(3) Muka

(a) Kloasma gravidarum : tidak tampak kloasma  
gravidarum

(b) Oedema : tidak tampak odema

(c) Pucat / tidak : tidak tampak pucat

(4) Mulut dan gigi

- (a) Gigi geligi : tampak utuh dan bersih
- (b) Mukosa mulut : tampak lembab
- (c) Caries dentis : tidak tampak caries dentis
- (d) Geraham : utuh
- (e) Lidah : tampak bersih

(5) Leher

- (a) Tonsil : tidak tampak pembesaran  
tonsil
- (b) Faring : tidak tampak pembesaran  
faring
- (c) Vena jugularis : tidak tampak pembesaran  
vena jugularis
- (d) Kelenjar tiroid : tidak tampak pembesaran  
kelenjar tiroid
- (e) Kelenjar getah bening : tidak tampak pembesaran  
kelenjar getah bening

(6) Dada

- (a) Bentuk mammae : tampak bulat besar dan simetris  
antara kanan dan kiri

- (b) Retraksi : tidak tampak retraksi
- (c) Puting susu : puting susu kecil dan menonjol
- (d) Areola : tampak hiperpigmentasi pada areola.

(7) Punggung ibu

- (a) Bentuk /posisi : lordosis

(8) Perut

- (a) Bekas operasi : tidak ada bekas seksio sesaria
- (b) Striae : tidak ada
- (c) Pembesaran : sesuai dengan usia kehamilan
- (d) Asites : tidak ada

(9) Vagina

- (a) Varises : tidak dilakukan pemeriksaan
- (b) Pengeluaran : tidak dilakukan pemeriksaan
- (c) Oedema : tidak dilakukan pemeriksaan
- (d) Perineum : tidak dilakukan pemeriksaan
- (e) Luka parut : tidak dilakukan pemeriksaan
- (f) Fistula : tidak dilakukan pemeriksaan

(10) Ekstremitas

- (a) Oedema : tidak tampak odema
- (b) Varises : tidak tampak varises
- (c) Turgor : tidak ada turgor kulit

## Palpasi

### (1) Leher

- (a) Vena jugularis : tidak teraba pembesaran vena jugularis
- (b) Kelenjar getah bening : tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening
- (c) Kelenjar tiroid : tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid

### (2) Dada

- (a) Mammae : teraba bulat
- (b) Massa : tidak teraba adanya massa
- (c) Konsistensi : lunak
- (d) Pengeluaran Colostrum : belum ada

### (3) Abdomen

- (a) Leopold I : TFU 33 cm, 3 jari bawah px. Pada fundus teraba lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong). Tafsiran berat janin : gram.
- (b) Leopold II : teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kanan, dan teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kiri (punggung kanan).

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

(d) Leopold IV: konvergen (bagian terendah janin  
belum masuk PAP).

(4) Tungkai

(a) Oedema

- Tangan Kanan : tidak ada Kiri : tidak ada

- Kaki Kanan : tidak ada Kiri : tidak ada

(b) Varices Kanan : tidak ada Kiri : tidak ada

(5) Kulit

(a) Turgor : tidak ada

Auskultasi

(1) Paru – paru

(a) Wheezing : tidak dilakukan pemeriksaan

(b) Ronchi : tidak dilakukan pemeriksaan

(2) Jantung

(a) Irama : tidak dilakukan pemeriksaan

(b) Frekuensi : tidak dilakukan pemeriksaan

(c) Intensitas : tidak dilakukan pemeriksaan

(3) Perut

(a) Bising usus ibu : terdengar jelas bising usus ibu

(b) DJJ



- 1)) Punctum maksimum : punggung kanan
- 2)) Frekuensi : 142x/menit
- 3)) Irama : teratur
- 4)) Intensitas : kuat

#### Perkusi

##### (1) Dada

Suara : tidak dilakukan pemeriksaan

(2) Perut : tidak dilakukan pemeriksaan

##### (3) Ekstremitas

##### Refleks patella

(a) kanan : tidak dilakukan pemeriksaan

(b) kiri : tidak dilakukan pemeriksaan

#### 2) Pemeriksaan Khusus

##### a) Pemeriksaan dalam

(1) Vulva / uretra : tidak dilakukan pemeriksaan

(2) Vagina : tidak dilakukan pemeriksaan

(3) Dinding vagina : tidak dilakukan pemeriksaan

(4) Porsio : tidak dilakukan pemeriksaan

(5) Pembukaan : tidak dilakukan pemeriksaan

(6) Ukuran serviks : tidak dilakukan pemeriksaan

(7) Posisi serviks : tidak dilakukan pemeriksaan

(8) Konsistensi : tidak dilakukan pemeriksaan

##### b) Pelvimetri klinik

- (1) Promontorium : tidak dilakukan pemeriksaan
- (2) Linea inominata : tidak dilakukan pemeriksaan
- (3) Spina ischiadica : tidak dilakukan pemeriksaan
- (4) Dinding samping : tidak dilakukan pemeriksaan
- (5) Ujung sacrum : tidak dilakukan pemeriksaan
- (6) Arcus pubis : tidak dilakukan pemeriksaan
- (7) Adneksa : tidak dilakukan pemeriksaan
- (8) Ukuran : tidak dilakukan pemeriksaan
- (9) Posisi : tidak dilakukan pemeriksaan

c) Ukuran panggul luar

- (1) Distansia spinarum : tidak dilakukan pemeriksaan
- (2) Distansia kristarum : tidak dilakukan pemeriksaan
- (3) Conjugata eksterna : tidak dilakukan pemeriksaan
- (4) Lingkar panggul : tidak dilakukan pemeriksaan
- (5) Kesan panggul : tidak dilakukan pemeriksaan

3) Pemeriksaan laboratorium

a) Darah Tanggal : 12-05-2016

Hb : 11,7gr%

Golongan darah : O

Lain – lain : tidak ada

b) Urine : Tidak dilakukan pemeriksaan urine pada ibu.

c) Pemeriksaan penunjang : Tidak dilakukan pemeriksaan

Langkah II Interpretasi Data Dasar

### 1) Diagnosis

Diagnosis : G<sub>5</sub>P<sub>4004</sub> usia kehamilan minggu hari janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan resiko tinggi.

Dasar : Ibu mengatakan usianya kini 36 tahun dan ini merupakan kehamilan kelima dengan riwayat persalinan normal. HT: 24-8-2015.

### 2) Masalah :

#### a) Usia Ibu 36 tahun

Dasar : Ibu mengatakan lahir pada tanggal 21-04-1980

#### b) Grandemultipara

Dasar: Ibu mengatakan ini kehamilan kelima dan tidak pernah keguguran.

#### c) Riwayat kehamilan serotinus

Dasar: Ibu mengatakan bahwa mulai dari anak pertama sampai dengan keempat semua kehamilannya lewat bulan.

## Langkah III Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

### Diagnosis Potensial :

#### 1) Hemoragik Post Partum

Dasar : Ibu mengatakan hamil anak ke lima tidak pernah keguguran, ibu yang memiliki paritas tinggi dapat memicu terjadinya perdarahan setelah melahirkan.

Antisipasi : Ibu diwajibkan melahirkan di rumah sakit karena memiliki faktor resiko tinggi sehingga dapat cepat ditangani jika terjadi Hemoragik Post Partum

## 2) Atonia Uteri

Dasar : Ibu yang hamil lebih dari empat kali dan dengan usia lebih dari 35 tahun dapat mengalami his yang lemah bahkan tidak ada dikarenakan fungsi otot-otot uterus menurun dalam kontraksi.

Antisipasi : Ibu harus melahirkan di rumah sakit dan ditolong oleh tenaga kesehatan

Masalah Potensial :

### 1) Riwayat Serotinus Berulang

Dasar : Ibu mengatakan sejak kehamilan pertama hingga keempat ibu memiliki riwayat kehamilan dengan serotinus. Antisipasi : Ibu hamil yang memiliki riwayat serotinus diharuskan sering memeriksakan kehamilannya ke bidan atau kedokter, pemeriksaan ibu selama masa kehamilan minimal 4 kali.

Langkah IV Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera :

Tidak ada

Langkah V Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

### 1) Jelaskan hasil pemeriksaan

Rasional : Informasi yang jelas dapat mempermudah komunikasi petugas dan klien untuk tindakan selanjutnya (Varney, 2006).

2) Beri KIE tentang persalinan yang aman bagi ibu yang mempunyai resiko tinggi.

Rasional : Persalinan yang aman bagi ibu hamil dengan factor resiko dianjurkan dengan tenaga kesehatan dan di rumah sakit (Rochjati,2010)

3) Beri KIE mengenai tanda-tanda persalinan.

Rasional : agar ibu mengetahui secara dini apa yang merupakan tanda-tanda persalinan , sehingga ketika tanda-tanda itu dirasakan oleh ibu, ibu segera ketenaga kesehatan.

4) Beri KIE pada ibu untuk mengurangi makanan dan minuman yang manis

5) Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang.

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

6) Lakukan dokumentasi

Rasional : dokumentasi asuhan kebidanan bertujuan sebagai bukti pelayanan yang bermutu, tanggung jawab legal terhadap pasien, informasi untuk perlindungan tim kesehatan, pemenuhan pelayanan standar, sumber statistis untuk standarisasi, informasi untuk data wajib, informasi untuk pendidikan, pengalaman

belajar, perlindungan hak pasien, perencanaan pelayanan dimasa yang akan datang (Varney, 2007).

#### b. Perencanaan Asuhan

##### 1) Rencana asuhan kebidanan pada ibu hamil K2 dan K3

###### Langkah I :

Menanyakan apakah ibu ada keluhan pada kehamilannya saat ini,

Menanyakan pada ibu keadaan ibu dan janin saat ini.

Menanyakan pola bab dan bak ibu saat ini. Menanyakan apakah obat yang selama ini diberikan diminum secara rutin.

Melakukan pemeriksaan diantaranya keadaan umum ibu, berat badan ibu saat ini, tanda-tanda vital, melakukan perhitungan usia kehamilan, lakukan inspeksi bagian mata, lakukan palpasi bagian payudara, palpasi bagian abdomen dari Leopold I sampai IV, auskultasi DJJ, melakukan perhitungan taksiran berat janin, inspeksi vagina, dan lakukan pemeriksaan ekstremitas.

Melakukan pemeriksaan laboratorium yaitu hb saat kunjungan ketiga.

###### Langkah II :

a) Diagnosa : G<sub>5</sub>P<sub>4004</sub> uk : 37 minggu janin tunggal hidup intrauterine

Dasar : Ibu mengatakan ini kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran, HPHT : 24-8-2015

Leopold I : teraba dua bagian bulat lunak pada bagian atas perut ibu (bokong), TFU .....

Leopold II : teraba tahanan panjang seperti papan pada bagian sebelah kiri (puki) dan teraba bagian kecil pada sebelah kanan,DJJ .....

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

Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen)

b) Masalah : Tidak ada

Langkah III :

a) Diagnosa potensial: Tidak ada.

b) Masalah potensial : Tidak ada.

Langkah IV :

Tindakan segera : tidak ada

Langkah IV : asuhan mandiri

Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang sesuai dengan masalah

dan diagnose.

Langkah VI: Menyusun rencana asuhan yang sesuai dengan masalah dan diagnose klien.

Langkah VII: Evaluasi asuhan yang telah diberikan.

## 2) Rencana Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Langkah I : Menanyakan pada ibu tentang keluhan ibu serta apakah ada tanda tanda persalinan. Kemudian melakukan pemeriksaan fisik pada ibu.

Langkah II :

a) Diagnosa : G<sub>5</sub>P<sub>4004</sub> usia kehamilan ..... minggu inpartu kala I fase..... janin tunggal hidup intrauteri.

Dasar : Ibu mengatakan perut semakin mules dan mejalar sampai ke pinggang sejak pukul : ..... WITA, keluar lendir darah pukul : .....WITA, keluar air-air pukul : .....WITA, HPHT : 24-8-2015

Leopold I : teraba dua bagian bulat lunak pada bagian atas perut ibu (bokong), TFU .....

Leopold II : teraba tahanan panjang seperti papan pada bagian sebelah kiri (puki) dan teraba bagian kecil pada sebelah kanan,DJJ .....

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

Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen)

His : .....



Pemeriksaan Dalam :

Vulva/Vagina : ....., Portio :....., pembukaan : .....cm,  
presentasi : ....., eff : .....%, Ketuban : ....., Hodge :  
.....

Pemeriksaan Laboratorium :

Kadar Hb : .....g%

b) Masalah : Tidak ada

Langkah III:

Diagnosa Potensial : Atonia Uteri

Langkah IV :

Tindakan segera : kolaborasi dr.Obgyn

Langkah V:

Menyusun rencana asuhan pada kala I

a) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.

Rasional : Informasi yang jelas dapat mempermudah komunikasi petugas dan klien untuk tindakan selanjutnya (Varney, 2006).

b) Beri dukungan emosional pada ibu

Rasional : Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan. Dengan adanya suami dan anggota keluarga yang berperan aktif dalam mendukung ibu dapat sangat membantu memberi kenyamanan ibu (JNPK-KR, 2008).

c) Anjurkan klien untuk tidur posisi miring ke kiri.

Rasional : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferi, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. Selain itu, posisi terlentang berhubungan dengan gangguan terhadap proses persalinan (Varney, 2008).

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

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (JNPK-KR, 2008).

- e) Lakukan Observasi Kala I :

- (1) Tiap 30 menit, yaitu detak jantung janin, nadi ibu dan kontraksi uterus.

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

- (2) Tiap 2 jam, yaitu suhu tubuh ibu dan volume urine ibu

Rasional : Suhu tubuh normal berkisar antara  $36,5^{\circ}$  -  $37,5^{\circ}$  C merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan umum ibu. Urin ibu diobservasi sebagai upaya pengosongan

kandung kemih sehingga tidak menahan penurunan kepala. Karena kandung kemih yang penuh berpotensi memperlambat proses persalinan (Varney, 2008).

- (3) Tiap 4 jam yaitu pembukaan serviks, penurunan kepala, keadaan ketuban, molase, dan tekanan darah ibu.

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

- f) Ajarkan ibu napas dalam terutama saat terjadi kontraksi

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

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

Rasional: Untuk memeriksa kelengkapan alat pada proses pertolongan persalinan serta sebagai alat pelindung diri (Doengoes, 2001).

- h) Dokumentasi hasil pemantauan Kala I pada partograf

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

Langkah VI :

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

Langkah VII :

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

Menyusun rencana asuhan pada kala II

Langkah I :

a) Data Subyektif

(1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

(2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vaginanya.

b) Data Obyektif

(1) Pemeriksaan Umum

Kesadaran : compos mentis

Espresi Wajah : Meringgis

Tanda vital :

Tekanan darah : 110/70 mmHg-120/80 mmHg, <140/90 mmhg.

Peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmhg dan distolik rata-rata 10 mmhg (Varney, 2008).

Nadi : 60-100 x/menit(Varney, 2008).

Suhu Tubuh : 36,5-37,5<sup>0</sup>C. Peningkatan suhu jangan melebihi 0,5<sup>0</sup>C sampai dengan 1<sup>0</sup>C(Varney, 2008).

Pernapasan : 16-20 x/menit(Varney, 2008).

## (2) Pemeriksaan fisik

Adanya tanda dan Gejala Kala II Persalinan

Inspeksi :

- (a) Perineum menonjol
- (b) Vulva vagina dan spingter ani membuka
- (c) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

## (3) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan Dalam :

Tanggal :      jam :                      oleh:

Vulva,vagina                      : tampak membuka

Pengeluaran pervaginam : lendir darah, cairan ketuban

Dinding vagina                      : tidak oedema

Pembukaan                              : 10 cm

Effacement                              : 100%

Ketuban : utuh/jernih/mekonium/kering/darah  
Presentasi : belakang kepala  
Denominator : UUK Tidak teraba bagian terkecil janin  
Hodge : III/IV

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

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

Langkah II :

- a) Diagnosis : G<sub>5</sub>P<sub>4004</sub> usia kehamilan ..... minggu inpartu kala I
- b) Masalah : Tidak ada

Langkah III :

Diagnosa Potensial : Hemoragik Post Partum

Masalah Potensial : Tidak ada

Langkah IV :

Tindakan Segera : Pertolongan Persalinan

Langkah V :

a) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.

Rasional : Informasi yang jelas dapat mempermudah komunikasi petugas dan klien untuk tindakan selanjutnya (Varney, 2006).

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

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

c) Lakukan prosedur asuhan persalinan normal :

(1) Lakukan persiapan pertolongan persalinan

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

(2) Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah

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

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

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

(4) Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap

Rasional : Agar ibu dapat segera bersiap-siap untuk mengejan (JNPK-KR, 2008).

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

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (JNPK-KR, 2008).

(6) Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman bagi dirinya untuk meneran kecuali posisi berbaring terlentang

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

(7) Lakukan bimbingan untuk meneran dengan baik dan benar.

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

(8) Lahirkan kepala setelah kepala bayi membuka vulva 5-6 cm dengan caraindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain



bersih dan kering, tangan yang lain menahan puncak kepala agar tidak terjadi fleksi yang terlalu cepat dan membantu lahirnya kepala

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

(9) Periksa lilitan tali pusat pada leher bayi

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

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

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

(11) Lahirkan bahu secara biparietal

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

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

Rasional : Untuk memudahkan proses persalinan dan mencegah Laserasi(JNPK-KR, 2008).

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

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

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

Rasional : Untuk mengetahui apakah bayi menangis kuat atau bernapas megap-megap, gerakan bayi aktif atau tidak serta warna kulit bayi kemerahan atau sianosis sehingga memudahkan petugas dalam pengambilan tindakan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

(15) Keringkan bayi diatas perut ibu

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

## Langkah VI

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

## Langkah VII

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

### Menyusun rencana asuhan pada kala III

#### a) Data Subjektif

#### b) Data Obyektif

##### (1) Pemeriksaan Umum

Kesadaran : compos mentis

Ekspresi wajah : meringis

Tanda vital :

Tekanan darah : 110/70 mmhg-120/80 mmhg, <140/90

mmhg. Peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmhg dan distolik rata-rata 10 mmhg (Varney, 2008).

Nadi : 60-100 x/menit(Varney, 2008).

Suhu Tubuh : 36,5-37,5<sup>0</sup>C. Peningkatan suhu jangan melebihi 0,5<sup>0</sup>C sampai dengan 1<sup>0</sup>C (Varney, 2008).

Pernapasan :16-20 x/menit (Varney, 2008).

##### (2) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

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

Palpasi

Abdomen: Teraba tinggi fundus berada diatas pusat(JNPK-KR,2008).

(a) Data bayi

Bayi lahir tanggal : Jam :

Jenis kelamin :

Hasil penilaian selintas :

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

(JNPK-KR, 2008)

## II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G..PAPAH kala III persalinan normal

Masalah : Tidak ada

## III. Identifikasi Diagnosa/Masalah potensial

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

#### IV. Identifikasi Masalah/Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Tidak ada

#### V. Intervensi

Kala III

Lanjutkan intervensi APN :

##### a) Cek kehamilan tunggal

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

##### b) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat

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

##### c) Lakukan IMD

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

##### d) Lakukan MAK III

(1) Pemberian suntik Oksitosin

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

(2) Lakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

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

(3) Lahirkan plasenta

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

(4) Lakukan masase fundus uteri selama 15 detik

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

e) Periksa kelengkapan plasenta

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

#### VI. Implementasi

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

#### VII. Evaluasi

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

#### Menyusun rencana asuhan pada kala IV

a) Data Subyektif

b) Data Obyektif

(1)Pemeriksaan Umum

Kesadaran : compos mentis

Tanda vital

Tekanan darah :110/70 mmHg-120/80 mmHg, <140/90

mmHg. Peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmHg dan distolik rata-rata 10 mmHg (Varney, 2008).

Nadi : 60-100 x/menit (Varney, 2008).

Suhu Tubuh : 36,5-37,5<sup>0</sup>C. Peningkatan suhu jangan melebihi 0,5<sup>0</sup>C sampai dengan 1<sup>0</sup>C (Varney, 2008).

Pernapasan : 16-20 x/menit (Varney, 2008).

## (2) Pemeriksaan fisik

### Inspeksi

Abdomen : Tampak mengecil

Genetalia : Ada/tidak ada laserasi, tidak ada memar ataupun hematoma (Varney, 2008).

### Palpasi

Abdomen : Teraba uterus di tengah-tengah abdomen, teraba membulat keras (Varney, 2008).

## II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : PAPAHA kala IV persalinan normal

Masalah : Tidak ada

## III. Identifikasi Diagnosa/Masalah potensial

Diagnosis potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

## IV. Identifikasi Kebutuhan Tinadakan Segera



Kebutuhan segera : Tidak ada

## V. Intervensi

### Lanjutkan Intervensi APN

- a) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum

Rasional : Laserasi pada vagina dan perineum dapat mengakibatkan perdarahan olehnya itu (JNPK-KR, 2008).

- b) Lakukan penjahitan jika terdapat laserasi yang mengakibatkan perdarahan

Rasional : Untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu memastikan hemostasis (JNPK-KR, 2008).

- c) Lakukan pemantauan kala IV

Periksa kembali tanda-tanda vital dan kandung kemih ibu tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua

Rasional : Perubahan keadaan tubuh ibu dari saat hamil, mempengaruhi KU dan TTV ibu yang menggambarkan kondisi ibu, pemantauan kontraksi uterus untuk menghindari terjadinya

perdarahan postpartum(Varney, 2007). Kandung kemih yang penuh dapat mempengaruhi kontraksi uterus dan akan menyebabkan perdarahan pascapersalinan (JNPK-KR, 2008).

d) Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi uterus

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

e) Lakukan pencegahan infeksi sesuai standar PI

(1)Tempatkan semua peralatan bekas pakai di dalam larutan klorin 0,5%, rendam selama 10 menit. Cuci dan bilas setelah dekontaminasi

(2)Buang benda-benda yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang telah di tentukan

(3)Bersihkan ibu dengan air DTT dan mengganti pakaian ibu dengan pakaian bersih dan kering

(4)Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5% dan mencucinya dengan air DTT

(5)Celupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan merendamnya secara terbalik

(6)Cuci kedua tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan

Rasional : Untuk pencegahan infeksi akibat kontaminasi bakteri dengan peralatan bekas pakai akibat dan darah pada saat

persalinan serta mencegah terjadinya infeksi silang (JNPK-KR, 2008).

f) Kenyamanan pada ibu

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

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

g) Lengkapi partograf

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

## VI. Implementasi

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

## VII. Evaluasi

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

### 3) Menyusun Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

#### Langkah I: Pengkajian

Mendeteksi dini adanya komplikasi komplikasi yang diderita bayi baru lahir dengan kelahiran prematur serta melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.

#### Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Diagnosa ..... usia 0 hari

#### Langkah III: Identifikasi Diagnosa/Masalah potensial

Diagnosa potensial BBL

#### Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada kebutuhan terhadap tindakan segera

#### Langkah V: Intervensi

##### a) Lakukan pencegahan kehilangan panas tubuh bayi

Rasional : Bayi baru lahir memiliki kemampuan terbatas dalam mengatur suhu tubuhnya yang berhubungan dengan lingkungannya, bayi akan terancam bahaya hipotermia jika tidak dilakukan tindakan pencegahan. Mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi dan konduksi, melindungi kelembaban bayi dari aliran udara atau pendingin udara, dan membatasi stres akibat perpindahan dari uterus yang hangat ke lingkungan yang lebih dingin. Karena besar area permukaan relatif dari kepala bayi baru lahir dalam hubungannya dengan tubuh, bayi dapat mengalami

kehilangan panas dramatik dari kelembaban dan kepala yang tidak tertutup (Farrer, 2001).

b) Lakukan perawatan tali pusat.

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

c) Berikan profilaksis mata dalam bentuk obat tetes mata kira-kira 1 jam setelah kelahiran (setelah masa interaksi orangtua bayi).

Rasional : Membantu mencegah oftalmia neonatorum yang disebabkan oleh *neisseria gonorrhoeae*, yang mungkin ada pada jalan lahir ibu. Eritromisin secara efektif menghilangkan baik organisme *gonorrhea* dan *clamidia*. Profilaksis mata mengeruhkan pandangan bayi, menurunkan kemampuan bayi untuk berinteraksi dengan orangtua.

d) Jaga personal hygiene bayi

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

e) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Rasional : Kolostrum dan ASI mengandung sekretorius IgA dalam jumlah tinggi, yang memberikan imunitas bentuk pasif serta makrofag dan limfosit yang membantu mengembangkan respons inflamasi lokal (Doenges, 2001).

f) Berikan Neo-K (Phytomenadione) dengan dosis 1 mg atau 0,5 cc

secara IM (pada paha sebelah kiri)

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

g) Berikan imunisasi Hb 0 atau vaksin Hepatitis B !

Rasional : Menurunkan resiko bayi baru lahir mengalami Hepatitis B atau menjadi karier kronis.

h) Observasi keadaan umum, tanda-tanda vital dan eliminasi bayi

Rasional : Membantu mendeteksi abnormalitas dan defek neurologis, menentukan usia gestasi dan mengidentifikasi kebutuhan terhadap pemantauan tetap dan perawatan lebih intensif.

i) Berikan KIE tentang menyusui.

Rasional : ASI merupakan makanan terlengkap untuk bayi, yang terdiri dari proporsi seimbang dan kuantitas cukup atas semua zat gizi yang diperlukan untuk 6 bulan pertama kehidupannya (Aprillia, 2010). ASI yang diproduksi ibu akan sesuai dengan kebutuhan nutrisi bayi (Farrer, 2001).

#### Langkah VI: Implementasi

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

#### Langkah VII: Evaluasi

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

#### 4) Rencana Asuhan pada ibu Nifas

##### Langkah I: Pengkajian

Menanyakan keluhan ibu saat ini, kemudian melakukan deteksi dini komplikasi ibu nifas, setelah itu melakukan pemeriksaan fisik ibu nifas dan cek Hb post partum.

##### Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : Papah nifas normal..... jam/hari ke....

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

### Langkah III: Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

- a) Perdarahan Post Partum
- b) Nyeri abdomen
- c) Antonia Uteri
- d) Inversi Uterus( Sarwono, 2009).

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

### Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

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

### Langkah V: Intervensi

#### Kunjungan I

- a) Kaji TD dan nadi

Rasional : Risiko hemoragi pasca partum menetap sampai 28 hari setelah kelahiran. Kemungkinan penyebab hemoragi meliputi ketidak adekuatan kontraksi miometrium (atoni uterus), retensi jaringan plasenta, dan laserasi (Doenges,2001).

- b) Kaji lokasi dan kontraktilitas uterus, perhatikan perubahan involusional atau adanya nyeri tekan uterus ekstrem.



Rasional : Fundus, yang pada awalnya 2 cm dibawah umbilikus, meningkat 1-2 cm/hari. Kegagalan miometrium untuk involusi pada kecepatan ini, atau terjadinya nyeri tekan ekstrem, menandakan kemungkinan tertahannya jaringan plasenta atau infeksi (Doenges,2001).

c) Catat jumlah dan bau rabas lochea, Tinjau ulang kemajuan normal dari rubra ke serosa ke alba.

Rasional : Lochea secara normal mempunyai bau amis, namun pada endometritis rabas mungkin purulen dan bau busuk, dan tidak menunjukkan kemajuan normal (Doenges, 2001).

d) Anjurkan klien untuk menggendong, menyentuh, dan memeriksa bayi, tergantung pada kondisi klien dan bayi baru lahir. Bantu sesuai kebutuhan.

Rasional : Jam pertama setelah kelahiran memberikan kesempatan unik untuk ikatan keluarga terjadi karena ibu dan bayi secara emosional menerima isyarat satu sama lain, yang memulai kedekatan dan proses pengenalan (Doenges,2001).

e) Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik-teknik menyusui. Perhatikan posisi bayi selama menyusui dan lama menyusui.

Rasional : Posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting, tanpa memperhatikan lamanya menyusui (Doenges,2001).

f) Inspeksi payudara dan jaringan puting, perhatikan adanya pembesaran dan/atau puting pecah.

Rasional : Pembesaran payudara, nyeri tekan puting, atau adanya pecah pada puting (pada klien menyusui) dapat terjadi 2-3 hari pascapartum dan mengakibatkan ketidaknyamanan hebat (Doenges,2001).

g) Anjurkan pemeriksaan payudara dan perineum rutin.

Rasional : deteksi dini perkembangan masalah memungkinkan intervensi, dengan cara demikian menurunkan resiko komplikasi serius (Doenges,2001).

## Kunjungan II

a) Kaji TD dan nadi

Rasional : Risiko hemoragi pasca partum menetap sampai 28 hari setelah kelahiran. Kemungkinan penyebab hemoragi meliputi ketidakadekuatan kontraksi miometrium (atoni uterus), retensi jaringan plasenta, dan lacerasi (Doenges,2001).

b) Kaji ulang lokasi dan kontraktilitas uterus, perhatikan perubahan involusional atau adanya nyeri tekan uterus ekstrem.

Rasional : Fundus, yang pada awalnya 2 cm dibawah umbilikus, meningkat 1-2 cm/hari. Kegagalan miometrium untuk involusi pada kecepatan ini, atau terjadinya nyeri tekan ekstrem, menandakan kemungkinan tertahannya jaringan plasenta atau infeksi (Doenges,2001).

c) Berikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya makanan kasar, peningkatan cairan, dan upaya untuk membuat pola pengosongan normal.

Rasional : Makanan kasar (misal buah-buahan dan sayuran, khususnya, dengan biji dan kulit) dan peningkatan cairan menghasilkan bulk dan merangsang eliminasi (Doenges,2001).

d) Berikan informasi, verbal dan tertulis, mengenai fisiologi, perawatan puting dan payudara, kebutuhan diet khusus, dan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.

Rasional : Membantu menjamin suplai susu adekuat, mencegah puting pecah dan luka, memberikan kenyamanan, dan membuat peran ibu menyusui (Doenges,2001).

### Kunjungan III

a) Tinjau ulang pemahaman klien tentang pemulihan fisiologis untuk periode waktu ini.

Rasional : Pada akhir puerperium, involusi harus lengkap (dengan uterus kembali pada ukuran normal dan penghentian lochia) dan insisi harus sembuh (Doenges,2001).

b) Beri penguatan informasi mengenai perawatan bayi, kebutuhan imunisasi, pemberian makan, dan pertumbuhan dan perkembangan yang normal/diantisipasi. Berikan pamflet dan identifikasi sumber-sumber lain.

Rasional : Membantu dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, dan nutrisi bayi. Ketersediaan materi tertulis dan sumber lain mempertinggi kemungkinan klien dapat menemukan jawaban terhadap pertanyaan yang timbul, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab (Doenges,2001).

c) Tentukan rencana-rencana klien/pasangan untuk penggunaan kontrasepsi. Berikan informasi dan tinjau ulang pilihan-pilihan sesuai indikasi.

Rasional : Membantu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan. Penelitian menunjukkan bahwa kedekatan antara kehamilan (kurang dari 9 bulan) telah risiko terhadap bayi dan ibu(Doenges,2001).

d) Berikan KIE tentang mobilisasi

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

e) Berikan KIE mengenai diet

Rasional : Makanan harus bermutu dan bergizi, cukup kalori. Makanlah makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan

f)Berikan KIE tentang proses eliminasi pada masa nifas

Rasional : Hendaknya kencing secepatnya dapat dilakukan sendiri. Kadang-kadang ibu nifas sulit kencing karena sphingter

uretra mengalami tekanan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi sphingter ani selama persalinan. Juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila ibu nifas sulit kencing sebaiknya lakukan kateterisasi.

Buang air besar harus ada 3-4 hari post partum. Bila belum dan terjadi obstipasi apalagi BAB keras dapat diberikan terapi per oral atau per rectal

g) Lakukan perawatan payudara

Rasional : Perawatan mammae telah dimulai sejak hamil supaya putting susu tidak keras dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya. Dianjurkan sekali supaya ibu menyusui bayinya karena baik untu kesehatan bayinya

h) Ajarkan cara menyusui bayi

Rasional : Mencegah terjadinya lecet pada payudara ( Mochtar, 2009).

Langkah VI: Implementasi

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

## Langkah VII: Evaluasi

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

## 5) Menyusun Rencana Asuhan Keluarga berencana

### Langkah I: Pengkajian

#### a) Data Subjektif

##### (1) Identitas

Umur : usia PUS (20-55 tahun) mempengaruhi bagaimana mengambil keputusan dalam pemeliharaan kesehatannya (Saifuddin,2008).

##### (2) Riwayat Kesehatan Klien :

###### (a) Riwayat Kesehatan sekarang

Apakah ibu mengalami sakit kepala berat ?

Apakah BB ibu meningkat ?

Apakah ibu mengalami flek-flek ?

Apakah ibu mengalami mual-mual ?

Apakah ibu mengalami gangguan dalam siklus haid ?

###### (b) Riwayat Kesehatan yang lalu

Kelainan Reproduksi : Menderita/riwayat kanker payudara perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya tidak boleh menggunakan metode Suntikan progestin.



										B							

Kontrasepsi progestin : Nulipara dan yang telah memiliki anak, bahkan sudah memiliki banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomiatau setelah mengalami abortus.

(6) Riwayat Kontrasepsi

Pemakaian kontrasepsi yang perlu dikaji adalah jenis alat kontrasepsi, lama, kapan awal pemakaian, dan pelepasan, serta komplikasi yang terjadi selama pemakaian. Pemakaian kontrasepsi sebelumnya dapat menjadi tolak ukur penggunaan kontrasepsi selanjutnya.

(7) Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 2.12 Pola Fungsional Kesehatan Kontrasepsi

Pola	Keterangan
Nutrisi	Kebutuhan nutrisi tetap sama dengan memperhatikan menu makan bergizi seimbang (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011).
Eliminasi	Tidak ada perubahan dalam system BAB dan BAK (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011).
Istirahat	Kebiasaan istirahat yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan istirahat pada umumnya (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011).
Aktivitas	Tingkat aktivitas seseorang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dalam kesehatannya (Arikunto, 2002).
Personal	Diperlukan kebiasaan menjaga kebersihan vagina



Hygiene	yang lebih sering pada penggunaan AKDR. (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011).
Kebiasaan	Kebiasaan merokok dan mengonsumsi obat tertentu (epilepsy dan tuberculosis) dapat mempengaruhi penetapan pemilihan metode kontrasepsi(Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011).
Seksualitas	Metode Kontrasepsi Kondom tidak melindungi dari penyakit menular seksual (PMS)/HIV(Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011).

#### (8) Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Masih kuat kepercayaan di kalangan masyarakat muslim bahwa setiap makhluk yang diciptakan tuhan pasti diberi rezeki untuk itu tidak khawatir memiliki jumlah anak yang banyak (Saifuddin,2008).

#### b) Data Obyektif

##### (1) Pemeriksaan Umum

Kesadaran :

Tanda Vital : Tekanan darah tinggi selama < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah boleh menggunakan suntikan progestin.

##### (2) Pemeriksaan Penunjang :

Pemeriksaan Laboratorium :

##### (a) HB

Anemia bulan sabit tidak boleh menggunakan metode pil kombinas, suntikan kombinasi, anemia bulan sabit dan anemia defisiensi zat besi boleh

menggunakan metode suntikan progestin dan implant

(b) PP test

Merupakan salah satu tanda pasti kehamilan.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik

Diagnosis : PAPAHA usia ..... Dengan Akseptor KB .....

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

Langkah III: Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

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

Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

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

Langkah IV: Intervensi

(1) Beritahukan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu

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

- (2) Beritahukan kepada ibu tindakan pelayanan kontrasepsi yang akan dilakukan

Rasional : Agar pasien lebih siap dan kooperatif dalam setiap pelaksanaan tindakan

- (3) Berikan pelayanan metode kontrasepsi sesuai kebutuhan klien

Rasional : Tindakan pelayanan metode kontrasepsi dilaksanakan sesuai kebutuhan klien. Pastikan 5 T sebelum memberikan pelayanan kontrasepsi (tepat pasien, tepat tempat, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu).

- (4) Lakukan tindakan pasca pelayanan metode kontrasepsi

Rasional : Memberitahukan informasi mengenai KB yang digunakan

berguna untuk mengingatkan klien. Membersihkan alat-alat yang telah dipakai, merapikan klien, dan mencuci tangan merupakan tindakan pencegahan infeksi yang penting dalam setiap tindakan.

- (5) Lakukan pencatatan pada kartu kunjungan klien dan anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang

Rasional : Pendokumentasian serta evaluasi terhadap tindakan yang

telah dilakukan pada kartu kunjungan klien dapat menghindari terjadinya kesalahan dalam pemasangan atau pemberian KB.

Keterlambatan jadwal kunjungan ulang akan mempengaruhi efektivitas dari cara pemakaian atau penggunaan KB.

#### Langkah VI: Implementasi

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

#### Langkah VII: Evaluasi

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

### B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

#### 1. Konsep Dasar Kehamilan

##### a. Kehamilan dengan Resiko Tinggi

###### 1) Pengertian

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang di hadapi. (Manuaba, 2007 ).

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang disertai dengan faktor-faktor yang menaikkan kemungkinan terjadinya

keguguran, kematian janin, persalinan prematuritas, retardasi pertumbuhan intrauterin, penyakit janin atau neonatus, malformasi congenital, retardasi mental atau kecacatan (Nelson, 2000).

Kehamilan resiko tinggi adalah terdapat perkiraan akan terjadi gangguan terhadap *outcome* pada ibunya atau janinnya sehingga memerlukan pengawasan lebih intensif dan mungkin tindakan proaktif. Pengawasan dan tindakan proaktif ini sangat penting dengan tujuan memperkecil kesulitan komplikasi yang terjadi (Manuaba, 2001).

## 2) Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan Resiko Tinggi

Faktor yang mempengaruhi kehamilan risiko tinggi di kelompokkan berdasarkan waktu kapan faktor tersebut dapat mempengaruhi kehamilan. Mengelompokkan faktor kehamilan dengan risiko tinggi berdasarkan waktu kapan faktor tersebut dapat mempengaruhi kehamilan (J.S Lesinski, 2001).

### a) Factor risiko tinggi yang bekerja sebelum hamil

#### (1) Factor genetika

Penyakit keturunan yang sering terjadi pada keluarga tertentu, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan sebelum hamil. Bila terjadi kehamilan, maka perlu dilakukan pemeriksaan kelainan bawaan.

#### (2) Factor lingkungan

Diperhitungkan faktor pendidikan dan sosial ekonomi, kedua faktor ini menimbulkan gangguan pertumbuhan dan

perkembangan janin dalam rahim mempengaruhi cara pemilihan tempat dan penolong persalinan, sehingga dapat menimbulkan resiko saat persalinan atau saat hamil.

b) Factor Risiko Tinggi yang bekerja Selama Hamil

Perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim berhubungan aksis fetoplasental dan sirkulasi retroplasenta merupakan satu kesatuan. Bila terjadi gangguan atau kegagalan salah satu akan menimbulkan risiko terhadap ibu maupun janin:

(1) Faktor keadaan umum menjelang kehamilan

(2) Kebiasaan ibu (merokok, alkohol, kecanduan obat)

(3) Faktor penyakit yang mempengaruhi kehamilan  
(hipertensi, gestosis-toksemia gravidarum)

c) Faktor risiko yang bekerja saat persalinan

(1) Sebagai akibat mekanis.

(a) Kelainan letak: sungsang atau lintang

(b) Malpresentasi

(c) Ketuban pecah dini

(d) Distress janin

(e) Perdarahan antepartum

(f) Grandemultipara

(2) Factor nonmekanis

- (a) Pengaruh obat analgesic atau sedative
  - (b) Penyakit ibu yang menyertai kehamilan
- d) Factor yang bekerja langsung pada neonates
- (1) Sindrom distress pernafasan
    - (a) Asfiksia neonatorum
    - (b) Aspirasi air ketuban atau meconium
  - (2) Faktor umum hamil yang mengganggu neonatus
    - (a) Prematuritas
    - (b) Neonatus dengan termoregulator premature
    - (c) Bayi kecil cukup bulan (berat bayi lahir rendah, gangguan mengisap dan menelan, hipofibrinogemia, gangguan congenital).

### 3) Macam-macam kehamilan resiko

Kriteria yang dikemukakan oleh peneliti-peneliti dari berbagai institute berbeda-beda, namun dengan tujuan yang sama mencoba mengelompokkan kasus-kasus resiko tinggi.

- a) Menurut Poedji Rochyati. Mengemukakan kriteria kehamilan resiko tinggi sebagai berikut:

#### (1) Resiko

Risiko adalah suatu ukuran statistic dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-

darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, seperti kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan, atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan bayi.

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut SKOR. Digunakan angka bulat di bawah 10, sebagai angka dasar 2, 4 dan 8 pada tiap factor untuk membedakan risiko yang rendah, risiko menengah, risiko tinggi. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi tiga kelompok:

- (a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2 kehamilan tanpa masalah / factor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
- (b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10 kehamilan dengan satu atau lebih factor, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.
- (c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor lebih dari 12 kehamilan dengan factor resiko:



1)) Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan bayinya, membutuhkan di rujuk tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

2)) Ibu dengan factor risiko dua atau lebih, tingkat risiko kegawatannya meningkat yang membuthkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis (Rochjati, 2003).

Data statistic memperlihatkan kenyataan bahwa kehamilan yang sehat mencapai persentase 85%. Selebihnya merupakan porsi kehamilan berisiko, 10% kehamilan berisiko tinggi dan 5% kehamilan dengan resiko tinggi.

#### 4) Batasan Factor Resiko/ Masalah

a) Ada Potensi Gawat Obstetri/ APGO (kehamilan yang perlu diwaspadai)

##### (1) Primi Muda

Ibu hamil pertama pada umur < 20 tahun, rahim dan panggul dalam tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa. Bahaya yang mungkin terjadi antara lain: bayi

lahir belum cukup umur dan perdarahan bias terjadi sebelum atau sesudah bayi lahir.

(2) Primi Tua

Seorang wanita yang telah mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

(3) Anak Terkecil < 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat sehingga dapat menyebabkan terjadinya penyulit seperti keguguran, anemia, gangguan kekuatan kontraksi, kelainan letak dan posisi janin. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya.

(4) Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir > 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Bahaya yang dapat terjadi seperti persalinan dapat berjalan tidak lancar dan perdarahan pasca persalinan.

(5) Grande multi

Ibu pernah hamil/ melahirkan 4 kali atau lebih. Karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan:

- a) Kesehatan terganggu
- b) Kekendoran pada dinding perut
- c) Tampak ibu dengan perut menggantung
- d) Kekendoran dinding Rahim

Bahaya yang dapat terjadi:

- a) Kelainan letak, persalinan letak lintang
- b) Robekan Rahim pada kelainan letak lintang
- c) Persalinan lama
- d) Perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2003).

Pada grandemultipara bisa menyebabkan

- a) Solusio plasenta
- b) Plasenta previa

(6) Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi:

- a) Tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia
- b) Ketuban pecah dini

c) Persalinan tidak lancar/ macet

d) Perdarahan setelah bayi lahir

(Rochjati, 2003).

(7) Tinggi badan 145 cm atau kurang

Terdapat tiga batasan pada kelompok risiko ini :

a) Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian

khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin

mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua

kemungkinan yang terjadi:

1)) Panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata

sempit dengan janin/ kepala tidak besar.

2)) Panggul ukuran normal tetapi anaknya

besar / kepala besar.

b) Ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir

cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7

hari atau kurang.

c) Ibu dengan kehamilan sebelumnya belum pernah

melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir

rendah <2500 gram. Bahaya yang dapat terjadi:

persalinan berjalan tidak lancar, bayi sukar lahir,

dalam bahaya. Kebutuhan pertolongan medik:

persalinan operasi sesar (Rochjati, 2003).

(8) Riwayat obstetri jelek (RJO)

Dapat terjadi pada ibu hamil dengan:

(a) Kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami:

1)) Keguguran

Keguguran atau abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

2)) Lahir belum cukup bulan

Persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20-37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram (Nugroho, 2010).

Persalinan prematurisasi merupakan masalah yang besar karena dengan berat janin kurang dari 2500 gram dan umur kurang dari 30 minggu, maka alat-alat vital (otak, jantung, paru, ginjal) belum sempurna, sehingga mengalami kesulitan dalam adaptasi untuk tumbuh dan berkembang dengan baik. Sekalipun sudah dirawat, bayi dengan berat antara 1500 sampai 2500 gram untuk dapat bertahan hidup, tetapi masih diragukan kemungkinan untuk memiliki kemampuan dan kualitas yang diharapkan sebagai sumber daya manusia (Nugroho, 2010).

Krisnadi et al (2009), menggolongkan penyebab persalinan prematur menjadi 2, yaitu penyebab idiopatik/spontan dan iatrogenik/elektif. Pada kelompok idiopatik penyebab persalinan prematur tidak diketahui. Sedangkan pada kelompok iatrogenik atau persalinan prematur buatan, karena kelanjutan kehamilan diduga dapat membahayakan ibu dan/atau janin maka kehamilan harus diakhiri segera.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita yang telah mengalami persalinan prematur pada persalinan sebelumnya memiliki risiko 20% sampai 40% untuk mengalami persalinan prematur kembali pada kehamilan berikutnya (Varney et al, 2008). Risiko persalinan prematur berulang untuk wanita yang pada persalinan pertamanya mengalami persalinan prematur, meningkat tiga kali lipat dibandingkan dengan wanita yang bayi pertamanya lahir cukup bulan (Cunningham, 2013). Ibu yang mempunyai riwayat satu kali persalinan prematur sebelumnya akan meningkatkan risiko untuk mendapat persalinan prematur lagi sebesar 2,2 kalinya; dan bila pernah mengalami tiga kali persalinan prematur risikonya meningkat sampai 4,9

kalinya. Penelitian lain mendapatkan kejadian persalinan prematur 3 kali lipat pada ibu dengan riwayat persalinan prematur (Krisnadi et al, 2009).

3)) Lahir mati

4)) Lahir hidup lalu mati umur <7 hari

5)) Kehamilan ketiga atau lebih, kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran > 2 kali

6)) Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.

(b) Persalinan yang lalu dengan tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau per-vaginam:

1)) Tindakan dengan cunam / forcep / vakum.

Bahaya yang dapat terjadi:

2)) Robekan / perlukan jalan lahir

3)) Perdarahan pasca persalinan

4)) Uri manual, yaitu: tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan.

Tindakan ini dilakukan pada keadaan bila:

a)) Ditunggu setengah jam uri tidak dapat lahir sendiri

b)) Setelah bayi lahir serta uri belum lahir terjadi perdarahan banyak > 500 cc

(c) Bekas operasi sesar

Ibu hamil, pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bahaya pada robekan rahim : kematian janin dan kematian ibu, perdarahan dan infeksi (Rochjati,2003).

b) Ada Gawat Obstetri / AGO (tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas)

(1) Penyakit pada ibu hamil

(a) Anemia (kurang darah)

Keluhan yang dirasakan ibu hamil:

- 1)) Lemah badan, lesu, lekas lelah
- 2)) Mata berkunang-kunang
- 3)) Jantung berdebar

Dari inspeksi didapatkan keadaan ibu hamil:

- 1)) Pucat pada muka
- 2)) Pucat pada kelopak mata, lidah dan telapak tangan.

(b) Malaria

Keluhan yang dirasakan ibu hamil, adalah:

- 1)) Panas tinggi
- 2)) Menggigil, keluar keringat
- 3)) Sakit kepala
- 4)) Muntah-muntah



Bila penyakit malaria ini disertai dengan panas yang tinggi dan anemia, maka akan mengganggu ibu hamil dan kehamilannya. Bahaya yang dapat terjadi:

- 1)) Abortus
- 2)) IUFD
- 3)) Persalinan premature (Rochjati, 2003).

(c) Tuberculosis paru

Keluhan yang dirasakan seperti batuk lama tak sembuh-sembuh, tidak nafsu makan, badan lemah dan batuk darah. Penyakit ini tidak secara langsung berpengaruh pada janin. Janin baru tertular setelah dilahirkan. Jika, TBC berat dapat menurunkan fisik ibu, tenaga, dan ASI ikut berkurang. Bahaya yang dapat terjadi adalah keguguran, bayi lahir belum cukup umur, dan janin mati dalam kandungan.

(d) Diabetes mellitus

Dugaan adanya kencing manis pada ibu hamil apabila:

- 1)) Ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar
- 2)) Pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu-minggu terakhir.
- 3)) Ditemukan glukosa dalam air seni

Bahaya yang dapat terjadi:

a)) Persalinan premature

b)) Hydramnion

c)) Kelainan bawaan

d)) Makrosomia

(2) Kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup, kemudian mati < 7hari) (Rochjati, 2003). Diabetes mempengaruhi timbulnya komplikasi dalam kehamilan sebagai berikut:

(a) Pre-eklamsia

(b) Kelainan letak janin

(c) Insufisiensi plasenta

Diabetes sebagai penyulit yang sering dijumpai dalam persalinan ialah:

(a) Inersia uteri dan atonia uteri

(b) Distosia bahu karena anak besar

(c) Lebih sering pengakhiran partus dengan tindakan, termasuk seksio sesarea

(3) Pre-Eklamsia Ringan

Tanda-tanda:

(a) Edema pada tungkai, muka, karena penumpukan cairan disela-sela jaringan tubuh

(b) Tekanan darah tinggi

(c) Dalam urin terdapat proteinurin.

Sedikit bengkak pada tungkai bawah atau kaki pada kehamilan 6 bulan ke atas mungkin masih normal karena tungkai banyak di gantung atau kekurangan vitamin B1. Tetapi bengkak pada muka, tangan disertai dengan naiknya tekanan darah sedikit, berarti ada Pre- Eklamsia ringan. Bahaya bagi janin dan ibu:

a)) Menyebabkan gangguan pertumbuhan janin

b)) Janin mati dalam kandungan (Rochjati, 2003).

(4) Hidramnion / Hamil kembar air

Kehamilan dengan jumlah cairan amnion lebih dari 2 liter, dan biasanya Nampak pada trimester III, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Keluhan-keluhan yang dirasakan:

(a) Sesak napas

(b) Perut membesar, nyeri perut karena rahim berisi cairan amnion > 2 liter

(5) Edema labia mayor, dan tungkai.

Hidramnion adalah suatu keadaan dimana jumlah air ketuban jauh lebih banyak dari normal, biasanya kalau lebih dari 2 liter. Walau etiologi belum jelas, namun ada factor-faktor yang dapat mempengaruhi

hidramnion, antara lain: penyakit jantung, nefritis, edema umum (anasarka), anomaly congenital (pada anak), seperti enensepali, spina bifida, atresia atau striktur esophagus, hidrosefalus, dan struma blocking esophagus (Rustam M.,2002).

(6) Hamil serotinus / Hamil lebih bulan

Ibu dengan umur kehamilan > 42 minggu.

Dalam keadaan ini, fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampak tidak baik bagi janin:

- (a) Janin mengecil
  - (b) Kulit janin mengkerut
  - (c) Lahir dengan berat badan rendah
  - (d) Janin dalam rahim dapat mati mendadak
- (Rochjati, 2003)

Kehamilan lewat bulan dapat juga menyebabkan resiko pada ibu, antara lain distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, dan moulding (moulase) kepala kurang. Sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, inersia uteri, distosia bahu, dan perdarahan postpartum.

(7) Letak sungsang

Letak sungsang pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas

dan bokong atau kaki dibawah. Bahaya yang dapat terjadi:

(a) Bayi lahir dengan asfiksia berat

(b) Bayi dapat mati (Poedji Rochjati, 2003).

c) Ada Gawat Darurat Obstetri / AGDO (Ada ancaman nyawa ibu dan bayi)

Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinnya. Pada perdarahan antepartum dapat menyebabkan ibu anemia sampai syok karena kehilangan darah sedangkan pada janin dapat menyebabkan bayi lahir premature dan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim karena terganggu sirkulasi dan nutrisi kearah janin.

Perdarahan dapat terjadi pada:

(1) Plasenta previa yaitu plasenta melekat dibawah rahim dan menutupi sebagian / seluruh mulut rahim.

(2) Solusio plasenta yaitu plasenta sebagian atau seluruhnya lepas dari tempatnya. Biasanya disebabkan karena trauma / kecelakaan, tekanan darah tinggi atau pre-eklamsia, maka terjadi perdarahan pada tempat melekat plasenta. Akibat

perdarahan, dapat menyebabkan adanya penumpukan darah beku dibelakang plasenta.

## 7) Skor Poedji Rochjati

### 1) Pengertian

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Dian, 2007).

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil (Rochjati, 2003).

### 2) Cara pemberian skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2, 4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan pre-eklamsi berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor 'Poedji Rochjati' (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi (Rochjati, 2003).

## 8) Konsep Dasar Kehamilan dengan Riwayat kehamilan Serotinus

### 1) Pengertian

Serotinus adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu lengkap. Diagnosa usia kehamilan didapatkan dengan perhitungan usia kehamilan dengan rumus Naegele atau dengan penghitungan tinggi fundus uteri ( Kapita Selekt Kedokteran jilid 1 ).

Kehamilan umumnya berlangsung 40 minggu atau 280 hari dari hari pertama haid terakhir kehamilan aterm ialah kehamilan antara 38-42 minggu dan ini merupakan periode dimana terjadi persalinan normal. Apabila kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih dari 42 minggu lengkap, maka itu dinamakan kehamilan lewat waktu atau post term. Angka kejadian kehamilan lewat waktu kira-kira 10%, bervariasi antara 3,5 - 14%. Kekhawatiran dalam kehamilan lewat waktu dapat menjadi 3 kali dibandingkan kehamilan aterm (Winkjosastro.H.2006).

Insiden kehamilan serotinus sangat bervariasi tergantung pada kriteria yang digunakan untuk diagnosis. Frekuensi yang dilaporkan berkisar 4-14% dengan rata-rata sekitar 10%. Sebagai perbandingan, 11% kelahiran hidup di Amerika Serikat adalah kehamilan preterm yang merupakan penyebab kematian utama dari neonatus, sedangkan kehamilan serotinus sekitar 8%. Dan terdapat kecenderungan bahwa ibu akan mengalami kehamilan serotinus berulang. Di Norwegia, insiden kehamilan serotinus berturut-turut meningkat dari 10% menjadi 27% bila kehamilan pertama adalah serotinus dan menjadi 39% bila terjadi

kehamilan serotinus dua kali berturutan sebelumnya (Mathai Matthews, 2004).

Tingginya tingkat kejadian serotinus tidak lepas dari berbagai faktor dan sangat berpengaruh terhadap tingkat mortalitas dan morbiditas seorang ibu, antara lain kurang gizi, penyakit ibu dan infeksi. Selain itu faktor umur ibu, paritas, pendidikan, sosial ekonomi, umur kehamilan, dapat juga menjadi faktor penting dalam kontribusi terjadinya serotinus.

## 2) Etiologi dan factor resiko

Etiologi belum diketahui secara pasti namun faktor yang dikemukakan adalah hormonal, yaitu kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang. Faktor lain seperti herediter, karena postmaturitas sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu (Rustam, 1998).

Menjelang persalinan terdapat penurunan progesteron, peningkatan oksitosin tubuh dan reseptor terhadap oksitosin sehingga otot rahim semakin sensitif terhadap rangsangan. Pada kehamilan lewat waktu terjadi sebaliknya, otot rahim tidak sensitif terhadap rangsangan, karena ketegangan psikologis atau kelainan pada rahim (Manuaba, 1998).

Menurut Sujiyatini (2009), etiologinya yaitu penurunan kadar esterogen pada kehamilan normal umumnya tinggi. Faktor hormonal yaitu kadar progesterone tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang. Factor lain adalah hereditas, karena post matur sering dijumpai pada suatu keluarga



tertentu. Fungsi plasenta memuncak pada usia kehamilan 38-42 minggu, kemudian menurun setelah 42 minggu, terlihat dari menurunnya kadar estrogen dan laktogen plasenta. Terjadi juga spasme arteri spiralis plasenta. Akibatnya dapat terjadi gangguan suplai oksigen dan nutrisi untuk hidup dan tumbuh kembang janin intrauterin. Sirkulasi uteroplasenta berkurang sampai 50%. Volume air ketuban juga berkurang karena mulai terjadi absorpsi. Keadaan-keadaan ini merupakan kondisi yang tidak baik untuk janin. Risiko kematian perinatal pada bayi postmatur cukup tinggi, yaitu 30% prepartum, 55% intrapartum, dan 15% postpartum.

Beberapa faktor penyebab kehamilan lewat waktu adalah sebagai berikut :

- a) Kesalahan dalam penanggalan, merupakan penyebab yang paling sering.
- b) Primigravida
- c) riwayat kehamilan lewat bulan.

### 3) Patofisiologi

Mochtar (2010) menyatakan patofisiologi pada ibu hamil dengan indikasi serotinus adalah :

- a) Penurunan hormon progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses persalinan dan meningkatkan sensitifitas uterus terhadap oksitosin, sehingga penulis menduga bahwa terjadinya kehamilan postterm karena masih berlangsungnya pengaruh progesterone.
- b) Oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis

ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan postterm.

- c) Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah janin masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan postterm.

#### 4) Komplikasi

Menurut Mochtar (1998), komplikasi yang terjadi pada kehamilan serotinus yaitu :

(a) Plasenta

- (1) Kalsifikasi
- (2) Selaput vaskulosinsisial menebal dan jumlahnya berkurang
- (3) Degenerasi jaringan plasenta

(b) Perubahan biokimia

(c) Komplikasi pada Ibu

Komplikasi yang terjadi pada ibu dapat menyebabkan partus lama, inersia uteri, atonia uteri dan perdarahan postpartum.

(d) Komplikasi pada Janin

Komplikasi yang terjadi pada bayi seperti berat badan janin bertambah besar, tetap atau berkurang, serta dapat terjadi kematian janin dalam kandungan.

Menurut Prawirohardjo (2006), komplikasi yang terjadi pada kehamilan serotinus yaitu komplikasi pada janin. Komplikasi yang

terjadi pada bayi seperti gawat janin, gerakan janin berkurang, kematian janin, asfiksia neonaturum dan kelainan letak.

Menurut Achdiat (2004), komplikasi yang terjadi pada kehamilan serotinus yaitu komplikasi pada janin. Komplikasi yang terjadi seperti kelainan kongenital, sindroma aspirasi mekonium, gawat janin dalam persalinan, bayi besar (makrosomia) atau pertumbuhan janin terlambat, kelainan jangka panjang pada bayi.

#### 5) Penanganan

Perlu kita sadari bahwa persalinan adalah saat paling berbahaya bagi janin postterm sehingga setiap persalinan kehamilan postterm harus dilakukan pengamatan ketat dan sebaiknya dilaksanakan di rumah sakit dengan pelayanan operatif dan perawatan neonatal yang memadai.

Prinsip dari tata laksana kehamilan lewat waktu ialah merencanakan pengakhiran kehamilan. Cara pengakhiran kehamilan tergantung dari hasil pemeriksaan kesejahteraan janin dan penilaian skor pelvik (pelvic score).

Ada beberapa cara untuk pengakhiran kehamilan, antara lain :

- (a) Induksi partus dengan pemasangan balon kateter Foley.
- (b) Induksi dengan oksitosin.
- (c) Bedah seksio sesaria.

The American College of Obstetricians and Gynecologist mempertimbangkan bahwa kehamilan postterm (42 minggu) adalah indikasi induksi persalinan. Penelitian menyarankan induksi persalinan

antara umur kehamilan 41-42 minggu menurunkan angka kematian janin dan biaya monitoring janin lebih rendah.

Dalam mengakhiri kehamilan dengan induksi oksitosin, pasien harus memenuhi beberapa syarat, antara lain kehamilan aterm, ada kemunduran his, ukuran panggul normal, tidak ada disproporsi sefalopelvik, janin presentasi kepala, serviks sudah matang (porsio teraba lunak, mulai mendatar, dan mulai membuka). Selain itu, pengukuran pelvik juga harus dilakukan sebelumnya.

## 2. Konsep Asuhan Pada Persalinan

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

### a) Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan

Ada beberapa teori yang menyatakan sebab-sebab yang menimbulkan persalinan, yaitu :

#### 1) Teori Penurunan Hormonal

Satu sampai dua minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan

kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

2) Teori Plasenta menjadi lebih tua

Yang akan menyebabkan turunnya kadar oksigen dan progesterone sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemia otot-otot sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.

4) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Frankerhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

5) Induksi Partus (Induction of labour)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan rangsang laminaria, amniotomi, dan oksitosin drips.

b) Tanda-tanda persalinan

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

(1) Persalinan sesungguhnya

(a) Serviks menipis dan membuka

- (b) Rasa nyeri dan interval teratur
  - (c) Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek
  - (d) Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah
  - (e) Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar ke depan
  - (f) Dengan berjalan bertambah intensitas
  - (g) Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
  - (h) Lendir darah semakin Nampak
  - (i) Ada penurunan bagian kepala janin
  - (j) Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi
- c) Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Peran dari penolong adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Penanganan yang terbaik dapat berupa observasi yang cermat, dan seorang bidan harus mampu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab persalinan sehingga diharapkan dalam memberikan asuhan kebidanan pada proses persalinan yaitu passage (jalan lahir), power (his dan tenaga mengejan), dan passanger (janin, plasenta dan ketuban), serta factor lain seperti psikologi dan paktor penolong (Sumarah, dkk. 2009).

(1) Passage

Passage atau jalan lahir terdiri dari bagian keras (tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak (otot-otot,

jaringan, dan ligament). Tulang-tulang panggul meliputi 2 tulang pangkal paha, 1 tulang kelangkang, dan 1 tulang tungging. Pembagian bidang panggul meliputi :

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

Dari bentuk dan ukuran berbagai bidang rongga panggul, rongga ini merupakan saluran yang tidak saam luasnya diantara tiap-tiap bidang. Bidang yang terluas dibentuk pada pertengahan simfisis dengan os sacral I-III, sehingga kepala janin dimungkinkan bergeser melalui PAP masuk ke dalam ruang panggul. Kemungkinan kepala dapat lebih masuk kedalam ruang panggul jika sudut antara sacrum dan lumbal, yang disebut inklinasi, lebih besar. Dengan demikian, tulang jalan lahir sangat menentukan proses persalinan apakah dapat berlangsung melalui jalan biasa atau melalui tindakan operasi dengan kekuatan dari luar. Menurut Sarwono 2010, pada jalan lahir lunak dapat terjadi gangguan yaitu :

a) Pembukaan Serviks

- (1) Serviks yang kaku. Terdapat pada primi tua primer atau sekunder. Serviks yang mengalami banyak cacat perlukaan atau sikatrik.

(2) Serviks gantung. Ostium uteri externum terbuka lebar, namun ostium uteri internum tidak terbuka dan sebaliknya.

(3) Edema servik. Terutama karena pnggul sempit, serviks terjepit antara kepala dan jalan lahir sehingga terjadi gangguan sirkulasi darah dan cairan yang menimbulkan edema serviks.

(4) Serviks dupleks karena kelainan congenital.

b) Vagina.

Kelainan vagina yang dapat mengganggu perjalanan persalinan :

(1) Septum vagina (transvaginal septum vagina, longitudinal septum vagina)

(2) Tumor pada vagina

(3) Hymen dan perineum. Kelainan hymen imperforate, atau hymen elastic pada perineum, yaitu kekakuan pada hymen sehingga memerlukan episiotomy yang luas.

(2) Power (His dan Tenaga ibu)

Kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu sangat penting dalam proses persalinan. Sifat His yang sempurna dan efektif :

(a) Adanya koordinasi dari gelombang kontraksi, sehingga kontraksi simetris.



(b) Kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di fundus uteri.

(c) Sesudah tiap his, otot-otot korpus uteri menjadi lebih pendek dari sebelumnya, sehingga servik tertarik dan membuka karena servik kurang mengandung otot.

(d) Adanya relaksasi

(e) Pola Fungsional Kesehatan

### (3) Passanger

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

#### (a) Kepala janin

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

### (4) Psikologi ibu

Keadaan psikologis adalah keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan. Psikologi ibu dapat

memengaruhi persalinan apabila ibu mengalami kecemasan, stress, bahkan depresi. Hal ini akan memengaruhi kontraksi yang dapat memperlambat proses persalinan. Selain itu, ibu yang tidak siap mental juga akan mempengaruhi persalinan karena ibu akan sulit diajak kerjasama dalam proses persalinannya. Untuk itu sangat penting bagi Bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan (Saifuddin, 2009).

(5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar. Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 60 langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang merah asuhan persalinan normal (Saifuddin, 2009).

d) Pencatatan (dokumentasi)

Catat semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dinggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses

membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Aspek-aspek penting dalam pencatatan adalah

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

e) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani proses persalinan normal namun sekitar 10-15% di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau

bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit yang terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksana kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

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

f) Kala I (Pembukaan)

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

- (1) Fase Laten : pembukaan serviks, sampai ukuran 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- (2) Fase Aktif : berlangsung  $\pm 6$  jam, di bagi atas 3 sub fase yaitu:

- (a) Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
- (b) Periode dilatasi maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm
- (c) Periode deselerasi berlangsung lambat, selama 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

g) Kala II (kala pengeluaran janin)

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

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

- (1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- (2) Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum/pada vaginanya
- (3) Perineum menonjol
- (4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- (5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

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

membuka perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, dahi, hidung mulut dan muka serta seluruhnya, diikuti oleh putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala dengan punggung. Setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 60 menit dan multigravida 30 menit (Sijiyanti, dkk. 2011).

h) Kala III (kala uri)

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

(1) Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu :

- (a) Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus
- (b) Tali pusat memanjang
- (c) Semburan darah mendadak dan singkat

(2) Manajemen aktif kala III, yaitu :

- (a) Pemberian suntikan oksitosin
- (b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
- (c) Massase fundus uteri

i) Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap

15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua (Saifuddin, 2010).

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

- (1) Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
- (2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan
- (3) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan
- (4) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy) perineum)
- (5) Evaluasi keadaan umum ibu
- (6) Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan.

j) Mekanisme Persalinan

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

- (1) Penurunan, pada primipara kepala janin turun kerongga panggul atau masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi mulai saat mulainya persalinan. masuknya kepala janin melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus atau asinklitismus, dapat juga dalam keadaan melintang atau serong, dengan fleksi ringan (dengan diameter kepala janin suboksipitofrontalis

11,25 cm) penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala II) oleh ibu. Fiksasi (engagement) ialah tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.

- (2) Sinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada ditengah-tengah jalan lahir atau PAP). Asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau simfisis pubis). Asinklitismus anterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang. Sinklitismus posterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekatai simfisis pubis sehingga os parietal belakang lebih rendah dari pada os parietal depan.
- (3) Fleksi terjadi apabila kepala semakin turun kerongga panggul, kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya di hodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm). Menurut hukum koppel, fleksi kepala janin terjadi akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati sub oksiput, maka tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan kepala



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

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

terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Menyusul trochanter depan terlebih dahulu, kemudian trochanter belakang. Maka lahirnya bayi seluruhnya (ekspulsi).

k) Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal (APN, 2013)

- (1)Melihat adanya tanda persalinan kala II
- (2)Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam partus set
- (3)Memakai celemek plastik
- (4) Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir
- (5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk periksa dalam
- (6) Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan dan letakkan kembali kedalam partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan  $\frac{1}{2}$  koher pada partus set
- (7) Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran).
- (8) Melakukakan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.

- (9) Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka srung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- (10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal
- (11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran
- (12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)
- (13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran
- (14) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 sampai 6 cm, letakkan handuk bersih, pada perut ibu untuk mengeringkan bayi
- (15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
- (16) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- (17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

- (18) Saat Sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan diaalas lipatan kain dibawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal saat kepala lahir. Minta ibu untuk tidak meneran dengan nafas pendek-pendek. Bila didapatkan mekonium pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung bayi menggunakan penghisap lendir De Lee
- (19) Menggunakan kassa/kain bersih untuk membersihkan muka bayi dari lendir dan darah
- (20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
- (21) Menunggu hingga kepala bayi selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
- (22) Setelah bayi menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala bayi, tarik secara hati-hati ke arah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati ke atas sampai bahu posterior/belakang lahir. Bila terdapat lilitan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara kedua klem tersebut.

- (23) Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher, dan bahu bayi bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada/punggung bayi, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu bayi bagian anterior saat badan dan lengan lahir
- (24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah bayi untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut bayi)
- (25) Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke penolong. Nilai bayi, kemudian letakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
- (26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat
- (27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama
- (28) Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong

tali pusat diantara 2 klem. Bila bayi tidak bernapas spontan lihat penanganan khusus bayi baru lahir.

(29)Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala

(30)Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki

(31)Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal

(32)Memberitahu ibu akan disuntik

(33)Menyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular pada bagian 1/3 atas luar paha kanan setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah

(34)Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

(35)Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kassa dengan jarak 5-10 cm dari vulva

(36)Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorso cranial. Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

- (37) Jika dengan peregangan tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
- (38) Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban
- (39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan massase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
- (40) Sambil tangan kiri melakukan massase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan dalam kantong plastic yang tersedia
- (41) Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menyebabkan perdarahan aktif. Bila ada lakukan penjahitan

- (42) Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik
- (43) Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah didalam larutan klorin 0,5% kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya
- (44) Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati
- (45) Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya
- (46) Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%
- (47) Membungkus kembali bayi
- (48) Berikan bayi pada ibu untuk disusui
- (49) Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu
- (50) Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan massase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik
- (51) Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi
- (52) Memeriksa nadi ibu
- (53) Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%



- (54) Membuang barang-barang yang terkontaminasi ke tempat sampah yang di sediakan
- (55) Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah dan menggantikan pakainnya dengan pakaian yang kering/bersih
- (56) Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum
- (57) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
- (58) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- (59) Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir
- (60) Melengkapi partograf

### 3. Ketuban Pecah Dini ( KPD )

#### a. Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu (Prawirohardjo, 2010).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan setelah ditunggu satu jam belum memulainya tanda persalinan (Manuaba,2010).

b. Etiologi

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Selain itu ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetri. Penyebab lainnya adalah sebagai berikut :

1) Inkompetensi serviks (leher rahim)

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar.

2) Peninggian tekanan intra uterin

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Misalnya :

a) Trauma

Hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis.

#### b) Gemelli

Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Saifudin, 2010).

#### c) Makrosomia

Makrosomia adalah berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membrane menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah (Winkjosastro, 2005).

#### d) Hidramnion

Hidramnion atau polihidramnion adalah jumlah cairan amnion >2000mL. Uterus dapat mengandung cairan dalam jumlah yang sangat banyak. Hidramnion kronis adalah peningkatan jumlah cairan amnion terjadi secara berangsur-angsur. Hidramnion akut, volume tersebut meningkat tiba-tiba dan uterus akan mengalami distensi nyata dalam waktu beberapa hari saja.

- 3) Kelainan letak janin dan rahim : letak sungsang dan letak lintang.
- 4) Kemungkinan kesempitan panggul : bagian terendah belum masuk PAP (sepalopelvic disproportion).

5) Korioamnionitis

Korioamnionitis adalah infeksi selaput ketuban. Biasanya disebabkan oleh penyebaran organisme vagina ke atas. Dua faktor predisposisi terpenting adalah pecahnya selaput ketuban > 24 jam dan persalinan lama.

6) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh sejumlah mikroorganisme yang menyebabkan infeksi selaput ketuban.

Infeksi yang terjadi menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah.

7) Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya.

8) Kelainan atau kerusakan selaput ketuban.

9) Serviks (leher rahim) yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu.

#### c. Patofisiologi

Ketuban pecah dini berhubungan dengan kelemahan menyeluruh membrane fetal akibat kontraksi uteri dan peregangan berulang. Membran yang mengalami rupture premature ini tampak memiliki defek fokal dibanding kelemahan menyeluruh. Daerah dekat tempat pecahnya membrane ini disebut “restricted zone of extreme altered morphology” yang ditandai dengan adanya pembengkakan dan kerusakan jaringan kolagen fibrilar pada lapisan kompakta, fibroblast maupun spongiosa. Daerah ini akan muncul sebelum ketuban pecah dini dan merupakan daerah breakpoint awal. Patogenesis terjadinya ketuban pecah dini secara singkat ialah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membrane sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini preterm terutama pada pasien dengan resiko tinggi

#### d. Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC, atau gagalnya persalinan normal.

#### 1) Infeksi

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini premature, infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

#### 2) Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.

#### 3) Sindrom deformitas janin

Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonal.

e. Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau berdiri bagian terendah janin biasanya mengganjal atau menyumbat sementara kebocoran itu.

Gejala dari KPD yaitu : bercak vagina yang banyak, nyeri perut, jika DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

1) Penilaian klinik

Penilaian klinik KPD, yakni :

- a) Tentukan pecahnya selaput ketuban. Ditentukan dengan adanya cairan ketuban di vagina, jika tidak ada dapat dicoba dengan gerakan sedikit sedikit bagian terbawah janin atau meminta pasien batuk atau mengedan. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (Nitazin test) merah menjadi biru, membantu dalam menentukan jumlah cairan ketuban dalam usia kehamilan, kelainan janin.
- b) Tentukan usia kehamilan, bila perlu dengan pemeriksaan USG.

- c) Tentukan ada tidaknya infeksi. Tanda – tanda infeksi : bila suhu  $38^{\circ}\text{C}$ , air ketuban yang keruh dan berbau. Pemeriksaan ketuban dengan LEA ( Leukosit Esterase) leukosit darah  $>15.000/\text{mm}^3$ . Janin yang mengalami takhikardi mungkin mengalami infeksi intrauterin.
- d) Tentukan tanda-tanda inpartu. Tentukan adanya kontraksi yang teratur, periksa dalam dilakukan bila akan dilakukan penanganan aktif (terminasi kehamilan)antara lain untuk menilai skor pelvik.

#### f. Menegakkan Diagnosa

Menurut Helen Varney, 2007, kebocoran cairan ketuban harus dibedakan dari inkontinensia urine, rabas vagina atau serviks, semen, atau (jarang) rupture korion. Data berikut yang digunakan untuk menegakkan diagnosis :

##### 1) Riwayat

- a) Jumlah cairan yang hilang : gejalanya biasanya adalah keluar cairan yang terus menerus (jernih, keruh, kuning, atau hijau) dan perasaan basah pada celananya.
- b) Ketidakmampuan mengendalikan kebocoran dengan latihan kegel : membedakan PROM dari inkontinensia urine.
- c) Waktu terjadi pecah ketuban



- d) Warna cairan : jernih, keruh, jika bercampur mekonium cairan akan berwarna kuning atau hijau.
- e) Abu cairan : L apek yang khas yang membedakannya dengan urine
- f) Hubungan Seksual yang terakhir : semen yang keluar dapat disalah artikan sebagai cairan amnion

2) Pemeriksaan fisik : palpasi abdomen untuk menentukan volume cairan amnion. Apabila pecah ketuban telah pasti, terdapat kemungkinan mendeteksi kekurangan cairan karena terdapat peningkatan molase uterus dan dinding abdomen disekitar janin dan penurunan kemampuan ballotemen dibandingkan temuan pada pemeriksaan sebelum pecah ketuban. Ketuban yang pecah tidak menyebabkan perubahan yang seperti ini dalam temuan abdomen.

### 3) Pemeriksaan speculum steril

- a) Inspeksi keberadaan tanda-tanda cairan digenital eksternal
- b) Lihat servik untuk mengetahui aliran cairan dari orifisium
- c) Lihat adanya genangan cairan amnion di fornix vagina
- d) Jika tidak terlihat cairan, mintalah pasien untuk mengejan (perasat valsalva). Secara bergantian beri tekanan pada fundus perlahan-lahan atau naikkan dengan

perlahan-lahan bagian presentasi pada abdomen untuk memungkinkan cairan melewati bagian presentasi pada kasus kebocoran berat sehingga dapat mengamati kebocoran cairan.

- e) Observasi cairan yang keluar untuk melihat lanugo atau vernik kaseosa jika UK > 32 minggu
- f) Visualisasi serviks untuk menentukan dilatasi jika pemeriksaan dalam tidak akan dilakukan
- g) Visualisasi serviks untuk mendeteksi prolaps tali pusat atau ekstremitas janin

#### 4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk memastikan Ketuban Pecah Dini ;

##### a) Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan pHnya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urine atau secret vagina. Secret vagina ibu hamil pH : 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning.

- b) Tes Lakmus (tes Nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.

- c) Mikroskopik (tes pakis) dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.
- d) Pemeriksaan USG pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.

#### 5) Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan penanganan ketuban pecah dini, yaitu :

##### a) Konservatif

(1) Rawat di Rumah Sakit

(2) Berikan antibiotika Ampisilin ( 4x500 mg atau eritromisin bila tak tahan ampisillin dan metronidasol 2x500 mg selama 7 hari.

(3) Jika umur kehamilan 32-34minggu, dirawat sampai air ketuban tidak keluar lagi.

(4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif : beri dexamethason, observasi tanda-tanda infeksi dan

kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.

- (5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol, dexamethason dan induksi sesudah 24 jam
- (6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi beri antibiotik dan dan lakukan induksi
- (7) Nilai tanda – tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin)
- (8) Pada usia 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu.

b) Aktif

- (1) Kehamilan lebih dari 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal SC
- (2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi, dan persalinan diakhiri : bila skor pelvik <5 lakukan pematangan serviks kemudian induksi jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan

SC. Bila skor pelvik >5 induksi persalinan, partus pervaginam.

Table 2.5

Penatalaksanaan ketuban pecah dini

KETUBAN PECAH DINI			
<37 MINGGU		37 MINGGU	
Infeksi	Tidak ada infeksi	Infeksi	Tidak ada infeksi
Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazol  Lahirkan bayi	Amoksisilin + eritromisin untuk 7 hari  Steroid untuk pematangan paru	Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazol.  Lahirkan bayi	Lahirkan bayi  Berikan penisilin atau ampicilin.
ANTIBIOTIKA SETELAH PERSALINAN			
Profilaksis	Infeksi	Tidak ada infeksi	

Stop antibiotic	Lanjutkan untuk 24-48jam setelah bebas panas	Tidak ada antibiotic
-----------------	--	----------------------

(Sumber : Winkjosastro, 2010)

#### 4. Konsep Asuhan Pada 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 (Muslihatun, 2011).

##### b. Penanganan Bayi Baru Lahir

###### Pencegahan infeksi

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

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi.
- 2) Pakai sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) 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.

- 4) Handuk, pakaian atau kain yang akan digunakan dalam keadaan bersih (demikian juga dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dll).
- 5) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK-KR, 2008).

c. Penilaian bayi baru lahir

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

- 1) Usaha nafas bayi menangis keras ?
- 2) Warna kulit cyanosis atau tidak ?
- 3) Gerakan aktif atau tidak ?

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

Tabel 2.3 Apgar Score

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

Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

(Sumarah, dkk. 2009)

d. 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).

e. Mempertahankan suhu

Mekanisme pengaturan temperatur bayi baru lahir belum berfungsi sempurna oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia sangat berisiko mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian. Hipotermia sangat mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya



dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diseimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat (Sumarah, dkk. 2009).

f. Pemeriksaan bayi baru lahir

1) Pemeriksaan tanda-tanda vital

- a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)
- b) Suhu tubuh ( $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$ )
- c) Pernafasan (40-60 kali per menit)

2) Pemeriksaan antropometri (Wafinur, 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 suatu 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 lingkaran 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), varices.

- 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-tibadigerakan. 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) Tanda bahaya pada bayi baru lahir

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

- a) Sulit menyusu
- b) Letargi (tidur terus sehingga tidak menyusu)
- c) Demam (suhu badan  $> 38^{\circ}\text{C}$  atau hipotermi  $< 36^{\circ}\text{C}$ )
- d) Tidak BAB atau BAK setelah 3 hari lahir (kemungkinan bayi mengalami atresia ani), tinja lembek, hijau tua, terdapat lendir atau darah pada tinja
- e) Sianosis (biru) atau pucat pada kulit atau bibir, adanya memar, warna kulit kuning (ikterus) terutama dalam 24 jam pertama
- f) Muntah terus menerus dan perut membesar
- g) Kesulitan bernafas atau nafas lebih dari 60 kali per menit
- h) Mata bengkak dan bernanah atau berair
- i) Mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah.

#### 5. Konsep Asuhan Pada Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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

Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim sebab melahirkan atau setelah melahirkan. Darah nifas yaitu darah yang tertahan tidak bisa keluar dari rahim dikarenakan hamil. Maka ketika melahirkan, darah tersebut keluar sedikit demi sedikit. Darah yang keluar sebelum melahirkan disertai tanda-tanda kelahiran, maka itu termasuk darah nifas juga (Saifuddin, 2010).

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

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

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat 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 system reproduksi

d. Involusi uterus

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut (Sukarni, 2013)

e. Iskemia miometrium

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

2) Efek Oksitosin

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

Tabel 2.4 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/lu nak
Akhir minggu ke-1	½ pusat symphysis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

(Saifuddin, 2010)

### 3) Lochea

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

#### a) Lochea Rubra/merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari

perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari deciduas dan chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.

b) Lochea Sangiolenta

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

c) Lochea Serosa

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

d) Lochea Alba

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

e) Loche Purulenta

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

4) 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).

5) 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).

6) 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).

7) 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).

#### 8) 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.

#### f. Perubahan Psikologis Masa Nifas

##### 1) Bounding Attachment

Bounding Attachment adalah suatu proses dimana sebagai hasil dari suatu interaksi terus menerus bati dan orang tua yang bersifat saling mencintai, memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan. Proses ikatan batin antara ibu dengan bayinya ini diawali dengan kasih sayang terhadap bayi yang dikandung, dan dapat

dimulai sejak kehamilan. Ikatan batin antara bayi dan orang tuanya berkaitan erat dengan pertumbuhan psikologi sehat dan tumbuh kembang bayi (Suherni, dkk, 2009).

Respon Ayah dan Keluarga jika ibu sudah mengandung bayinya selama sembilan bulan, ayah benar-benar merasakan kebersamaan dengan bayinya saat bayi sudah lahir. Perkenalan ayah dengan bayi dimulai saat mereka saling bertatapan. Seperti halnya ikatan ibu dengan bayi, keberadaan ayah dengan bayi penting bagi tumbuh kembang bayi, hasil penelitian Robert A Veneziano dalam *the importance of father love* menyebutkan kedekatan ayah dan bayi sangat membantu mengembangkan kemampuan sosial, kecerdasan emosi dan perkembangan kognitif bayi.

Hasil penelitian menunjukkan 62% ayah mengalami depresi pasca bayi lahir atau baby blues, perasaan cemas, khawatir dan takut dapat muncul saat seorang pria menyadari dirinya kini memiliki peran baru yaitu sebagai ayah.

## 2) Sibling Rivalry

Sibling rivalry merupakan suatu perasaan cemburu atau menjadi pesaing dengan bayi atau saudara kandung yang baru dilahirkan. Perasaan cemburu ini pun dapat timbul terhadap sang ayah. Kenyataannya semua anak merasa terancam oleh kedatangan seorang bayi meskipun dengan

derajat yang berbeda-beda, baik selama kehamilan maupun setelah kelahiran (Suherni, dkk, 2009).

### 3) Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Adaptasi psikologis masa postpartum oleh Rubin dibagi dalam tiga periode (Mansur, 2009) :

#### a) Periode Taking In

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

#### b) Periode Taking Hold

- (1) Berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan
- (2) Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu menjadi sangat sensitive, sehingga mudah tersinggung.

#### c) Periode Letting Go

- (1) Berlangsung 10 hari setelah melahirkan.
- (2) Ibu menerima tanggung jawab sebagai ibu dan mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

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

h. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009) :

1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi

- 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, social serta memberikan semangat kepada ibu
- 3) Membantu ibu dalam menyusui bayinya
- 4) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu
- 5) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua.
- 6) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 7) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- 8) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 9) Memberikan asuhan secara professional.

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

1) Nutrisi dan cairan

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

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

## 2) Ambulasi

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

## 3) Eliminasi

Rasa nyeri 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 obstifasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau per rectal. Jika masih belum bisa dilakukan klisma. Konsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum.

#### 5) Menjaga kebersihan diri

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

#### 6) Kebersihan genitalia

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

#### j. Rencana KB

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung

hormone, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI. Hubungan suami istri pada masa nifas tidak terganggu.

i. Senam nifas

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

j. Perawatan payudara

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

6. Konsep Asuhan Pada Neonatus

a. Pengertian Neonatus

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

b. Periode Neonatal

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

- 1) Periode neonatal awal yang meliputi jangka waktu 0-48 jam.
- 2) Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 3-7 hari setelah lahir.
- 3) 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).

c. Kunjungan Neonatal

1) Pengertian

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

bayi segera setelah lahir. Orang tua perlu mendiskusikan setiap memori atau pandangan keliru yang mereka miliki tentang periode tersebut (Varney, 2008).

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

## 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).

## 7. Konsep Asuhan Pada 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. Macam-macam Kontrasepsi

1) Metode Amenorrhea Laktasi (MAL)

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

Keuntungan dari metode ini adalah efektivitasnya tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya.

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

## 2) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

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

AKDR atau IUD (*Intra Uterine Device*) bagi banyak kaum wanita merupakan alat kontrasepsi yang terbaik, alat ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil dan untuk kunjungan awal pasca pemasangan AKDR 1 bulan ke depan (SPO RSKD, 2013).

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

Pada saat ini waktu pemasangan AKDR yang paling sering dilakukan adalah IUD post plasenta, terutama di ruang bougenville RSKD Balikpapan. IUD post plasenta yaitu IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta pada persalinan pervaginam (EngenderHealth, 2008). IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD post plasenta, umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga (*Coper T*) yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur.

Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan.

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



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

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

### 3) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

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

Keuntungan dari AKBK adalah daya guna tinggi, cepat bekerja dalam 24 jam setelah pemasangan, perlindungan jangka panjang, pengembalian kesuburan

yang cepat setelah pencabutan, tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu proses senggama, dapat dicabut setiap saat.

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

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

#### 4) Kontrasepsi Oral Kombinasi (Pil)

Mengandung sintetik estrogen dan preperat progestin yang mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur) melalui penekanan hormon LH dan FSH, mempertebal lendir mukosa servikal (leher rahim), dan menghalangi pertumbuhan lapisan endometrium. Pil kombinasi ada yang memiliki estrogen dosis rendah dan ada yang mengandung estrogen dosis tinggi. Estrogen dosis tinggi biasanya diberikan kepada wanita yang mengkonsumsi obat tertentu (terutama obat epilepsy).

Selain untuk kontrasepsi, oral kombinasi dapat digunakan untuk menangani dismenorea (nyeri saat haid), menoragia, dan metroragia. Oral kombinasi tidak direkomendasikan untuk wanita menyusui, sampai minimal 6 bulan setelah melahirkan. Pil kombinasi yang diminum oleh ibu menyusui bisa mengurangi jumlah air susu dan kandungan zat lemak serta protein dalam air susu. Hormon dari pil terdapat dalam air susu sehingga bisa sampai ke bayi. Karena itu untuk ibu menyusui sebaiknya diberikan tablet yang hanya mengandung progestin, yang tidak mempengaruhi pembentukan air susu.

Wanita yang tidak menyusui harus menunggu setidaknya 3 bulan setelah melahirkan sebelum memulai oral kombinasi karena peningkatan risiko terbentuknya bekuan darah di tungkai. Apabila 1 pil lupa diminum, 2 pil harus diminum sesegera mungkin setelah ingat, dan pack tersebut harus dihabiskan seperti biasa. Bila 2 atau lebih pil lupa diminum, maka pack pil harus tetap dihabiskan dan metode kontrasepsi lain harus digunakan, seperti kondom untuk mencegah kehamilan.

Jika menstruasi terakhir terjadi dalam waktu kurang dari 12 minggu setelah persalinan, maka pil KB bisa langsung digunakan. Jika menstruasi terakhir terjadi dalam waktu 12-28 minggu, maka harus menunggu 1 minggu

sebelum pil KB mulai digunakan, sedangkan jika menstruasi terakhir terjadi dalam waktu lebih dari 28 minggu, harus menunggu 2 minggu sebelum pil KB mulai digunakan.

Pil KB tidak berpengaruh terhadap obat lain, tetapi obat lain (terutama obat tidur dan antibiotik) bisa menyebabkan berkurangnya efektivitas dari pil KB. Obat anti-kejang (fenitoin dan fenobarbital) bisa menyebabkan meningkatkan perdarahan abnormal pada wanita pemakai pil KB.

## 5) Kontrasepsi Suntik Progestin

### a) Pengertian

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

#### (1) Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA)

Yaitu depo provera yang merupakan 6-alfa-medroxyprogesterone yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progesteron yang kuat dan sangat efektif. Obat ini termasuk obat Depo noristerat juga termasuk dalam golongan ini (Wiknjosastro, 2006).

Mengandung 150 mg DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik intra muskuler (IM). Depo provera atau depo metroxy progesteron

asetat adalah satu sintesa progestin yang mempunyai efek seperti progesteron asli dari tubuh wanita. Obat ini dicoba pada tahun 1958 untuk mengobati abortus habitualis dan endometriosis ternyata pada pengobatan abortus habitualis seringkali terjadi kemandulan setelah kehamilan berakhir. Depo provera sebagai obat kontrasepsi suntikan ternyata cukup manjur dan aman dalam pelayanan keluarga berencana. Anggapan bahwa depo provera dapat menimbulkan kanker pada leher rahim atau payudara pada wanita yang mempergunakannya, belum didapat bukti-bukti yang cukup tegas, bahkan sebaliknya.

(2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat)

Mengandung 200 mg Noratindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intra muskuler ( IM ). Noristerat adalah obat yang disuntikkan (secara Depot). 1 ampul Noriterat berisi 200 mg Noratindron Enantat dalam larutan minyak. Larutannya merupakan campuran benzyl benzoate dan castor oil dalam perbandingan 4 : 6. Efek kontrasepsinya terutama mencegah masuknya sperma melalui lender cerviks. Sesudah pengobatan dihentikan, keadaan fertilitas biasanya kembali

dalam waktu beberapa minggu. Karena pada beberapa kasus mungkin akan terjadi perdarahan-perdarahan yang atypis, maka perlu diberitahukan terlebih dahulu kepada setiap calon akseptor akan kemungkinan hal ini.

b) Cara kerja kb suntik progestin

Berikut ini adalah cara kerja kb suntik progestin, yaitu:

- (1) Menghalangi pengeluaran FSH dan LH sehingga tidak terjadi ovulasi
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit ditembus spermatozoa
- (3) Perubahan peristaltik Tuba fallopi menghambat konsepsi
- (4) Mengubah suasana endometrium sehingga tidak sempurna untuk Implantasi hasil konsepsi  
(Manuaba, 2007)

c) Efektivitas kb suntik progestin

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi. Dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan / tahun. Asal penyuntikanya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.  
(Anna Clasier, 2006)

d) Keuntungan kb suntik progestin

- (1) Sangat efektif
- (2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (3) Tidak mengandung esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- (4) Tidak mempengaruhi ASI
- (5) Sedikit efek samping
- (6) Dapat digunakan untuk usia > 35 tahun sampai premenopause
- (7) Membantu mencegah kanker
- (8) Menurunkan kejadian tumor jinak payudara
- (9) Mencegah beberapa penyakit radang panggul
- (10) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (Sarwono, 2008)

e) Indikasi kb suntik progestin

- (1) Usia reproduksi
- (2) Nulipara dan yang telah mempunyai anak
- (3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang yang memiliki efektifitas tinggi
- (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- (5) Setelah abortus/ keguguran
- (6) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi

- (7) Perokok
  - (8) Tekanan darah <180
  - (9) Menggunakan obat untuk epilepsy
  - (10) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen
  - (11) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
  - (12) Anemia defisiensi besi
  - (13) Mendekati usia menopause yang tidak mau/ tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- (Abdul Bari, 2006)

f) Kontra Indikasi Kb Suntik Progestin

- (1) Hamil/ dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7/100.000 kelahiran)
- (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
- (4) Menderita kanker payudara/ riwayat kanker payudara
- (5) DM disertai komplikasi

(Abdul Bari, 2006)

g) Waktu Pemberian Kb Suntik Progestin

- (1) Pasca Persalinan



(a) Segera ketika masih di rumah sakit (3 hari dari awal masuk rumah sakit)

(b) Jadwal suntikan selanjutnya

(2) Pasca Abortus

(a) Segera setelah perawatan

(b) Jadwal waktu diperhitungkan

(3) Interval

(a) Hari ke- 5 menstruasi

(b) Jadwal waktu diperhitungkan

(4) Jadwal waktu suntikan ulang diperhitungkan dengan pedoman

(a) Depo Provera Interval 12 minggu

(b) Norigest Interval 8 minggu

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian/ Penelitian Studi Kasus**

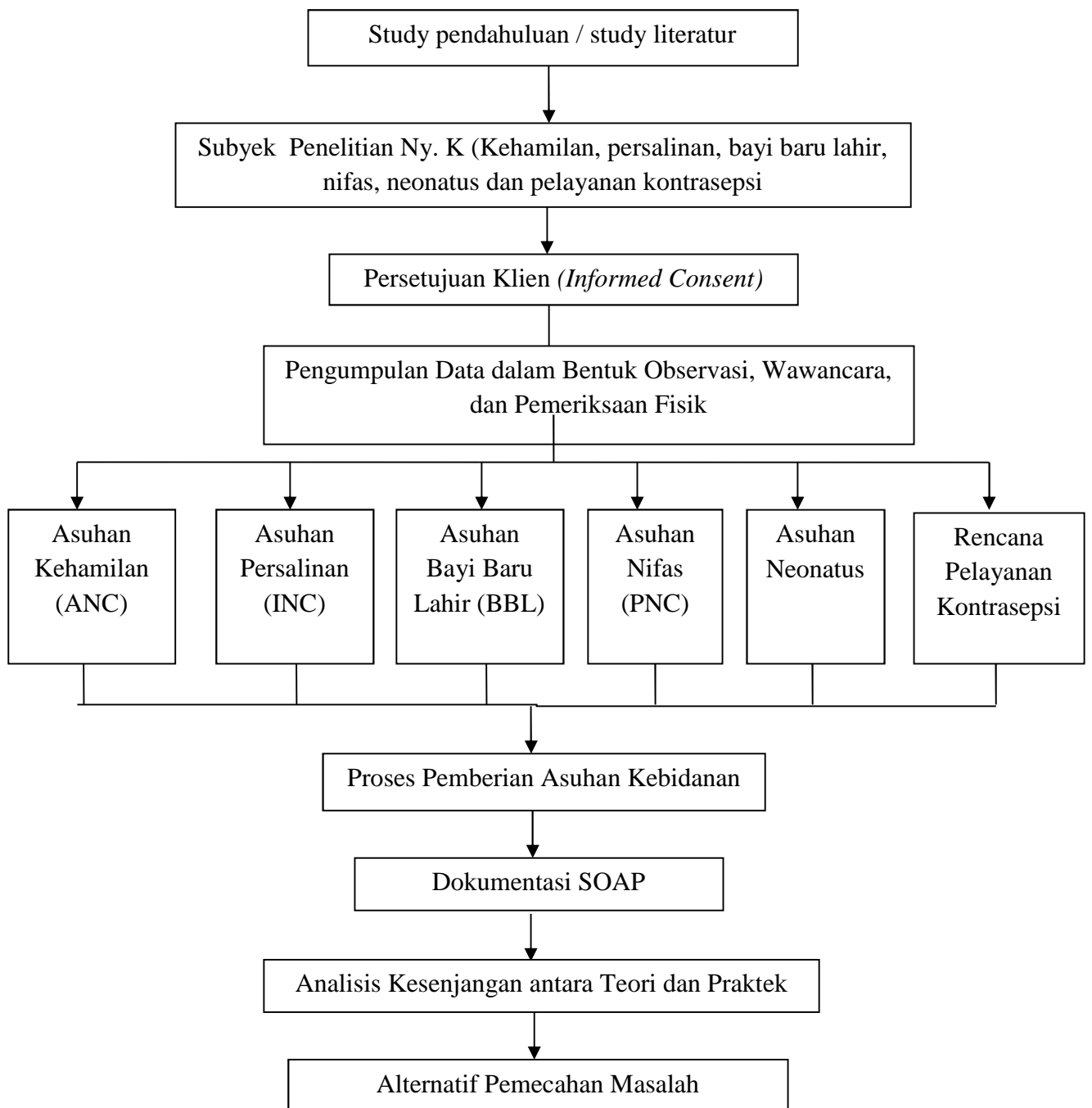
Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan penelitian itu (Nasution, 2007).

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

Studi kasus atau *case study* pada penelitian ini adalah memberikan asuhan berkesinambungan (*continuity of care*) menggunakan penelitian *observasional deskriptif* dengan pendekatan studi kasus asuhan kebidanan secara komprehensif dimulai sejak asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, neonatus, dan pelayanan kontrasepsi dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney dan dengan pendokumentasian menggunakan SOAP.

#### **B. Kerangka Kerja Penelitian**

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



Gambar. 3.1 Kerangka Kerja Penelitian

### C. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda ataupun lembaga (Amirin, 2009). Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau tanpa faktor risiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatal serta calon akseptor kontrasepsi. Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> dengan usia kehamilan 34 minggu diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

### D. Etika Penelitian

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

#### 1. *Respect for person*

Prinsip ini merupakan unsur mendasar dari penelitian. Prinsip ini menekankan pemberian asuhan dengan menghormati klien, dan memberikan perlindungan terhadap hak klien. Maksudnya, peneliti sebelum melakukan asuhan harus terlebih dahulu menjelaskan dengan

lengkap dan sebenar-benarnya mengenai tindakan yang akan dilakukan beserta tujuan dari tindakan tersebut. Sehingga apapun keputusan klien harus diterima dan dihormati oleh peneliti. Apabila pada akhirnya klien menyetujui, harus ada lembar persetujuan yang telah ditanda tangani oleh klien sebagai bukti bahwa klien secara sadar dan tanpa paksaan bersedia menjadi subjek penelitian. Pemberi asuhan harus menjaga kerahasiaan dari subjek asuhan.

2. *Beneficence* dan *non maleficence*

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

3. *Justice*

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

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

#### A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

##### 1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke-1

Tanggal pengkajian : 12 Mei 2016

Jam : 11.00 WITA

Nama Pengkaji : Nedy Tiara Putri

S :

###### a. Biodata/ Identitas

Nama klien : Ny. K

Nama suami : Tn. D

Umur : 36 tahun

Umur : 39 tahun

Suku : Jawa

Suku : Jawa

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Pekerjaan : Pedagang

Alamat : Jl. 21 Januari RT.01 Kelurahan Kampung baru tengah

###### b. Alasan Datang Periksa/ Keluhan utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

###### c. Riwayat kesehatan klien

###### 1) Riwayat Kesehatan yang lalu

Ibu tidak sedang/ memiliki riwayat penyakit hipotermi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan

penyakit lain yang kronis, yang dapat memperberat atau diperberat oleh keadaan setelah melahirkan, menular ataupun berpotensi menurun.

## 2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu memeriksakan kehamilannya di puskesmas atau dokter spesialis kandungan setiap bulan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Hingga saat ini ibu telah memeriksakan kehamilannya sebanyak 5 kali. Ibu mengatakan mulai memeriksakan kehamilannya pada tanggal 26 Januari 2016 saat memasuki usia kehamilan 22-23 minggu. Ibu mulai merasakan pergerakan janin sejak usia kehamilan 4 bulan. Ibu sudah mendapatkan suntikan TT lengkap. Ibu pernah mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai tanda bahaya kehamilan.

Ibu mengatakan pada kehamilan ini ibu pernah mengalami keluhan mual, muntah, pusing pada masa awal kehamilannya hingga memasuki usia kehamilan 4 bulan. Selain mual, muntah dan pusing pada awal kehamilannya ibu mengatakan tidak mengalami keluhan lain yang mengganggu kenyamanan ibu dalam menjalani kehamilan ini. Selama hamil ibu mendapatkan obat prenatal seperti multivitamin dan tablet Fe ibu rutin meminumnya setiap hari sesuai anjuran.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

e. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny.K adalah 28 Agustus 2015, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 31 Mei 2016 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28-30 hari, lama haid 6-7 hari, banyaknya haid setiap harinya 3-4 kali ganti pembalut, warna darah merah, encer,kadang bergumpal. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 10 tahun.

f. Riwayat Obstetris

1) Anak ke 1

<b>Kehamilan</b>	<b>Persalinan</b>	<b>Anak</b>
Tahun/ tanggal lahir : 31-03-1997	Jenis : Spontan	Jenis: Perempuan
Tempat lahir : RSKB	Penolong : Bidan	BB : 2800 gram
Masa gestasi : 9 bulan 2 minggu	Penyulit : Tidak ada	PB : 49 cm
Penyulit : Tidak ada		Keadaan: Normal



2) Anak ke II

<b>Kehamilan</b>	<b>Persalinan</b>	<b>Anak</b>
Tahun/ tanggal lahir : 16-11-1999	Jenis : Spontan	Jenis : Laki-laki
Tempat lahir : RSKB	Penolong : Bidan	BB : 4000 gram
Masa gestasi : 9 bulan 3 minggu	Penyulit : Tidak ada	PB : 51 cm
Penyulit : Tidak ada		Keadaan : Normal

3) Anak ke III

<b>Kehamilan</b>	<b>Persalinan</b>	<b>Anak</b>
Tahun/ tanggal lahir : 21-08-2004	Jenis : Spontan	Jenis : Laki-laki
Tempat lahir : RSKB	Penolong : Bidan	BB : 3200 gram
Masa gestasi : 9 bulan 2 minggu	Penyulit : Tidak ada	PB : 50 cm
Penyulit : Tidak ada		Keadaan : Normal

4) Anak ke IV

<b>Kehamilan</b>	<b>Persalinan</b>	<b>Anak</b>
Tahun/ tanggal lahir : 08-09-2010	Jenis : Spontan	Jenis : Laki-laki
Tempat lahir : RSKB	Penolong : Bidan	BB : 3000 gram
Masa gestasi : hampir Memasuki 10 bulan	Penyulit : Tidak ada	PB : 51 cm
Penyulit : Tidak ada		Keadaan : Normal

5) Anak ke V

Hamil ini

g. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan pernah ikut KB suntik 3 bulan selama 5 tahun. Ibu mengeluh pusing selama pemakaian KB suntik.

h. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan	
	Sebelum hamil	Saat ini
	Ibu makan 3 kali/hari dengan nasi, lauk pauk, ikan atau ayam porsi sedang, air	Pada trimester 3 ini ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 3-4 porsi nasi, 1 potong lauk pauk,

<p>Nutrisi</p>	<p>putih kurang lebih 8 gelas sehari. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pemenuhan nutrisi serta nafsu makan baik.</p>	<p>sayur, ikan atau ayam, air putih kurang lebih 10 gelas sehari. Nafsu makan ibu meningkat di banding sebelum hamil. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik.</p>
<p>Eliminasi</p>	<p>BAK sebanyak 4-5 kali sehari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali sehari konsistensi padat, berwarna coklat dan tidak ada keluhan.</p>	<p>BAK: 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam sehari, konsistensi padat lunak, berwarna coklat, tidak ada keluhan.</p>

Istirahat	Ibu jarang tidur siang karena berjualan, ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/ hari, tidak ada gangguan pola tidur	Selama trimester 3 ini ibu tidur siang kurang lebih 1 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.
Aktivitas	Di rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, dan mencuci baju sementara kegiatan ibu diluar adalah membantu suami berjualan es kelapa	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, dan mencuci baju. Ibu tidak membantu suami berjualan ketika usia kehamilan memasuki trimester 3
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari, mengganti celana dalam 2-3 kali/hari

Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.
Seksualitas	Kurang lebih 1-2 kali/ minggu dan ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas	1 kali/minggu. Ibu tidak memiliki dalam pola seksualitas

i. Riwayat Psikososio-kultural spiritual

1) Riwayat pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama, ibu menikah sejak usia 18 tahun, lama menikah 17 tahun, status pernikahan sah.

2) Respon klien dan keluarga terhadap kehamilan ini

Kehamilan ini merupakan kehamilan kelima, anak pertama berusia 17 tahun, anak ke dua berusia tahun, anak ke tiga berusia tahun, anak keempat berusia tahun. Ibu, suami dan keluarga menerima kehamilan ini dengan senang hati.

3) Bagaimana psikis ibu terhadap kehamilan ini

Ibu berharap kehamilannya dapat berjalan dengan lancar dan ibu dapat menjalani kehamilan ini dalam keadaan sehat.

4) Adat istiadat yang masih dilakukan oleh ibu dan keluarga kehamilan ini.

Di dalam keluarga, tidak ada kebiasaan, mitos, ataupun tradisi budaya yang dapat merugikan ataupun berbahaya bagi kesehatan ibu.

O :

a) Pemeriksaan Umum

Kesadaran umum Ny. K baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,5 °C, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, serta hasil pengukuran antropometri yaitu: tinggi badan 150 cm, berat badan 150cm, berat badan sebelum hamil 70kg, berat badan sekarang 82kg dan LILA 25cm.

b) Pemeriksaan Fisik

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

Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak ada oedema dan nampak pucat

Rambut : tampak bersih dan tidak rontok

Muka : tidak tampak cloasma gravidarum dan tidak oedema

Mata : konjungtiva sedikit pucat dan sclera tidak ikterik

Leher : tidak ada pembesaran kelenjarian tyroid dan vena jugularis.

Dada : payudara tampak simetris, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu tampak menonjol.

Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas luka operasi, tidak tampak lenea nigra, tinggi fundus uteri 33 cm. Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba teraba lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kanan, dan teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kiri (punggung kanan), Leopold III, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 140x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah  $(33-12) \times 155 = 3255$  gram.

Genitalia : Vulva tidak oedem, tidak ada avarices, tidak tampak adanya pengeluaran pervaginam, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

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

Bawah : Bentuk tampak simetris, teraba oedema, tidak ada varices, kapiler refill baik, dan patella positif.

c) Terapi:

Melanjutkan obat dari bidan yaitu obat penambah darah 1x1,  
kalsium 1x1.

A:

Diagnosis : G<sub>5</sub>P<sub>4004</sub> usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup intrauterine letak kepala.

Masalah :

1. Faktor resiko usia >35 tahun

Dasar : Ibu mengatakan tanggal lahir lahir pada tanggal 21-04-1980

2. Grandemultigravida

Dasar : Ibu mengatakan ini kehamilan kelima dan tidak pernah keguguran.

Diagnosa Potensial :

a) Hemoragik Post Partum

Antisipasi: Ibu diwajibkan melahirkan di rumah sakit karena memiliki faktor resiko tinggi sehingga dapat cepat ditangani jika terjadi Hemoragik Post Partum.



b) Atonia Uteri

Antisipasi: Ibu harus melahirkan di rumah sakit dan ditolong oleh tenaga kesehatan

Masalah Potensial :

1. Riwayat Serotinus Berulang

Antisipasi : Ibu hamil yang memiliki riwayat serotinus diharuskan sering memeriksakan kehamilannya ke bidan atau kedokter, pemeriksaan ibu selama hamil minimal 4 kali.

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	12.05 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 120/80mmHg, Nadi, 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C. Berat badan: 82 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tidak tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 33 cm. Pada pemeriksaan Leopold I pada fundus teraba lunak, agak bulat dan tidak melenting	

		<p>(bokong) , pada Leopold II teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kanan, dan teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kiri (punggung kanan), pada Lepold III teraba bulat, keras dan melenting(presentasi kepala), pada Leopold IV konvergen (bagian terendah janin belum masuk PAP), DJJ 142 x/menit. Pemeriksaan Hb: 11,7 gr%</p> <p>Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan. Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.</p>	
2.	12.10 WITA	<p>Melakukan penyuluhan kesehatan selama <math>\pm 15</math> menit tentang persalinan yang aman bagi ibu hamil yang memiliki resiko tinggi, KIE tanda-tanda persalinan (SAP dan leaflet terlampir), Anjurkan ibu untuk mengurangi makanan dan minuman yang manis, dan ibu mengerti tentang penyuluhan yang diberikan</p>	

3.	12.25  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	
4.	12.28  WITA	Melakukan pendokumentasian pada pemeriksaan yang telah dilakukan.	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 18 Mei 2016/Pukul :08.30WITA

Tempat : RSKB Sayang Ibu Balikpapan

Oleh : Nedy Tiara Putri

Persalinan Kala I fase laten

Pukul : 08.30 WITA

S :

- Ibu merasakan mules pada perutnya semakin serin dari jam 04.00
- Ibu mengatakan ada keluar cairan dari jalan lahir sejak jam 06.30, rembes (+)

O : KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/80 mmHg, N : 84 x/menit, R : 22 x/menit, S : 36,4°C

Leopold I : TFU 34 cm

Leopold II : Teraba keras seperti papan disebelah kanan perut ibu

Leopold III : Teraba Keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Sudah masuk PAP (divergen)

TBJ : (34-11) x 155 = 3565 gram

DJJ : 140 x/menit

HIS : Intensitas : Sedang, Frekuensi :  $2 \times 10'$  , durasi : 15-20"

VT : Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tebal/lembut, Effecement 35%, Pembukaan : 3 cm, ketuban (+) rembes, penurunan kepala 4/5, Hodge I +. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala. Lakmus (+)

A :

Diagnosis : G<sub>5</sub> P<sub>4004</sub> usia kehamilan 38-39 minggu Inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan KPD

Diagnosa Potensial : Partus Lama dan Fetal distress

Kebutuhan Segera : Kolaborasi dengan dokter SpOG

P :

Tanggal 18 Mei 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	08.35 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ :138x/menit , pembukaan 3 cm dan ketuban positif rembes; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2.	08.38 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.	
3.	08.40 WITA	Dilakukan pemasangan Infus RL sesuai advis dokter	
4.	09.00 WITA	Ibu di pindahkan ke ruang bersalin dari UGD	
5.	09.05 WITA	Dilakukan observasi Denyut Jantung Janin tiap 30 menit dan his : DJJ dalam batas normal 142x/menit, observasi kemajuan persalinan tiap 6 jam	
6	09.06 WITA	Observasi KU dan tanda-tanda vital tiap 4 jam; KU baik dan tanda- tanda vital normal , TD: 120/90 mmHg, N:80x/mnt, R:22x/mnt, T: 36,6 C	
7	09.15 WITA	Dilakukan VT pada ibu untuk memantau kemajuan persalinan, v/v: ta'a, portio: tebal/lembut, effacement: 75%, pembukaan: 5 cm, penurunan kepala 4/5, hodge 1	

### Persalinan Kala I fase aktif

Jam : 09.15 WITA

S : - Ibu merasakan perutnya mules semakin sering dan gerakan janin masih dirasakan oleh ibu.

O: KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/90 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, S : 37°C

DJJ : 138 x/menit

HIS : Intesitas : sedang, Frekuensi : 2 x 10', Durasi : 15-20"

VT : Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tebal/lembut, Effacement 75%, Pembukaan : 5 cm, ketuban (+) rembes, penurunan kepala 4/5,

Hodge I. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala

A :

Diagnosis : G<sub>5</sub> P<sub>4004</sub> usia kehamilan 38-39 minggu Inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan ketuban pecah dini.

Diagnosa Potensial : Partus lama dan Gawat janin

Kebutuhan Segera : Kolaborasi dengan dokter SpOG

P :

Tanggal 18 Mei 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	09.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 5 cm ; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	
2.	09.35 WITA	Menganjurkan ibu untuk miring kiri; Ibu bersedia utuk miring kiri	
3.	09.40 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.	
4.	09.50 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap,	

		waslap, tempat pakaian kotor, 3 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.	
5.	10.00 WITA	Ibu diberi obat amoxicilin 1 tablet oral, sesuai anjuran dokter	
6.	10.05 WITA	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.	
7.	10.15 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). Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf. 10.15 His 2-3 x 10" ( 20-25 detik), DJJ 132x/ menit. 10.45 His 3 x 10" (20-25 detik), DJJ 148x/ menit 11.15 His 3 x 10" (25-30 detik), DJJ 124x/ menit 11.45 His 3-4 x 10" (30-35 detik), DJJ 148x/menit	
8.	11.46 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu meminum teh hangat dan roti	
9	12.15	Membantu ibu untuk memenuhi asuhan nutrisi ; ibu makan nasi, hati dan sayur.	
10.	13.00 WITA	Ibu mengatakan ingin mengejan da nada dorongan ingin meneran kemudian dilakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effecement 100%, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II. Ibu dianjurkan miring kiri DJJ : 148 x/mnt HIS : 4 x 10' 40-45''	
11.	13.05 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki litotomi,	

		tangan di masukkan di antara kedua paha, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan	
--	--	--	--

Persalinan Kala II

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

O : KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/90 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 (13.00 WITA) : Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tidak teraba, Effecement 100%, Pembukaan : lengkap 10 cm, ketuban pecah spontan jernih, bau dan banyak (normal). Tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala, Denominator UUK, station/hodge II. Ibu dianjurkan miring kiri.

A :

Diagnosis : G<sub>5</sub>P<sub>4004</sub> usia kehamilan 38-39 minggu inpartu kala II  
janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan KPD.

Masalah Potensial : Infeksi intra partum

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 18 Mei 2016



No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	13.00 WITA	Memberitahu ibu bahwa pembukaan telah lengkap dan keadaan janin baik; ibu mengerti tentang penjelasan yang telah diberitahukan	
2.	13.03 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin dan perlengkapan diri telah siap ; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
3.	13.05 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
4.	13.08 WITA	Menganjurkan kepada ibu untuk minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	
5.	13.15 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
7.	13.16 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
8.	13.17 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
9.	13.18 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.	
10	13.19 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	
11	13.20 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 menyangga 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 13.21 WITA.	
12	13.21 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. Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 8/10, air ketuban jernih.	

### Persalinan Kala III

S : - Ibu merasakan mules pada perutnya

O : KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 130/80 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 18 Mei 2016 pukul 13.21 WITA, jenis kelamin laki-laki, A/S 8/10, BB : 3530 gram, PB : 52 cm, LK : 34 cm, LD : 34 cm, anus : (+) positif, cephal/caput : -/-, BAK/BAB : -/-

A :

Diagnosis : P<sub>5005</sub> Parturient Kala III

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal 18 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	13.21 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
2.	13.22 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
3.	13.22 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
4.	13.23 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.	
5.	13.23 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
7.	13.23 WITA	Melakukan penilaian sepintas pada bayi kemudian mengeringkan seluruh badan bayi kecuali telapak tangan. Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk dilakukan IMD. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan memasang topi dikepala bayi (Insiasi Menyusui Dini), menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sambil memperhatikan bayinya terutama pada pernapasan dan gerakan bayinya.	
8.	13.24 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	
9.	13.24 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
10.	13.24 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	
11.	13.24 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai.	
12.	13.25 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 6 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 13.26 WITA.	
13.	13.26 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	
15.	13.27 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.	
16.	13.28 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; tidak terdapat robekan jalan lahir pada perinium ibu.	
17.	13.29 WITA	Memberi obat gastrul sebanyak 2 tablet melalui rectal.	
20.	13.30 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 : 130/80 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 13.25 WITA.

Data Bayi : Bayi lahir tanggal 22 April 2015 pukul 23.24 WITA, jenis kelamin laki-laki, A/S 8/10, BB : 3530 gram, PB : 52 cm, LK : 34 cm, LD : 34 cm, anus : (+) positif, cephal/caput : -/-, BAK/BAB : -/-

Data Placenta :

Placenta lahir spontan pukul 13.25 WITA, kotiledon lengkap, berat ± 500 gram, diameter ± 19, tebal ± 2 cm, lebar plasenta ± 16 cm, panjang tali pusat ± 45 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan ± 150 cc.

A :

Diagnosis : P<sub>5005</sub> Parturient kala IV

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : Hemoragic post partum

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 18 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	13.32 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
2.	13.33 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian ; ibu telah dibersihkan dan ibu merasa nyaman.	
3.	13.35 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.	
4.	13.36 WITA	Mengajarkan teknik massase uterus; ibu mengerti dan mempraktekan massase uterus	
5.	13.40 WITA	Observasi perdarahan dan kontraksi uterus.	
6.	13.50 WITA	Menganjurkan ibu untuk istirahat, makan dan minum; ibu segera makan nasi dan minum susu	
7.	13.52 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi	
8.	13.55 WITA	Melengkapi Partograf; partograf telah dilengkapi sesuai hasil observasi.	

Hasil Observasi :

Waktu	TD	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
13.40	130/80 mmHg	80	36,6°c	2jrb/pst	Baik	Kosong	25 cc
13.55	130/90 mmHg	80	36,5°c	2jrb/pst	Baik	Kosong	10 cc
14.10	130/70 mmHg	80	36,5°c	2jrb/pst	Baik	Kosong	10 cc
14.25	130/80 mmHg	80	36,6°c	2jrb/pst	Baik	Kosong	5 cc
14.55	130/80 mmHg	80	36,6°c	2jrb/pst	Baik	Kosong	5 cc
15.25	110/70 mmHg	80	36,°6c	2jrb/pst	Baik	Kosong	5 cc

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 18 Mei 2016

Tempat : Ruang Bersalin RSKB Sayang Ibu

Oleh : Nedyia Tiara Putri

S : -

O: KU : Baik, TTV ; N : 142 x/menit, pernafasan 42 x/menit, suhu 36,5°C.

1. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3530 gram, panjang badan 52 cm, lingkar kepala : 34 cm, lingkar dada 34 cm, anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : -/-. Jenis kelamin laki-laki, bayi lahir

segara menangis, kelahiran tunggal, sisa ketuban jernih, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR SCORE adalah 8/10.

2. Nilai APGAR: 8/10

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

3. 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 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 : 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.

#### 4. 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 : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 1 jam

Masalah : tidak ada



Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 18 Mei 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.23 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 membungkus tali pusat dengan kassa steril.	
2.	14.24 WITA	Dilakukan pengukuran antropometri pada bayi dan melakukan pengecapan telapak kaki bayi; antropometri dan pengecapan telapak kaki telah dilakukan, BB 3530 gram, PB 52 cm, LK 34 cm, LD, 34 cm.	
3.	14.27 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.	
4.	14.30 WITA	Melakukan pencegahan kehilangan panas; memakaikan baju bayi, sarung tangan dan kaos kaki serta membungkus bayi dengan selimut dan memasang topi pada kepala bayi.	
5.	14.35 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). Menyerahkan kembali bayi ke ibunya untuk disusui	

#### D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care (Catatan Perkembangan)

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 18 Mei 2016 / 19.30

Tempat : Ruang Perawatan Ibu Nifas RSKB Sayang Ibu

Oleh : Nedyia Tiara Putri

S :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : KU : Sedang , 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

Pemeriksaan Fisik :

a) Konjungtiva : tidak tampak pucat

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

c) Abdomen : Tampak simetris, TFU 2jrb/pst, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

d) Genetalia : perdarahan normal, pengeluaran lochea rubra

A :

Diagnosis : P<sub>5005</sub> post partum 6 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 18 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	19.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2jrb/pst, 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.	
2.	19.40 WITA	Melakukan pemeriksaan kontaksi uterus ; uterus berkontraksi dengan baik dan teraba keras.	
3.	19.43 WITA	Memberi KIE pada ibu mengenai pemberian ASI Eksklusif ; ibu mengerti mengenai pemberian ASI eksklusif yang diberikan pada bayi hingga 6 bulan tanpa di selingi makan dan minuman lain selain ASI dan ibu juga berjanji akan memberikan ASI saja pada bayinya.	
4.	19.53 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan $\pm$ 10 menit mengenai kebutuhan dasar ibu nifas; Nutrisi, Istirahat, tanda bahaya masa nifas ; ibu mengerti mengenai tanda bahaya masa nifas	
5.	19.56 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan rumah berikutnya yaitu pada tanggal 23 Mei 2016 ; ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan berikutnya	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II (1 minggu PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Mei 2016/Pukul : 10.45 WITA

Tempat : Rumah Ny.K

Oleh : Nedy Tiara Putri

S : - Ibu mengatakan badannya terasa lemas.

- Ibu mengatakan kurang tidur karena terbangun terus tiap malam karena bayinya menangis.
- Bayinya sudah diberikan Imunisasi Polio pertama pada saat keluar dari Rumah Sakit pada tanggal 19 Mei 2016.
- Ibu mengatakan tali pusat bayinya sudah terlepas
- Ibu mengatakan makan 3x sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan, tanpa ada pantangan dan minum air putih  $\pm$  8 gelas sehari
- Ibu mengatakan BAB 1x sehari dan BAK 4-5x sehari
- Ibu mengatakan darah yang keluar tidak banyak dan berwarna merah

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 130/90 mmHg, N : 80 x/menit, R : 22 x/menit, S : 36,5°C

BB : 50 kg, TB : 155 cm,

- a) Konjungtiva : Sedikit pucat
- b) Payudara : Tampak pengeluaran ASI banyak.
- c) Abdomen : Tampak simetris, TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.
- d) Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sangulenta.
- e) Pemeriksaan Hb : 11,9gr %

A :

Diagnosis : P<sub>5005</sub> post partum hari ke-6

Masalah : Istirahat kurang

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada.

P :

Tanggal 20 April 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1	10.55	Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau; hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari bawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea sangulenta, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal. Ibu mengerti mengenai hasil pemeriksaan yang telah dilakukan	
2.	11.05 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan $\pm$ 10 menit tentang pola istirahat pada masa nifas yaitu tidur disaat bayi tertidur dan gizi pada masa nifas; ibu mengerti mengenai p yang diberikan	
3.	11.15 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 01 Juni 2016 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukannya kunjungan pada hari berikutnya.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III (2 minggu PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 01 Juni 2016/Pukul : 17.15 WITA

Tempat : BPM Nillawati

Oleh : Nedyia Tiara Putri

S : - Ibu mengatakan tidak ada keluhan

- Ibu mengatakan darah yang keluar berwarna kuning kecoklatan

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/90 mmHg, N : 80 x/menit, R : 22 x/menit, S : 36,5°C

BB : 74 kg, TB : 155 cm

Payudara : Tampak kencing ASI keluar banyak.

Abdomen : Tampak simetris, TFU tidak teraba, kontraksi baik,  
dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa.

A :

Diagnosis : P<sub>5005</sub> post partum hari ke-14

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 1 Juni 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17.35 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU tidak teraba, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea serosa, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
3.	17.36 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai alat kontrasepsi: ibu mengerti mengenai macam-macam alat kontrasepsi dan ibu memilih kb suntik 3 bulan.	
5.	17.51 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 28 Juni 2015 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukannya kunjungan pada hari berikutnya.	

#### E. Dokumentasi Manajemen Asuhan Kebidanan KB

Tanggal Pengkajian/Waktu : 15 Juni 2016/16.10 WITA

Tempat : BPM Nillawati

Oleh : Nedy Tiara Putri

S :

1. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu ingin memakai kontrasepsi 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.K, 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. K adalah 28 Agustus 2016, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 31 Mei 2016 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28 hari, lama haid 5 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 10 tahun.

5. Riwayat Obstetri

N		Persalinan	Anak	Nifas
---	--	------------	------	-------

o	Kehamilan								
	UK	Penyulit	Jenis dan Penolong	Tmpt	penyulit	J K	BB/PB	Laktasi	Penyulit
1	9 bln 2 mg	Tdk ada	Spontan, Bidan	RSKB	Tdk ada	P	2800 gr / 48 cm	+	Tdk ada
2	9 bln 3 mg	Tdk ada	Spontan, Bidan	RSKB	Tdk ada	L	4000 gr / 51 cm	+	Tdk ada
3	9 bln 2 mg	Tdk ada	Spontan Bidan	RSKB	Tdk ada	L	3200 gr / 50 cm	+	Tdk ada
4	Hampir 10 bln	Tdk ada	Spontan Bidan	klินิก	Tdk ada	L	3000gr/ 51cm	+	Tdk ada

## 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
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, ganti celana dalam 2-3x/hari
Kebiasaan	Tidak ada

## 7. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia 18 tahun, lama menikah 17 tahun, status pernikahan sah. Ini merupakan kelahiran anak yang kedua. Kultural dalam keluarga ibu tidak memiliki adat istiadat ataupun tradisi yang dapat mempengaruhi kehamilan. Sebelumnya Ibu memakai KB suntik, tidak ada keluhan atau masalah pada saat mengkonsumsi KB suntik.

O:

### 1. Pemeriksaan Umum



Keadaan umum Ny. K baik; kesadaran composmentis; BB: 69 kg hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

## 2. Pemeriksaan Fisik

- 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.

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan edema tungkai. Pada ekstremitas atas tidak ada oedema dan cavilari refill kembali dalam waktu  $\geq 2$ detik, refleks bisep dan trisep (+). Dan pada ekstremitas bawah tampak oedema berkurang, cavilari refill kembali dalam waktu  $\geq 2$ detik serta homan sign (-), refleks patella (+).

A:

Diagnosa : P<sub>5005</sub> post partum 30 hari akseptor KB Suntik

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak ada

P :

Tanggal 15 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	

2.	16.16 WITA	Menjelaskan ± 10 menit mengenai macam-macam alat kontrasepsi, menganjurkan pada ibu untuk memilih alat kontrasepsi IUD atau implan ; ibu tidak ingin menggunakan kontrasepsi IUD atau implant, ibu memilih menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan.	
3.	16.17	Menyiapkan alat suntik KB 3 bulan; spuit, jarum 23 G, tryclo dan kapas alcohol sudah siap	
4.	16.20	Memposisikan ibu dan melakukan injeksi KB suntik 3 bulan; Posisi ibu telah siap dan telah di injeksikan KB suntik 3 bulan.	
5.	16.25 WITA	Menjelaskan pada ibu mengenai tanggal kembali untuk suntik KB; ibu akan melakukan suntik kembali 10 September 2016	

#### F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

##### 1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian: 18 Mei 2016/Pukul :19.30 WITA

Tempat : Ruang Perawatan RSKB Sayang Ibu

Oleh : Nedy Tiara Putri

S : - Ibu mengatakan bayinya sudah buang air kecil dan belum buang air besar

- Ibu mengatakan bayinya tidak ada muntah.

O: KU : Baik

TTV; N : 142 x/menit, R : 40 x/menit, S : 36,7 °C. BB: 3530 kg, PB : 52 cm, LK : 34 cm, LD : 34 cm , m/d: +/-, muntah: -.

##### a. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Tidak tampak caput dan cephal hematium.

- 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 : 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.

b. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya secara on-demand. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BAB belum ada</li> <li>- BAK 1 kali konsistensi cair warna kuning jernih</li> </ul>
Personal Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi belum ada dimandikan.</li> <li>- Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.</li> </ul>
Istirahat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.</li> </ul>

A :

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

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 18 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	19.40 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
2.	19.45 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.	
3.	20.00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan $\pm$ 10 menit mengenai cara merawat tali pusat; ibu mengerti cara merawat tali pusat yang benar	
4.	20.10 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan $\pm$ 10 menit tentang imunisasi dasar; ibu mengerti mengenai imunisasi dasar dan ibu akan mengimunisasi anaknya	
5.	20.20 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada tanggal 23 Mei 2016 atau saat ada keluhan ; ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan ulang tanggal 23 Mei 2016	

G. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II (Catatan Perkembangan)

Tanggal/Waktu Pengkajian: 23 Mei 2016/Pukul : 10.45 WITA

Tempat : Rumah Ny.K

Oleh : Nedy Tiara Putri

S :

- Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan
- Ibu mengatakan tali pusat bayi telah lepas
- Ibu mengatakan bayinya mau menyusu
- Ibu mengatakan hanya memberikan ASI saja pada bayinya tanpa tambahan makanan lain
- Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK
- Ibu mengatakan bayinya tidur sepanjang hari, terbangun hanya jika ingin menyusu atau popoknya basah.
- Ibu mengatakan bayinya sudah mendapatkan imunisasi polio ketika keluar dari rumah sakit

O: KU : Baik, N : 130 x/menit, R : 43 x/menit dan S : 36,5 °C. BB 3800 gram, PB : 52 cm, LK : 34 cm, LD : 34 cm.

- Mata : sclera tidak tampak ikterik.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi.
- Abdomen : Tidak kembung.
- Tali Pusat : Telah terlepas.

#### 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.

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 23 Mei 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10.55 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
2.	10.56 WITA	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan menjemur bayinya pada pagi hari untuk menghindari penyakit ikterik ; Ibu mau mengikuti anjuran yang diberikan.	
3.	11.00 WITA	Melakukan evaluasi kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi. Ibu mengerti dengan penjelasan tersebut.	
4	11.02 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 01 Juni 2016	

#### H. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III (Catatan Perkembangan)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 1 Juni 2016/Pukul : 15.45 WITA

Tempat : Rumah Ny.K

Oleh : Nedy Tiara Putri

S : - Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan

O: KU : Baik, N : 148 x/menit, R : 48 x/menit, S : 36,3°C, BB : 4600 kg, PB : 54 cm.

- Mata : Konjungtiva tidak tampak anemis, sclera tidak tampak ikterik.

- Abdomen : Tidak kembung
- Tali Pusat : tidak tampak tali pusat
- Kulit : tidak kuning dan tampak kemeraha

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 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 14

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 1 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.00 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat. Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
2.	16.02 WITA	Menganjurkan ibu untuk mengimunisasi bcg bayinya sesuai tanggal yang telah di jelaskan oleh bidan RSKB Sayang Ibu yaitu tanggal 20 Juni 2016	
3.	16.10 WITA	Menganjurkan ibu untuk memeriksa bayinya ke tenaga kesehatan jika ada keluhan	



## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan**

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang di terapkan pada klien Ny. K G5P4004 sejak kontak pertama pada tanggal 12 Mei 2016 yaitu di mulai pada masa kehamilan 37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi.

Asuhan kebidanan secara komprehensif yang diberikan kepada Ny. K menggunakan pola pikir ilmiah melalui pendekatan manajemen kebidanan tujuh langkah varney yaitu pengkajian, identifikasi diagnosa masalah, identifikasi kebutuhan tindakan segera, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

##### **1. Asuhan Kehamilan**

Selama kehamilannya, Ny. K telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 6 kali, yaitu 2 kali 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).

Masalah yang ditemukan penulis dalam kunjungan *Antenatal Care* (ANC), antara lain:

a. Faktor usia resiko tinggi > 35 tahun

Pada saat melakukan kunjungan hamil yang pertama tanggal 12 Mei 2016, Ny. K mengatakan bahwa sekarang usianya 36 tahun. Berdasarkan tinjauan teori terjadi kesenjangan karena usia Ny.K 36 tahun dengan usia faktor resiko. Menurut teori : dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental psikisnya belum siap, sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas. (Ambarwati, 2009).

Ketika usia 36 tahun kemampuan rahim menerima janin menurun karena nutrisi rahim berkurang dengan menambahnya usia. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut: Selain jumlah sel telur yang tinggal sedikit, faktor usia (di atas 35 tahun) juga berpengaruh terhadap kemampuan rahim untuk menerima bakal janin atau embrio. Dalam hal ini, kemampuan rahim untuk menerima janin, menurun. Faktor penuaan juga akan menyebabkan embrio yang dihasilkan oleh wanita di atas 35 tahun terkadang mengalami kesulitan untuk melekat di lapisan lendir rahim atau endometrium. Ini dapat meningkatkan kejadian keguguran.

Pada kunjungan tersebut diberikan KIE pada ibu mengenai tanda- tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan yang aman dan nyaman bagi ibu yang memiliki resiko.

b. Grandemultipara

Pada saat melakukan kunjungan hamil yang pertama tanggal 12 Mei 2016, Ny. K mengatakan ini kehamilan anak ke lima tidak pernah keguguran . Paritas lebih dari 3 perlu diwaspadai kemungkinan persalinan lama, karena semakin banyak anak keadaan rahim ibu semakin lemah (Azwar, 2005).

Penulis memberikan asuhan pada ibu hamil untuk mencegah resiko yang dapat terjadi dengan ibu yaitu menganjurkan ibu untuk melahirkan di rumah sakit atau dengan tenaga kesehatan.

c. Riwayat serotinus berulang

Pada saat melakukan kunjungan hamil pertama, ibu mengatakan kehamilan anak pertama sampai dengan keempat lahir lewat bulan. Anak pertama lahir saat usia kehamilan 9 bulan 2 minggu, anak kedua lahir saat usia kehamilan 9 bulan 3 minggu, anak ketiga lahir saat usia kehamilan hampir memasuki 10 bulan.

Penyebab dari kehamilan serotinus tidak diketahui, tetapi ada faktor risiko yang berupa primiparitas, kehamilan serotinus sebelumnya, janin yang dikandung laki-laki, faktor genetik dan faktor hormonal. Laursen et al mempelajari kembar monozygot

dan dizygot dan perkembangan mereka menjadi kehamilan serotinus. Mereka menemukan bahwa terdapat faktor genetik dari ibu dan bukan dari ayah yang mengarah pada kehamilan serotinus (Buttler, 2006). Pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur, minimal 4 kali selama kehamilan, 1 kali pada trimester pertama (sebelum 12 minggu), 1 kali pada trimester ke dua (antara 13 minggu sampai 28 minggu) dan 2 kali trimester ketiga (di atas 28 minggu). Bila keadaan memungkinkan, pemeriksaan kehamilan dilakukan 1 bulan sekali sampai usia 7 bulan, 2 minggu sekali pada kehamilan 7-8 bulan dan seminggu sekali pada bulan terakhir. Hal ini akan menjamin ibu dan dokter mengetahui dengan benar usia kehamilan, dan mencegah terjadinya kehamilan serotinus yang berbahaya. Perhitungan dengan satuan minggu seperti yang digunakan para dokter kandungan merupakan perhitungan yang lebih tepat. Untuk itu perlu diketahui dengan tepat tanggal hari pertama haid terakhir (Sulaiman, 2004).

## 2. Asuhan Persalinan/Intra Natal Care (INC)

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. K yaitu 38-39 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 18 Mei 2016 pukul 06.30 WITA Ny. K merasa mules dan perut kencang-kencang serta keluar air sedikit-sedikit namun belum keluar lendir darah, klien memutuskan memeriksakan diri ke RSKB Sayang Ibu Balikpapan pada pukul 08.20 WITA dilakukan pemeriksaan di IGD, dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil pemeriksaan didapatkan hasil pembukaan 3 cm termasuk dalam fase laten dengan ketuban merembes lakmus (+), presentasi kepala dan janin dalam keadaan baik, 09.15 ibu diantar ke ruang bersalin ibu dilakukan pemeriksaan kembali dengan hasil pembukaan 5 cm ibu sudah masuk dalam fase aktif .

Kasus KPD bisa terjadi pada umur > 35 tahun dan bisa terjadi pada ibu bersalin primi dan multigravida selain itu juga ditemukan partus lama prematur, fetal distress sedangkan menurut teori kasus KPD bisa terjadi pada usiaterlalu muda atau terlalu tua dan bisa menyebabkan terjadi partus lama prematur fetal distress maka tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan (Ambarwati,2010).

Menurut Saifuddin (2006) tindakan segera yang dilakukan yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk diberikan antibiotic dan infus RL, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena ibu diberikan anttbiotik amoxicillin dan diinfus cairan RL. Selain itu

penulis juga melakukan observasi denyut jantung janin tiap 30 menit, KU dan tanda-tanda vital tiap 4 jam, menilai kemajuan persalinan tiap 6 jam sekali.

Kala I yang dialami Ny.K berlangsung selama 4 jam , lama kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam (JNPK-KR, 2008). Lama kala I Ny.K berlangsung dengan normal dikarenakan hisnya yang baik yaitu 3x 10 menit (30-35 detik), posisi janin dalam keadaan normal di dalam rahim, dan jalan lahir Ny.K yang normal.

b. Kala II

Kala II yang dialami Ny. K berlangsung selama 6 menit, pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam (JNPK-KR, 2008). Pada tanggal 18 Mei 2016 pukul 13.21 WITA Bayi lahir spontan segera menangis A/S 8/10, Berat 3530 gram, Panjang 52 cm, lingkar kepala : 34 cm, lingkar dada 34 cm, lingkar perut 30 cm, lingkar lengan atas 10 cm, anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : +/-, jenis kelamin laki-laki, sisa ketuban jernih.

Proses persalinan Ny. K berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf , keoperatifan pasien yang selalu mengikuti saran penulis dan bidan sebagai upaya membantu memperlancar proses persalinannya.

c. Kala III

Kala III yang dialami Ny. K berlangsung selama 4 menit, pukul 13.25 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

± 45 cm, selaput ketuban utuh, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta dan perdarahan ± 150 cc.

d. Kala IV

Pada perineum tidak terdapat laserasi. Pasien diberi gastrul sebanyak 2 tablet untuk mencegah perdarahan. Dilakukan pemantauan 2-3 kali setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

3. Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir dibiarkan satu jam di dada ibu untuk dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), setelah itu bayi Ny. K 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).

4. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. A sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam (tanggal 18 Mei 2016), kunjungan kedua 6 hari (23 Mei 2016), kunjungan ketiga 14 hari (tanggal 1 Juni 2016)

Kunjungan I, 6 jam post partum pada Ny.K tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, kandung kemih kosong, pengeluaran lochea rubra, semua hasil

pemantauan tidak ada kelainan dan tidak terjadi pendarahan, Menurut teori bahwa tinggi fundus uteri pada 6 jam postpartum adalah 2 jari dibawah pusat dan terjadi pengeluaran lochea rubra selama 2 hari pasca persalinan( Saleha,2010). Pada kunjungan 6 jam setelah post partum penulis melakukan konseling pada pasien dengan tujuan mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan merujuk apabila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia (Depkes RI, 2008). Tetapi pada saat kunjugan penulis tidak memberikan konseling mengenai cara menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Terdapat kesenjangan dengan teori.

Pada kunjungan kedua dilakukan pemeriksaan dan ibu mengeluh badanya terasa lemas dan sering terbangun tengah malam karena bayinya rewel. Masa nifas berkaitan dengan gangguan pola tidur, terutama segera setelah melahirkan. 7 hari pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat penumpukan kelelahan karena persalinan dan kesulitan beristirahat. Rasa tidak nyaman di kandung kemih, dan perineum, serta gangguan bayi, semuanya dapat menyebabkan kesulitan tidur, yang dapat mempengaruhi daya ingat dan kemampuan psikomotor (Suhermi, 2009). Pada kunjungan hari ke enam di lakukan pemeriksaan dan pemberian konseling dengan tujuan memastikan involusi uterus berjalan normal,



uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit., memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari. Pada kunjungan ini penulis telah memberikan konseling, sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada kunjungan ketiga 2 minggu post partum tanggal 01 Juni 2016 menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik (Saleha,2010). Hasil pemeriksaan pada Ny. K adalah Tinggi fundus uteri pada 2 minggu postpartum sudah tidak teraba lagi dan pengeluaran lochea serosa, berwarna kekuningan atau kecoklatan, ibu memakan makanan bergizi, tidak ada pantangan selama masa nifas, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi. Dari hasil pemantauan tidak ada kesenjangan dengan teori. Pada kunjungan tersebut diberikan asuhan tentang alat kontrasepsi. Ibu dianjurkan untuk memakai kb IUD tetapi ibu tidak mau menggunakannya karena tidak berani dan tidak diijinkan suami sehingga ibu memilih kb suntik 3 bulan.

## 5. Neonatus Care/ Kunjungan Neonatus (KN)

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam, 6 hari dan 2 minggu. Pada saat melakukan pemeriksaan fisik kondisi bayi dalam keadaan normal.

Kunjungan pertama tanggal 18 Mei 2016 tidak ditemukan masalah, bayi dalam keadaan normal dan sehat. Hasil pemeriksaan nadi: 142x/mnt, respirasi : 40x/mnt, suhu: 36,7°C, BB: 3630 kg, bayi sudah buang air kecil, tali pusat terbungkus kassa steril, bayi diberikan ASI eksklusif vaksin hepatitis B-1 telah diberikan HB-1 harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 6 bulan (Alimul, 2006). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada kunjungan ini penulis memberikan KIE pada ibu mengenai tanda bahaya bayi baru lahir dan cara perawatan tali pusat.

Pada kunjungan kedua tanggal 23 Mei bayi dalam keadaan sehat dengan hasil pemeriksaan, nadi: 130x/menit, respirasi: 43x/menit, suhu: 36,6°C, BB: 3800 kg berat bayi naik 170 gram menurut Alimul (2006) umur 1 sampai dengan 3 bulan bobotnya bertambah 700 gram per empat minggu atau bertambah sebanyak 170-200 gram perminggunya, ibu mengatakan bayinya buang air kecil 5-6 kali/ hari, buang air besar 2-3kali/hari, tali pusat bayi sudah lepas sejak tadi pagi, ibu mengatakan bayinya diberikan ASI eksklusif, ibu mengatakan bahwa bayinya telah mendapatkan imunisasi polio. Untuk bayi yang lahir di RB/RS polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin

kepada bayi lain) ( Alimul, 2006). Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada kunjungan ketiga tanggal 1 juni tidak ditemukan masalah pada bayi, hasil pemeriksaan nadi: 148x/menit, respirasi: 48x/menit, suhu: 36,7°C BB: 4200 kg berat bayi naik 570 gram dari berat lahir yaitu 3630 kg, kenaikan berat badan ini masih dalam batas normal karena per empat minggunya berat bayi akan bertambah 700 gram, bayi tetap diberikan ASI eksklusif. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Penulis menganjurkan ibu untuk imunisasi bcg pada tanggal 20 Juni 2016.

#### 6. Pelayanan Keluarga Berencana

Tanggal 02 Juni 2016 Ny.K dilakukan KIE mengenai KB yang cocok dengan Ny. K. Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil lagi. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Disamping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontak, AKDR, Implan, Suntik KB dan Pil KB (Everret,2012).

Ibu telah memutuskan untuk tetap memakai KB suntik 3 bulan karna ibu sebelumnya juga sudah pernah memakai KB suntik 3 bulan. Ny. K telah melakukan KB suntik 3 bulan pada tanggal 15 Juni 2016.

## B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam melaksanakan asuhan pada Ny. M secara keseluruhan penulis memiliki masalah yaitu pada saat kunjungan kehamilan seharusnya dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan tetapi penulis hanya melakukan 1 kunjungan saja dikarenakan klien melakukan proses persalinan sebelum penulis melakukan kunjungan kehamilan yang ke 2 dan 3.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. K 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. Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dimana pada saat pemeriksaan Ny. K ditemukan masalah bahwa ibu hamil dengan usia resiko tingi >35 tahun, ibu hamil anak ke lima, dan memiliki riwayat serotinus pada kehamilan sebelumnya. Penulis memberikan asuhan mengenai cara pola makan yang baik, pola istirahat yang benar serta nutrisi yang baik bagi ibu hamil. Tidak dilakukan kunjungan kedua dan ketiga karena klien telah melakukan proses persalinan.
2. Melakukan asuhan persalinan secara komprehensif dimana pada saat proses persalinan yaitu pada kala 1 fase laten Ny.K mengalami ketuban pecah dini dimana hasil pemeriksaan yaitu pada pemeriksaan dalam pukul 08.30 WITA Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tebal/lembut, Efecement 35%, Pembukaan : 3 cm, ketuban (+) rembes, penurunan kepala 4/5, Hodge I +. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi

kepala. Lakmus (+). Asuhan yang diberikan yaitu memantau kesejahteraan janin dengan menghitung denyut jantung janin tiap 30 menit, mengobservasi keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital tiap 4 jam, memantau kemajuan persalinan tiap 6 jam. Melakukan kolaborasi dengan dr.Obgyn untuk pemasangan infuse RL dan pemberian antibiotik amoxicilin. .

3. Pada asuhan Bayi Baru Lahir (BBL), bayi lahir spontan pervaginam segera menangis. Pada saat pemeriksaan fisik di dapatkan hasil: JK : Laki-laki, BB : 3530 kg, PB : 52cm, LK : 34 cm, LD : 34cm, anus positif, pada 1 menit pertama frekuensi jantung  $> 100$ , tonus otot beberapa fleksi ekstremitas, reflex menyeringai, warna seluruh kulit merah muda, air ketuban jernih, hasil setelah 5 menit yaitu frekuensi jantung  $\geq 100$ , usaha nafas menangis dengan baik, tonus otot gerakan aktif, reflex menangis kuat, seluruh kulit berwarna merah muda, total APGAR skor 8/10. Dilakukan asuhan bayi baru lahir normal mengeringkan bayi, dilakukan perawatan tali pusat, kemudian berikan bayi kepada ibunya untuk disusui, observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital bayi.
4. Melakukan asuhan nifas. Masa nifas Ny.K setelah 6 jam post partum dalam keadaan normal dilakukan pemeriksaan TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan normal. Pada saat kunjungan masa nifas kedua yaitu tanggal 24 Mei 2016 Ny. K mengeluh badannya terasa lemas dan kurang tidur saat malam hari karena sering terbangun untuk menyusui bayinya. Saat dilakukan pemeriksaan ditemukan kondisi ibu dalam batas normal dengan tekanan darah: 120/90 mmHg, nadi: 80x/menit, respirasi, 20x/menit, suhu:: 36,6°C, inspeksi konjungtiva tampak pucat, dilakukan pemeriksaan Hb : 11,9

gr%. Penulis memberikan KIE mengenai pola tidur pada masa nifas dan gizi pada masa nifas. Kunjungan ketiga tanggal 01 Juni 2016 ibu mengatakan bahwa sekarang pola tidurnya teratur dan ibu dalam keadaan sehat.

5. Melakukan asuhan neonatus pada By. Ny. K, kunjungan pertama tanggal 18 Mei 2016 tidak ditemukan masalah, bayi dalam keadaan normal dan sehat. Hasil pemeriksaan nadi: 142x/mnt, respirasi : 40x/mnt, suhu: 36,7°C, BB: 3630 kg, bayi sudah buang air kecil, penulis memberikan KIE pada ibu mengenai tanda bahaya bayi baru lahir dan cara perawatan tali pusat. Pada kunjungan kedua tanggal 23 Mei bayi dalam keadaan sehat dengan hasil pemeriksaan, nadi: 130x/menit, respirasi: 43x/menit, BB: 3800 kg, penulis menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya tiap pagi hari untuk menghindari ikterik pada bayi. Pada kunjungan ketiga tanggal 1 Juni tidak ditemukan masalah pada bayi, hasil pemeriksaan nadi: 148x/menit, respirasi: 48x/menit, BB: 4600 kg, penulis menganjurkan ibu untuk imunisasi bcg pada tanggal 20 Juni 2016.
6. Memberikan pelayanan keluarga berencana sesuai kondisi Ny. K. Klien telah memilih menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan. Telah dilakukan penyuntikan kb suntik 3 bulan tanggal 15 Juni 2016.

#### B. Saran

Penulis memberikan 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 khususnya Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dari masalah kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonates sampai dengan pelayanan kontrasepsi serta untuk melakukan evaluasi kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan lulusan Bidan yang terampil, professional, dan mandiri. Selain itu persepsi dalam penyampaian target asuhan yang telah ditetapkan dapat lebih selaras.

## 2. Bagi Tenaga Kesehatan/Bidan

- a. Bidan Puskesmas sebagai Bidan komunitas mampu menjalin komunikasi yang baik dengan klien agar tercipta suasana yang terbuka dan harmonis, sehingga dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif yang dimulai dari pelayanan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta keluarga berencana.
- b. Bidan diharapkan melakukan penyuluhan tentang beberapa hal yang berhubungan dengan kehamilan dengan kategori berisiko, sehingga para wanita dapat menjalani kehamilannya dengan sehat dan tidak takut dengan berbagai masalah yang mungkin dapat terjadi di kemudian hari.



### 3. Bagi klien

Diharapkan kepada klien dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil mengenai kehamilan beresiko yaitu hamil dengan usia >35 tahun dan dengan multigravida atau kehamilan dari 4 kali , serta beberapa pengetahuan tentang kehamilan dan persalinan yang aman, perawatan bayi baru lahir, kebutuhan masa nifas, neonates dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.

### 4. Bagi penulis

Harapan bagi penulis sendiri yaitu dapat mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan kebidanan secara komprehensif melalui pendidikan dan penatalaksanaan serta mendapatkan pengalaman secara nyata yang ditemukan dilapangan agar dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang telah terselenggara.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Eny Retna. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Nuha Medika
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta
- Amirin. (2009). Objek, subjek, dan populasi penelitian. [online]. Tersedia:<http://tatangmanguny.wordpress.com/2009/04/21/subjek-responden-dan-informan-penelitian/>[18 Oktober 2011]
- Anonim, 2003. Bandotan (*Ageratum conyzoides* L.). Leaflet BPPT, Jakarta. Artikel internet. [http://www.iptek.net.id/ind/pd\\_tanobat/view.php?id=203](http://www.iptek.net.id/ind/pd_tanobat/view.php?id=203) - 22k Downloaded 10 – 11 – 2008.
- Asrinah et all. 2010. *Asuhan kebidanan masa kehamilan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- BKKBN, 2003. Kamus Istilah Kependudukan KB dan Keluarga Sejahtera, Jakarta
- Bobak,Lowdermilk, Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas / Maternity Nursing (Edisi 4), Alih Bahasa Maria A. Wijayati, Peter I.* Anugerah, Jakarta : EGC.
- Decherney, A.H., Nathan L., Goodwin T.M., Laufer, N. (2007). “*Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology*”. United States of America : McGraw-Hill. Dalam Mardani. 2014
- Cunningham, F. Gary [et.al.]. 2005. *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC
- Depkes RI. (1999). *Buku Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya Pada Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri, Tim Penggerak PKK dan WHO. Jakarta.
- Depkes RI. 1999. *Ibu Sehat Bayi Sehat*. Jakarta : Badan Litbang Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat. Dalam : Jurnal Pratiwi 2012
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. Dalam : Jurnal Pratiwi 2012
- Depkes RI. 2009. *Prinsip Pengelolaan Progam KIA*. Jakarta : Depkes RI

- Dewi, Vivian Nanny Lia. (2010). *Asuhan Neonatus bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Dinkes Jateng. 2011. *Profil Kesehatan Jawa Tengah*. Semarang : Depkes Jateng
- Dinkes Samarinda. 2013. *Profil Kesehatan Kalimantan Timur*. Samarinda : Dinkes Samarinda
- Fraser Diane, dkk. 2009. *Buku Saku Praktek Klinik Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Guyton & Hall. 2002. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran, Cetakan II*. Jakarta : Penerbit Buku Kesehatan.
- Hanifa, W. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Hidayat A. Aziz Alimul, Musrifatul. (2008). *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- Hidayat A. Aziz Alimul, Musrifatul.(2008). *Praktikum Ketrampilan Dasar Praktik Klinik : Aplikasi Dasar-dasar Praktik Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Depkes RI
- Kemenkes RI. 2010. *Panduan Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir Berbasis Perlindungan Anak*. Jakarta : Kemenkes RI
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. *Profil Kesehatan Indonesia 2011*. <http://www.depkes.go.id>. Diakses tanggal 24 Mei 2016.
- Kristiyanasari, Weni. 2010. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kriyantono, Rachmat. 2008. *Teknik Praktis Riset Komunikasi*. Jakarta : Kencana Prenada Media Group
- Manuaba, Ida Bagus Gede. 1998. *Sinopsis Obstetry Jilid I*. EGC. Jakarta.
- Manuaba, 2006, *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*, EGC, Jakarta
- Manuaba, I.B.G. 1998. *Panduan Diskusi Obstetri dan Ginekologi untuk Mahasiswa Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, Rustam. 1998. **Sinopsis Obstetri Jilid I**. Jakarta : EGC
- Mufdlilah. 2009. *Panduan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Mitra Cendikia

- Nasution, S. 2007. *Metode Research*. Jakarta: Bumi Aksara
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pinem,Saroha.2009. *Kesehatan reproduksi dan kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media
- Prawiroharjo. S. Winksnsastro. H. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. YPBSSP. Dalam Jurnal Kesehatan “*Wiraraja Medika*”
- Prawirohardjo. S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka
- Prawirohardjo, S . 2009. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: YBP-SP
- Pusdiknakes - WHO. (2003). *Asuhan Antenatal*. Jakarta : Pusdiknakes.
- Republika. 2009. *Kesehatan*. Republika newsroom. Dalam *Abednego 2014*.
- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrinning Antenatal pada Ibu Hamil*. Surabaya : Airlangga University Press
- Saifuddin. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin,dkk. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, Abdul Bari, 2006, *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo : Jakarta.
- Saifuddin,. 2008. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Salmah, dkk. 2006. *Asuhan Kebidanan Pada Antenatal*. Jakarta: EGC.
- Suherni, 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sujiyatini, dkk. 2009. *Asuhan Patologi Kebidanan Plus Contoh Asuhan kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Sukarni. 2013. *Kehamilan, Persalinan, Dan Nifas*. Edisi 1. Yogyakarta : Nuha Medika.

- Soetjningsih. 2009. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC.
- Sodikin. 2009. *Buku Saku Perawatan Tali Pusat*. Jakarta: EGC
- Wiknjosastro, Hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan (Edisi 3), Cetakan 5, Jakarta: Yayasan Bina Sastra Sarwo Prawiroharjo.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2006. Ilmu Kebidanan (Edisi 3), Cetakan 6, Jakarta: Yayasan Bina Sastra Sarwo Prawiroharjo.
- Wiknjosastro H. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Varney H, 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Varney, H. 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Varney, H. 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Wang, J. (2001), *Analytical Electrochemistry*, 2Nd edition John Wiley & Sons, inc., New York.
- Waryono. 2010. *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta : Pustaka Rihama.
- Wiknjosastro. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. Jakarta