

HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N G₆P₃₂₁₂₃
DENGAN USIA \geq 35 TAHUN DAN MULTIPARA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KARANG REJO KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2020



OLEH :

AJENG DILA RAHMAWATI

NIM. P07224117002

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2020

**HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N G₆P₃₂₁₂₃
DENGAN USIA \geq 35 TAHUN DAN MULTIPARA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KARANG REJO KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2020**



OLEH :

AJENG DILA RAHMAWATI

NIM. P07224117002

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

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN

KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN

PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN

TAHUN 2020

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY. N G₆P₃₂₁₂₃ DENGAN USIA \geq 35
TAHUN DAN MULTIPARA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KARANG REJO
KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2020

Nama Mahasiswa : AJENG DILA RAHMAWATI

No. Induk Mahasiswa : P07224117002

Hasil Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan
Balikpapan, 19 Mei 2020

MENYETUJUI

Pembimbing Utama

Anggota Pembimbing

Dra. Meitty Albertina, SKM, SST, M. Kes
NIP. 195708121979092001

Hj. Suryani, SST

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N G₆P₃₂₁₂₃ DENGAN
USIA \geq 35 TAHUN DAN MULTIPARA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KARANG REJO KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2020

AJENG DILA RAHMAWATI

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur Jurusan Kebidanan

Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

pada Tanggal, 19 Mei 2020

Penguji Utama

Sonya Yulia S, M.Kes
NIP. 195507131974022001

(.....)

Penguji I

Dra. Meitty Albertina, SKM, SST, M. Kes
NIP. 198104212002122003

(.....)

Penguji II

Hj. Suryani, SST

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan

Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Inda Corniawati, M. Keb
NIP. 197508242006042002

Ernani Setyawati, M. Keb
NIP. 198012052002122001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Ajeng Dila Rahmawati

NIM : P07224117002

Tempat, Tanggal Lahir : Mendik, 31 Mei 1999

Agama : Islam

Alamat : Jl. Semeru, Rt. 12, Desa Mendik, Kecamatan Longkali, Kabupaten Paser, Provinsi Kalimantan Timur

Riwayat Pendidikan :

- TK Teratai PTPN XIII Longkali, Lulus tahun 2005
- SD Negeri 024 Longkali, Lulus Tahun 2011
- SMP Negeri 2 Longkali, Lulus Tahun 2014
- SMA Negeri 1 Longkali, Lulus Tahun 2017
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Tahun 2017 – sekarang.

HALAMAN PERSEMBAHAN



Bacalah dengan menyebut nama Tuhanmu

*Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah dan Tuhanmulah yang maha mulia yang
mengajar manusia dengan pena,*

Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya (QS: Al-'Alaq 1-5)

Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan (QS: Ar-Rahman 13)

*Niscaya Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-
orang yang diberi ilmu beberapa derajat*

(QS : Al-Mujadilah 11)

Ya Allah,

*Waktu yang sudah kujalani dengan jalan hidup yang sudah menjadi takdirku, sedih, bahagia, dan
bertemu orang-orang yang memberiku sejuta pengalaman bagiku, yang telah memberi warna-*

warni kehidupanku. Kubersujud dihadapan Mu,

Engaku berikan aku kesempatan untuk bisa sampai

Di penghujung awal perjuanganku

Segala Puji bagi Mu ya Allah,

Alhamdulillah..Alhamdulillah..Alhamdulillahirobbil' alamin..

Puji syukur kusembahkan kepadamu Tuhan yang Maha Agung nan Maha Penyayang.

*Atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berpikir, berilmu, beriman dan
bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal
bagiku untuk meraih cita-cita besarku.*

Lantunan Al-fatihah beriring Shalawat dalam silahku merintih, menadahkan doa dalam syukur yang tiada terkira, terima kasihku untukmu. Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk Ayahanda dan Ibundaku tercinta, yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku.

Ayah...Ibu...terimalah bukti kecil ini sebagai kado keseriusanku untuk membalas semua pengorbananmu.. dalam hidupmu. Demi hidupku kalian ikhlas mengorbankan segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa hingga segalanya.. Maafkan anakmu Ayah,, Ibu,, masih saja ananda menyusahkanmu..

Dalam silah di lima waktu mulai fajar terbit hingga terbenam.. seraya tangaku menadah".. ya Allah ya Rahman ya Rahim... Terimakasih telah kau tempatkan aku diantara kedua malaiikatmu yang setiap waktu ikhlas menjagaku,, mendidikku,, membimbingku dengan baik,

Ya Allah berikanlah balasan setimpal syurga firdaus untuk mereka dan jauhkanlah mereka dari panasnya sengat hawa api nerakamu..

Untukmu Ayah,,Ibu...Terimakasih....

we always loving you...

Dalam setiap langkahku aku berusaha mewujudkan harapan-harapan yang kalian impikan didiriku, meski belum semua itu kuraih' insyallah atas dukungan doa dan restu, semua mimpi itu kan terjawab di masa penuh kehangatan nanti. Untuk itu kupersembahkan ungkapan terimakasihku kepada:

Kepada Pembimbing LTA yaitu Ibu Hj. Suryani, SST dan Ibu Meitty Albertina, SKM, SST, M.Pd. Terimakasih ibu atas bimbingan dan support mental kepada saya, sehingga saya

mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan baik sebagai persyaratan akhir dalam menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Kebidanan ini.

"Hidupku terlalu berat untuk mengandalkan diri sendiri tanpa melibatkan bantuan Tuhan dan orang lain.

"Tak ada tempat terbaik untuk berkeluh kesah selain bersama sahabat-sahabat terbaik".

Terimakasih kuucapkan Kepada Teman sejawat, Saudara seperjuangan Angkatan 2017 D-III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kaltim dan teruntuk saudara sekaligus sahabatku selama berada di Balikpapan, tanpamu aku tak pernah berarti dan tanpamu aku bukan siapa-siapa yang takkan jadi apa-apa.

Spesial buat Malam Minggu Squad yaitu Anggellina, Farah, Mba Mae, Kasita, Rani, Wiwin terimakasih atas segala bantuan dan motivasinya, kalian adalah obat pelipur lara hatiku yang selalu menghiburku dalam keadaan terjatuh, spesial doa untuk kalian semua semoga semua target cepat terkejar dan kita cepat wisuda.. Amiiin ya robba' alamin...

Kalian semua bukan hanya menjadi teman dan adik yang baik,

kalian adalah saudara bagiku!!

Spesial buat seseorang !!

Buat seseorang yang masih menjadi rahasia illahi, yang pernah singgah, ataupun yang belum sempat berjumpa, terimakasih untuk semua-semuanya yang pernah tercurah untukku. Untuk seseorang di relung hati percayalah bahwa hanya ada satu namamu yang selalu kusebut-sebut dalam benih-benih doaku, semoga keyakinan dan takdir ini terwujud, insyallah jodohnya kita bertemu atas ridho dan izin Allah S.W.T

Untuk ribuan tujuan yang harus dicapai, untuk jutaan impian yang akan dikejar, untuk sebuah pengharapan, agar hidup jauh lebih bermakna, hidup tanpa mimpi ibarat arus sungai. Mengalir tanpa tujuan. Teruslah belajar, berusaha, dan berdoa untuk menggapainya.

Jatuh berdiri lagi. Kalah mencoba lagi. Gagal Bangkit lagi. Never give up!

Sampai Allah SWT berkata "waktunya pulang"

Hanya sebuah karya kecil dan untaian kata-kata ini yang dapat kupersembahkan kepada kalian

semua,, Terimakasih beribu terimakasih kuucapkan atas segala kekhilafan salah dan

kekuranganku,

kerendahkan hati serta diri menjabat tangan meminta beribu-ribu kata maaf tercurah.

Balikpapan, 19 Mei 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur Allah SWT, berkat rahmat dan karuniaNya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" Dengan Resiko Tinggi Usia \geq 35 Tahun dan Multipara Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kota Balikpapan Tahun 2020".

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Tahun Akademik 2019/2020.

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

1. H. Supriadi B, S.Kp, M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Tmur.
2. Inda Corniawati, M. Keb, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Tmur.
3. Ernani Setyawati, M. Keb selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.
4. Dra. Meitty Albertina, SKM, SST, M. Kes selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Hj. Suryani, SST selaku pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Sonya Yulia S., S.Pd., M.Kes, selaku penguji utama Laporan Tugas Akhir.
7. Para dosen dan staf pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

8. Orang tua, serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis
9. Ny “N” selaku Klien Laporan Tugas Akhir dan keluarga yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi klien untuk menyelesaikan LTA ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.
10. Rekan-rekan Mahasiswi Kebidanan angkatan Tahun 2017 yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

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

Balikpapan, 19 Mei 2020

Ajeng Dila Rahmawati

HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N G₆P₃₂₁₂₃ DENGAN USIA ≥ 35
TAHUN DAN MULTIPARA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANG REJO KOTA
BALIKPAPAN TAHUN 2020

OLEH :

NAMA MAHASISWA : AJENG DILA RAHMAWATI
NAMA PEMBIMBING 1 : Dra. MEITTY ALBERTINA,SKM, SST, M. Kes
NAMA PEMBIMBING 2 : Hj. SURYANI, SST
NAMA PENGUJI UTAMA : SONYA YULIA S, M.Kes

ABSTRAK

Angka kematian ibu di Balikpapan dilaporkan 78 per 100.000 KH atau 78 per 100.000 KH tahun 2017. Sementara itu AKB di Balikpapan mengalami penurunan menjadi 76 kasus atau 6 per 1.000 KH (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2018).

Beberapa keadaan yang menyebabkan Angka Kematian Ibu (AKI) antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda <20 tahun, terlalu tua usia 37 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya ≥ 4 orang anak).

Asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan dengan continuity of care pada Ny. N bertujuan untuk mengetahui hal apa saja yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, bbl, nifas dan kontrasepsi.

Metode yang digunakan untuk data primer yaitu dengan menggunakan metode pengamatan (*observation*), wawancara (anamnesa), maupun hasil pengukuran fisik dan pemeriksaan kebidanan langsung kepada klien. Data sekunder diperoleh dengan melakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya (USG, foto *rontgen* dll) data kesehatan penduduk kota dan provinsi, buku KIA sebagai buku catatan perkembangan klien. Selain itu dapat dilakukan melalui studi kepustakaan (*Library research*).

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek dikarenakan asuhan yang diberikan kepada Ny. "N" telah memenuhi standar.

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. "N" usia 37 tahun dengan masalah resiko tinggi usia dan grande multipara dari masa kehamilan sampai pelayanan kontrasepsi, dilakukan pemantauan intensif kepada Ny "N", maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai deteksi dini untuk mengurangi faktor-faktor resiko yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi yang didokumentasikan melalui management kebidanan dan SOAP.

Kata Kunci : (Grandemultipara, Kehamilan Resiko Tinggi Usia 37 Tahun, Rupture Perineum)

DAFTAR ISI

Halaman Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan	iii
Daftar Riwayat Hidup	iv
Halaman Persembahaan	v
Kata Pengantar	ix
Abstrak	xi
Daftar Isi.....	xii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Bagan.....	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii
Daftar Singkatan	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat Studi Kasus	6
E. Ruang Lingkup	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	8
1. Manajemen Varney	8
2. Konsep COC	14
3. Konsep SOAP	14
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	16

1. Konsep kehamilan.....	16
2. Konsep persalinan.....	48
3. Konsep bayi baru lahir.....	87
4. Konsep nifas.....	95
5. Konsep neonates.....	107
6. Keluarga berencana.....	124
BAB III SUBYEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI.....	134
A. Rancangan Studi Kasus yang Berkesinambungan dengan COC.....	134
B. Etika Studi Kasus.....	138
BAB IV TINJAUAN KASUS.....	143
BAB V PEMBAHASAN.....	205
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	223
DAFTAR PUSTAKA.....	229
LAMPIRAN.....	235

DAFTAR TABEL

2.1 Perubahan Fisiologis Selama Hamil	25
2.2 Ketidaknyamanan Selama Hamil	26
2.3 Peningkatan BB Selama Hamil	31
2.4 Klasifikasi Orang Dewasa	31
2.5 Umur Kehamilan Berdasarkan TFU	33
2.6 Usia Kehamilan Berdasarkan TFU Dalam Bentuk (cm)	34
2.7 Tafsiran Berat Janin pada TM II - TM III	34
2.8 Interval dan Lama Perlindungan <i>Tetanus Toxoid</i>	36
2.9 Skor Poedji Rochjati	47
2.10 Frekuensi Minimal Penularan intervensi dalam persalinan normal	60
2.11 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum	97
4.1 Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu	144
4.2 Diagnosa dan Data Dasar	154
4.3 Masalah dan Data Dasar	155
4.4 Implementasi Kunjungan ANC I	162
4.5 Implementasi Kunjungan ANC II	167
4.6 Implementasi Kunjungan ANC III	171
4.7 Implementasi INC KALA I	175
4.8 Implementasi INC KALA II	177
4.9 Implementasi INC KALA III	179
4.10 Implementasi INC KALA IV	180
4.11 Implementasi BBL	185
4.13 Implementasi Kunjungan PNC I	189

4.15 Implementasi Kunjungan PNC II	192
4.17 Implementasi Kunjungan PNC III	195
4.19 Implementasi Kunjungan Neonatus I	198
4.21 Implementasi Kunjungan Neonatus II	201
4.23 Implementasi Kunjungan Neonatus III	203
4.24 Implementasi Kunjungan KB	204

DAFTAR BAGAN

3.1 Kerangka Kerja Pelaksanaan kasus.....	137
---	-----

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar informasi kepada subjek penelitian	236
Surat Persetujuan Setelah Penjelasan	238
Lembar Konsultasi	239
Partograf.....	241

DAFTAR SINGKATAN

AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APD	: Alat Pelindung Diri
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory
ASI	: Air Susu Ibu
A/S	: Apgar Score
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BMI	: Body Mass Index
CM	: Compos mentis
Cm	: Centimeter
CD	: Conjugata Diagonal
COC	: Continuity Of Care
CPD	: Cephalopelvic disproportion
CV	: Conjugata Vera
Depkes	: Departemen Kesehatan

DI	: Distansia Interspinarum
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
dll	: Dan Lain Lain
DM	: Diabetes Mellitus
DPM	: Denyut Per Menit
DTS	: Defek Tabung Saraf
Fe	: Ferum
FH	: Fundal Heightcm
GI	: Gastrointestinal
gr	: Gram
GPAPAH	: Gravida, Partus, Aterm, Prematur, Abortus, dan Anak Hidup
HB	: Hemoglobin
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HDL	: High Density Lipoprotein Cholesterol
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMT	: Indeks Masa Tubuh
INC	: Intranatal Care
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IUD	: Intra Uteri Device
IUFD	: Intra Uteri Fetal Death

IUGR	: Intra Uterine Growth Restriction
IV	: Intra Vena
JEFW	: Johnson Toshock Estimated Fetal Weight
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kes	: Kesadaran
Ket	: Keterangan
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal
KU	: Keadaan Umum
LDL	: Low-density lipoprotein
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
Lk	: Laki – laki
LGA	: Large for Gestasional Age
m	: meter
MAL	: Metode Alamiah Laktasi
MDGs	: Millenium Development Goals
Mg	: miligram
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
MOD	: Mode of delivery
MOW	: Metode Operasi Wanita

MOP	: Metode Operaso Pria
N	: Nadi
NICU	: Neonatal Intensive Care Unit
NST	: Non Stress Test
Ny.	: Nyonya
KB	: Keluarga Berencana
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
PAP	: Pintu Atas Pinggul
PB	: Panjang Badan
Penkes	: Pendidikan Kesehatan
PNC	: Postnatal Care
PP	: Post Partum
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
Pusdiknakes	: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan
Px	: Prosesusxipoideus
RI	: Republik Indonesia
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RH	: Rhesus
RR	: Respiratory Rate
RSKD	: Rumah Sakit Kanujoso Djatiwibowo
S	: Suhu
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: Sectio Caesarea
SD	: Sekolah Dasar

SDGs	: Sustainable Development Goals
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOAP	: Subjek, Objek, Assesmen, Pelaksanaan
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberkulosis
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
Tn.	: Tuan
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
UUK	: Ubun - Ubun Kecil
USG	: Ultrasonografi
VDRL	: Veneral Disease Resesrch Lab
WHO	: World Health Organization
WITA	: Waktu Indonesia Tengah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2017, Angka Kematian Ibu (AKI) dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas sebesar 210 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup. Kemudian, menurut data Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2017 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia masih tinggi yaitu 290 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 23 per 1.000 kelahiran hidup. Tetapi di Indonesia sendiri sebenarnya mempunyai target 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup. AKI dan AKB merupakan ukuran penting dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana di suatu Negara (Manuaba, 2014).

World Health Organization (WHO) memperkirakan di Indonesia terdapat 126 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian ibu 6.400 pada tahun 2015. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) AKI menurun dari 359 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2012 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2015 dan kembali menetap menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2018 . Sedangkan AKB menurun dari 34 per 1000 kelahiran hidup tahun 2007 menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup tahun 2012 dan kembali turun menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup tahun 2017 (Profil Kesehatan, 2018).

Sementara target AKI yang harus dicapai sesuai kesepakatan MDGs tahun 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 23 per 1.000 kelahiran. AKI di Kalimantan Timur mengalami penurunan, tahun 2013 AKI sebesar 113 kasus, tahun 2014 turun menjadi 104 kasus, lalu tahun 2015 turun 100 kasus dan tahun 2016 turun lagi menjadi 95 kasus kematian per 100.000 kelahiran hidup, namun kembali meningkat tahun 2017 menjadi 110 kasus kematian per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2018).

Angka kematian ibu di Balikpapan dilaporkan 9 kasus atau 72 per 100.000 KH pada 2015. Tahun 2016 dilaporkan 9 kasus atau 72 per 100.000 KH, lalu meningkat menjadi 10 kasus atau 78 per 100.000 KH atau 78 per 100.000 KH tahun 2017. Sementara itu AKB di Balikpapan mengalami penurunan. Tahun 2015 AKB 78 kasus atau 6 per 1.000 KH dan stabil pada tahun 2016 yaitu 78 kasus atau 6 per 1.000 KH, kemudian tahun 2017 menurun menjadi 76 kasus atau 6 per 1.000 KH (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2018).

Beberapa keadaan yang menyebabkan Angka Kematian Ibu (AKI) antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda <20 tahun, terlalu tua usia 37 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya ≥ 4 orang anak).

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

sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Saifuddin, 2015).

Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah melaksanakan asuhan secara berkelanjutan atau *continuity of care* (Kemenkes, 2015).

Continuity Of Care (COC) adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum (Pratami, 2015).

Asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan dengan continuity of care pada Ny. N bertujuan untuk mengetahui hal apa saja yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, bbl, nifas dan kontrasepsi. Oleh karena itu penulis melakukan pengkajian awal pada Ny. N tanggal 6 Desember 2019. Ibu Hamil G₆P₃₂₁₂₃ Usia Kehamilan 32 Minggu 4 Hari dengan Resiko Tinggi Usia ≥ 35 tahun dan Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kota Balikpapan Tahun 2020. Hasil pemeriksaan Ku Baik, Kesadaran Compos mentis, BB 57 kg, TB 150 cm, IMT sebelum hamil 21,7 dan IMT setelah hamil 25,3, LILA 30 cm, TD 110/70 mmHg, Nadi 82 x/ menit, Pernafasan 22x/ menit, Temp 36,5 °C. Mata konjungtiva kemerahan, sklera tidak ikterik, muka tidak tampak pucat. Ekstermitas Tidak ada oedema. Palpasi Abdomen

Leopold I TFU Setengah px pusat (Mc. Donald 30 cm), Leopold II punggung kiri, Leopold III letak kepala, Leopold IV Konvergen, TBJ 2.635 gram. Auskultasi DJJ (+) 155 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat. Perkusi Refleks Patella Kaki kanan (+) Kaki kiri (+) Hb 11,8 gr/dl.

Berdasarkan uraian diatas, untuk mencegah resiko pada kehamilan. Penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan komprhensif secara *continuity of care* pada Ny N G₆P₃₂₁₂₃ Usia Kehamilan 32 minggu 4 hari selama masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada “Ny. N G₆P₃₂₁₂₃ Hamil 32 Minggu 4 Hari Dengan Resiko Tinggi Usia \geq 35 Tahun dan Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kota Balikpapan Tahun 2020”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah Bagaimana asuhan kebidanan yang komprehensif pada “Ny. N G₆P₃₂₁₂₃ Hamil 32 Minggu 4 Hari Dengan Resiko Tinggi Usia \geq 35 Tahun dan Multipara di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kota Balikpapan Tahun 2020 Dalam Masa Kehamilan, Bersalin, Bayi Baru Lahir, Nifas, Neonatus, Hingga Pemilihan Alat Kontrasepsi ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pemilihan alat kontrasepsi.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil Ny. N dengan pendekatan Manajemen Kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- b. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin Ny. N dengan pendekatan Manajemen Kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Bayi Baru Lahir Ny. N dengan pendekatan Manajemen Kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas Ny. N dengan pendekatan Manajemen Kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus Ny. N dengan pendekatan Manajemen Kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N keluarga berencana dengan pendekatan Manajemen Kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Praktis

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

Dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman bagi mahasiswanya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam pemberian asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, profesional dan mandiri.

- b. Bagi Peneliti

Peneliti dapat mempraktikkan teori yang telah diperoleh sebelumnya dan kemudian diaplikasikan secara langsung dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

- c. Bagi Klien

- 1) Klien dapat mengatasi masalah yang kemungkinan akan terjadi pada kehamilannya
- 2) Klien dapat mengatur pola nutrisi dan istirahat
- 3) Klien mengetahui tanda-tanda bahaya pada kehamilan

2. Manfaat Teoritis

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

E. Ruang Lingkup

Subjek penelitian dalam asuhan kebidanan secara komprehensif dengan melakukan pengambilan data secara primer terhadap Ny. N usia 37 tahun G₆P₃₂₁₂₃ Usia Kehamilan 32 Minggu 4 Hari yang bertempat tinggal di Jalan Dr. Soetomo Strat 3 Rt. 13 No. 3 Kelurahan Karang Rejo Kecamatan Balikpapan Tengah Kota Balikpapan.

Pelaksanaan asuhan pada tanggal 6 Desember 2019 sampai dengan 28 Februari 2020 yang komprehensif yang meliputi pengawasan kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Varney

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

Sesuai dengan pelayanan kebidanan maka bidan diharapkan lebih kritis dalam melaksanakan proses manajemen kebidanan untuk mengambil keputusan. Menurut (Varney, 2010) ia menggabungkan manajemen kebidanan dari lima langkah menjadi tujuh langkah yaitu mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi.

Bidan sebagai seorang pemberi layanan kesehatan (health provider) harus dapat melaksanakan pelayanan kebidanan dengan melaksanakan manajemen yang baik. Dalam hal ini bidan berperan sebagai seorang manajer, yaitu mengelola atau memanager segala sesuatu tentang kliennya sehingga tercapai tujuan yang di harapkan. Dalam mempelajari manajemen kebidanan di perlukan pemahaman mengenai dasar-dasar manajemen sehingga konsep dasar manajemen merupakan bagian penting sebelum kita mempelajari lebih lanjut tentang manajemen kebidanan (Varney. 2010).

Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi, akan tetapi setiap langkah tersebut dapat dipecah-pecah kedalam tugas-tugas tertentu dan bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Setiap langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney akan dijabarkan sebagai berikut :

a. Langkah 1 Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi atau data yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

1) Anamnesis

Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, persalinan, dan nifas, bio-psiko-sosial-spiritual serta pengetahuan klien.

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan klien serta tanda-tanda vital, meliputi :

- a) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)
- b) Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya).

Dalam manajemen kolaborasi, bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, bidan akan melakukan upaya konsultasi. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang

dihadapi akan menentukan benar tidaknya proses interpretasi pada tahap selanjutnya. Oleh karena itu pendekatan ini harus komprehensif, mencakup data subjektif, data objektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan keadaan klien yang sebenarnya valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat.

b. Langkah 2 Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian.

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis. Standar nomenklatur diagnosa kebidanan :

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- 2) Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan
- 4) Didukung oleh clinical judgement dalam praktek kebidanan
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

Tabel 2.1
Nomenklatur Diagnosa Kebidanan

1. Pesalinan normal	35. Invertio uteri
2. Partus normal	36. Bayi besar
3. Syok	37. Malaria berat dengan komplikasi
4. DJA tidak normal	38. Malaria ringan dengan komplikasi
5. Abortus	39. Meconium
6. Solusio plasenta	40. Meningitis
7. Akut pyelonephritis	41. Metritis
8. Amnionitis	42. Migraine
9. Anemia berat	43. Kehamilan mola hidatidosa
10. Apendiksitis	44. Kehamilan ganda
11. Atonia uteri	45. Partus macet
12. Infeksi mammae	46. Posisi occiput posterior
13. Pembengkakan mammae	47. Posisi occiput melintang
14. Presentasi bokong	48. Kista ovarium
15. Asma bronchiale	49. Abses pelvix
16. Presentasi dagu	50. Peritonitis
17. Disproporsi sevalo pelvik	51. Plasenta previa
18. Hipertensi kronik	52. Pneumonia
19. Koagulopati	53. Pre – eklamsi berat/ringan
20. Presentasi ganda	54. Hipertensi karena kehamilan
21. Cystitis	55. Ketuban pecah dini
22. Eklamsia	56. Partus prematurus
23. Kelainan ektopik	57. Partus fase laten lama
24. Ensephalitis	58. Partus kala II lama
25. Epilepsi	59. Sisa plasenta
26. Hidramnion	60. Retensio plasenta
27. Presentasi muka	61. Prolapse tali pusat
28. Persalinan semu	62. Rupture uteri
29. Kematian janin	63. Berkas luka uteri
30. Hemoragae antepartum	64. Presentasi bahu
31. Hemoragae postpartum	65. Distosia bahu
32. Gagal jantung	66. Robekan serviks dan vagina
33. Inertia uteri	67. Tetanus
34. Infeksi Luka	68. Letak lintang

Sumber : WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank I M P A C (*Integrated Management of Preganncy And Childbirth*), *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth : A Guide for Midwives and doctor, Department of Reproductive* (2013)

Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah adalah hal-hal berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami oleh wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Selain masalah yang tetap membutuhkan penanganan, klien juga memiliki kebutuhan.

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data.

c. Langkah 3 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.

d. Langkah 4 Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen kebidanan bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

e. Langkah 5 Menyusun Rencana Asuhan

Pada langkah ini asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa

yang sudah diidentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan perencanaan tersebut, oleh karena itu pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

f. Langkah 6 Implementasi

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima akan dilaksanakan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi dimana berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama secara menyeluruh tersebut.

g. Langkah 7 Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi atau sesuai dengan kebutuhan

sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnose. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kontinuu maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

2. Konsep Asuhan Kebidanan Berkelanjutan / *Contuinity of Care*

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai keluarga berencana (Saifuddin, 2010).

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas, sampai dengan bayi yang dilahirkannya serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkkan diagnosa secara tepat,antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan seseuai kebutuhn ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Varney, 2010).

3. Dokumentasi Kebidanan

a. Konsep SOAP

Menurut Kemenkes (2017) metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang

dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sebagai berikut :

- (1) S adalah data subjektif yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara dibagian data belakang huruf “S” diberi tanda huruf “O” atau “X” . Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
- (2) O adalah Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
- (3) A adalah assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.
- (4) P adalah pendokumentasian atau mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan,

dukungan, kolaborasi, evaluasi / follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya.

4. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah proses alamiah yang dialami oleh setiap wanita dalam siklus reproduksi. Kehamilan dimulai dari konsepsi dan berakhir dengan permulaan persalinan. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Varney, 2010)

Kehamilan trimester III adalah kehamilan dengan usia 27- 40 minggu, masa ini merupakan suatu yang lebih penting dan berorientasi pada realita untuk menjadi orang tua yang menanti kelahiran anak. Ikatan antara orang tua dan janin yang berkembang pada trimester ini (Mochtar, 2012).

b. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Kebutuhan fisik ibu hamil Trimester III (Varney, 2010) :

1) Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan dapat mempengaruhi pusat pernafasan. Kehamilan juga menyebabkan hiperventilasi, dimana keadaan CO_2 menurun. Pada trimester III, janin sudah membesar dan menekan diafragma dan vena cava inferior sehingga dapat menyebabkan nafas pendek-pendek.

2) Nutrisi

Nutrisi pada ibu hamil sangat menentukan status kesehatan ibu dan janinnya. Hal yang harus diperhatikan ibu hamil yaitu makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu seimbang, diantaranya yaitu protein, karbohidrat, vitamin, mineral, zat besi, kalsium, asam folat

3) *Personal Hygiene*

Bagian tubuh yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital karena saat hamil, biasanya terjadi pengeluaran sekret vagina yang berlebihan. Selain mandi, mengganti pakaian secara rutin minimal sehari dua kali sangat dianjurkan, pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat didaerah perut, bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, memakai bra yang menyokong payudara.

4) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot halus. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung sedang kosong.

5) Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti:

- a) Abortus dan kelahiran premature
- b) Perdarahan per vaginam
- c) Coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan
- d) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri.

6) Senam hamil

Senam hamil merupakan program kebugaran khusus yang diperuntukkan bagi ibu hamil. Dengan gerakan-gerakan yang dirancang khusus, senam hamil dapat membantu mempermudah ibu hamil dalam persalinan. Latihan Senam hamil ini dilakukan pada umur kehamilan 22 minggu keatas dimana resiko keguguran sudah jauh berkurang karena plasenta yang menyelimuti janin sudah terbentuk sempurna (Saifuddin, 2010).

7) Istirahat/tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena.

8) Skrining Imunisasi TT

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah *tetanus toxoid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya

9) Perawatan Payudara

Merupakan suatu tindakan perawatan payudara yang dilaksanakan, baik oleh pasien maupun dibantu orang lain yang dilaksanakan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan. Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi. Adapun langkah-langkah dalam perawatan payudara. Adapun cara perawatan payudara menurut Anggraini tahun 2010 antara lain :

- a) Tempelkan kapas yang sudah di beri minyak atau baby oil selama 5 menit, kemudian putting susu di bersihkan.
- b) Letakan kedua tangan di antara payudara.
- c) Mengurut payudara dimulai dari arah atas, kesamping lalu kearah bawah.
- d) Dalam pengurutan posisi tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kearah sisi kanan.

- e) Melakukan pengurutan kebawah dan kesamping.
 - f) Pengurutan melintang telapak tangan mengurut kedepan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara, ulangi gerakan 20 – 30 kali.
 - g) Tangan kiri menopang payudara kiri 3 jari tangan kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara sampai pada puting susu, lakukan tahap yang sama pada payudara kanan.
 - h) Membersihkan payudara dengan air hangat lalu keringkan payudara dengan handuk bersih, kemudian gunakan bra yang bersih dan menyokong.
- c. Perubahan fisiologis pada kehamilan pada trimester III
- 1) Uterus

Pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus menjadi 1000 gram (berat uterus normal 30 gram) dengan panjang 20 cm dan dinding 2,5 cm. Pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk uterus seperti buah alpukat agak gepeng. Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun kembali dan terletak kira-kira 3 jari dibawah prosesus xipoides. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada primigravida turun dan masuk kedalam rongga panggul (Ajeng, 2012).

Pada trimester III Isthmus lebih nyata menjadi korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih

lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis, batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada dinding segment bawah rahim (Kusmiyati.2012).

2) Servik uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Karena servik terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin kebawah.

Sesudah partus, serviks akan tampak berlipat-lipat dan tidak menutup seperti spinkter. Perubahan-perubahan pada serviks perlu diketahui sedini mungkin pada kehamilan, akan tetapi yang memeriksa hendaknya berhati-hati dan tidak dibenarkan melakukannya dengan kasar, sehingga dapat mengganggu kehamilan.

3) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen juga mengalami perubahan. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vula tampak lebih merah dan agak kebiru-biruan (livide). Warna porsio

tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar.

Hal ini dapat dimengerti karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia tersebut meningkat. Apabila terjadi kecelakaan pada kehamilan/persalinan maka perdarahan akan banyak sekali, sampai dapat mengakibatkan kematian. Pada bulan terakhir kehamilan, cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental.

4) Mammae

Pada kehamilan 12 minggu keatas, dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut kolostrum. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

5) Sirkulasi Darah

Volume darah akan bertambah banyak $\pm 25\%$ pada puncak usia kehamilan 32 minggu. Meskipun ada peningkatan dalam volume eritrosit secara keseluruhan, tetapi penambahan volume plasma jauh lebih besar sehingga konsentrasi hemoglobin dalam darah menjadi lebih rendah. Walaupun kadar hemoglobin ini menurun menjadi ± 120 g/L. Pada minggu ke-32, wanita hamil mempunyai hemoglobin total lebih besar daripada wanita tersebut ketika tidak hamil. Bersamaan itu, jumlah sel darah putih meningkat ($\pm 10.500/\text{ml}$), demikian juga hitung trombositnya.

Untuk mengatasi pertambahan volume darah, curah jantung akan meningkat $\pm 30\%$ pada minggu ke-30. Kebanyakan peningkatan curah jantung tersebut disebabkan oleh meningkatnya isi sekuncup, akan

tetapi frekuensi denyut jantung meningkat $\pm 15\%$. Setelah kehamilan lebih dari 30 minggu, terdapat kecenderungan peningkatan tekanan darah.

6) Sistem Respirasi

Pernafasan diafragmatik selama kehamilan, tetapi karena pergerakan diafragma terbatas setelah minggu ke-30. Wanita hamil bernafas lebih dalam, dengan meningkatkan volume tidal dan kecepatan ventilasi, sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron. Pada kehamilan lanjut, kerangka iga bawah melebar keluar sedikit dan mungkin tidak kembali pada keadaan sebelum hamil, sehingga menimbulkan kekhawatiran bagi wanita yang memperhatikan penampilan badannya.

7) Traktus Digestivus

Di mulut, gusi menjadi lunak, mungkin terjadi karena retensi cairan intraseluler yang disebabkan oleh progesteron. Spinkter esopagus bawah relaksasi, sehingga dapat terjadi regurgitasi isi lambung yang menyebabkan rasa terbakar di dada (heathburn).

Sekresi isi lambung berkurang dan makanan lebih lama berada di lambung. Otot-otot usus relaks dengan disertai penurunan motilitas. Hal ini memungkinkan absorpsi zat nutrisi lebih banyak, tetapi dapat menyebabkan konstipasi, merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil.

8) Sistem traktus urinaria

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

9) Metabolisme Dalam Kehamilan

BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada trimester III. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran karbohidrat, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas. Akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. Dalam keadaan biasa wanita hamil cukup hemat dalam hal pemakaian tenaganya.

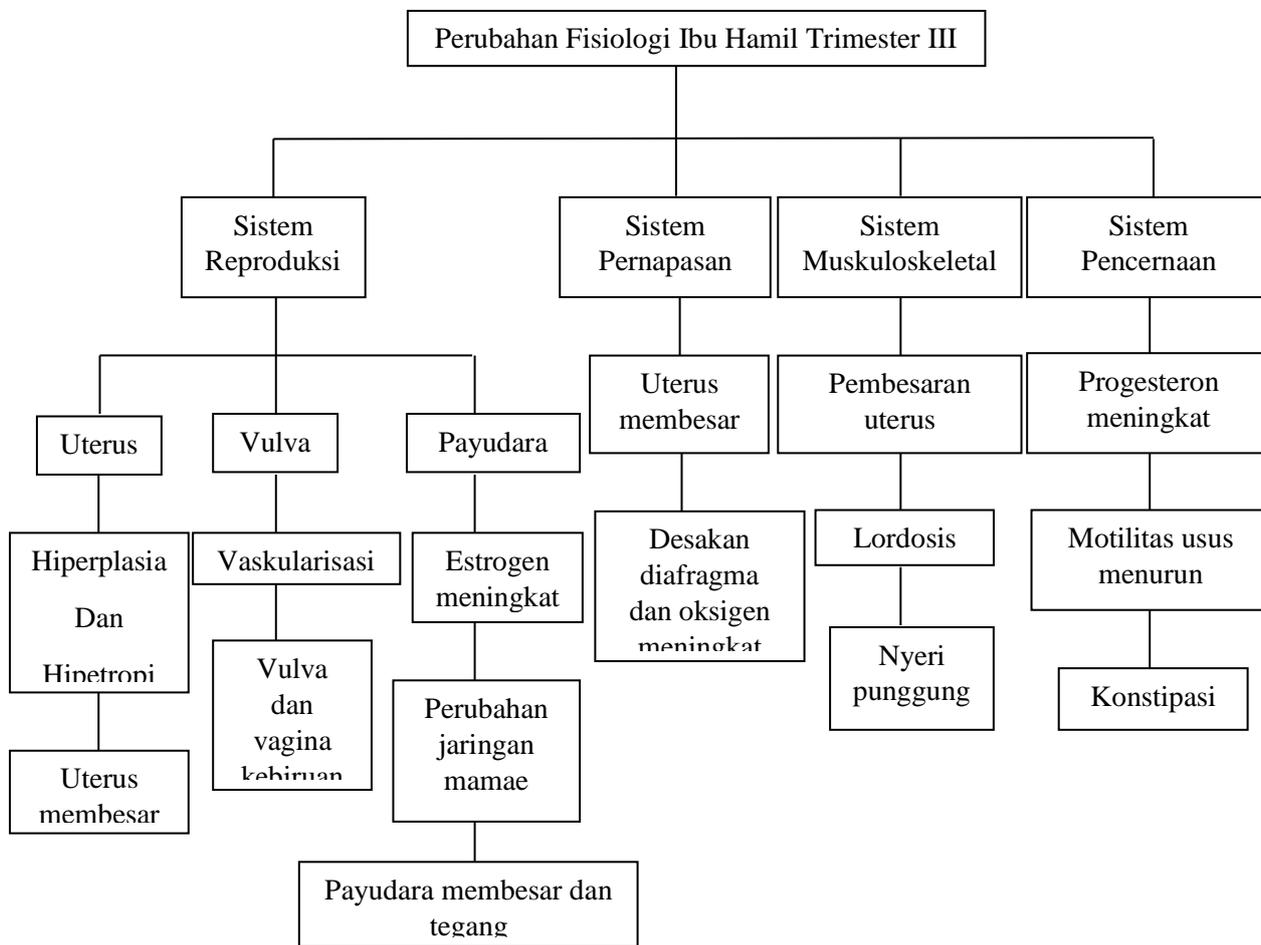
Janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang-tulanganya dan hal ini terjadi terutama dalam trimester terakhir. Makanan tiap harinya diperkirakan telah mengandung 1,5-2,5 gr kalsium. Diperkirakan 0,2-0,7 gr kalsium tertahan dalam badan untuk keperluan semasa hamil. Ini kiranya telah cukup untuk pertumbuhan janin tanpa mengganggu kalsium ibu. Kadar kalsium dalam serum memang lebih rendah, mungkin oleh karena adanya hidremia, akan tetapi kadar kalsium tersebut masih cukup tinggi hingga dapat menanggulangi kemungkinan terjadinya kejang tetani.

Segera setelah haid terlambat, kadar enzim diamino-oksidadase (histamine) meningkat dari 3-6 satuan dalam masa tidak hamil ke 200

satuan dalam masa hamil 16 minggu. Kadar ini mencapai puncaknya sampai 400-500 satuan pada kehamilan 16 minggu dan seterusnya sampai akhir kehamilan. Pinosinase adalah enzim yang dapat membuat oksitosin tidak aktif. Pinosinase ditemukan banyak sekali di dalam darah ibu pada kehamilan 14-38 minggu.

Bagan 2.1

Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Pada TM



d. Perubahan Psikologis pada Kehamilan

Bertambahnya usia kehamilan ibu akan mengalami perubahan psikologis yang diantaranya adalah sebagai rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan juga tidak menarik. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatan. Khawatir bayi yang dilahirkan tidak normal atau meninggal. Perasaan mudah terluka (sensitif). Merasa kehilangan perhatian setelah kelahiran bayi (Sulistyawati,2011)

e. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan pada sistem tubuh ibu yang semuanya membutuhkan adaptasi, baik fisik maupun psikologis berikut ketidak nyamanan pada TM 3 dan cara mengatasinya menurut (Hutahaean, 2013).

Tabel 2.2
Ketidaknyamanan TM 3 dan cara mengatasi

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering BAK	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak minum 2-3 jam sebelum tidur • Kosongkan kandung kemih saat sebelum tidur • Lebih banyak minum pada siang hari
2.	Pegal – pegal	<ul style="list-style-type: none"> • Sempatkan untuk berolahraga • Senam hamil • Mengonsumsi susu • Jangan berdiri, jongkok, duduk terlalu lama • Anjurkan istirahat setiap 30 menit
3.	Hemoroid	<ul style="list-style-type: none"> • Hindari konstipasi • Makan makanan yang tinggi serat dan perbanyak minum • Gunakan kompres es atau air hangat • Bila mungkin gunakan jari untuk memasukkan kembali hemoroid kedalam anus dengan pelan-pelan • Bersihkan anus dengan hati-hati setelah defekasi • Usahakan BAB dengan teratur • Ajarkan ibu posisi <i>kneewchess</i> setiap 15 menit/hari • Senam kegel menguatkan perineum dan mencegah hemoroid • Konsul ke dokter sebelum menggunakan obat <i>hemoroid</i>
4.	Kram dan nyeri pada kaki	<ul style="list-style-type: none"> • Lemaskan bagian yang kram • Pada saat bangun tidur, jari kaki di tegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram mendadak • Meningkatkan asupan kalsium dan air putih • Melakukan senam ringan • Istirahat cukup
5.	Gangguan nafas	<ul style="list-style-type: none"> • Latihan nafas melalui senam hamil • Tidur dengan bantal tinggi • Makan tidak terlalu banyak • Konsultasi dengan dokter apabila ada kelainan asma
6.	Oedema	<ul style="list-style-type: none"> • Istirahat dan berbaring miring ke kiri • Meninggikan kaki bila duduk • Meningkatkan asupan protein • Menganjurkan untuk minum 6-8 gelas/hari • Menganjurkan ibu untuk berolahraga ringan

Sumber : *Perawatan Ante Natal Care* (Hutahaean, 2013)

f. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010).

Pada Kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Asrinah, 2010).

2) Sakit Kepala yang Berat

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

3) Penglihatan Kabur

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

4) Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan

fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

5) Keluar Cairan per Vagina

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

6) Gerakan Janin Tidak Terasa

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

7) Nyeri Perut yang Hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalian. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya

syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio placenta. Nyeri perut yang hebat bisa berarti apendiksitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio placenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Asrinah, 2010).

g. Kunjungan Antenatal

Ante natal care merupakan pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Manuaba, 2012).

Pemeriksaan *ante natal care* bertujuan untuk mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi dengan memberikan pendidikan gizi, kebersihan diri dan proses kelahiran, mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medis bedah ataupun obstetrik selama kehamilan, mengembangkan persiapan persalinan serta rencana kesiagaan menghadapi komplikasi, membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan puerperium normal, dan merawat anak secara fisik, psikologi dan sosial (Kusmiyati, 2009).

Jadwal Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 8 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam (Manuaba, 2010) :

- 1) Trimester I : 2 kali (sebelum usia kehamilan 14 minggu)
- 2) Trimester II : 2 kali (usia kehamilan antara 14-28 minggu)
- 3) Trimester III : 4 kali (UK 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu).

Di Kota Balikpapan, Standar Pelayanan ANC memiliki beberapa komponen dalam proses pelaksanaannya, yaitu dengan 10T :

1) Ukur berat badan dan tinggi badan (T1)

Menurut Depkes RI (2009), sebagai pengawasan akan kecukupan gizi dapat dipakai kenaikan berat badan wanita hamil tersebut. Kenaikan berat badan wanita hamil antara 6,5 kg sampai 16 kg. Nilai berat badan naik lebih dari semestinya, anjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat. Lemak jangan dikurangi, terlebih sayur-mayur dan buah-buahan.

Adapun cara untuk menentukan status gizi dengan menghitung IMT (Indeks Masa Tubuh) dari berat badan dan tinggi badan ibu sebelum hamil sebagai berikut:

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Tabel 2.3
Peningkatan Berat Badan Selama Hamil

IMT (kg/m ²)	Total kenaikan berat badan yang disarankan	Selama trimester 2 dan 3
Kurus (IMT<18,5)	12,7–18,1 kg	0,5 kg/minggu
Normal (IMT 18,5-22,9)	11,3-15,9 kg	0,4 kg/minggu
Overweight (IMT 23-29,9)	6,8-11,3 kg	0,3 kg/minggu
Obesitas (IMT>30)		0,2 kg/minggu
Bayi kembar	15,9-20,4 kg	0,7 kg/minggu

Sumber :Kemenkes (2013)

2) Ukur Tekanan Darah (T2)

Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah yaitu dengan cara menghitung MAP.

Adapun rumus MAP adalah tekanan darah sistolik ditambah dua kali tekanan darah diastolik dibagi 3. Rentang normal MAP adalah 70 mmHg - 99 mmHg.

Tabel 2.4
Klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia diatas 18 tahun berdasarkan nilai Mean Arterial Pressure

Kategori	Nilai MAP
Normal	70-99 mmHg
Normal Tinggi	100-105
Stadium 1 (hipertensi ringan)	106 - 119 mmHg
Stadium 2 (hipertensi sedang)	120 - 132 mmHg
Stadium 3 (hipertensi berat)	133 - 149 mmHg
Stadium 4 (hipertensi maligna / sangat berat)	150 Hg atau lebih

3) Nilai Status Gizi (T3)

Pada ibu hamil (bumil) pengukuran LiLA merupakan suatu cara untuk mendeteksi dini adanya Kurang Energi Kronis (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrient ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak. Kurang Energi Kronis atau KEK (ukuran LILA < 23,5 cm), yang

menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka panjang baik dalam jumlah maupun kualitasnya. Cara melakukan pengukuran lila:

- a) Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan meteran
 - b) Lingkarkan dan masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LiLA. Baca menurut tanda panah
 - c) Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan pita LiLA.
- 4) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri mulai dari batas atas symphysis dan disesuaikan dengan hari pertama haid terakhir. Tinggi fundus uteri diukur pada kehamilan >12 minggu karena pada usia kehamilan ini uterus dapat diraba dari dinding perut dan untuk kehamilan >24 minggu dianjurkan mengukur dengan pita meter. Tinggi fundus uteri dapat menentukan ukuran kehamilan. Bila tinggi fundus kurang dari perhitungan umur kehamilan mungkin terdapat gangguan pertumbuhan janin, dan sebaliknya mungkin terdapat kehamilan kembar, hidramnion, atau molahidatidosa (Depkes, 2012).

Untuk mengetahui besarnya Rahim dan dengan ini menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin dalam rahim. Sebelum usia kehamilan 12 minggu, fundus uteri belum dapat diraba dari luar (Varney, 2010).

a) Menentukan Usia Kehamilan

Metode Kalender adalah metode yang sering kali digunakan oleh tenaga kesehatan dilapangan. Perhitungannya disesuaikan dengan rumus yang direkomendasikan oleh Neagle yaitu dihitung dari tanggal pertama haid terakhir ditambah 7 (tujuh), bulan ditambah 9 (sembilan) atau dikurang 3 (tiga), tahun ditambah 1 (satu) atau 0 (nol) (Kusmiyati, dkk. 2011).

Tabel 2.5
Umur Kehamilan Berdasarkan TFU

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
1/3 diatas simfisis	12 minggu
½ simfisis – pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
3 jari diatas pusat	28 minggu
½ pusat – prosesus xifoideus (px)	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus (px)	36 minggu
2 jari (4cm) dibawah (px)	40 minggu

Sumber : Varney (2007)

Tabel 2.6
Usia Kehamilan Berdasarkan TFU Dalam Bentuk (cm)

TFU	Usia Kehamilan
20 cm	20 minggu
23 cm	24 minggu
26 cm	28 minggu
30 cm	32 minggu
33 cm	36 minggu

Sumber : Varney (2007)

b) Menentukan Tafsiran Berat Janin

Taksiran berat janin dapat dihitung dari rumus *Johnson Toshack* (*Johnson Toshock Estimated Fetal Weight*) yang diambil dari tinggi fundus uteri. $JEFW$ (gram) = $(FH$ (*Fundal Height*cm) – $n \times 155$ (konstanta)

$n = 11$ bila kepala di bawah spina ischiadica

$n = 12$ bila kepala di atas spina ischiadica

$n = 13$ bila kepala belum masuk pintu atas panggul.

Tabel 2.7
Tafsiran Berat Janin pada TM II – TM III

Usia Kehamilan	Panjang (cm)	Berat (gram)
25 minggu	34,6 cm	600 gram
26 minggu	35,5 cm	1000 gram
27 minggu	36,6 cm	1050 gram
28 minggu	37,6 cm	1100 gram
29 minggu	38,6 cm	1150 gram
30 minggu	41 cm	1400 gram
31 minggu	41,1 cm	1502 gram
32 minggu	42,4 cm	1702 gram
33 minggu	43,7 cm	1918 gram
34 minggu	45 cm	2146 gram
35 minggu	46,2 cm	2383 gram
36 minggu	47,4 cm	2622 gram
37 minggu	48,6 cm	2859 gram
38 minggu	49,8 cm	3083 gram
39 minggu	50,7 cm	3288 gram
40 minggu	51,2 cm	3462 gram
41 minggu	51,7 cm	3597 gram

Sumber : Manuaba (2010)

5) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (T5)

Tujuan pemantauan janin itu adalah untuk mendeteksi dari dini ada atau tidaknya faktor-faktor resiko kematian prenatal tersebut (hipoksia/asfiksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi). Pemeriksaan denyut jantung janin adalah salah satu cara untuk memantau janin.

Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil. Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu / 4 bulan. Gambaran DJJ:

- a) Takikardi berat detak jantung diatas 180x/menit
 - b) Takikardi ringan antara 160-180x/menit
 - c) Normal antara 120-160x/menit
 - d) Bradikardia ringan antara 100-119x/menit
 - e) Bradikardia sedang antara 80-100x/menit
 - f) Bradikardia berat kurang dari 80x/menit
- 6) Pemberian tablet Fe atau Zat Besi (T6)

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil (Fe) adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar haemoglobin. Ibu hamil dianjurkan meminum tablet zat besi yang berisi 60 mg/hari dan 500 µg (FeSO₄ 325 mg). Kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester II karena absorpsi usus yang tinggal. Tablet Fe dikonsumsi minimal 90 tablet selama kehamilan, sebaiknya tidak minum bersama teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan.

7) Skrening imunisasi TT (T7)

Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera diberikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Tabel 2.8
Interval dan Lama Perlindungan *Tetanus Toxoid*

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan imunitas
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
TT4	12 Bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 Bulan setelah TT4	≥25 Tahun

Sumber : Varney (2007)

8) Pemeriksaan Laboratorium (T8)

- a) Pemeriksaan *hemoglobin* (Hb) pada ibu hamil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28 bila kadar Hb < 11 gr% ibu hamil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg Asam Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.
- b) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Resesrch Lab*). Pemeriksaan dilakukan pada saat ibu hamil datang pertama kali di ambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan
- c) Pemeriksaan Protein Urine, dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala preeklamsi.

d) Pemeriksaan Urine Reduksi, hasil untuk ibu hamil dengan riwayat *diabetes melitus* (DM). Bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya *diabetes melitus gestasional* (DMG)

9) Tata Laksana atau Penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan, jika ditemukan ada kelainan maka harus segera ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Untuk kasus yang tidak dapat ditangani maka harus di rujuk sesuai dengan system rujukan. Seperti misalnya konsultasi dengan dokter gigi dan ahli gizi (Henikustarini,2017)

a) Konsultasi kesehatan gigi dan mulut pada ibu hamil

Konsultasi dengan dokter gigi sangat penting untuk menjaga pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan. Karena selama kehamilan terjadi perubahan fisiologis dalam rongga mulut ibu yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan janin. Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut harus dilakukan secara berkala. Apabila ibu hamil merasakan adanya keluhan pada gigi dan mulut maka harus sesegera mungkin mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan gigi untuk mendapatkan pemeriksaan dan perawatan gigi agar ibu hamil terhindar dari penyakit gigi dan mulut yang semakin parah.

b) Konsultasi pada ahli gizi

Konsultasi dengan ahli gizi ntuk mengetahui bagaimana pola nutrisi yang sehat pada ibu hamil. Gizi seimbang adalah susunan

pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh.

Manfaat gizi seimbang untuk ibu hamil antara lain :

- (1) Untuk memenuhi kebutuhan zat gizi ibu dan janin
- (2) Untuk mencapai status gizi ibu hamil dalam keadaan normal, sehingga dapat menjalani kehamilan dengan baik dan aman.
- (3) Untuk membentuk jaringan tubuh janin
- (4) Untuk mengatasi permasalahan selama kehamilan
- (5) Agar ibu mendapatkan energy yang cukup.

Anjuran untuk ibu hamil mengenai gizi seimbang antara lain :

- (1) Mengonsumsi aneka ragam pangan lebih banyak
- (2) Jumlah atau porsi makan
- (3) Frekuensi makan dalam sehari
- (4) Jenis makanan yang tersusun dalam 1 hidangan makanan
- (5) Minum air putih lebih banyak
- (6) Membatasi makanan yang mengandung garam tinggi
- (7) Menghindari makanan yang diawetkan, makanan yang dimasak kurang matang, makanan yang mengandung gas
- (8) Membatasi minum kafein

10) Temu Wicara / Konseling (T10)

Mengingat tidak dapat diramalkannya kondisi ibu dan janin saat proses persalinan berlangsung, khusus untuk daerah Pusat Kesehatan Masyarakat yang jauh dari Rumah Sakit Kabupaten atau Provinsi serta ketiadaan fasilitas kesehatan yang memadai, maka perlu

dipikirkan persiapan-persiapan yang berkenaan dengan rujukan. Terlebih untuk daerah-daerah yang terisolasi oleh hutan, sungai, maupun laut. Oleh karenanya diperlukan komunikasi dengan suami atau keluarga guna mempersiapkan rujukan jika nantinya diperlukan. Dengan manajemen rujukan yang baik dan benar, cepat dan tepat, ibu dan janin yang dilahirkan akan memperoleh penanganan yang benar. Sehingga dapat membantu menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Indonesia.

5. Dasar Teori Kehamilan Risiko Tinggi Usia ≥ 35

1) Definisi

Kehamilan di usia tua ialah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida (Tukiran, 2014).

Penyebab kematian ibu secara tidak langsung dikarenakan keterlambatan maupun kesalahan sewaktu pertolongan persalinan. Belum memadainya pengawasan antenatal juga menyebabkan terjadinya penyulit dan kehamilan resiko tinggi ataupun komplikasi kehamilan. Masih banyaknya ibu dengan 4 T (terlalu tua, terlalu muda, terlalu dekat dan terlalu banyak) (Manuaba, 2012).

Hamil di usia ≥ 35 tahun memiliki resiko kehamilan dan persalinan sangat tinggi yang dapat merugikan kesehatan ibu dan bayi. Kematian maternal pada usia lebih tinggi daripada kematian maternal pada usia 20-34 tahun. Pada usia ≥ 35 terjadi penurunan fungsi pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi (Prawirohardjo, 2014)

2) Resiko pada Kehamilan Resiko Tinggi Usia \geq 35 Tahun

a) Preeklamsia dan Eklamsia

Sehubungan dengan makin tingginya usia ibu, uterine semakin mengalami degenerasi. Patofisiologi terjadinya preeklampsia sampai saat ini pun belum diketahui dengan jelas. Banyak teori yang telah dikemukakan mengenai terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Harrison (2012) menyebutkan bahwa preeklampsia dapat terjadi akibat kelainan implantasi plasenta, serta akibat perubahan pada ginjal dan sistem vaskuler secara keseluruhan, dimana, akibat adanya disfungsi endotel, faktor-faktor yang memungkinkan perkembangan pembuluh darah menjadi berubah, menyebabkan menyebabkan timbulnya lesi yang khas pada sel endotel glomerulus, yang ditandai dengan adanya *mikroskopis thrombus*, sehingga mengakibatkan menurunnya fungsi ginjal (Rochdjati, 2014)

b) Diabetes Gestasional

Resiko lainnya dari kehamilan di atas usia 35 tahun adalah ibu dapat mengalami kemungkinan munculnya gejala diabetes gestasional. Kondisi kehamilan ini dapat menyebabkan kurang terkontrolnya produksi insulin di dalam tubuh. Apabila di kombinasi dengan asupan gizi yang tidak teratur, akan menyebabkan gula darah sang ibu dapat mengalami kenaikan (Rochdjati, 2014).

c) Plasenta Previa

Plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang berimplantasi di atas atau sangat berdekatan dengan *ostium uteri*

internum. Usia ibu yang semakin lanjut meningkatkan risiko plasenta previa. Terdapat 1 insiden dalam 1500 kehamilan pada perempuan kelompok usia ≤ 19 tahun dan sebesar 1 insiden dalam 100 kehamilan pada perempuan kelompok usia >35 tahun. Penelitian FASTER juga menyebutkan, mereka yang berusia >35 tahun memiliki risiko 1,1% untuk mengalami plasenta previa dibandingkan dengan wanita yang berusia <35 tahun yang hanya beresiko 0,5% (Rochdjati, 2014).

d) Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Pecahnya ketuban pada kehamilan prematur pada banyak kasus tidak diketahui sebabnya, namun infeksi intrauterin asimptomatik merupakan penyebab tersering terjadinya KPD. Usia tua merupakan faktor risiko terjadinya *bakteriuria asimptomatik* pada kehamilan, hal ini didasarkan bahwa pada ibu usia tua umumnya telah terjadi beberapa kehamilan sebelumnya (multiparitas), dan multiparitas adalah salah satu faktor risiko dari *bakteriuria asimptomatik* (Rochdjati, 2014).

e) Serotinus

Serotinus atau kehamilan lewat bulan adalah suatu kondisi kehamilan dimana persalinan terjadi pada minggu ke 42 atau lebih. Pada studi yang dilakukan *Roos* didapatkan 8,94% kehamilan lewat bulan, dimana didapatkan peningkatan lebih dari 50% kehamilan lewat bulan pada ibu usia ≥ 35 tahun dan primipara (Besari, 2013).

f) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ketiga (Sulistiyawati, 2012).

- 3) Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan Usia ≥ 35 Tahun (Kemenkes RI, 2015)
- a) Berikan KIE tentang pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan pada trimester III minimal 2x kunjungan.
 - b) Berikan KIE tentang ANC terpadu yang meliputi pemeriksaan laboratorium urin dan darah, pemeriksaan gizi, gigi dan pemeriksaan penunjang lainnya.
 - c) Melakukan deteksi dini dengan menggunakan kartu skor untuk digunakan sebagai alat screening atau deteksi dini faktor resiko ibu hamil.
 - d) Berikan KIE senam hamil secara rutin untuk mengurangi dan mencegah timbulnya gejala-gejala yang mengganggu selama

kehamilan dan mengurangi ketegangan otot-otot sendi sehingga mempermudah proses kelahiran.

- e) KIE tentang persiapan persalinan sesuai faktor resiko ibu hamil untuk bersalin di fasilitas kesehatan atau rumah sakit dan di tolong oleh tenaga kesehatan.
- f) Libatkan keluarga untuk memberikn dukungan pada ibu.
- g) Jelaskan tanda-tanda persalinan.
- h) Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan setiap 1 minggu atau apabila ada keluhan.

6. Dasar Teori Multipara

a. Definisi

Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali. Kehamilan multipara termasuk kehamilan resiko tinggi (Prawirohardjo, 2009).

b. Resiko Kehamilan Multipara

- 1) Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin urang dari 500 gram (Wiknjosastro, 2013).
- 2) Perdarahan Postpartum adalah Perdarahan pasca persalinan yang dapat disebabkan oleh atonia uteri. Hal ini karena tonus otot uterus yang sering diregangkan akibat kehamilan yang terlalu sering dan lebih dari 4 kali sehingga dinding otot menipis dan kontraksinya menjadi lemah. Hingga pada akhirnya terjadi perdarahan postpartum.

3) Solusio Placenta adalah komplikasi kehamilan dimana placenta terlepas dari dinding uterus bagian dalam sebelum proses persalinan. Lepasnya placenta ini dapat menyebabkan pasokan nutrisi dan oksigen bayi menurun dan dapat menyebabkan perdarahan antepartum.

c. Asuhan Kebidanan pada Multigravida

- 1) Melakukan pemantauan kondisi fisik dan monitoring vital sign
- 2) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
- 3) Menganjurkan ibu agar tidak melakukan aktivitas fisik yang terlalu berat
- 4) Anjurkan ibu untuk pemeriksaan kehamilannya 1 minggu lagi

7. Kartu Skor Poedji Rochjati

a. Definisi

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan system skor.

Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.

Fungsi dari KSPR anatara lain :

- 1) Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi
- 2) Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan
- 3) Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana
(Komunikasi Informasi Edukasi/KIE)
- 4) Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas
- 5) Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan,
nifas dengan kondisi ibu dan bayinya
- 6) Audit Maternal Perinatal (AMP)

b. Sistem Skor

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kotak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2 (hijau)
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor \geq 12 (merah)

c. Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR

- 1) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)
 - a) Primi muda adalah terlalu muda hamil, usia 16 tahun atau kurang
 - b) Primi Tua adalah terlalu tua, hamil usia \geq 35 tahun
 - c) Primi Tua Sekunder adalah jarak anak terkecil $>$ 10 tahun

- d) Anak terkecil < 2 tahun adalah terlalu cepat memiliki anak lagi
 - e) Grande multi adalah terlalu banyak memiliki anak ≥ 4
 - f) Umur ibu ≥ 35 tahun atau terlalu tua
 - g) Tinggi badan ≤ 145 cm terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
 - h) Pernah gagal kehamilan
 - i) Persalinan yang lalu dengan tindakan
 - j) Bekas operasi sesar
- 2) Kelompok Faktor Risiko II
- a) Penyakit ibu, seperti anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
 - b) Preeklampsia ringan
 - c) Hamil kembar
 - d) Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
 - e) IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan
 - f) Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
 - g) Letak sungsang & Letak Lintang
- 3) Kelompok Faktor Risiko III
- a) Perdarahan Antepartum dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa
 - b) Preeklampsia berat/eklampsia

Tabel 2.9

Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKOR	Triwulan			
				I	II	III .1	III .2
		Skor Awal Ibu Hamil	2			2	
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4			4	
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4			4	
	9	Pernah melahirkan dengan a. Tarikan tang/vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/transfuse	4 4 4			4	
10	Pernah operasi sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria, c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		Kencing Manis (Diabetes)	4				
		Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR				14	

8. Konsep Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2010).

b. Sebab- sebab terjadinya persalinan (Manuaba, 2010)

Beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his. Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan saat hamil, yaitu :

1. Estrogen

- a) Meningkatkan sensitivitas otot Rahim
- b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

2. Progesteron

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

Estrogen dan progesterone terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise parst

anterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu makin tua usia kehamilan maka frekuensi kontraksi makin sering.

Oksitosin diduga bekerja sama atau melalui prostaglandin yang makin meningkat mulai dari umur kehamilan minggu ke-15, disamping itu faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk dimulainya kontraksi rahim. Berdasarkan uraian tersebut dapat dikemukakan beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan :

1) Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda seringkali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

2) Teori penurunan progesterone

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Villi korionik mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin.

Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3) Teori oksitoksin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofise pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

4) Teori prostaglandin

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

5) Teori *hipotalamus pituitari* dan *glandula suprarenalis*

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh (Linggin, 1973). Malpar tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama.

Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Dari 14 beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-pituitari dengan

mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

Bagaimana terjadinya persalinan masih tetap belum dapat dipastikan, besar kemungkinan semua faktor bekerja bersama-sama, sehingga pemicu persalinan menjadi multifaktor (Manuaba, 2010).

c. Persiapan Asuhan Persalinan

Persiapan Asuhan Persalinan menurut JNPK-KR tahun 2013 :

1) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi di rumah (rumah ibu atau rumah kerabat), di tempat bidan, Puskesmas, Polindes atau Rumah Sakit. Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai. Laksanakan upaya pencegahan infeksi (PI) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk asuhan persalinan dan kelahiran bayi

Pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi. Jika tempat persalinan dan kelahiran bayi akan terjadi jauh dari fasilitas kesehatan, bawalah semua keperluan tersebut ke lokasi persalinan. Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan jiwa ibu dan bayi.

- 3) Persiapan rujukan, kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan/atau bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan/perawatan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian(termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

Singkatan **BAKSOKUDA** digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi :

- a) **B** (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.
- b) **A** (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.
- c) **K** (Keluarga) : Beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga

yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

- d) **S** (Surat) : Berika surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
- e) **O** (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama di perjalanan.
- f) **K** (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
- g) **U** (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal d fasilitas rujukan.
- h) **D** (Donor Darah) : Siapkan dari keluarga untuk menjadi pendonor atau menyiapkan darah yang sama dengan ibu.
- i) **O** (Doa) : Keluarga berdoa untuk kondisi ibu dan/atau bayi baru lahir serta perjalanan menuju ke fasilitas rujukan lancar.

d. Kebutuhan Ibu Bersalin

Kebutuhan ibu dalam proses persalinan (Manuaba, 2010):

- 1) Kebutuhan fisiologis meliputi oksigen, makan dan minum, istirahat selama tidak ada his, kebersihan badan terutama genitalia, buang air kecil dan buang air besar, pertolongan persalinan yang terstandar, penjahitan perineum bila perlu.
- 2) Kebutuhan rasa aman yaitu memilih tempat dan penolong persalinan, informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan, posisi tidur yang dikehendaki ibu, pendampingan oleh keluarga, pantauan selama persalinan, intervensi yang diperlukan.
- 3) Kebutuhan dicintai dan mencintai yaitu pendampingan oleh suami/keluarga, kontak fisik (memberi sentuhan ringan), mengurangi rasa sakit, berbicara dengan suara yang lembut dan sopan.
- 4) Kebutuhan harga diri yaitu merawat bayi sendiri dan memberi ASI, asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu, pelayanan yang bersifat empati dan simpati, informasi bila akan melakukan tindakan, memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan.
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri yaitu memilih tempat dan penolong sesuai keinginan, memilih pendamping selama persalinan, *bounding and attachment*.

e. Tanda-tanda persalinan (Manuaba, 2010) :

1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang rasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempengaruhi terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas kekuatan makin bertambah. Tanda his baik adalah kontraksi simultan simetris di seluruh uterus, kekuatan terbesar (dominasi) di daerah fundus, terdapat periode relaksasi di antara dua periode kontraksi, terdapat retraksi otot-otot korpus uteri setiap sesudah his, serviks uteri yang banyak mengandung kolagen dan kurang mengandung serabut otot, akan tertarik ke atas oleh retraksi otot-otot korpus, kemudian terbuka secara pasif dan mendatar (*cervical effacement*). *Ostium uteri eksternum* dan *internum* pun akan terbuka.

Pada fase pertama yaitu terjadinya pembukaan (dilatasi) dan penipisan leher rahim dengan pembukaan leher rahim mencapai 3 cm, selain itu ibu mulai merasakan kontraksi yang jelas berlangsung selama 30-50 detik dengan jarak 5-20 menit. Semakin bertambah pembukaan leher rahim, semakin sering kontraksi.

Beberapa ibu, khususnya yang sensitif, mulai merasa sakit, namun beberapa ibu lainnya tidak merasa sakit sama sekali. Pada fase aktif kontraksi semakin lama (berlangsung 40-60 detik), kuat, dan sering (3-4 menit sekali). Pembukaan leher rahim mencapai 7 cm (Manuba, 2010).

2) Pengeluaran lendir dan darah

Dengan his persalinan terjadi perubahan serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadinya perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam 24. (Manuaba, 2010)

4) Terjadi *lightening*

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah mulai masuk pintu atas panggul yang disebabkan :

- a) Kontraksi *Braxton hicks*
- b) Ketegangan dinding perut
- c) Ketegangan ligamentun rotandum
- d) Gaya berat janin dimana kepala kearah bawah

5) Masuknya kepala bayi kepintu atas panggul dirasakan ibu hamil

- a) Terasa ringan dibagian atas, rasa sesaknya berkurang
- b) Dibagian bawah terasa sesak
- c) Terjadi kesulitan saat berjalan
- d) Sering BAK
- e) Terjadi his permulaan

6) Sifat kontraksi palsu

Pada hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton hicks* dikemukakan sebagai keluhan karena dirasakan sakit dan mengganggu. *Braxton hicks* terjadi karena perubahan keseimbangan hormone estrogen, progesterone, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan semakin tua usia kehamilan pengeluaran estrogen dan progesterone semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

Ciri-cirinya antara lain yaitu :

- a) Rasa nyeri ringan dibawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks
- d) Durasinya pendek
- e) Tidak bertambah/ hilang saat dibawa beraktivitas

f. Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan

Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan yaitu passage (jalan lahir), power (his dan tenaga mengejan), dan passanger (janin, plasenta dan ketuban), serta faktor lain seperti psikologi dan faktor penolong (Manuba, 2010).

g. Mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu (Sumarah, 2009) :

- 1) *Engangement*, pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal

persalinan. *Engagement* adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi.

- 2) Penurunan kepala, terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong, kontraksi otot-otot abdomen, ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.
- 3) Fleksi, terjadi apabila kepala semakin turun ke rongga panggul, kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya dihodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm).
- 4) Putaran paksi dalam, 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), untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.
- 7) Ekspulsi, terjadi setelah kepala lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih

dahulu baru kemudian bahu belakang. Maka lahirnya bayi seluruhnya (ekspulsi).

h. Tahapan persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*) kala dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar \pm 8 jam. Berdasarkan kurva *friedman* pembukaan primi 1 cm/jam, sedangkan pada multi 2 cm/jam.

Kala pembukan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten berupa pembukaan serviks sampai ukuran 3 cm dan berlangsung dalam 7-8 jam serta fase aktif yang berlangsung \pm 6 jam, di bagi atas 3 subfase, yaitu periode akselerasi berlangsung 2 jam dan pembukaan menjadi 4 cm, periode dilatasi maksimal selama 2 jam dan pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm, terakhir ialah periode deselerasi berlangsung lambat selama 2 jam dan pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Prawirohardjo, 2011).

a) Fase laten pada kala satu persalinan

Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b) Fase Aktif pada kala satu persalinan

Frekuensi dan lama kontraksi terus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Kala II (kala pengeluaran janin).

Tabel 2.10
Frekuensi minimal penilaian
intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : (Manuba Ida Ayu, 2012)

Penilaian yang dilakukan pada setiap pemeriksaan dalam, pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I pada persalinan dan setelah selaput ketuban pecah. Gambarkan temuan-temuan pada partograf. Pada setiap

pemeriksaan dalam, catat hal-hal yaitu warna cairan amnion, dilatasi serviks, penurunan kepala (yang dapat dicocokkan dengan periksa luar), jika serviks belum membuka pada pemeriksaan dalam pertama, mungkin diagnosis inpartu belum dapat ditegakkan, Jika terdapat kontraksi yang menetap, periksa ulang wanita tersebut setelah 4 jam untuk melihat perubahan pada serviks (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Dukungan pada persalinan kala I dapat mengurangi rasa nyeri persalinan dan memberi kenyamanan, karena dengan melakukan ini dapat menurunkan resiko, kemajuan persalinan bertambah baik, serta hasil persalinan bertambah baik. Rasa nyeri ini salah satunya disebabkan karena ketegangan dan kecemasan dalam menghadapi persalinan (Manuba, 2010).

Dengan menggunakan metode relaksasi dapat dipandang sebagai upaya pembebasan mental dan fisik dari tekanan dan stres. Dengan metode relaksasi, klien dapat mengubah persepsi terhadap nyeri. Kemampuan dalam melakukan metode relaksasi fisik dapat menyebabkan relaksasi mental. Metode relaksasi memberikan efek secara langsung terhadap fungsi tubuh.

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa ada pengaruh teknik relaksasi terhadap tingkat nyeri kontraksi uterus kala I aktif pada pasien persalinan normal. Metode relaksasi yang dilakukan secara benar pada ibu bersalin yang mengalami nyeri

kontraksi dapat memberikan pengaruh terhadap respons fisiologis nyeri persalinan.

Hal ini disebabkan oleh efek dari metode relaksasi, yaitu menimbulkan kondisi rileks, mereka dapat melepaskan ketegangan otot, menghilangkan stress dari pengalaman persalinan yang lalu, dan memberikan perasaan nyaman pada ibu.

Dukungan dari pihak tenaga kesehatan pun sangat berpengaruh terhadap psikis ibu. Ketika seseorang dalam kondisi relaksasi, ketakutan kecemasan akan mereda dan diikuti oleh respons tubuh, sehingga ibu mampu mengendalikan diri dalam menghadapi nyeri kontraksi yang ada (Manuaba, 2010).

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (JNPK-KR Depkes RI, 2013).

Gejala dan tanda kala II persalinan yaitu ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum/pada vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Prawiroharjo, 2010).

Penanganan adalah memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan menghadirkan pendamping ibu agar meras

nyaman, menjaga kebersihan diri, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan ibu, dengan cara menjaga privasi ibu. Penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu, membantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman pada saat meneran, memastikan kandug kemih tetap kosong, membantu membimbing saat meneran selama his, periksa DJJ pada saat tidak ada his. Letakkan kain bersih diatas perut ibu dan letakkan kain bersih untuk alas bokong.

Kemajuan persalinan dalam kala II, yaitu dengan penurunan yang teratur dari janin dijalan lahir, dimulainya fase pengeluaran, yaitu kelahiran kepala bayi, letakkan tangan didepan perineum ibu untuk menekan perineum agar mengurangi resiko defleksi kepala bayi dan untuk mengurangi resiko ruptur yang tidak beraturan pada perineum.

Setelah kepala bayi lahir, usap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir atau darah. Memeriksa ada atau tidaknya lilitan tali pusat pada leher bayi. Kemudian menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar.

Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, maka ubah posisi tangan dengan memegang kepala bayi secara biparietal. Ekstraksikan kearah bawah secara berhati-hati untuk melahirkan bahu depan, setelah bahu depan lahir maka ekstraksikan kearah atas untuk melahirkan bahu belakang.

Setelah bahu lahir, maka ubah posisi tangan untuk dilakukan sangga susur.

Setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas perut ibu. Kemudian keringkan tubuh bayi secara menyeluruh, bersihkan bagian mata dan lakukan penilaian selintas dengan cepat dan tepat. Klem tali pusat dengan umbilikal cord dan klem tali pusat, segera lakukan pemotongan tali pusat.

Pastikan bahwa bayi tetap hangat dan memiliki kontak kulit dengan kulit ibu. Bungkus bayi dengan kain yang bersih, kering dan lembut, pakaikan topi bayi untuk menghindari hilangnya panas tubuh bayi dan tutupkan dengan selimut.

Lakukan IMD selama 1 jam, kemudian setelah IMD dilakuan injeksi vitamin K 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

Pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari dilakukan 1 jam setelah pemberian vitamin K. Dilakukan secara Intramuskular dan pemberian imunisasi ini untuk memberikan kekebalan tubuh terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR Depkes RI, 2013).

3) Kala III (Kala Uri atau Pengeluaran Placenta)

Kala III yaitu waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR Depkes RI, 2013).

Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat.

Manajemen aktif kala III, yaitu pemberian suntikan oksitosin, melakukan peregangan tali pusat terkendali, massase fundus uteri.

4) Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi tekanan darah, nadi, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, perdarahan pervaginam. selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam (Saifuddin, 2012).

Asuhan dan pemantauan kala IV yaitu lakukan rangsangan taktil (*massase*) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat, evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan, perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan, periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (*laserasi* atau *episiotomi*), evaluasi keadaan umum ibu, dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan (Saifuddin, 2010).

i. Partus Macet

1) Pengertian

Partus macet adalah kondisi dimana kontraksi uterus kuat tetapi fetus tidak bisa turun ke pelvis karena ada sesuatu yang menghalanginya (WHO, 2010).

2) Faktor Penyebab

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gudina, dkk (2016) yang dilakukan di Adama Hospital Medical College, dari 384 persalinan sebanyak 9,6% terjadi partus macet. Adapun penyebab partus macet tersebut yaitu sebanyak 54,1% disebabkan karena CPD (*Cephalo Pelvic Disproportional*), 29,7% karena malposisi dan 16,2% karena malpresentasi.

Adapun penyebab partus macet tersebut diuraikan sebagai berikut :

a) *Cephalo Pelvic Disproportional* (CPD)

Cephalopelvic disproportion terjadi ketika tidak adanya kesesuaian antara kepala janin dengan pelvis. Kondisi itu tidak memungkinkan fetus melewati pelvis dengan mudah. Cephalopelvic disproportion dapat terjadi pada pelvis yang kecil dengan ukuran kepala fetus yang normal, atau pelvis yang normal dengan fetus yang besar, atau kombinasi antara fetus yang besar dengan pelvis yang kecil. Cephalopelvic disproportion tidak dapat didiagnosa sebelum umur kehamilan berumur 37 minggu (WHO, 2010).

b) *Passage* / Kelainan jalan lahir

Partus macet karena kelainan jalan lahir dapat disebabkan karena kelainan pada jaringan keras yang disebut tulang panggul dan kelainan pada jaringan lunak panggul.

- (1) Partus macet karena kelainan panggul atau bagian keras disebabkan oleh kesempitan panggul. Panggul dibedakan menjadi tiga pintu yaitu pintu atas panggul, pintu tengah panggul dan pintu bawah panggul. Pintu atas panggul dianggap sempit apabila konjugata vera ≤ 10 cm atau diameter transversal ≤ 12 cm.

Kesempitan pintu tengah panggul jika diameter interspinarum < 9 cm dan diameter transversal ditambah dengan diameter sagitalis posterior $\leq 13,5$ cm, sedangkan pintu bawah panggul dianggap sempit jika jarak antar tuber os iscii ≤ 8 cm. Jika jarak ini berkurang maka arkus pubis akan meruncing, oleh karena itu besarnya arkus pubis dipergunakan untuk menentukan kesempitan pintu bawah panggul.

Kesempitan pintu atas panggul dapat berakibat persalinan menjadi lebih lama akibat gangguan pembukaan dan banyak waktu yang digunakan untuk molase kepala janin sedangkan kesempitan pintu tengah panggul dan pintu bawah panggul dapat menimbulkan gangguan putaran paksi (Fauziyah Yulia, 2012).

(2) Partus macet karena kelainan jalan lahir lunak disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kelainan vulva (atresia karena bawaan atau didapat seperti radang atau trauma), kelainan vagina (atresia, sekat atau tumor), kelainan serviks (atresia conglutination orivicii eksternii, cicatrices servik, servik kaku pada primi tua), abnormalitas uteri dan tumor (Solikhah Umi, 2011).

3) *Passanger* / kelainan janin

Keadaan normal presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (saat memasuki pintu atas panggul) dan posisi anterior (setelah melewati pintu tengah panggul), dengan presentasi tersebut kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya (sirkumferensia suboksipitobregmitikus).

Hal tersebut dicapai bila sikap kepala janin fleksi. Sikap yang tidak normal akan menimbulkan kesulitan persalinan yang disebabkan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar. Berdasarkan kelainannya, partus macet karena kelainan *passanger* dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu :

a) Partus Macet karena kelainan presentasi janin

Menurut Prawirohardjo Sarwono (2010), Presentasi adalah titik tunjuk untuk menentukan bagian terendah janin.

Adapun Kelainan presentasi janin dibedakan menjadi beberapa macam yaitu :

(1) Presentasi puncak kepala

Menurut Marmi, dkk (2016) presentasi puncak kepala atau disebut juga presentasi sinsiput, terjadi apabila derajat untuk kemudian dapat berubah menjadi presentasi belakang kepala atau presentasi muka, atau tetap menjadi presentasi dahi, oleh karena itu apabila tidak terdapat gawat janin menunggu kemajuan persalinan dapat dilakukan. Bila presentasinya tetap presentasi dahi, maka janin tidak dapat dilahirkan pervaginam karena besarnya diameter oksipitomental yang harus melewati panggul, maka tindakan seksio sesarea diperlukan untuk melahirkan janin dengan presentasi dahi (Prawirahardjo Sarwono, 2010).

(2) Presentasi muka

Menurut Cunningham, dkk (2012) presentasi muka merupakan presentasi kepala dengan defleksi maksimal hingga oksiput mengenai punggung dan muka terarah ke bawah. Penyebab presentasi muka yaitu adanya pembesaran leher yang nyata atau lilitan tali pusat di sekitar leher dapat menyebabkan ekstensi, janin anensefalus, panggul sempit, janin sangat besar, paritas tinggi dan perut gantung.

(3) Presentasi bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki atau kombinasi keduanya. Faktor resiko terjadinya presentasi bokong adalah panggul sempit, terdapat lilitan tali pusat atau tali pusat pendek, kelainan uterus (uterus arkuatum, uterus septum, uterus dupleks), terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuknya kepala janin ke pintu atas panggul, plasenta previa, kehamilan ganda (Manuaba, 2008).

(4) Presentasi bahu

Presentasi bahu adalah janin dalam kondisi melintang di dalam uterus dengan sumbu janin tegak lurus atau hampir tegak lurus dengan sumbu panjang ibu dan bahu sebagai bagian terendah janin. Penyebab presentasi bahu yaitu dinding perut yang kendur pada multipara, kesempitan panggul, plasenta previa, prematuritas, kelainan bentuk rahim seperti uterus arkuatum, mioma uteri dan kehamilan ganda (Fauziyah Yulia, 2012).

b) Partus macet karena kelainan posisi janin

(1) *Persisten Oksipito Posterior* (POP)

Persisten Oksipito Posterior (POP) yaitu ubun-ubun kecil tidak berputar ke depan, sehingga tetap

berada di belakang disebabkan karena usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Etiologi POP yaitu usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul, pada diameter anteroposterior lebih besar dari diameter transversal pada panggul anterior, segmen depan menyempit seperti pada panggul android, ubun-ubun kecil akan sulit memutar ke depan, otot-otot dasar panggul lembek pada multipara atau kepala janin yang kecil dan bulat sehingga tak ada paksaan pada belakang kepala janin untuk memutar ke depan (Rukiyah, dan Lia, 2010).

(2) *Deep Transverse Position (DTP)*

Deep Transverse Position yaitu keadaan dimana pembukaan serviks telah lengkap, kepala berada di dasar panggul dan sutura sagitalis melintang (Marmi, dkk, 2016).

4) Partus macet karena kelainan janin

Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml, akan tetapi dapat mencapai pula hingga 5 liter. Penyebab hidrosephalus adalah tersumbatnya aliran cairan cerebro spinal (CSS) pada salah satu tempat antara tempat pembentukan CSS dalam sistem ventrikel dan tempat absorpsi dalam ruang subarachnoid. Akibat penyumbatan tersebut terjadi dilatasi ruangan CSS di atasnya. Hidrosephalus disebabkan oleh

satu dari tiga faktor yaitu produksi CSS yang berlebihan, obstruksi jalur atau gangguan absorpsi CSS (Rukiyah, A. Y. dan Lia Yulianti, 2010).

5) Kembar Siam

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal terpisah secara sempurna. Kembar siam dibedakan menjadi dua yaitu dizigot (kembar yang berasal dari dua sel telur yang dibuahi sperma) dan monozigot (kembar yang berasal dari satu telur yang dibuahi sperma kemudian membelah menjadi dua). Pembelahan pada kembar siam akan menentukan kondisi bayi.

Masa pembelahan sel telur terbagi menjadi empat waktu yaitu 0-72 jam, 4-8 hari, 9-12 hari dan 13 hari atau lebih. Pembelahan yang terjadi pada waktu 13 hari atau lebih akan menghasilkan satu plasenta dan satu selaput ketuban serta karena waktu pembelahannya yang kelamaan sehingga sel telur terlanjur berdempetan. Faktor yang mempengaruhi waktu pembelahan dan mengakibatkan pembelahan tidak sempurna sehingga mengakibatkan dempet dikaitkan dengan infeksi, kurang gizi dan masalah lingkungan (Marmi, dkk, 2016).

3) Tanda-tanda partus macet

Menurut Medforth, dkk (2011), partus macet memiliki tanda-tanda yaitu :

a) Pada kala satu

- (1) Pada palpasi abdomen, bagian presentasi gagal untuk mencakap
- (2) Serviks berdilatasi secara lambat
- (3) Bagian presentasi tetap berada secara loggar ke serviks

b) Pada kala satu akhir atau dua persalinan (tanda obstruksi akhir)

- (1) Pereksia maternal dan nadi yang cepat
- (2) Nyeri dan ansietas maternal
- (3) Dehidrasi dan haluran urin yang buruk, ketosis, terkadang urin bercampur darah
- (4) Hasil pemeriksaan jantung janin yang tidak reaktif
- (5) Jarang cincin retraksi terlihat per abdomen dan tanda sambungan antara segmen bawah yang teregang dan segmen atas (bandle ring)
- (6) Pada pemeriksaan dalam vagina terasa panas dan kering, bagian presentasi janin tinggi dan kapus suksadeneum dan atau molase terjadi pada tengkorak janin

j. Komplikasi distosia bagi ibu dan janin

Penelitian yang dilakukan oleh Gupta dan Porwal tahun 2011 di Gyne & Obst Dept, Govt Medical College, Jhalawar, Rajasthan, India, terdapat 70% kejadian partus macet dari total 6.296 persalinan.

70% kejadian partus macet tersebut 5 pasien dilakukan subtotal histerektomi karena ruptur uteri, 27,1% terjadi sepsis, 55,7% bayi dirawat di NICU (Neonatus Intensive Care Unit) karena rendahnya nilai APGAR pada menit pertama.

Persalinan dengan distosia dapat menyebabkan timbulnya komplikasi, baik pada ibu maupun perinatal. Komplikasi yang ditimbulkan adalah sebagai berikut (Prawirohardjo Sarwono, 2010) :

1) Komplikasi bagi ibu

a) Infeksi intrapartum

Infeksi adalah bahaya serius yang mengancam ibu dan janinnya terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri di dalam cairan amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh karion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin. Pneumonia pada janin akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi adalah konsekuensi serius lainnya.

b) Ruptur Uteri

Apabila disproporsi diantara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cakap dan tidak adanya penurunan, segmen bawah uterus menjadi sangat teregang yang kemudian dapat menyebabkan ruptur. Pada kasus ini mungkin terbentuk cincin retraksi patologis yang dapat diraba sehingga sebuah krista transversal atau oblik yang berjalan melintang di uterus antara simfisis dan umbilikus.

c) Pembentukan fistula

Apabila bagian terbawah janin menekan kuat ke pintu atas panggul tetapi tidak maju untuk jangka waktu yang cukup lama, bagian jalan lahir yang terletak dataranya dan dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan, karena gangguan sirkulasi dapat terjadi nekrosis yang akan jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dengan munculnya fistula vesikovaginal, vesikoservikal, atau rektovaginal.

d) Cedera dasar panggul

Cedera otot-otot dasar panggul atau persarafan atau fascia penghubungnya merupakan konsekuensi yang tidak terelakan pada persalinan pervaginam, terutama persalinannya sulit. Saat kelahiran bayi dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan ke bawah akibat upaya mengejan ibu.

Gaya-gaya ini meregangkan dan melebarkan dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomis di otot, saraf, dan jaringan ikat. Terdapat semakin besar kekhawatiran bahwa efek-efek pada otot dasar panggul selama melahirkan ini akan menyebabkan inkontinensia urin dan alvi serta prolaps organ panggul.

2) Komplikasi bagi bayi

Komplikasi yang mungkin ditimbulkan karena partus macet bagi janin adalah sebagai berikut :

a) Kaput suksadaneum

Apabila panggul sempit sewaktu persalinan sering terjadi kaput suksadaneum yang besar di bagian terbawah kepala janin. Kaput ini dapat berukuran cukup besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius. Biasanya kaput suksadaneum bahkan yang besar sekalipun akan menghilang dalam beberapa hari.

b) Moulase kepala janin

Akibat tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura-sutura besar, suatu proses yang disebut moulase. Biasanya batas median tulang perietal yang berkontak dengan promontorium sakrum bertumpang tindih dengan tulang disebelahnya, hal yang sama terjadi pada tulang-tulang frontal, namun tulang oksipital terdorong ke bawah tulang parietal. Perubahan-perubahan ini sering terjadi tanpa menimbulkan kerugian yang nyata, namun apabila distosia yang terjadi mencolok, moulase dapat menyebabkan robekan tentorium, laserasi pembuluh darah janin dan perdarahan intrakranial pada janin.

k. Penatalaksanaan Partus Macet

Menurut WHO (2010), penanganan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan partus macet yaitu :

1) Rehidrasi pasien

Bertujuan untuk mempertahankan volume plasma dan mencegah atau mengobati hidrasi dan keton.

a) Memasang IV kateter, menggunakan needle ukuran besar (no.18)

b) Jika ibu mengalami syok, berikan larutan salin atau ringer laktat hingga 1 liter, kemudian ulangi 1 liter dengan tetesan 20 tetes per menit sampai nadi lebih dari 90 kali per menit, tekanan darah sistolik 100 mmHg atau lebih tinggi. Namun jika muncul masalah pernafasan, turunkan 1 liter untuk 4-6 jam.

c) Jika ibu tidak mengalami syok tetapi ada dehidrasi dan ketonik, beri 1 liter cepat dan ulangi jika masih dehidrasi dan ketonik. Kemudian turunkan 1 liter untuk 4-6 jam.

d) Catat dengan tepat pemberian cairan intravena dan pengeluaran urin

2) Beri antibiotic

Jika terdapat tanda-tanda infeksi atau membran telah pecah lebih dari 18 jam, umur kehamilan 37 minggu atau lebih berikan antibiotik seperti dibawah ini :

a) Ampicilin 2 g tiap 6 jam

- b) Gentamisin 5 mg/BB/IV tiap 24 jam
 - c) Jika ibu akan melahirkan secara sesarea, lanjutkan pemberian antibiotik dan berikan metronidazol 500 mg/IV tiap 8 jam sampai demam turun selama 48 jam
- 3) Berikan dukungan
- Pasien yang akan melahirkan pervaginam didampingi untuk memberikan kenyamanan dan dukungan. Jelaskan semua prosedur kepada pasien, minta izin kepadanya untuk melakukan tindakan, dengarkan dan peka terhadap perasaan saat akan bersalin.
- 4) Kelahiran bayi
- a) Jika pasti cephalopelvic disproportional, bayi harus dilahirkan secara sectio sesarea
 - b) Jika bayi meninggal, harus dilahirkan secara embriotomi atau jika tidak mungkin lahirkan dengan seksio sesarea
 - c) Jika bayi masih hidup, servik telah berdilatasi maksimal dan kepala berada distasi 0 atau dibawahnya, lahirkan dengan ekstasi vavum
 - d) Jika bayi masih hidup dan servik telah berdilatasi maksimal dan ada indikasi untuk melakukan simpisiotomi untuk meringankan kemacetan (jika seksio sesarea tidak memungkinkan) dan kepala bayi berada di stasi 2, maka lahirkan dengan simpisiotomi dan ekstaksi vakum.

e) Jika terjadi kemacetan, sedangkan janin hidup tetapi pembukaan serviks lengkap dan kepala janin terlalu tinggi untuk dilakukan tindakan vakum segera lahirkan janin dengan tindakan seksio sesarea.

1. Ruptur Perineum

Rupture perineum adalah terpotongnya selaput lendir vagina, selaput dara, daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi depan anus. Batas otot-otot diafragma pelvis (m.perinealis, m. coccygeus) dan diafragma urogenitalis (m.perinealis transversus profunda, m.constictor uretra), serviks, portio, septum rektovaginalis akibat dari tekanan benda tumpul.

Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu di evaluasi yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi, sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks dan robekan uterus, perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan yang bersifat arteli atau pecahnya pembuluh darah vena. Ruptur Perineum dapat terjadi karena adanya ruptur spontan maupun episiotomi.

Indikasi Faktor Ibu diantaranya adalah Partus presipitatus yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong, Pasien tidak mampu berhenti mengejan, Partus diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan, oedema dan kerapuhan pada perineum, Varikosis vulva yang melemahkan jaringan perineum, Arcus pubis

sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit pula sehingga menekan kepala bayi ke arah posterior, Perluasan episiotomi.

Indikasi Faktor Bayi diantaranya adalah Bayi yang besar, Posisi kepala yang abnormal, misalnya presentasi muka dan occipitoposterior, Kelahiran bokong, Ekstaksi forceps yang sukar, Distosia bahu, Anomali kongenital, seperti hydrocephalus.

1) Derajat robekan perineum :

- a) Derajat 1, Robekan derajat pertama meliputi mukosa vagina, fourchette dan kulit perineum tepat dibawahnya. Robekan derajat pertama ini kecil dan diperbaiki sesederhana mungkin. Tujuannya adalah merapatkan kembali jaringan yang terpotong dan menghasilkan hemostatis.
- b) Derajat 2, Robekan derajat kedua meliputi mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum. Pada robekan perineum derajat 2 setelah diberi anestesi lokal, otot-otot diafragma urogenitalis dihubungkan di garis tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikutsertakan jaringan-jaringan bawahnya.
- c) Derajat 3, Robekan derajat ketiga meluas sampai mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna. Menjahit robekan perineum derajat 3 harus dilakukan dengan teliti. Mula-mula dinding depan rectum yang robek dijahit, kemudian fascia perrektal ditutup, dan muskulus sfingter ani eksternus yang robek dijahit. Selanjutnya dilakukan

penutupan robekan seperti pada robekan perineum derajat 2. Robekan derajat 3 yang total diperbaiki lapis demi lapis. Perbaikan pada robekan partial derajat 3 serupa dengan perbaikan pada robekan total, kecuali dinding rectum masih utuh dan perbaikan dimulai dengan mendapatkan kembali kedua ujung sfingter recti yang robek.

- d) Derajat 4, Robekan derajat keempat mengenai mukosa vagina, fauhette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna, dinding rectum anterior. Untuk mendapat hasil yang baik pada robekan perineum total perlu tindakan penanganan pasca pembedahan yang sempurna.

m. Partograf

1) Definisi

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

Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin. Partograf dapat dianggap sebagai “system peringatan awal” yang akan membantu pengambilan keputusan lebih awal kapan seorang ibu harus dirujuk, dipercepat, atau diakhiri persalinannya (Ujiningtyas, 2009).

2) Tujuan

Tujuan partograf (Sumarah, 2009) adalah:

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

3) Pengamatan yang dicatat dalam partograf

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

1) Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

Bidan menilai pembukaan servik dengan melakukan periksa dalam. Periksa dalam dilakukan setiap 4 jam sekali (indikasi waktu). Pemeriksaan dalam yang dilakukan kurang dari 4 jam harus atas indikasi. Bidan harus memeriksa adanya tanda gejala kala II, ketuban pecah sendiri, atau gawat janin. Penulisan pembukaan serviks di partograf dengan tanda X (Sumarah, 2009).

(2) Penurunan bagian terendah

Bidan menilai turunnya bagian terendah janin dengan palpasi perlimaan yang dilakukan setiap 4 jam, yaitu sesaat sebelum melakukan pemeriksaan dalam. Penulisan

turunnya bagian terendah dipartograf dengan tanda O (Sumarah, 2009).

(3) His

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

2) Memantau kondisi janin (Sumarah, 2009)

(1) Denyut jantung janin

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

(2) Ketuban

Bidan mengidentifikasi pecahnya selaput ketuban dan menilai keadaan air ketuban bila sudah pecah (volume, warna dan bau). Pengamatan dilakukan setiap pemeriksaan dalam. Yang dicatat di partograf bila selaput ketuban utuh ditulis (U), bila selaput ketuban pecah ditulis (J) untuk air ketuban jernih, (M) untuk ketuban bercampur mekonium, (D) untuk ketuban bercampur darah, dan (K) untuk ketuban yang kering (JNPK-KR, 2008).

(3) Moulase kepala janin

Bidan menilai adanya penyusupan kepala janin pada setiap periksa dalam. Penyusupan yang hebat dengan kepala diatas PAP menunjukkan adanya disproporsi sefalopelvik. Pencatatan di partograf dengan tulisan:

0 bila tulang-tulang kepala terpisah dan sutura mudah diraba (tidak ada moulase).

1 : tulang-tulang kepala saling menyentuh satu sama lain.

2 : tulang-tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.

3 : tulang-tulang kepala saling tumpang tindih berat, tidak dapat dipisahkan.

3) Memantau kondisi ibu hal yang perlu dikaji:

(1) Tanda-tanda vital, tekanan darah diukur setiap 4 jam, nadi dinilai setiap 30 menit, suhu di ukur setiap 2 jam.

(2) Urine dipantau setiap 2-4 jam untuk volume, protein, dan aseton, serta dicatat dipartograf

(3) Obat-obatan dan cairan infuse. Catat obat ataupun cairan infuse yang diberikan pada ibu selama persalinan.

9. Persalinan pada Ibu Hamil Usia > 35 tahun

a. Partus dengan tindakan (Rochdjati, 2010)

Ibu usia ≥ 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi menghadapi penyulit dalam masa kehamilan dan persalinan. Berbagai penyulit kehamilan tersebut berdampak pada meningkatnya kebutuhan persalinan dengan

tindakan. Ibu usia ≥ 35 tahun memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melahirkan dengan *sectio caesaria* serta persalinan dengan induksi dibanding ibu yang berusia lebih muda. Hal ini ditunjukkan dengan meningkatnya rasio *sectio caesaria* pada ibu usia 40-45 tahun hingga mencapai 50%. Begitu pula pada ibu usia 50-63 tahun, yang rasionya meningkat menjadi 80%.

Usia ibu yang tua merupakan faktor risiko tunggal dilakukannya *sectio caesaria*, baik tindakan *sectio* secara langsung maupun yang didahului oleh persalinan spontan atau persalinan menggunakan induksi lainnya. Hal ini dikarenakan parturien yang lebih tua memiliki kecenderungan yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan nonprogresif dan lebih sering membutuhkan oksitosin dalam dosis lebih tinggi, serta membutuhkan waktu lebih panjang untuk melahirkan pervaginam dibandingkan mereka yang berusia lebih muda.

b. Partus Lama (WHO, 2016)

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 16 jam. Dimana lamanya persalinan berbeda tergantung berbagai faktor, antara lain ras, BMI, usia kehamilan, dan usia ibu.

Berbagai kepustakaan menyebutkan bahwa kejadian ini disebabkan oleh disfungsi uterus akibat proses penuaan, serta adanya malposisi janin, yakni breech presentation yang insidennya meningkat pada ibu usia tua.

c. Perdarahan Post Partum (Rochdjati, 2014)

Perdarahan Post Partum (PPP) adalah perdarahan masif (>500 ml setelah bayi lahir) yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan

pada jalan lahir dan jaringan sekitarnya. Perdarahan post partum merupakan satu dari tiga penyebab utama kematian ibu dan berdasarkan laporan Menteri Kesehatan, insidennya di Indonesia mencapai 40-60%.

PPP dipengaruhi oleh berbagai hal, antara lain usia ibu yang tua, partus lama, grandmultipara, eklampsia, ibu obesitas, kehamilan multipel, berat lahir >4000 gram, serta riwayat PPP pada kehamilan sebelumnya. Perdarahan antepartum akibat solusio plasenta dan plasenta previa juga berhubungan dengan peningkatan risiko perdarahan post partum.

Telah disebutkan bahwa kehamilan di usia tua meningkatkan berbagai risiko komplikasi dalam kehamilan maupun saat persalinan. Dan seiring dengan meningkatnya jumlah parturient berusia >35 tahun, maka risiko terjadinya PPP pun akan semakin meningkat.

1) Inersia Uteri

Inersia uteri adalah salah satu jenis kelainan kontraksi uterus pada saat persalinan. Inersia uteri adalah kontraksi uterus berupa his yang kekuatannya lemah, lama kontraksinya pendek, interval kontraksinya lama, serta perasaan sakit yang ringan.

Berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kejadian inersia uteri antara lain panggul sempit ringan, malpresentasi letak kepala (posisi oksipitalis posterior), serviks yang kaku dan sukar membuka, keadaan fisik yang lemah, uterus hamil yang terlalu teregang, serta mioma uteri (Rochdjati, 2014).

2) Kematian Maternal

Seperti yang telah disebutkan oleh berbagai penelitian sebelumnya, peningkatan usia ibu berpengaruh terhadap peningkatan risiko komplikasi serta kejadian luaran perinatal yang tidak diinginkan. Hal ini disebabkan ibu usia tua cenderung memiliki penyakit penyerta seperti hipertensi kronik, preeklampsia ringan ataupun sedang, dan diabetes gestasional.

Selain itu adanya penyakit kronik pregestasional pada ibu turut menjadi salah satu faktor munculnya luaran perinatal yang tidak diinginkan, meskipun tentu saja terdapat beberapa komplikasi yang merupakan akibat tunggal dari usia ibu itu sendiri. Meningkatnya risiko komplikasi kehamilan yang terkait dengan usia ibu ini tentunya juga berkontribusi dalam meningkatnya kematian maternal (BPS, 2015).

10. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

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

b. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi seperti berikut :

- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi.
- b) Pakai sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c) Semua peralatan dan perengkan yang akan di gunakan telah di DTT atau steril. Khusus untuk bola karet penghisap lender jangan dipakai untuk lebih dari satu bayi.
- d) Handuk, pakaian atau kain yang akan digunakan dalam keadaan bersih (demikian juga dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dll).
- e) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK-KR, 2008).

2) Penilaian bayi baru lahir

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

- a) Bayi cukup bulan atau tidak
- b) Usaha nafas, apakah bayi menangis keras
- c) Warna kulit, apakah syanosis atau tidak
- d) Gerakan aktif atau tidak

Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2012)

3) Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

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

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

c. Pemeriksaan Umum :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital : Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit), Suhu tubuh ($36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C), Pernafasan (40-60 kali per menit)
- 2) Pemeriksaan antropometri (Saifuddin, 2010) : Berat badan (2500-4000 gram), Panjang badan (44-53 cm), Lingkar kepala (31-36 cm), Lingkar dada (30-33 cm), Lingkar lengan ($>9,5$ cm)
- 3) Berikan vitamin K 1 mg IM dipaha kiri anterolateral dan setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.

d. Reflex Bayi Baru Lahir

- 1) Refleksi Menggenggam (Palmar Grasp reflexs) adalah reflex gerakan jari-jari tangan mencengkeram benda-benda yang disentuhkan ke bayi, yang mengindikasikan syaraf berkembang normal setelah 3-4 bulan.
- 2) Refleksi Menghisap terjadi pada BBL secara otomatis menghisap benda yang ditempelkan ke mulut bayi. Menghisap adalah reflex yang sangat penting pada bayi. Refleksi ini merupakan rute bayi menuju pengantar makanan.
- 3) Refleksi Mencari (Rooting Refleksi) adalah reflex mencari pada saat pipi bayi diusap atau dibagian tepi mulut bayi.
- 4) Reflex Moro adalah suatu respons yang terjadi pada BBL yang muncul akibat suara atau gerakan yang muncul.

- 5) Babinski Refleks adalah gerakan jari-jari kaki yang mencengkram ketika diberi usapan.
- 6) Refleks Menelan adalah respon bayi ketika didekatkan makanan didepan mulut dan usaha bayi untuk menelan.
- 7) Refleks pernafasan adalah gerakan seperti menghirup dan menghembuskan nafas secara berulang-ulang.
- 8) Eyeblink reflex adalah gerakan reflex menutup dan membuka mata.
- 9) Refleks suplai adalah reflex gerakan menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap lingkungan gelap.
- 10) Refleks tonic neck adalah reflex pada leher bayi ketika kepala diposisikan menengadah, ditolehkan kekanan atau kekiri dan posisi lengan bayi tetap dalam keadaan lurus.
- 11) Refleks tonik labirin adalah pada saat telentang reflex ini dapat dipilih dengan menggendong bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat kemudian terjatuh.
- 12) Refleks Merangkak adalah jika ibu menelungkupkan bayi, ia membentuk posisi seperti merangkak.
- 13) Reflex berjalan atau melangkah (steping) adalah gerakan kaki bayi yang apabila ditapakkan ke tanah akan berusaha melangkahkannya kakinya.
- 14) Refleks Menguap sama halnya dengan reflex yang ditunjukkan ketika bayi sednag lapar yaitu dengan cara menjerit.

- 15) Refleksi Plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak tangan, maka jari jari akan mneekuk sepenuhnya.
 - 16) Refleksi berenang merupakan reflex yang timbul pada saat bayi diletakkan pada air, bayi berusaha untuk berenang sama halnya pada saat dalam kandungan.
- e. Mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir (Sarwono, 2012)
- 1) Mekanismes kehilangan panas
 - a) Konduksi : melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi yang diletakkan di atas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin.
 - b) Konveksi : terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan dalam ruangan yang dingin, suhu udara di kamar bersalin minimal 20°C dan tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbuka.
 - c) Evaporasi : terjadi karena menguapnya cairan pada permukaan tubuh bayi lahir karena tidak segera dikeringkan. Hal yang sama dapat terjadi setelah bayi dimandikan. Karena itu bayi harus dikeringkan seluruhnya, termasuk kepala dan rambut, sesegera mungkin setelah dilahirkan menggunakan handuk hangat.
 - d) Radiasi : terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda dengan temperatur lebih dingin meskipun benda tersebut tidak bersentuhan langsung dengan tubuh bayi.

2) Mencegah kehilangan panas

Keringkan bayi segera setelah lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernafasan), dan tidak memandikan bayi selama 6 jam setelah lahir untuk mencegah hipotermi (Depkes RI, 2016).

Inisiasi menyusui dini, berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin, kontak dini diantara ibu dan bayi penting untuk kehangatan mempertahankan panas yang besar pada bayi baru lahir dan ikatan batin dengan pemberian ASI (Saifuddin, 2013)

f. Pemantauan bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2010), tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

Pada 2 jam pertama sesudah kelahiran, hal-hal yang perlu dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah kelahiran, meliputi:

- 1) Kemampuan menghisap bayi kuat atau lemah
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai
- 3) Bayi kemerahan atau biru

4) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti: bayi kecil untuk masa kehamilan atau kurang bulan, gangguan pernafasan, hipotermi, infeksi, cacat bawaan atau trauma lahir.

g. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada bayi baru lahir adalah sulit menyusu, letargi (tidur terus sehingga tidak menyusu), demam (suhu badan $>38^{\circ}\text{C}$ atau hipotermi $<36^{\circ}\text{C}$), tidak BAB atau BAK setelah 3 hari lahir (kemungkinan bayi mengalami atresia ani), tinja lembek, hijau tua, terdapat lendir atau darah pada tinja, sianosis (biru) atau pucat pada kulit atau bibir, adanya memar, warna kulit kuning (ikterus) terutama dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus dan perut membesar, kesulitan bernafas, mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah tali pusat merah (Saifuddin, 2010).

h. Resiko persalinan pada Ibu Hamil Usia ≥ 35 Tahun terhadap Bayi Baru Lahir (BBL)

1) Resiko keguguran spontan tampak meningkat dengan bertambahnya usia terutama setelah usia 30 tahun, baik kromosom janin itu normal atau tidak, wanita dengan usia lebih tua, lebih besar kemungkinan keguguran baik janinnya normal atau abnormal (Murphy, 2015).

- 2) Risiko terhadap bayi yang lahir pada ibu yang berusia di atas 35 tahun meningkat, yaitu bisa berupa kelainan kromosom pada anak. Kelainan yang paling banyak muncul berupa kelainan *Down Syndrome*, yaitu sebuah kelainan kombinasi dari retardasi mental dan abnormalitas bentuk fisik yang disebabkan oleh kelainan kromosom (Friedman, 2012).
- 3) Pada usia diatas 35 tahun telah terjadi kemunduran fungsi fisiologis maupun reproduksi secara umum. Hal tersebut yang mengakibatkan proses perkembangan janin menjadi tidak optimal dan menghasilkan anak yang lahir dengan berat badan rendah atau kurang (Saifuddin, 2013).

11. Konsep Dasar Nifas

a. Definisi

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

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, 2009) :

- 1) Puerperium dini (immediate puerperium) : waktu 0-24 jam postpartum. Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperolehkan 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 bisa 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 6minggu setelah persalinan (Manuaba, 2010).

c. Tujuan Asuhan Nifas (Prawirohardjo, 2010)

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.

- 3) Memberikan penkes tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, imunisasi dan perawatan bayi sehat.
 - 4) Memberikan pelayanan KB
- d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas (Sukarni, 2013)

- 1) Perubahan sistem reproduksi
 - a) Involusi uterus

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

(1) Iskemia myometrium

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

(2) Autolysis

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

(3) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke

uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.12
Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Waktu	TFU	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut / lunak
Minggu ke 1	½ pusat symp	450-500 gr	7,5 cm	2cm
Minggu ke 2	Tidak teraba	200 gram	5 cm	1 cm
Minggu ke 3	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Asuhan Kebidanan Nifas (Ambarwati, 2010)

2) 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 alba 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.

3) 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).

4) 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).

5) 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).

6) 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).

7) Perubahan endokrin

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

e. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Frekuensi kunjungan, waktu kunjungan dan tujuan kunjungan masa nifas (Suherni, 2009) yaitu:

1) Kunjungan pertama pada 6-8 jam setelah post partum

Kunjungan pertama bertujuan untuk mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Serta pemeriksaan TTV, payudara, uterus, kandung kemih, lochea, dan ekstremitas.

2) Kunjungan kedua pada 6 hari post partum

Kunjungan kedua bertujuan untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

3) Kunjungan ketiga pada 2 minggu post partum

Kunjungan ketiga bertujuan untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum tujuannya:

Menanyakan penyulit-penyulit yang ada dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

f. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas (Suherni, 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, sehingga ibu tidak mengalami kesulitan 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 diagnosa 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
- g. Kebutuhan Dasar Masa Nifas (Suherni, 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 dari pada 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 usahakan lah untuk berkemih secara teratur,

karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan perdarahan dari rahim hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya.

4) Defekasi

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

5) Menjaga kebersihan diri

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

6) Kebersihan genetalia

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

7) Pakaian

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

8) Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan dalam tubuh akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu.

Oleh karena itu, pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasa jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya, usahakan mandi lebih sering dan menjaga agar kulit tetap dalam keadaan kering.

9) Istirahat

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

10) Seksual

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

11) Rencana kontrasepsi

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

12) Senam nifas

Senam nifas yaitu gerakan untuk mengembalikan otot perut yang kendur karena peregangan selama hamil, senam nifas ini dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu (Suherni, 2010).

13) Perawatan payudara

Merupakan suatu tindakan perawatan payudara yang dilaksanakan, baik oleh pasien maupun dibantu orang lain yang dilaksanakan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan. Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah

dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi. Adapun langkah-langkah dalam perawatan payudara (Anggraini, 2010).

Adapun cara perawatan payudara (Anggraini, 2010) antara lain :

- a) Tempelkan kapas yang sudah di beri minyak atau baby oil selama 5 menit, kemudian putting susu di bersihkan.
- b) Letakan kedua tangan di antara payudara.
- c) Mengurut payudara dimulai dari arah atas, kesamping lalu kearah bawah.
- d) Dalam pengurutan posisi tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kearah sisi kanan
- e) Melakukan pengurutan kebawah dan kesamping.
- f) Pengurutan melintang telapak tangan mengurut kedepan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara, ulangi gerakan 20-30 kali
- g) Tangan kiri menopang payudara kiri 3 jari tangan kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara sampai pada puting susu, lakukan tahap yang sama pada payudara kanan

- h) Membersihkan payudara dengan air hangat lalu keringkan payudara dengan handuk bersih, kemudia gunakan bra yang bersih dan menyokong

12. Konsep Dasar Neonatus

a. Definisi

Neonatus adalah periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Walyani, 2014).

1) Periode Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampaidengan usia 4 minggu terbagi menjadi 2 periode, antara lain periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 0–7 hari setelah lahir. Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir. Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan (Walyani, 2014).

2) Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah (Walyani, 2014).

Pelaksanaan pelayanan neonatal adalah :

a) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN1)

Dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah jaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI eksklusif, rawat tali pusat.

b) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir jaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat.

c) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir periksa ada atau tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit. Lakukan asuhan berupa Jaga kehangatan tubuh bayi, Berikan ASI eksklusif dan rawat tali pusat. Perawatan Neonatus menurut (Walyani, 2014) yaitu :

(1) Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi.

Metode yang dipilih ibu untuk memberi susu kepada bayinya harus dihargai oleh semua yang terlibat dan ibu harus didukung dalam upayanya untuk memberikan susu kepada bayinya. Akan tetapi, manfaat ASI untuk semua bayi, terutama bayi prematur dan bayi sakit diketahui dengan baik.

Biasanya kalkulasi kebutuhan cairan dan kalori tidak diperlukan pada bayi cukup bulan yang sehat, terutama untuk bayi yang mendapat ASI. Pengkajian mengenai apakah bayi

mendapatkan kebutuhannya dengan cukup diperkirakan dengan seberapa baik bayi menoleransi volume susu, seberapa sering bayi minum susu, apakah haluan feses dan urinnya normal, apakah bayi menjadi tenang untuk tidur setelah minum susu dan bangun untuk minum susu berikutnya.

(2) Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat

Tidur sangat penting bagi neonatus dan tidur dalam sangat bermanfaat untuk pemulihan dan pertumbuhan. Bayi cukup bulan yang sehat akan tidur selama sebagian besar waktu dalam beberapa hari pertama kehidupan, bangun hanya untuk minum susu.

(3) Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal.

Jika diberi susu dengan tepat, bayi harus berkemih minimal enam kali dalam setiap 24 jam dengan urin yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. Penurunan haluaran urin atau aliran urin yang berkaitan dengan bayi yang letargi, menyusu dengan buruk, mengalami peningkatan ikterus atau muntah harus diperiksa karena infeksi saluran kemih dan abnormalitas kongenital pada saluran genitourinari biasa terjadi.

Dengan menganggap bahwa bayi diberi susu dengan tepat, warna dan konsistensi feses akan berubah, menjadi lebih terang, lebih berwarna kuning-hijau dan kurang lengket di bandingkan mekonium. Setiap gangguan pada pola ini atau

dalam karakteristik feses harus diperiksa dan penyebabnya ditangani, abnormalitas pada saluran GI, seperti stenosis atau atresia, malrotasi, volvulus, atau anus imperforata, akan memerlukan intervensi pembedahan.

(4) Meningkatkan Hubungan Interaksi antara Orang tua dan Bayi

Meningkatkan interaksi antara bayi dan orang tua agar terciptanya hubungan yang kuat sehingga proses laktasi dan perawatan bayi baru lahir dapat terlaksana dengan baik.

Orang tua memiliki pengalaman yang bervariasi dalam merawat bayi. Untuk orang tua yang tidak berpengalaman ada banyak literatur yang siap sedia dalam bentuk cetakan atau di internet, dan ada persiapan pranatal untuk kelas menjadi orang tua yang dapat diakses untuk orang tua untuk mengembangkan beberapa pemahaman mengenai perawatan bayi.

(5) Tanda-tanda bahaya pada neonatus

Bayi tidak mau menyusu, kejang, lemah, sesak nafas, merintih, pusar kemerahan, demam atau tubuh merasa dingin, mata bernanah banyak, kulit terlihat kuning. (Kemenkes RI, 2015).

3) Asuhan Bayi Usia 2-6 Hari

Perencanaan asuhan bayi usia 2-6 hari (Wafi Nur, 2010) adalah :

a) Minum bayi

Beri minum segera mungkin setelah lahir yaitu dalam waktu 30 menit atau dalam 3 jam setelah masuk rumah sakit, kecuali

apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu. Bila bayi di rawat dirumah sakit, upayakan ibu mendampingi dan tetap memberikan ASI.

b) BAB (Buang Air Besar)

Kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari pertama adalah mekonium. Mekonium adalah ekskresi gastro intestinal bayi baru lahir yang diakumulasikan dalam usus sejak masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu. Warna mekonium adalah hijau kehitaman, lembut, terdiri atas : mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak, dan pigmen empedu. Mekonium ini keluar pertama kali dalam waktu 24 jam setelah lahir. Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 kali setelah lahir. Mekonium yang telah keluar dalam 24 jam menandakan anus bayi baru lahir telah berfungsi. Jika mekonium tidak keluar, kemungkinan adanya atresia ani dan megakolon.

Warna feses akan berubah menjadi kuning pada saat bayi berumur 4-5 hari. Bayi yang diberi ASI feses menjadi lebih lembut, warna kuning terang, dan tidak berbau. Sedangkan bayi yang diberi susu formula, feses akan cenderung lebih pucat dan agak berbau. Warna feses akan cenderung kuning kecoklatan setelah bayi mendapatkan makanan. Frekuensi BAB bayi sedikitnya sekali dalam sehari. Pemberian ASI cenderung membuat frekuensi BAB bayi menjadi lebih sering. Pada hari ke 4-5 produksi ASI sudah banyak, apabila bayi diberi ASI cukup

akan BAB 5 kali atau lebih dalam sehari. Pada saat bayi berumur 3-4 minggu, frekuensi BAB berkurang menjadi 1 kali dalam 2-3 hari. Bayi dengan pemberian susu formula akan lebih sering BAB, tetapi cenderung lebih sering mengalami konstipasi. Jika bayi tidak BAB atau feses tidak keluar, bidan atau petugas kesehatan harus mengkaji adanya distensi abdomen dan bising usus.

c) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi lahir akan BAK dalam 24 jam setelah lahir. Selanjutnya bayi akan BAK 6 kali/hari.

d) Tidur

Bayi pada kehidupan pertamanya akan menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan dan tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan untuk tidur.

e) Kebersihan kulit

Kulit bayi sangat sensitif. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi maka keutuhan kulit harus dijaga. Verniks caseosa bermanfaat untuk melindungi kulit bayi, sehingga jangan diberikan pada saat memandikan bayi. Untuk memastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi selalu bersih dan kering. Memandikan bayi terlalu awal (dalam waktu 24 jam pertama) cenderung meningkatkan kejadian

hipotermi, sebaiknya memandikan bayi setelah suhu tubuh bayi stabil (setelah 24 jam).

f) Perawatan tali pusat

Tali pusat harus selalu kering dan bersih. Tali pusat merupakan tempat koloni bakteri, pintu masuk kuman dan bisa terjadi infeksi lokal. Perlu perawatan tali pusat sejak manajemen aktif kala III pada saat menolong kelahiran bayi. Sisa tali pusat harus dipertahankan dalam keadaan terbuka dan ditutupi kain bersih dan longgar. Pemakaian popok sebaiknya popok dilipat dibawah tali pusat. Jika tali pusat terkena kotoran, maka tali pusat harus dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian keringkan. Upaya untuk mencegah terjadinya infeksi pada tali pusat antara lain dengan cara sebagai berikut :

- (1) Mencuci tali pusat dengan bersih dan sabun.
- (2) Menghindari membungkus tali pusat.
- (3) Melakukan skin to skin contact.
- (4) Pemberian ASI dini dan sering memberikan antibodi pada bayi.

4) Asuhan bayi usia 6 minggu

Memeriksa tanda vital, menimbang berat badan, melakukan pemeriksaan fisik dan memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang perawatan bayi :

- a) Tempat tidur yang tepat, harus hangat dan diletakkan dekat dengan ibu

b) Memandikan bayi

Bayi lebih baik dimandikan setelah minggu pertama yang bertujuan untuk mempertahankan *vernix caseosa* dalam tubuh bayi guna stabilisasi suhu tubuh. Bayi harus tetap dijaga kebersihannya dengan menyekanya dengan lembut dan memperhatikan lipatan kulitnya. Sabun dengan kandungan cholorophene tidak dianjurkan karena diserap kulit dan menyebabkan racun bagi sistem saraf bayi.

c) Mengenakan pakaian

- (1) Buat bayi tetap hangat
- (2) Baju bayi seharusnya tidak membuatnya berkeringat
- (3) Pakaian berlapis-lapis tidak dibutuhkan oleh bayi
- (4) Hindari kain yang menyentuh leher karena bisa mengakibatkan gesekan yang mengganggu. Selama musim panas bayi membutuhkan pakaian dalam dan popok.

d) Perawatan hidung

- 1) Kotoran hidung bayi akan membuat hidung bayi tersumbat dan sulit bernapas.
- 2) Hindari memasukan gumpalan kapas kepada hidung bayi.

e) Perawatan mata dan telinga

- 1) Telinga harus dibersihkan setiap kali sehabis mandi.
- 2) Jangan membiasakan menuangkan minyak hangat kedalam telinga karena akan lebih menambah kotoran dalam telinga.

f) Perawatan kuku

- 1) Jaga kuku bayi agar tetap pendek
- 2) Kuku dipotong setiap 3 atau 4 hari sekali
- 3) Kuku yang panjang akan mengakibatkan luka pada mulut atau lecet pada kulit bayi

g) Kapan membawa bayi keluar rumah

- 1) Bayi harus dibiasakan dibawa keluar selama 1 atau 2 jam sehari (bila udara baik).
- 2) Gunakan pakaian secukupnya tidak perlu terlalu tebal atau tipis.
- 3) Bayi harus terbiasa dengan sinar matahari namun hindari pancaran langsung di pandangannya.

h) Pemeriksaan

Selama 1 tahun pertama bayi dianjurkan melakukan pemeriksaan rutin.

i) Pemantauan BB

Bayi yang sehat akan mengalami penambahan BB setiap bulannya.

13. Ikterus Neonatorum

a. Pengertian

Ikterus neonatorum adalah pewarnaan kuning di kulit konjungtiva dan mukosa yang terjadi karena meningkatnya kadar bilirubin dalam darah. Klinis ikterus tampak bila kadar bilirubin dalam serum mencapai

>5mg/dl. Disebut hiperbillirubinemia apabila didapatkan kadar billirubin dalam serum >13mg/dl (Dwienda, 2014).

b. Klasifikasi

1) Ikterus Fisiologis

Ikterus fisiologis adalah suatu proses normal yang terlihat pada sekitar 40-50% bayi aterm/cukup bulan dan sampai dengan 80% bayi premature dalam minggu pertama kehidupan. Ikterus fisiologis adalah perubahan transisional yang memicu pembentukan billirubin secara berlebihan di dalam darah yang menyebabkan bayi berwarna ikterus atau kuning. Ikterus fisiologi adalah *ikterus* yang timbul pada hari kedua dan hari ketiga serta tidak mempunyai dasar patologi atau tidak mempunyai potensi menjadi karena ikterus (Kosim, 2012).

2) Ikterus patologis

Ikterus patologis adalah ikterus yang mempunyai dasar patologis atau kadar billirubinnya mencapai suatu nilai yang disebut hiperbillirubinemia (Saifuddin, 2009). Ikterus terjadi dalam 24 jam pertama dan menetap sesudah 2 minggu pertama (Arief, 2009).

c. Patofisiologi

Meningkatnya kadar billirubin dapat juga disebabkan produksi yang berlebihan. Sebagian besar billirubin berasal dari destruksi eritrosit yang menua. Pada neonatus 75% billirubin berasal dari mekanisme ini. Satu gram hemoglobin dapat menghasilkan 34mg billirubin indirek (*free billirubin*) dan sisanya 25% disebut *early labeled* billirubin yang berasal

dari pelepasan hemoglobin karena eritropoeis yang tidak efektif di dalam sumsum tulang.

Jaringan yang mengandung protein heme dan heme bebas. Pembentukan bilirubin diawali dengan proses oksidasi yang menghasilkan biliverdin. Setelah mengalami reduksi biliverdin menjadi bilirubin bebas, yaitu zat yang larut dalam lemak yang bersifat lipofilik yang sulit disekresi dan mudah melewati membran biologik, seperti plasenta dan sawar otak (Kosim, 2012).

Di dalam plasma bilirubin tersebut terikat/bersenyawa dengan albumin dan dibawa ke hepar. Dalam hepar menjadi mekanisme ambilan sehingga bilirubin terikat oleh reseptor membrane sel hepar dan masuk ke dalam hepatosit. Di dalam sel bilirubin akan terikat dan bersenyawa dengan ligandin (protein Y), (protein Z), dan glutathion S transferase membawa bilirubin ke retikulum endoplasma hati (Kosim, 2012).

Dalam sel hepar bilirubin kemudian dikonjugasi menjadi bilirubin diglukoronide dan sebagian kecil dalam bentuk monoglukoronide. Ada dua enzim yang terlihat dalam sintesis bilirubin diglukoronide yaitu uridin difosfat glukoronide tranferase (UDPG:T) yang mengkatalisasi pembentukan bilirubin monoglukoronide. Sintesis dan ekskresi diglukoronide terjadi di membrane kanalikulus (Hasan dan Alatas, 2007).

2.1 Tabel Derajat Ikterus pada Neonatus menurut Kramer

Zona Indirek	Bagian tubuh yang kuning	Rata-rata serum bilirubin (mg/dl)
1	Kepala Leher	10
2	Pusat Leher	15
3	Pusat Paha	20
4	Lengan Tungkai	25
5	Tangan Kaki	≥ 25

d. Penyebab Ikterus neonatorum

1) Penyebab Ikterus fisiologis :

- a) Kurang protein Y dan Z
- b) Enzim glukoronyl transferase yang belum cukup jumlahnya
- c) Pemberian ASI yang mengandung pregnanediol atau asam lemak bebas yang akan menghambat kerja G-6-PD

2) Penyebab ikterus patologis

- a) Peningkatan kadar bilirubin yang berlebihan
- b) Hemolisis, misalnya pada Inkompatibilitas yang terjadi bila terdapat ketidaksesuaian golongan darah dan anak pada penggolongan Rhesus dan ABO
- c) Pendarahan tertutup misalnya pada trauma kelahiran.
- d) Ikatan Bilirubin dengan protein terganggu seperti gangguan metabolik yang terdapat pada bayi Hipoksia atau Asidosis .
- e) Defisiensi G6PD/ Glukosa 6 Phospat Dehidrogenase.
- f) Ikterus ASI yang disebabkan oleh dikeluarkannya pregnan 3 (alfa), 20 (beta), diol (steroid)

- g) Kurangnya Enzim Glukoronil Transeferase, sehingga kadar Bilirubin Indirek meningkat misalnya pada berat lahir rendah
- h) Kelainan kongenital (Rotor Sindrome) dan Dubin Hiperbilirubinemia
- 3) Gangguan transportasi akibat penurunan kapasitas pengangkutan misalnya pada Hipoalbuminemia atau karena pengaruh obat-obat tertentu misalnya Sulfadiazine, sulfonamide, salisilat, sodium benzoat, gentamisin, dll.
- 4) Gangguan fungsi Hati yang disebabkan oleh beberapa mikroorganisme atau toksin yang dapat langsung merusak sel hati dan darah merah seperti Infeksi, Toksoplasmosis, Sifilis, rubella, meningitis, dll.
- 5) Gangguan ekskresi yang terjadi intra atau ekstra Hepatik.
- 6) Peningkatan sirkulasi Enterohepatik misalnya pada Ileus Obstruktif, hirschsprung (Maryanti, 2018)
- e. Faktor resiko Ikterus neonatorum

Faktor resiko untuk mengalami hiperbilirubinemia indirek meliputi; diabetes pada ibu, ras (Cina, Jepang, Korea, dan Amerika Asli), prematuritas, obat-obatan (vitamin K3, novobiosin), tempat yang tinggi, polisitemia, jenis kelamin laki-laki, trisomi-21, mamar kulit, sefalhematom, induksi oksitosin, pemberian ASI, kehilangan berat badan (dehidrasi atau kehabisan kalori), pembentukan tinja lambat. Bayi-bayi tanpa variable ini jarang mempunyai kadar bilirubin indirek diatas 10

mg/dL, sedangkan bayi yang mempunyai banyak risiko lebih mungkin mempunyai kadar bilirubin yang lebih tinggi.

Kadar bilirubin indirek pada bayi cukup bulan menurun sampai menjadi kadar orang dewasa (1 mg/dL) pada umur 10-14 hari. Hiperbilirubinemia indirek persisten sesudah 2 minggu memberi kesan hemolisis, defisiensi glukuronil transferase heredite, ikterus ASI, hipotiroidism, atau obstruksi usus. Ikterus yang disertai dengan stenosis pylorus mungkin karena kehabisan kalori, defisiensi UDP-glukuronil transferase hati, atau kenaikan sirkulasi bilirubin enterohepatik akibat ileus (Maryanti, 2018)

f. Tanda-Tanda Ikterus neonatorum

Ikterus fisiologis menurut Ridha (2014) memiliki tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Warna kuning akan timbul pada hari kedua atau ketiga setelah bayi lahir dan tampak jelas pada hari kelima sampai keenam dan menghilang sampai hari kesepuluh
- 2) Kadar bilirubin indirek tidak lebih dari 10 mg/dl pada neonatus kurang bulan dan 12,5 mg/dl pada neonatus cukup bulan
- 3) Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak lebih dari 5mg/dl per hari.
- 4) Kadar bilirubin direk tidak lebih dari 1 mg/dl
- 5) Tidak memiliki hubungan dengan keadaan patologis yang berpotensi menjadi *kern ikterus (ensefalopati billiaris)* adalah suatu kerusakan otak akibat perlengketan bilirubin indirek pada otak).

Adapun tanda-tanda ikterus patologis sebagai berikut :

- 1) Ikterus terjadi dalam 24 jam pertama
- 2) Kadar *bilirubin* melebihi 10 mg% pada *neonatus* cukup bulan atau melebihi 12,5% pada *neonatus* kurang bulan
- 3) Pengangkatan *bilirubin* lebih dari 5 mg% per hari
- 4) Ikterus menetap sesudah 2 minggu pertama
- 5) Kadar *bilirubin direk* melebihi 1 mg%
- 6) Mempunyai hubungan dengan proses *hemolitik* (Arief, 2009)

g. Manifestasi Klinis

Bayi baru lahir(neonatus) tampak kuning apabila kadar bilirubin serumnya kira-kira 6mg/dl (Mansjoer dkk, 2017). Ikterus sebagai akibat penimbunan bilirubin indirek pada kulit mempunyai kecenderungan menimbulkan warna kuning muda atau jingga. Sedangkan ikterus obstruksi(bilirubin direk) memperlihatkan warna kuning-kehijauan atau kuning kotor. Perbedaan ini hanya dapat ditemukan pada ikterus yang berat (Nelson, 2017).

Gambaran klinis ikterus fisiologis :

- 1) Tampak pada hari 3,4
- 2) Bayi tampak sehat(normal)
- 3) Kadar bilirubin total <12mg%
- 4) Menghilang paling lambat 10-14 hari
- 5) Tak ada faktor resiko
- 6) Penyebabnya antara lain proses fisiologis (berlangsung dalam kondisi fisiologis) (Sarwono, dkk, 2014)

Gambaran klinik ikterus patologis (Sarwono, dkk, 2014) :

- 1) Timbul pada umur <36 jam
- 2) Cepat berkembang
- 3) Bisa disertai anemia
- 4) Menghilang lebih dari 2 minggu
- 5) Ada faktor resiko. Dasar

h. Cara pencegahan ikterus neonatorum

Cara-cara yang dipakai untuk mencegah ikterus neonatorum adalah sebagai berikut :

- 1) Mempercepat metabolisme dan pengeluaran billirubin dengan *early brest feeding* yaitu menyusui bayi dengan ASI. Billirubin juga dapat pecah jika bayi banyak mengeluarkan feses dan urine. Untuk itu bayi harus mendapat cukup ASI. Seperti di ketahui ASI memiliki zat-zat terbaik bagi bayi yang dapat memperlancar BAB dan BAK. Akan tetapi pemberian ASI juga harus dibawah pengawasan dokter karena pada beberapa kasus ASI justru meningkatkan kadar billirubin bayi (*breast milk jaundice*) (Marni & Rahardjo, 2012)
- 2) Terapi sinar matahari hanya merupakan terapi tambahan. Biasanya dianjurkan setelah bayi selesai dirawat di rumah sakit. Caranya bisa dijemur selama setengah jam dengan posisi yang berbeda. Lakukan pada jam 07.00-08.00 WIB karena inilah waktu dimana sinar ultraviolet belum cukup efektif mengurangi kadar billirubin. Hindari posisi yang membuat bayi melihat langsung ke arah matahari karena dapat merusak matanya.

3) Terapi sinar (Fototerapi) dilakukan selama 24 jam atau setidaknya sampai kadar billirubin dalam darah kembali ke ambang batas normal. Dengan fototerapi billirubin dalam tubuh bayi dapat dipecah dan menjadi mudah larut dalam air tanpa harus di ubah dahulu oleh organ hati dan dapat dikeluarkan melalui urine dan fesses sehingga kadar billirubin menurun (Dewi, 2010; Marni & Rahardjo, 2012)

i. Penatalaksanaan ikterus neonatorum

Untuk menangani ikterus neonatorum dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain: memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital (suhu,nafas dan nadi), serta menimbang berat badan, jika reflek menghisap sudah baik dan kuat ASI dapat diberikan kembali secara *on demand*, melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis anak untuk melanjutkan terapi dan tindakan hingga bayi sembuh dari ikterus.

Evaluasi dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada bayi baru lahir dengan ikterus neonatorum adalah keadaan umum baik, tidak letargis, tanda-tanda vital dalam keadaan normal, berat badan meningkat, kulit sudah tidak berwarna kuning, warna kuning tidak gelap, warna feses tidak kuning terang, dan pernapasan tidak takipnea (lebih dari 60 kali per menit) (Kosim, 2012).

j. Perawatan anak ikterus di rumah

Apabila didapatkan klasifikasi ikterus patologis, maka lakukan tindakan dan pengobatan sesuai dengan rencana semula. Jika didapatkan ikterus fisiologis yang disertai BAK lebih dari 6 kali sehari semalam atau BAB yang lebih sering, maka ajari ibu cara menyinari bayi dengan

cahaya matahari pagi dan anjurkan untuk kunjungan ulang pada hr ke-14. Apabila disertai BAK kurang dari 6 kali sehari semalam dan BAB kurang, maka lakukan penilaian terhadap pemberian ASI dan lakukan tindakan sesuai dengan pedoman pengobatan atau tindakan (Hidayat, 2015).

14. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013).

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013).

c. Jenis Kontrasepsi (BKKBN, 2012)

1) 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.

2) Kontrasepsi Metode Sederhana

- a) Metode pantang berkala atau yang lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami-istri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur.
- b) Metode kontrasepsi suhu basal berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai sehari sebelum menstruasi berikutnya. Untuk mengetahui bahwa suhu tubuh benar-benar naik, maka harus selalu diukur dengan termometer yang sama dan pada tempat yang sama setiap pagi setelah bangun tidur sebelum mengerjakan pekerjaan apapun dan dicatat pada tabel.
- c) Metode lendir serviks atau Metode Ovulasi Billings (MOB) adalah suatu cara/metode yang aman dan ilmiah untuk mengetahui kapan masa subur wanita. Cara ini dapat dipakai baik untuk menjadi hamil maupun menghindari atau menunda kehamilan.
- d) Coitus Interruptus juga dikenal dengan metode senggama terputus. Teknik ini dapat mencegah kehamilan dengan cara sebelum terjadi ejakulasi pada pria, seorang pria harus menarik penisnya dari vagina sehingga tidak setetes pun sperma masuk ke dalam rahim wanita.
- e) Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah

satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma.

3) Kontrasepsi Oral

a) Mekanisme kerja pil merupakan kombinasi kerja estrogen dan progestin, saat ini tersedia 3 variasi pil kombinasi :

(1) Monofasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin dalam dosis yang sama dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(2) Bifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin dalam dua dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(3) Trifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon estrogen atau progestin dalam tiga dosis yang berbeda dan mengandung 7 tablet tanpa hormon aktif.

b) Keuntungan memakai pil KB

(1) Bila meminum pil KB sesuai aturan maka kemungkinan akan berhasil 100%

(2) Dapat dipakai dalam beberapa macam masalah, misalnya ketegangan menjelang menstruasi, perdarahan menstruasi yang tidak teratur, nyeri saat menstruasi, pengobatan penyakit endometritis, dapat meningkatkan libido

c) Kerugian memakai pil KB :

(1) Harus diminum secara teratur

(2) Dalam waktu yang panjang dapat menekan fungsi ovarium

- (3) Penyulit ringan diantaranya berat badan bertambah, rambut rontok, timbul jerawat, mual sampai muntah

4) Kontrasepsi Suntik

Metode suntikan KB telah menjadi gerakan keluarga berencana nasional serta peminatnya semakin bertambah. Tingginya peminat suntikan KB karena aman, sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat digunakan pasca persalinan. Ada tersedia 2 jenis alat kontrasepsi suntik yang mengandung progestin yaitu Depo-Medroxyprogesteron Acetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap bulan. Dan Depo-Norethisteron Enantat (Depo-Noristerat), mengandung 200 mg noretindron, yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara disuntikkan secara intramuscular pada sepertiga SIAS.

a) Keuntungan menggunakan suntik KB

- (1) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu
- (2) Tingkat efektivitasnya tinggi
- (3) Hubungan seksual bebas, tidak ditentukan oleh pantangan kalender, jika menggunakan KB suntik

5) 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.

6) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi berupa batang silastik yang dipasang dibawah kulit.

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

- a) MOW (Medis Operatif Wanita)/ Tubektomi merupakan tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati saluran telur, dengan demikian sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma laki laki sehingga tidak terjadi kehamilan, oleh karena itu gairah seks wania tidak akan turun (BKKBN, 2010)

Syarat dilakukan MOW Menurut Saiffudin (2012) yaitu sebagai berikut:

- (1) Syarat Sukarela meliputi pengetahuan pasangan tentang cara cara kontrasepsi lain, resiko dan keuntungan kontrasepsi mantap serta pengetahuan tentang sifat permanen pada kontrasepsi ini.
- (2) Syarat Bahagia dilihat dari ikatan perkawinan yang syah dan harmonis, umur istri sekurang kurangnya 25 tahun dengan sekurang kurangnya 2 orang anak hidup dan anak terkecil lebih dari 2 tahun.
- (3) Syarat Medik, setiap calon peserta kontrasepsi mantap wanita harus dapat memenuhi syarat kesehatan, artinya tidak ditemukan hambatan atau kontraindikasi untuk menjalani kontrasepsi mantap. Pemeriksaan seorang dokter

diperlukan untuk dapat memutuskan apakah seseorang dapat menjalankan kontrasepsi mantap. Ibu yang tidak boleh menggunakan metode kontrasepsi mantap antara lain ibu yang mengalami peradangan dalam rongga panggul, obesitas berlebihan dan ibu yang sedang hamil atau dicurigai sedang hamil (BKKBN, 2006)

Tindakan pembedahan (2009) teknik yang digunakan dalam pelayanan tubektomi antara lain Minilaparotomi dan Laparoskopi.

Waktu Pelaksanaan MOW antara lain Masa Interval (selama waktu selama siklus menstruasi), Pasca persalinan (post partum), Pasca keguguran

Indikasi MOW antara lain yaitu Indikasi medis umum atau adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi, Gangguan fisik misalnya tuberculosis pulmonum, penyakit jantung, dan sebagainya, Gangguan psikis yang dialami yaitu seperti skizofrenia (psikosis), sering menderita psikosa nifas, dan lain lain, Indikasi medik obstetri yaitu toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea yang berulang, histerektomi obstetri, dan sebagainya, Indikasi medis ginekologi adalah pada waktu melakukan operasi ginekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi, Indikasi sosial ekonomi berdasarkan beban sosial

ekonomi yang sekarang ini terasa bertambah lama bertambah berat.

Kontraindikasi MOW antara lain adalah Kontra indikasi mutlak seperti adanya Peradangan dalam rongga panggul, Peradangan liang senggama aku (vaginitis, servisititis akut), Kavum dauglas tidak bebas, ada perlekatan. Kontraindikasi relative misalnya Obesitas berlebihan, adanya bekas laparotomy.

Keuntungan MOW adalah Perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi, tidak mengganggu kehidupan suami istri, tidak mempengaruhi kehidupan suami istri, tidak mempengaruhi ASI, Lebih aman (keluhan lebih sedikit), praktis (hanya memerlukan satu kali tindakan), lebih efektif (tingkat kegagalan sangat kecil), lebih ekonomis (Noviawati dan Sujiyati, 2010).

Kerugian MOW (Noviawati dan Sujiyati,2009) yaitu antara lain:

- (1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini tidak dapat dipulihkan kembali
- (2) Klien dapat menyesal dikemudian hari
- (3) Resiko komplikasi kecil meningkat apabila digunakan anestesi umum
- (4) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan

(5) Dilakukan oleh dokter yang terlatih dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi

(6) Tidak melindungi diri dari IMS.

b) MOP (Medis Operatif Pria) / vasektomi

MOP adalah alat kontrasepsi jenis sterilisasi melalui pembedahan dengan cara memotong saluran sperma yang menghubungkan testikel (buah zakar) dengan kantung sperma sehingga tidak ada lagi kandungan sperma di dalam ejakulasi air mani pria (Verawati, 2012).

Vasektomi dilakukan dengan cara pemotongan Vas Deferens sehingga saluran transportasi sperma terhambat dan proses penyatuan dengan ovum tidak bekerja. Seorang pria yang sudah divasektomi, volume air maninya sekitar 0,15 cc yang tertahan tidak ikut keluar bersama ejakulasi karena scrotum yang mengalirkannya sudah dibuat buntu. Sperma yang sudah dibentuk tidak akan dikeluarkan oleh tubuh, tetapi diserap & dihancurkan oleh tubuh.

Syarat MOP antara lain adalah sukarela, bahagia, bila hanya mempunyai 2 orang anak, maka anak yang terkecil paling sedikit umur sekitar 2 tahun , umur isteri paling muda sekitar 25 tahun, Kesehatan tidak ditemukan adanya hambatan atau kontraindikasi untuk menjalani kontap. Oleh karena itu setiap calon peserta harus diperiksa terlebih dahulu kesehatannya oleh

dokter, sehingga diketahui apakah cukup sehat untuk dikontak atau tidak. Selain itu juga setiap calon peserta kontak harus mengikuti konseling (bimbingan tatap muka) dan menandatangani formulir persetujuan tindakan medik (Informed Consent).

Cara Pemasangan MOP yaitu kulit skrotum di daerah operasi dibersihkan. Kemudian dilakukan anastesia local dengan larutan xilokain. Anastesia dilakukan di kulit skrotum dan jaringan sekitarnya di bagian atas dan pada jaringan di sekitar vas deferens. Vas dicari dan setelah ditentukan lokasinya, dipegang sedekat mungkin di bawah kulit skrotum. Setelah itu, dilakukan sayatan pada kulit skrotum sepanjang 0,5 – 1 cm di dekat tempat vas deferens. Setelah vas kelihatan, dijepit dan dikeluarkan dari sayatan (harus diyakinkan bahwa vas yang dikeluarkan itu), vas dipotong sepanjang 1 – 2 cm dan kedua ujungnya diikat. Setelah kulit dijahit, tindakan diulangi pada sebelah yang lain.

Teknik Melakukan MOP dengan cara operatif dan indikasi MOP adalah bahwa pasangan suami-istri tidak menghendaki kehamilan lagi dan pihak suami bersedia bahwa tindakan kontrasepsi dilakukan pada dirinya.

Kontraindikasi MOP antara lain adalah adanya Infeksi kulit lokal, misalnya Scabies, Infeksi traktus genetalia, kelainan skrotum , adnya riwayat penyakit sistemik, riwayat perkawinan.

Keuntungan MOP yaitu efektif, aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas, sederhana., cepat, hanya memerlukan waktu 5-10 menit, biaya rendah.

Kerugian MOP adalah diperlukan suatu tindakan operatif, kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi, kontrasepsi mantap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens dikeluarkan, problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria.

BAB III
SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA
PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus yang Berkesinambungan dengan COC

1. Rancangan Penelitian

Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Metode yang digunakan untuk data primer yaitu dengan menggunakan metode pengamatan (*observation*), wawancara (anamnesa), maupun hasil pengukuran fisik dan pemeriksaan kebidanan langsung kepada klien. Data sekunder diperoleh dengan melakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya (USG, foto *rontgen* dll) data kesehatan penduduk kota dan provinsi, buku KIA sebagai buku catatan perkembangan klien. Selain itu dapat dilakukan melalui studi kepustakaan (*Library research*).

2. Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di rumah Ny. N di Jl. Dr. Soetomo Strat 3 No. 08, RT. 13 Kelurahan Karang Rejo Kecamatan Balikpapan Tengah dan dilaksanakan mulai 6 Desember 2019 – 28 Februari 2020.

3. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda ataupun lembaga (Amirin, 2012).

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Proposal Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G₆P₃₂₁₃ dengan usia kehamilan 32 minggu 4 hari

Janin Tunggal Hidup Interauterine, diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

4. Pengumpulan Dan Analisis Data

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan selama proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif (*continuity of care*) berlangsung. Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

1) Observasi

Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu. Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan (Nursalam, 2009).

2) Wawancara

Wawancara adalah percakapan antara klien dengan seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek. Penulis mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga (Nursalam, 2009).

3) Pemeriksaan fisik

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

4) Studi Dokumentasi

Penulis menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul Hasil Laporan Tugas Akhir ini seperti : catatan medis klien yang berupa buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), literatur dan lain sebagainya.

5) Analisis Data

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

5. Instrumen Penelitian

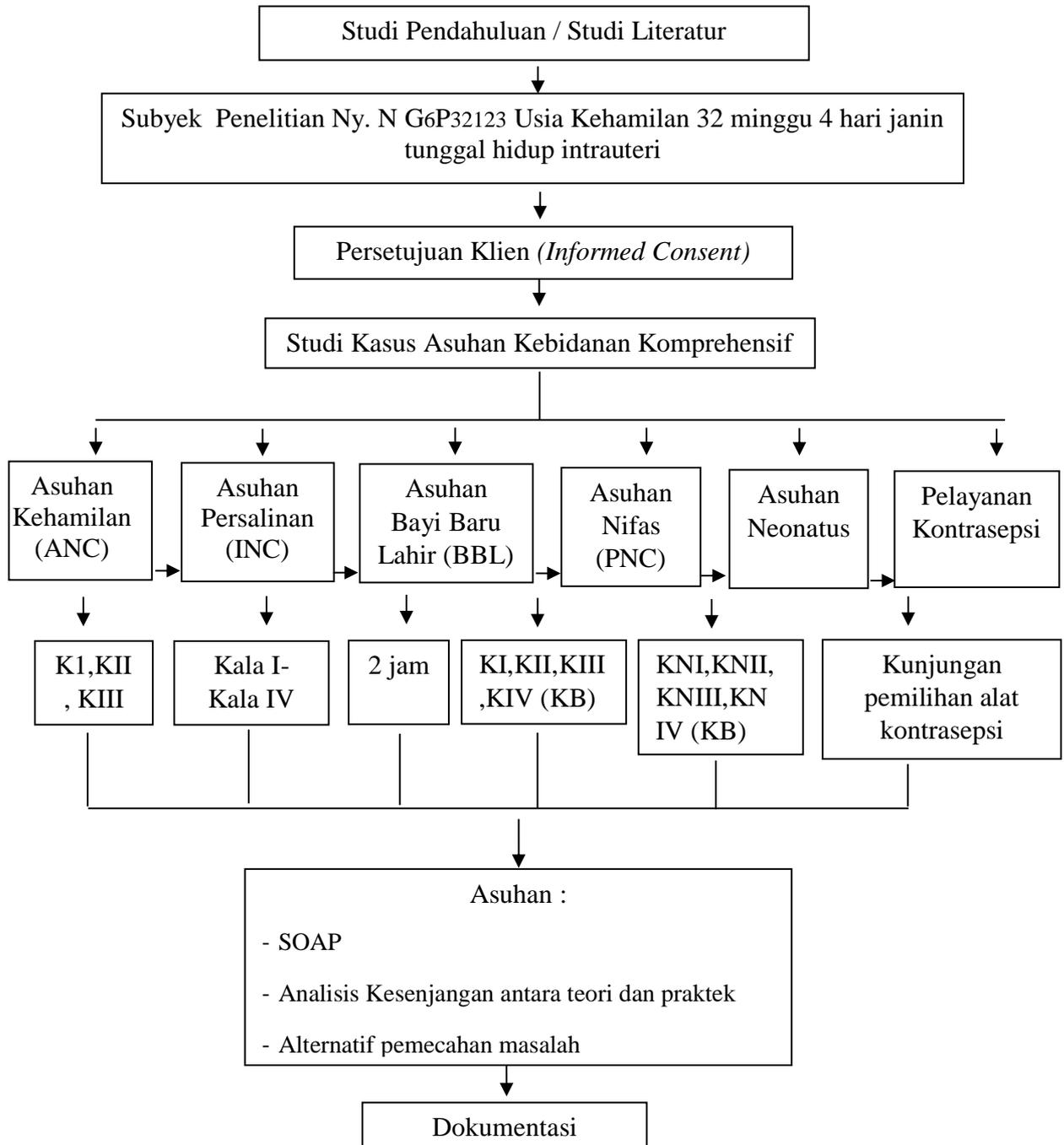
Instrumen adalah alat yang dapat dipakai penulis untuk mendapatkan data. Penelitian ini menggunakan instrument seperti lembar pengkajian, *checklist*, dokumentasi.

6. Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010).

Bagan 3.1

Skema Kerangka Kerja



2. Etika Studi Kasus

1. *Respect for person*

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, ibu bebas menolak untuk ikut studi kasus ini atau dapat mengundurkan diri kapan saja. Ny. N mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan dan bersedia ikut dalam studi kasus ini secara sadar tanpa paksaan dan telah membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan.

2. *Beneficence dan non maleficence*

Ny. N sebagai peserta dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif ini akan mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan bersalin/nifas. Penulis juga pada saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan telah meminimalkan bahaya risiko yang terjadi, yaitu melakukan mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti *handscoon*.

3. *Justice*

Risiko dan ketidaknyamanan secara fisik yaitu akan menyita waktu ibu selama memberikan asuhan, mulai dari pengkajian yang dilakukan di rumah klien sampai dengan pelaksanaan asuhan dengan perkiraan waktu 60-120 menit (atau sesuai dengan kebutuhan) pada saat kunjungan rumah atau kunjungan ke fasilitas kesehatan. Seluruh kegiatan dalam memberikan asuhan dilakukan dibawah bimbingan dari bidan yang telah ditunjuk sebagai pembimbing dari Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

3. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif

Tabel 3.1 Rencana Asuhan

No	Tanggal	Kunjungan Ke	Rencana / Interfemsi
1.	6-12-2019	K1 (Kunjungan ke-1 pada saat kehamilan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan baik dengan pasien dan keluarganya 2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan telah dilakukan. 3. Penkes tentang: <ol style="list-style-type: none"> a. Dampak resiko tinggi kehamilan dengan usia \geq 35 tahun dan grande multipara b. Pola Istirahat c. Pola nutrisi d. Tanda bahaya TM III e. Persiapan Persalinan f. Tanda-tanda persalinan 4. Memberikan support kepada ibu 5. Kontrol kehamilan 2 minggu lagi atau jika ada keluhan 6. Menganjurkan ibu untuk pemeriksaan laboratorium 7. Pendokumentasian
2.	23-12-2019	K 2 (Waktu Kunjungan 2 pada Kehamilan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan. 2. Beritahu ibu pentingnya memberikan ASI eksklusif pada bayi. 3. Memberikan penkes tentang : <ol style="list-style-type: none"> a. Menjaga pola nutrisi b. Menjaga pola istirahat c. Metode kontrasepsi jangka panjang 4. Tanda bahaya pada kehamilan TM III 5. Tanda – tanda persalinan 6. Anjurkan ibu ANC 1 mgg lagi
3.	14-1-2020	K 3 (Waktu Kunjungan 3 pada Kehamilan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan 2. Memberikan penkes tentang : <ol style="list-style-type: none"> a. Menjaga pola Nutrisi pada ibu hamil b. Tanda – tanda persalinan c. Persiapan persalinan 3. Cara mengejan yang benar 4. Anjurkan ibu ke fasilitas kesehatan terdekat jika mengalami tanda-tanda persalinan.
		KALA I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat 2. Mengatur aktivitas dan posisi ibu 3. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his 4. Menjaga privasi ibu 5. Penjelasan tentang kemajuan

			<p>persalinan</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menjaga kebersihan diri 7. Mengatasi rasa panas 8. Masase 9. Pemberian cukup minum 10. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong <p>Sentuhan</p>
		KALA II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi dukungan terus menerus kepada ibu 2. Menjaga kebersihan diri 3. Mengipasi dan masase 4. Memberikan dukungan mental 5. Menjaga kandung kemih tetap kosong 6. Memberikan cukup minum 7. Memimpin mendedan 8. Bernafas selama persalinan 9. Pemantauan denyut jantung janin 10. Melahirkan bayi 11. Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh <p>Merangsang bayi</p>
		KALA III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin 2. Memberikan oksitosin <p>Melakukan pengangan tali pusat terkendali atau PT</p>
		KALA IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ikat tali pusat 2. Pemeriksaan fundus dan masase 3. Nutrisi dan hidrasi 4. Bersihkan ibu 5. Istirahat 6. Peningkatan hubungan ibu dan bayi 7. Memulai menyusui <p>Menolong ibu ke</p>
		BBL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan fisik bayi. 2. Lakukan perawatan tali pusat. 3. Injeksi imunisasi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan. 4. Jaga kehangatan bayi. 5. Anjurkan ibu menyusui bayinya on demand dan maksimal setiap 2 jam. 6. Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan.
		KF 1 (Waktu Kunjungan I pada Nifas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan. 2. Anjurkan ibu menyusui bayinya 3. Mengajarkan teknik menyusui yang baik dan benar. 4. Anjurkan ibu mobilisasi dini . 5. Ajarkan ibu cara merawat tali pusat 6. Memberikan KIE tentang personal hygiene dan kebutuhan nutrisi bagi ibu nifas

		KF 2 (Waktu Kunjungan 2 pada Nifas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan. 2. Jelaskan pada ibu perubahan lochea pada masa nifas 3. Mengajarkan ibu senam nifas. 4. Memberikan KIE tentang : <ol style="list-style-type: none"> a. Nutrisi ibu nifas b. Kebutuhan istirahat saat masa nifas c. Tanda bahaya ibu nifas 5. Ajarkan ibu cara perawatan payudara. 6. Mengajarkan ibu untuk tetap menyusui bayinya. 7. Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya pada hari ke 14.
		KF 3 (Waktu Kunjungan 3 pada Nifas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan. 2. Beri KIE tentang alat kontrasepsi.
		KN 1 (Waktu Kunjungan I pada Neonatus)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan hasil pemeriksaan bayi pada ibu. 2. Lakukan perawatan neonatus 3. Meningkatkan hidrasi dan nutrisi yang adekuat untuk bayi 4. Memperhatikan pola tidur yang normal 5. Meningkatkan hubungan interaksi antara orang tua dan bayi 6. Jaga kehangatan tubuh bayi. 7. Melakukan pemeriksaan fisik neonatus 8. Berikan ASI eksklusif. 9. Rawat tali pusat. 10. Periksa status pemberian vitamin K dan imunisasi HB-0. 11. Beritahu ibu jadwal imunisasi selanjutnya yaitu BCG yang diberikan saat usia bayi 1 bulan. 12. Buat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan home care kunjungan neonatus.
		KN 2 (Waktu Kunjungan 2 pada Neonatus)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan hasil pemeriksaan bayi pada ibu. 2. Melakukan perawatan neonatus dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan hidrasi dan nutrisi yang adekuat untuk bayi b. Memperhatikan pola tidur yang normal c. Meningkatkan hubungan interaksi antara orang tua dan bayi. d. Menjaga kehangatan tubuh bayi. e. Mengajarkan ibu memberikan ASI sesering mungkin. 3. Mengajarkan ibu untuk tetap merawat tali pusat. 4. Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan home care kunjungan neonatus 2

		KN 3 (Waktu Kunjungan 3 pada Neonatus)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan bayinya. 2. Menjaga kehangatan tubuh bayi. 3. Memberikan ASI. 4. Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya. 5. Menganjurkan ibu memperhatikan jadwal imunisasi agar tidak terlewat.
		Kontrasepsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan. 2. Beri KIE tentang kontrasepsi: <ol style="list-style-type: none"> a. Manfaat kontrasepsi b. Jenis kontrasepsi c. Efektifitas d. Indikasi dan kontraindikasi e. Kekurangan dan kelebihan kontrasepsi f. Cara penggunaan kontrasepsi g. Cara kerja kontrasepsi

BAB IV

TINJAUAN KASUS

1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan *Antenatal Care*

A. Asuhan Kebidanan *Antenatal Care* kunjungan ke - I

Tanggal/Waktu pengkajian : 6 Desember 2019 / 10.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. N

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Dra. Meitty Albertina, SKM, SST, M.Kes

Langkah I (Pengkajian)

a. Identitas

Nama klien : Ny. N

Nama suami : Tn. T

Umur : 37 th

Umur : 36 th

Suku : Banjar

Suku : Jawa

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No. 08, Kelurahan

Karang Rejo, Kecamatan Balikpapan Tengah

b. Keluhan : Tangan kadang terasa kram-kram (6 Desember 2019)

c. Riwayat obstetrik dan ginekologi

Tabel 4.1 Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ Tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keada- -an
1	2005	RST	Aterm	Tidak ada	Spontan	Bidan	Tidak ada	Peremp- uan	2,8	49	Baik
2	2006	BPM	Aterm	Tidak Ada	Spontan	Bidan	Tidak ada	Peremp- uan	3,4	51	Baik
3	2009	A	B	O	R	T	U	S			
4	2011	A	B	O	R	T	U	S			
5	2014	BPM	Premat- ur	Tidak Ada	Spontan	Bidan	Tidak Ada	Laki- laki	1,5	41	Baik
6	2019	H	A	M	I	L		I	N	I	

d. Riwayat menstruasi

HPHT / TP : 22 April 2019 / 30 Januari 2020

Umur kehamilan : 32 mgg 4 hari

Lamanya : kurang lebih 5 hari

Banyaknya : 3 kali ganti pembalut/hari

Konsistensi : Kental cair dan ada gumpalan darah

Siklus : 30 hari

Menarche : 13 tahun

Teratur / tidak : Teratur

Dismenorrhea : Ada pada saat hari pertama menstruasi

Keluhan lain : Tidak ada

e. Flour albus

Banyaknya : Sedikit saja

Warna : Putih bening

Bau/gatal : Tidak bau / Tidak gatal

f. Tanda – tanda kehamilan

Ibu mengatakan melakukan tes Hcg Urine dengan hasil positif. Ibu merasakan gerakan janin pertama kali pada usia kehamilan 4 bulan. Dan ibu merasakan gerakan janin aktif kurang lebih 10 kali dalam 24 jam.

g. Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

Ibu mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit/gangguan reproduksi seperti mioma uteri, kista, mola hidatidosa, PID, endometriosis, KET, ataupun kembar.

h. Skrining Imunisasi TT

Imunisasi TT : TT5 (Imunisasi Lengkap)

j. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti hipertensi, jantung hepar, DM, PMS/HIV/AIDS, TBC. Riwayat kesehatan keluarga, Keluarga ibu dan suami tidak ada yang menderita penyakit seperti hipertensi, DM, TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, serta penyakit keturunan seperti buta warna dan penyakit kelainan darah.

2) Alergi

Ibu tidak memiliki alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

k. Riwayat keluhan pada saat hamil

Riwayat kehamil ibu mengatakan pernah mengalami kelelahan, mual, muntah, Sakit kepala, dan nyeri pada bagian bawah perut pada saat kehamilan awal trimester 1, selanjutnya tidak ada keluhan dan tidak sampai mengganggu aktivitas sehari- hari.

l. Riwayat menyusui

Ibu mengatakan anak pertama diberikan ASI Eksklusif sampai umur 2 tahun. Kemudian anak kedua juga diberikan ASI Eksklusif sampai umur 2 tahun. Anak ketiga lahir pada kehamilan kelima, anak telah diberikan ASI Eksklusif sampai umur 2 tahun.

m. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah ber-KB sebelumnya yaitu menggunakan KB Pil tahun 2014.

n. Kebiasaan sehari – hari

1) Merokok dan penggunaan alkohol sebelum / selama hamil

Ibu tidak memiliki kebiasaan merokok atau memakai alkohol baik sebelum atau selama hamil.

o. Obat- obatan atau jamu sebelum / selama hamil

Selama hamil ibu tidak mengonsumsi jamu-jamuan dan ibu hanya mengonsumsi Obat-obatan dari Bidan.

p. Makan / diet

Makan / diet ibu selama hamil yaitu kadang sehari 3-4 kali (tidak teratur) porsi sedang dan dihabiskan yaitu satu piring tidak penuh dengan takaran nasi 1 centong, lauk pauk seperti ikan, ayam, telur, tempe, sayur, dan kadang buah-buahan diselingi dengan cemilan seperti biskuit.

q. Defekasi / miksi

1) BAB : Frekuensi 1x sehari, Konsistensi Lunak , Warna Kekuningan seperti kecoklatan, keluhan tidak ada

2) BAK : Frekuensi > 3 x/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, keluhan tidak ada

r. Pola istirahat dan tidur

1) Siang : ± 1 jam (sabtu-minggu)

2) Malam : ± 4-5 jam

s. Pola aktivitas sehari – hari

Selama hamil, ibu masih sering beraktivitas di dalam rumah yaitu bersih-bersih, menyapu, mencuci dan untuk kegiatan diluar rumah, Ibu sering mengantar dan menjemput anaknya yang sekolah di Sekolah Dasar.

p. Pola seksualitas

1) Frekuensi : Jarang

2) Keluhan : Tidak ada

q. Riwayat Psikososial

1) Pernikahan

Status : Menikah

Yang ke : 1

Lamanya : 16 tahun

Usia pertama kali menikah : 21 tahun

2) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan

Cukup, ibu memahami pentingnya memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan.

3) Respon ibu terhadap kehamilannya adalah ibu merasa senang dengan kehamilannya dan ini adalah kehamilan yang ditunggu-tunggu

4) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak, ibu mengatakan perempuan atau laki-laki sama saja.

5) Respon suami/keluarga terhadap jenis kelamin anak

Senang, suami mengatakan perempuan atau laki – laki sama saja.

6) Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan

Ibu tidak memiliki kepercayaan atau ritual khusus yang berhubungan dengan kehamilan.

r. Pantangan selama kehamilan : Tidak ada

s. Persiapan persalinan

Rencana tempat bersalin : RS. Dr. Hardjanto Balikpapan

Persiapan ibu dan bayi : Ada, Ibu telah mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi.

t. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Baik

2) Kesadaran : Compos Mentis

3) Keadaan emosional : Stabil

4) Ekspresi wajah : Bahagia

5) Pemeriksaan antropometri :

a) Tinggi badan : 150 cm

b) BB sebelum hamil : 49 kg, IMT : $49 : (1,50)^2 = 21,7$

c) BB saat hamil : 57 kg, IMT : $57 : (1,50)^2 = 25,3$

d) Lila : 25 cm

7) Tanda – tanda vital

- a) Tekanan darah : 110/70 mmHg
- b) Nadi : 80 x/menit
- c) Suhu : 36°C
- d) Pernapasan : 20x/menit

2) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a) Kepala

- Kulit kepala : Bersih
- Kontriksi rambut : Kuat
- Distribusi rambut : Merata, tidak ditemukan kelainan.

b) Mata

- Kelopak mata : Tidak oedema
- Konjungtiva : Kemerahan
- Sklera : tidak ikterik

c) Muka

- Kloasma gravidarum : Tidak ada
- Oedema : Tidak ada
- Pucat / tidak : Tidak

d) Mulut dan gigi

- Gigi geligi : Tidak ada lubang
- Mukosa mulut & Lidah : Lembab, bersih, tidak ada stomatitis
- Caries dentis : Ada sedikit
- Geraham : Tidak lengkap :

e) Leher

Tonsil	: Tidak ada peradangan
Faring	: Tidak ada peradangan
Vena jugularis	: Tidak ada pembesaran
Kelenjar tiroid	: Tidak ada pembesaran
Kelenjar getah bening	: Tidak ada pembesaran

f) Dada

Bentuk mammae	: Tidak sama besar
Retraksi	: Tidak ada retraksi pada mammae
Puting susu	: Kiri dan kanan menonjol
Areola	: Terjadi hiperpigmentasi pada areola
Lain-lain	: Tak ada pengeluaran kolostrum.

g) Punggung ibu

Bentuk /posisi	: Lordosis akibat kehamilan.
----------------	------------------------------

h) Abdomen

Bekas operasi	: Ada, Appendicitis pada saat remaja
Striae	: Tidak ada
Pembesaran	: Sesuai dengan usia kehamilan
Asites	: Tidak ada
Linea nigra	: Ada

i) Vagina

Varises	: Tidak Ada
Pengeluaran	: Tidak Ada
Oedema	: Tidak Ada.

j) Perineum

Luka parut : Tidak Ada

Fistula : Tidak Ada.

k) Ekstremitas

Oedema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

Turgor : Baik, cavila reville (+)

Palpasi

a) Leher

Vena jugularis : Tidak ada pembesaran

Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

Kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran.

b) Dada

Mammae : Tidak sama besar

Massa : Tidak ada

Konsistensi : Kenyal

Pengeluaran Colostrum : Tidak ada

c) Perut

Leopold I : TFU setengah pusat px, 30 cm, TBJ: $30-13 \times 155 = 2.635$
gram

Leopold II : teraba bagian memanjang, melengkung, dibagian kiri ada tahanan keras seperti papan, dibagian kanan perut teraba bagian kecil- kecil janin (punggung kiri).

Perkusi

- a) Dada : Tidak dilakukan
- b) Perut : Tidak dilakukan
- c) Ekstremitas : Refleks patella Positif kanan dan kiri

t. Pemeriksaan laboratorium

1) Darah tidak dilakukan

- a) Hb : 11,8 g/dl
- b) Golongan darah : O

2) Urine

- Tanggal : Tidak dilakukan
- Protein : Tidak dilakukan
- Albumin : Tidak dilakukan
- Reduksi : tidak dilakukan

3) Pemeriksaan penunjang

USG : 8 Desember 2019, hasil pemeriksaan baik, ketuban utuh, tidak terdapat lilitan tali pusat, TBJ sesuai usia kehamilan

LANGKAH II (Intrepretasi Data Dasar)

Tabel 4.2
Diagnosa dan Data Dasar

Diagnosa	Data Dasar
Ny N G ₆ P ₃₂₁₂₃ Usia Kehamilan 32 minggu 4 hari janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu mnegatakan hamil anak ke 6, pernah keguguran 2 kali pada kehamilan ke 3 dan ke 4 HPHT : 22 April 2019 TP : 30 Januari 2020 Ibu mengatakan tidak keluhan saat ini <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Hasil Pemeriksaan Fisik <ul style="list-style-type: none"> KU : Baik Kes : CM TD : 110/70 mmHg N : 80 x/i R : 20 x/i T : 36⁰C BB : 57 Kg IMT : 21,7 kg/m² TB : 150 cm LILA : 25 cm Palpasi <ol style="list-style-type: none"> Payudara : Tidak ada massa, konsistensi lunak, belum ada pengeluaran colostrums Abdomen : <ol style="list-style-type: none"> Leopold 1 : Teraba Lunak tidak melenting (bagian bokong), TFU setengah px pusat 30 cm. TBJ = $(30 - 13) \times 155 = 2.635$ gr Leopold II : teraba bagian memanjang, melengkung, ada tahanan keras seperti papan, dibagian kanan perut teraba bagian kecil- kecil janin (punggung kiri), DJJ (+) 155 x/i Leopold III : pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Leopold IV : belum masuk pintu atas panggul (Konvergen) Ekstremitas : Tidak oedema, Turgor baik, Refleks Patella (+) kanan dan kiri Pemeriksaan penunjang <ol style="list-style-type: none"> Hb : 11,8 gr/dl USG : 8 Desember 2019, hasil pemeriksaan baik, ketuban utuh, tidak terdapat lilitan tali pusat, TBJ sesuai usia kehamilan

Tabel 4.3
Masalah dan Data Dasar

Masalah	Data Dasar
Hamil diusia 37 tahun	S : Ibu mengatakan berusia 37 tahun
Multipara	S : Ibu mengatakan ini kehamilan ke-6 dan calon anak ke-4
Riwayat abortus	S : Ibu mengatakan pernah keguguran 2 kali pada kehamilan ke-3 dan ke-4
Riwayat partus prematurus	S : Ibu mengatakan pada kehamilan ke-5, anak lahir kurang bulan yaitu pada usia kehamilan 28-29 minggu

Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa / Masalah Potensial)

Diagnosa : Ny N G₆P₃₂₁₂₃ Usia Kehamilan 32 minggu 4 hari dengan masalah resiko tinggi usia 37 tahun dan multipara

Diagnosa Potensial Pada Ibu

1. Perdarahan antepartum dan postpartum
2. Preeklamsia
3. Atonia Uteri

Diagnosa Potensial Pada Bayi

1. Asfiksia

Antisipasi : KIE tanda bahaya kehamilan dengan factor resiko tinggi usia 37 tahun dan multipara

Langkah IV (Menetapkan Terhadap Tindakan Segera)

Tidak ada dilakukan tindakan segera

Inspeksi

Mata : Konjungtiva kemerahan tidak tampak anemis dan sklera tidak ikterik

Muka : Segar, tidak pucat

Palpasi

L I : Teraba lunak tidak melenting (bokong), TFU setengah pusat px
(Mc.Donald 30 cm)

L II : Teraba bagian terkecil janin disebelah kanan dan terapa keras
memanjang seperti papan pada punggung kiri

L III : Presentasi Kepala

L IV : Belum masuk PAP (Konvergen)

Auskultasi

Djj : Positif (+), 155 x/i, irama teratur, intensitas kuat

Pemeriksaan penunjang :

Hb : 11,8 gr/dl

3. Memberikan Penkes tentang:

- a. Dampak Kehamilan dengan resiko tinggi usia 37 tahun dan multipara, seperti perdarahan, Solutio Placenta, Preeklamsia
- b. Pola Istirahat pada ibu hamil normalnya 7-8 jam pada malam hari dan 1-2 jam pada siang hari. Jadi ibu harus mengatur pola istirahat dengan baik.
- c. Pola nutrisi bagi ibu hamil harus terpenuhi. Nafsu makan ibu yang kurang dapat diperbaiki dengan mengubah pola makan sedikit-sedikit tetapi sering, untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi pada ibu dan janinnya. Lebih diutamakan untuk mengkonsumsi makanan dengan porsi gizi seimbang.

- d. Tanda-tanda bahaya TM III , menjelaskan mengenai tanda-tanda bahaya pada TM III antar lain perdarahan pervaginam, sakiot kepala yang berat, penglihatan kabur, pre eklamsi, gerak janin berkurang,nyeri perut yang hebat, KPD.
 - e. Menjelaskan tentang persiapan persalinan, seperti ibu harus memasukkan baju bayi dan baju ibu serta keperluan lainnya dalam satu tas kemudian diletakkan ditempat yang mudah dijangkau agar memudahkan pada saat berangkat ke rumah sakit jika tanda–tanda persalinan sudah muncul.
 - f. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan, antara lain terjadinya kontraksi secara terus menerus, ada pengeluaran lender darah, ibu terasa ingin BAB.
4. Memberikan support kepada ibu, bahwa ibu bisa melewati kehamilan ini hingga proses persalinan yang aman dan lancar
 5. Menganjurkan ibu Kontrol kehamilan 2 minggu sekali atau jika ada keluhan untuk memantau perkembangannya
 6. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Laboratorium
 7. Pendokumentasian pada menejemen kebidanan dan konsep SOAP

Langkah VII (EVALUASI)

Evaluasi Secara Umum

1. Ibu dan keluarga mengerti kondisi ibu dan janinnya dalam keadaan yang baik, ibu mengatakan hasil pemeriksaan ibu baik dan keadaan janinnya baik serta detak jantung janin dapat didengar dengan teratur.
2. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

3. Ibu telah mengerti mengenai dampak resiko tinggi kehamilan dengan usia 37 tahun dan multipara, seperti perdarahan, atonia uteri, pre eklamsi. Ibu juga telah bersedia untuk melahirkan di fasilitas kesehatan.
4. Ibu telah paham mengenai pola istirahat dan tidur, ibu mengatakan akan mengatur waktu untuk tidur siang 1 jam dan tidur malam 7-8 jam.
5. Ibu telah paham mengenai pola nutrisi yang diperlukan selama hamil, ibu dapat menyebutkan 5 makanan yang tinggi zat besi seperti makan sayur bayam, daging sapi, kacang merah, tomat, kentang dan ibu akan memakan makanan sedikit – sedikit tetapi sering, untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada janinnya.
6. Ibu telah paham mengenai tanda bahaya TM III, ibu dapat menyebutkan 3 tanda bahaya yaitu perdarahan, ketuban pecah dini, tekanan darah tinggi.
7. Ibu telah memahami tentang persiapan persalinan. Ibu dapat menyebutkan beberapa hal terkait persiapan persalinan seperti ibu harus memasukkan baju bayi dan baju ibu serta keperluan lainnya dalam satu tas kemudian diletakkan ditempat yang mudah dijangkau agar memudahkan pada saat berangkat ke rumah sakit jika tanda–tanda persalinan sudah muncul.
8. Telah dijelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan, antara lain terjadinya kontraksi secara terus menerus, ada pengeluaran lender darah, ibu terasa ingin BAB
9. Ibu dengan senang hati menerima support mental yang telah diberikan dan terlihat bahagia atas kehamilan sekarang
10. Ibu akan melaksanakan kunjungan ulang, ibu mengatakan akan melakukan kunjungan ulang untuk memantau perkembangan janinnya
11. Ibu bersedia untuk pemeriksaan laboratorium dan dilakukan pendokumentasian

DOKUMENTASI SOAP ANC KUNJUNGAN KE-1

S :

1. Ibu mnegatakan hamil anak ke 6, pernah keguguran 2 kali pada kehamilan ke 3 dan ke 4
2. HPHT : 22 April 2019
3. TP : 30 Januari 2020
4. Ibu mengatakan tidak keluhan saat ini

O :

1. Hasil Pemeriksaan Fisik

KU : Baik

Kes : Compos Mentis

TD : 110/70 mmHg

N : 80 x/i

R : 20 x/i

T : 36⁰C

BB : 57 Kg

TB : 150 cm

LILA : 25 cm

IMT : 21,7 kg/m² IMT : 25,3 kg/m²

Palpasi

- a. Payudara : Tidak ada massa, konsistensi lunak, belum ada pengeluaran colostrums
- b. Abdomen :
 - 1) Leopold 1 : Teraba Lunak tidak melenting (bagian bokong), TFU setengah px pusat 30 cm. TBJ = $(30 - 13) \times 155 = 2.635$ gr

- 2) Leopold II : teraba bagian memanjang, melengkung, ada tahanan keras seperti papan, dibagian kanan perut teraba bagian kecil- kecil janin (punggung kiri), DJJ (+) 155 x/i
- 3) Leopold III : pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala).
- 4) Leopold IV : belum masuk pintu atas panggul (Konvergen)

c. Ekstremitas : Tidak oedema, Turgor baik, Refleks Patella (+) kanan dan kiri

2. Pemeriksaan penunjang

a. Hb : 11,8 gr/dl

b.USG : 8 Desember 2019, hasil pemeriksaan baik, ketuban utuh, tidak terdapat lilitan tali pusat, TBJ sesuai usia kehamilan

A : Diagnosa : Ny N G₆P₃₂₁₂₃ Usia Kehamilan 32 minggu 4 hari masalah resiko tinggi usia 37 tahun dan multipara

Diagnosa Potensial Pada Ibu

1. Perdarahan antepartum dan postpartum
2. Preeklamsia
3. Atonia Uteri

Diagnosa Potensial pada Bayi

1. Asfiksia

Antisipasi : KIE tanda bahaya kehamilan dengan factor resiko tinggi usia 37 tahun dan multipara

P : Tanggal 6 Desember 2019

Tabel 4.4
Implementasi Secara Umum Kunjungan ANC I

No	Waktu	Rencana/ Intervensi
1.	10.40 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal Ibu dan keluarga mengerti kondisi ibu dan janinnya dalam keadaan yang baik, ibu mengatakan hasil pemeriksaan ibu baik dan keadaan janinnya baik serta detak jantung janin dapat didengar dengan teratur.
2.	10.45 WITA	Menjelaskan kepada ibu mengenai bahaya kehamilan usia 37 tahun dan multipara Ibu mengerti tentang bahaya kehamilan dengan resiko tinggi usia 37 tahun dan kehamilan lebih dari 5 kali
3.	10.55 WITA	Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang: Pola Istirahat pada ibu hamil normalnya 7-8 jam. Jadi ibu harus mengatur pola istirahatnya dengan baik. Ibu telah paham mengenai pola istirahat dan tidur, ibu mengatakan akan tidur siang 1 jam dan tidur malam 7-8 jam.
4.	11.00 WITA	Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang: Pola nutrisi ibu harus terpenuhi dengan cara makan sedikit-sedikit tetapi sering, untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi pada ibu dan janinnya Ibu telah paham mengenai pola nutrisi yang diperlukan selama hamil, ibu dapat menyebutkan 5 makanan yang tinggi zat besi seperti makan sayur bayam, daging sapi, kacang merah, tomat, kentang dan ibu akan memakan makanan sedikit – sedikit tetapi sering, untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada janinnya.
5.	11.05 WITA	Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang: Tanda-tanda bahaya TM III : perdarahan vagina, KPD, pre eklamsi. Ibu telah paham mengenai tanda bahaya TM III, ibu dapat menyebutkan 3 tanda bahaya yaitu perdarahan, ketuban pecah dini, tekanan darah tinggi.
6.	11.10WITA	Menjelaskan tentang persiapan persalinan Menyiapkan baju ibu dan bayi serta keperluan lainnya Menyiapkan surat-surat penting Ibu telah memahami tentang persiapan persalinan. Ibu dapat menyebutkan beberapa hal terkait persiapan persalinan seperti ibu harus memasukkan baju bayi dan baju ibu serta keperluan lainnya dalam satu tas kemudian diletakkan ditempat yang mudah dijangkau agar memudahkan pada saat berangkat ke rumah sakit jika tanda–tanda persalinan sudah muncul.

7.	11.15 WITA	<p>Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan, antara lain terjadinya kontraksi secara terus menerus, ada pengeluaran lender darah, ibu terasa ingin BAB</p> <p>Ibu telah mngetahui tentang tanda-tanda persalinan, antara lain terjadinya kontraksi secara terus menerus, ada pengeluaran lender darah, ibu terasa ingin BAB</p>
8.	11.20 WITA	<p>Memberikan support kepada ibu, bahwa ibu bias melewati proses kehamilan dan persalinan dengan aman dan lancar</p> <p>Ibu bisa menghadapi masalah selama hamil</p>
9.	11.25 WITA	<p>Menganjurkan Kontrol kehamilan 2 minggu sekali atau jika ada keluhan untuk memantau perkembangan janin</p> <p>Ibu akan melaksanakan kunjungan ulang 2 minggu lagi</p>
10.	11.30 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan laboratorium</p> <p>Ibu bersedia untuk melakukan pemeriksaan Laboratorium</p>
11.	11.40 WITA	<p>Melakukan Pendokumentasian</p> <p>Telah dilakukan pendokumentasian di dalam Manajemen Asuhan Kebidanan.</p>

B. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Desember 2019 / 12.00 WITA
 Tempat : Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No. 08, Kelurahan
 Karang Rejo, Kecamatan Balikpapan Tengah
 Oleh : Ajeng Dila Rahmawati
 Pembimbing : Hj. Suryani, SST

S :

1. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 x dalam 24 jam
2. Ibu merasa perut bagian bawah sudah mulai terasa seperti terdesak dan menganjal
3. Ibu mengatakn tangan suka keram-keram
4. Pola Fungsional Kesehatan

Tabel
Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 porsi nasi sedang dihabiskan, 2 potong lauk pauk, sayur, air putih \pm 10 gelas/hari, kadang susu. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik
Eliminasi	BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 1 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 1 jam, Ibu tidur pada malam hari \pm 5-6 jam/hari.
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, dan menguruskan anak sementara kegiatan ibu diluar rumah tidak ada.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari.
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.
Seksualitas	Ibu jarang melakukan hubungan seksual.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Compos Mentis
TTV : TD : 110/70 mmHg
N : 80 x/i
R : 20 x/i
T : 36,6⁰ C
BB : 58 kg
LiLA : 27,5 cm

b. Pemeriksaan fisik :

Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak pucat dan tidak oedema.
Mata : Konjungtiva kemerahan, seklera putih, dan tidak ada sekret, kelopak mata tidak oedema
Mulut : Bibir tidak tampak anemis, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah bersih
Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, dan tidak ada benjolan abnormal, dan tidak terdengar suara Ronchi dan Whezing
Payudara : Payudara membesar, tampak bersih, tampak *hyperpigmentasi* pada areolla mammae, puting susu menonjol, dan dada tidak ada retraksi, tidak terdapat pengeluaran ASI, dan tidak ada benjolan abnormal.
Abdomen : Tidak ada linea nigra, membesar sesuai usia kehamilan, dan tidak ada luka bekas operasi.

- a) Leopold I : Tinggi fundus teraba 3 jari bawah px, Mc Donald 32 cm, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong)
- b) Leopold II : Teraba bagian panjang dank eras seperti papan sebelah kiri ibu dan dibagian kanan teraba bagian kecil janin (punggung kiri)
- b) Leopold III : Pada segmen bawah Rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian ini tidak dapat digoyangkan
- c) Leopold IV : Pada bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen)

Taksiran berat janin (TBJ) adalah $(30-11) \times 155 = 2945$ gram. DJJ (+) 136 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat.

Ekstremitas :

- 1) Atas : Tidak oedema dan kapiler refill baik (kembali dalam 2 detik)
- 2) Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices dan kapiler refill baik (kembali dalam 2 detik)
- 3) Refleks Patella : Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)

A :

Diagnosis : G₆P₃₂₁₂₃ usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup intaruterine persentasi kepala

Diagnosa Potensial Pada Ibu

- 1. Perdarahan antepartum dan postpartum
- 2. Preeklamsia
- 3. Atonia Uteri

Diagnosa Potensial pada Bayi

1. Asfiksia

Antisipasi : KIE tanda bahaya kehamilan dengan factor resiko tinggi usia 37 tahun dan multipara

P :

Tanggal 23 Desember 2020

Tabel
Intervensi Asuhan Kebidanan Kehamilan Kunjungan III

Waktu	Tindakan
12.00 WITA	Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa keadaan umum ibu TD : 120/80 mmHg N/P : 92/18x/menit s :36,6°C dan keadaan kesejahteraan janin dalam kondisi normal Djj : 136x/menit. H: Ibu mengetahui kondisi dirinya dan kehamilannya.
12.05 WITA	Memberikan pendidikan kesehatan tentang : 1) Tanda – tanda persalinan 2) persiapan persalinan H: Ibu paham dengan pendidikan kesehatan yang diberikan dan bersedia untuk mengkonsumsi apa yang disarankan.
12.30 WITA	Anjurkan ibu untuk periksa laboratorium H: Ibu bersedia melakukan pemeriksaan laboratorium
12.35 WITA	Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan. H: Ibu mengerti dan bersedia untuk di lakukan pemeriksaan kehamilan 1 minggu atau setiap ada keluhan.
12.40 WITA	Anjurkan ibu ke fasilitas kesehatan terdekat jika mengalami tanda-tanda persalinan H: Ibu merencanakan untuk melahirkan di RST Dr. Hardjanto Balikpapan

C. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 14 Januari 2020 / 11.16 WITA

Tempat : Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No. 08,
Kelurahan Karang Rejo, Kecamatan
Balikpapan Tengah

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Dra., Meity Albertina, SST., SKM., M.Pd

S :

1. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 x dalam 24 jam
2. Ibu merasakan pinggang semakin sering sakit dan sering timbul kontraksi palsu
3. Ibu mengatakan sudah siap menghadapi persalinan
4. Ibu mengatakan semua perlengkapan ibu dan bayi sudah dimasukkan kedalam tas
5. Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 4.6
Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi sedang dihabiskan, 2 potong lauk pauk, sayur, air putih \pm 10 gelas/hari, kadang susu, nafsu makan baik
Eliminasi	BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 1 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 1 jam, Ibu tidur pada malam hari \pm 5-6 jam/hari.
Aktivitas	Kegiatan membereskan rumah, memasak, dan menguruskan anak
Kebersihan	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu
Seksualitas	Ibu jarang melakukan hubungan seksual

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Berat badan : 42 kg sebelum hamil dan 58 kg pada saat hamil

TP : 27 Januari 2020

Tinggi badan : 150 cm

Lila : 27,5 cm

Tanda tanda vital : TD : 120/80 mmHg, R : 20x/menit, N : 80x/menit

T : 36,2⁰ C

b. Pemeriksaan Fisik

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

Mata : Konjungtiva kemerahan, seklera putih, dan tidak ada sekret kelopak mata tidak oedema

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

Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, dan tidak ada benjolan abnormal, dan tidak terdengar suara Ronchi dan Whezing

Payudara : Payudara membesar, tampak bersih, tampak *hyperpigmentasi* pada areolla mammae, puting susu menonjol, dan dada tidak ada retraksi, tidak terdapat pengeluaran ASI, dan tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : Tidak adalinea nigra, membesar sesuai usia kehamilan, dan tidak ada luka bekas operasi.

- a) Leopold I : Tinggi fundus teraba 3 jari dibawah px, Mc donald : 33 cm, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong)
- b) Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian kiriteraba bagian kecil janin (punggung kanan)
- c) Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian ini dapat digoyangkan
- d) Leopold IV : Bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen)

Tafsiran berat janin (TBJ) adalah $(33-11) \times 155 = 3.410$ gram.

DJJ (+) 145 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat.

Ekstremitas :

- 1) Atas : Tidak oedema dan kapiler refill baik(kembali dalam 2 detik)
- 2) Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices dankapiler refill baik (kembali dalam 2detik)
- 3) Refleks Patella : Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)

A : Ny N G₆P₃₂₁₂₃ Usia Kehamilan 37 minggu 4 hari masalah resiko tinggi usia 37 tahun dan multipara

Diagnosa Potensial Pada Ibu

- 1. Perdarahan antepartum dan postpartum
- 2. Preeklamsia
- 3. Atonia Uteri

Diagnosa Potensial pada Bayi

1. Asfiksia

Antisipasi : KIE tanda bahaya kehamilan dengan factor resiko tinggi usia 37 tahun dan multipara

P : Tanggal 14 Januari 2020

Tabel 4.7
Intervensi Asuhan Kebidanan Kehamilan Kunjungan II

Waktu	Tindakan
12.00 WITA	- Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa keadaan umum ibu TD : 120/80 mmHg N/P : 80/20x/menit s :36,2°C dan keadaan kesejahteraan janin dalam kondisi normal Djj : 145x/menit. H: Ibu mengetahui kondisi dirinya dan kehamilannya
12.05 WITA	- Memberikan pendidikan kesehatan tentang : 1) kebutuhan Ibu hamil TM III 2) Tanda bahaya pada kehamilan TM III 3) Tanda – tanda persalinan 4) persiapan persalinan H: Ibu paham dengan pendidikan kesehatan yang diberikan dan bersedia untuk mengkonsumsi apa yang disarankan.
12.30 WITA	- Anjurkan ibu untuk periksa laboratorium H: Ibu bersedia melakukan pemeriksaan laboratorium
12.35 WITA	- Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan. H: Ibu mengerti dan bersedia untuk di lakukan pemeriksaan kehamilan 1 minggu atau setiap ada keluhan

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intra Natal Care

Tanggal/Waktu pengkajian : 27 Januari 2020 / 13.00 WITA

Tempat : RST. DR. Hardjanto Balikpapan

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Hj. Suryani, SST

Persalinan Kala I

S :

Ibu datang ke RST Dr. Hardjanto Balikpapan pada tanggal 27 Desember 2019 pukul 13.00 WITA, ibu ingin memeriksakan kehamilannya karena sudah tiba TP. Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah hingga ke pinggang dan ada keluar lendir putih sejak tanggal 23 Januari 2020

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum ibu baik. Hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,8°C, nadi 79x/menit, pernafasan 20x/menit, dan hasil pengukuran berat badan saat ini adalah 58 kg.

2. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong

e) *Leopold I* : TFU $\frac{1}{2}$ px-pusat dan secara *Mc Donald* 34 cm, pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting

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

g) *Leopold III* : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini sudah tidak dapat di goyangkan.

h) *Leopold IV* : Bagian terendah janin sudah masuk ke dalam PAP
(*Divergent*)

DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 131 x/menit. HIS frekuensi 5x10' durasi 35-50'' intensitas kuat. TBJ (33-11) x 155 = 3410 gram.

Genetalia : Ada pengeluaran cairan atau lendir, tidak ada varises, dan tidak ada kelainan. Dilakukan VT atas indikasi tertentu dan didapatkan hasil pemeriksaan sebagai berikut.

Pukul 13.00 wita : Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tebal dan kaku, pembukaan 1 cm, efficement 25%, ketuban (+), Hodge I, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 131 x/menit, irama teratur, His 1x dalam 10 menit lamanya 5-10 detik.

Dilakukan pemeriksaan dalam atas indikasi pindah ruangan dari UGD ke ruang bersalin pada pukul 14.00 Wita : vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir, tidak ada luka parut dari vagina, portio tebal dan kaku, pembukaan 2 cm, efficement 25%, ketuban (+), Hodge I, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 135 x/menit, irama teratur, His 1x dalam 10 menit lamanya 5-10 detik.

Dilakukan pemeriksaan dalam atas indikasi ketuban pecah secara spontan pada pukul 17.45 Wita : Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tebal dan lembut, pembukaan 4 cm, efficement 50%, ketuban (-), Hodge II, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 142 x/menit, irama teratur, His 2-3x dalam 10 menit lamanya 15-20 detik.

Pukul 21.00 Wita : Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis

dan lembut, pembukaan 8 cm, effacement 75%, ketuban (-), Hodge III, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 145 x/menit, irama teratur, His 2-3x dalam 10 menit lamanya 25-40 detik.

Pukul 22.30 Wita : Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis dan lembut, pembukaan 10 cm, effacement 100%, ketuban (-), Hodge III+, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 131 x/menit, irama teratur, His 5x dalam 10 menit lamanya 35-50 detik.
Anus : Tidak ada hemoroid, ada tekanan pada anus, ada pengeluaran feses dari lubang anus.

Ekstremitas : Simetris, tidak ada varices, dan tidak ada oedema.

A :

Diagnosa : Ny. L G₆P₃₂₁₂₃ usia kehamilan 39-40 minggu inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauteri

P :

Tabel 4.9
Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I Fase Aktif

No.	Waktu	Tindakan
1.	15.00 WITA	- Hadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami H: Ibu dari pasien menemani dalam proses persalinan
2.	15.20 WITA	- Jaga privasi ibu dengan menutup pintu dan skerem H: pintu dan skerem telah ditutup
3.	21.30 WITA	- Jaga kebersihan diri, memastikan tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir, menggunakan APD H: Telah cuci tangan dan menggunakan APD
4.	22.00 WITA	- Jelaskan tentang hasil pemeriksaan Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis dan lembut, pembukaan 10 cm, efficement 100%, ketuban (+), Hodge III, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 131 x/menit, irama teratur, His 5x dalam 10 menit lamanya 35-40 detik. H: Ibu dan keluarga mengetahui kondisinya.
5.	22.10 Wita	- Menyiapkan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk obat-obatan, mencuci tangan, mendekatkan alat partus set, meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan sarung tangan steril pada satu tangan untuk mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkan kembali kedalam partus set lalu memakai sarung tangan steril dibagian tangan satunya. H: Partus set telah lengkap, alat partus set didekatkan, ampul oksitosin telah di patahkan dan masukkan spuit 3 ml steril kedalam partus set
6.	22.20 WITA	- beri suport mental kepada ibu dan menganjurkan ibu untuk mengikuti arahan bidan H: Ibu bersedia mengikuti arahan bidan
7.	22.25 WITA	- Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki litotomi, tangan tangan memegang kedua mata kaki, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan dengan benar H: Ibu mengerti dan melakukan cara meneran dengan benar dengan posisi kaki litotomi

Persalinan Kala II**S :**

Pukul 22.30 WITA ibu mengatakan perut mules-mules semakin kencang dan seperti ingin mengejan serta terasa ingin BAB.

O :

Tampak adanya tekanan pada anus, vulva tampak membuka, dan *perineum* tampak menonjol.

Vt : Vulva/uteri tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah, tidak ada luka parut pada vagina, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, *effacement* 100%, ketuban (-) sisa ketuban berwarna jernih pukul 22.45 WITA, hodge III+, tidak teraba bagian kecil dan tidak ada tali pusat menumbung. DJJ 131 x/menit, irama teratur. His 5x dalam 10 detik lamanya 35-50 detik.

A :

Diagnosa: Ny. H G₆P₃₂₁₂₃ hamil 39-40 minggu inpartu kala II janin tunggal hidup *intrauteri*.

P :

Tabel 4.10
Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala II

No	Waktu	Tindakan
1.	23.02 WITA	- Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan H: Ibu memilih posisi setengah duduk (<i>semi fowler</i>).
2.	23.04 WITA	- Menganjurkan kepada pendamping untuk memberi ibu minum saat tidak ada HIS untuk menambah tenaga saat meneran. H: Ibu minum air putih dan teh manis.
3.	23.05 WITA	- Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan APN. H: Dilakukannya pertolongan persalinan sesuai APN.
4.	23.12 WITA	- Memimpin ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran. H: Ibu meneran ketika ada HIS sesuai dengan yang telah diajarkan.
5.	23.15 WITA	- Melindungi <i>perineum</i> ibu ketika kepala tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan <i>defleksi</i> dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran. - Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
10.	23.30 WITA	- Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
11.	23.35 WITA	- Tunggu putaran paksi, kemudian pegang kepala bayi secara biparietal dengan lembut arahkan kepala bayi kebawah hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu untuk melahirkan bahu belakang.
12.	23.45 WITA	- Melakukan sangga susur, dengan memindahkan tangan penolong kebawah arah perineum ibu untuk mengangah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menyusuri dan memegang tangan serta siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; H: Bayi lahir spontan, pukul 23.45 WITA, segera menangis, jenis kelamin perempuan.
12.	06.31 WITA	- Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil mengeringkan tubuh bayi mulai dari kepala, muka, badan, dan kaki kecuali telapak tangan. Mengganti handuk basah dengan kain kering. H: Bayi lahir spontan cukup bulan, segera menangis kuat, jenis kelamin perempuan, A/S 7/9, berat badan : 3600 gram, panjang badan : 50 cm lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada : 30 cm, tidak ada cacat bawaan.

Persalinan Kala III**S :**

Ibu mengatakan lega dan bahagia telah melahirkan anaknya berjenis kelamin perempuan dan masih merasakan mules pada perutnya

O :

Bayi lahir spontan cukup bulan, segera menangis kuat, jenis kelamin perempuan, A/S 7/9, berat badan : 3750 gram, panjang badan : 50 cm lingk kepala : 32 cm, lingk dada : 30 cm. TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi keras, kandung kemih kosong, plasenta belum lahir, terdapat semburan darah tiba – tiba.

A :

Diagnosa: G₆P₃₂₁₂₃ *parturient* kala III

P :

Tabel
Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III

No.	Waktu	Tindakan
1.	23.50 WITA	- Memeriksa <i>uterus</i> untuk memastikan tidak ada janin kedua dalam <i>uterus</i> . H: Tidak ada janin kedua didalam <i>uterus</i> .
2.	23.51 WITA	- Melakukan manajemen aktif kala III. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik. H: Ibu bersedia untuk disuntikkan oksitosin.
3.	23.52 WITA	- Menyuntikkan oksitosin 1 ampul 1 manit setelah bayi lahir secara IM di sepertiga paha atas.
4.	23.54 WITA	- Menjepit tali pusat dengan klem umbilical 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah <i>distal</i> (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. H : Tali pusat telah diklem
5.	23.55 WITA	- Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan menggantung tali pusat diantara 2 klem. H: Tali pusat telah digunting.
6.	00.00 WITA	- Meletakkan bayi diatas dada ibu pakaikan selimut dan topi selama 1 jam. H: bayi dilakukan IMD
7.	00.05 WITA	- Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari <i>vulva</i> . H : Klem telah berada 5-10 cm di depan <i>vulva</i>
8.	00.07 WITA	- Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas <i>symphisis</i> untuk mendeteksi kontraksi. H: Kontraksi uterus dalam keadaan baik.
9.	00.08 WITA	- Mengecek tanda-tanda pelepasan plasenta (Tali pusat tambah memanjang, ada nya semburan darah secara tiba-tiba dan uterus membundar) H: Terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta
11.	00.10 WITA	- Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah <i>dorso kranial</i> hingga plasenta terlepas, penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir. Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah jarum jam untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban - H: Plasenta lahir spontan dan lengkap
12.	00.15 WITA	- Melakukan masase uterus searah jarum jam segera setelah plasenta lahir dengan memegang <i>fundus uteri</i> secara <i>sirkuler</i> hingga kontraksi baik. H: Kontraksi <i>uterus</i> baik teraba keras.
13.	00.16 WITA	- Memeriksa kelengkapan plasenta H: <i>Kotiledon</i> dan selaput ketuban pada plasenta lengkap, <i>insersi</i> tali pusat <i>marginalis</i> , panjang tali pusat 60 cm, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm. Tidak terdapat ruptur pada <i>perineum</i> .
15.	00.20 WITA	- Mengevaluasi perdarahan kala III H: Perdarahan ± 150 cc

Persalinan Kala IV

S :

Ibu mengatakan lega telah melewati masa persalinan dan mengatakan perut masih terasa mules-mules.

O :

Plasenta lahir spontan, Kotiledon dan selaput ketuban pada plasenta lengkap, *insersi* tali pusat *marginalis*, panjang tali pusat 60 cm, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm. Terdapat ruptur pada *perineum* derajat 3

A : Diagnosa: P₄₂₄₄ *parturient* kala IV

P :

Tabel 4.12
Intervensi Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV

No.	Waktu	Tindakan
1.	00.25 WITA	- Ajarkan ibu cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi - Mengajarkan ibu cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi. Dengan cara menggosok fundus uteri secara sirkuler searah jarum jam menggunakan telapak tangan hingga teraba keras. H: Ibu dapat mempraktekkan cara memassase uterus dan uterus teraba keras.
2.	00.28 WITA	- Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi H : alat bekas pakai telah di rendam dalm cairan klorin
3.	00.30 WITA	- Membersihkan ibu dan bantu ibu mengenakan pakaian H : Ibu telah digantikan pakaian bersih
4.	00.32 WITA	- Membersihkan sarung tangan di dalam laruratan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendanya dalam larutan klorin 0,5%. H : saring tangan habis pakai telah direndam dalam cairan klorin
5.	00.45 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. H: Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 92x/menit, respirasi 19x/menit, suhu tubuh 36,9°C, TFU teraba 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ±15 cc. (Data terlampir pada partograf)
6.	00.50 WITA	- Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi. H : Alat telah dicuci dan ditempatkan pada box untuk diantar ke CSSD

7.	00.55 WITA	- Anjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat - Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat H: Ibu memakan menu yang telah disediakan dan ibu telah beristirahat
8.	00.58 WITA	- KIE manfaat mobilisasi diantaranya adalah dapat melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi post partum yang timbul karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi, mempercepat involusi alat kandung (memperlancar pengeluaran darah dan sisa plasenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik), melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan dengan bergerak akan merangsang peristaltic kandung kemih kembali normal, aktivitas juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula H : Ibu memahami KIE yang telah diberikan
10.	01.00 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. H: Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 87x/menit, respirasi 18 x/menit TFU teraba 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 15 cc.
11.	01.15 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan H: Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20 x/menit TFU teraba 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc.
12.	01.30 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan H: Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 90x/menit, respirasi 20 x/menit, TFU teraba 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc.
13.	02.00 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan H: Tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 86x/menit, respirasi 18 x/menit, TFU teraba 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 5 cc.
14.	02.30 WITA	- Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan H: Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 89x/menit, respirasi 18 x/menit, TFU teraba 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 5 cc.
15.	02.35 WITA	Melakukan dokumentasi di partograf H: telah dilakukan pendokumentasian di partograf

O :

1. Data Rekam Medis

a. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 28 Desember 2019 Jam : 23.45 WITA

Bayi lahir spontan, segera menangis, nilai AS : 7/9, JK : Perempuan, BB : 3750 gram, PB : 49 cm, LK : 32, LD : 31, LP : 30 cm, Jenis kelamin perempuan.

b. Pola fungsional kesehatan:

Tabel 4.14
Pola Fungsional

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

d. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 142 x/menit, pernafasan 44 x/menit, suhu 36,7°C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3750 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada 30 cm.

2) Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada molase, tidak terdapat *caput succadeneum*, tidak ada *cephal hematoma*, distribusi rambut bayi merata, warna kehitaman, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian & ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

- Wajah : Simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu telinga tidak terdapat kelainan.
- Mata : Simetris, terdapat 2 bola mata, tidak ada *sekret*, tidak terdapat perdarahan dan tidak terdapat *strabismus*.
- Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret
- Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan bersih tidak ada kotoran.
- Mulut : Simetris, tidak tampak sianosis, tidak ada *labio palatoskhizis* dan *labio skhizis*, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, lidah terlihat bersih.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar *tiroid*, tidak ada pembesaran kelenjar *limfe*, tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak ada selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.
- Abdomen : Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.
- Punggung : Tampak simetris, tidak teraba *skoliosis*, dan tidak ada *meningokel*, *spina bifida*.
- Genitalia : Tampak labia minora dan labia mayora.
- Anus : Tidak ada kelainan, terdapat lubang anus.
- Kulit : Terlihat kemerahan, tidak ada ruam, bercak, memar, pembengkakan. Terdapat lanugo di daerah lengan dan

punggung. Terdapat *verniks* pada daerah lipatan leher, lipatan tangan dan kaki.

Ekstremitas : Pergerakan leher aktif, *klavikula* teraba utuh, jari tangan dan jari kaki lengkap, tidak terdapat penyeloputan, jari-jari lengkap dan bergerak aktif, tidak ada *polidaktili* dan *sindaktili*. Adanya garis pada telapak kaki dan tidak ada kelainan posisi pada kaki dan tangan.

Refleksi : *Glabella* (+), Mata boneka (+), *Blinking* (+), *Rooting* (+), *Sucking* (+), *Swallowing* (+), *Tonick neck* (+), *Moro* (+), *Grasping* (+)

e. Terapi yang diberikan :

Injeksi Neo-K sebanyak 0,5 cc secara IM di 1/3 paha kiri bagian luar, HB-0 sebanyak 0,5 cc secara IM di 1/3 paha kanan bagian luar, dan obat tetes mata.

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 0 hari

P :

Tabel
Intervensi Asuhan Kebidanan pada BBL

No.	Waktu	Tindakan
1.	01.05 WITA	- Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi ibu baik. Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital normal, berat badan 3750 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada 32 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm. H: Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini.
2.	01.10 WITA	- Meminta persetujuan orang tua untuk pemberian injeksi vitamin K untuk mencegah perdarahan otak dan HB 0 untuk mencegah Hepatitis B. H: Orang tua bersedia untuk diberikan injeksi vit K dan HB 0 pada bayinya.

3.	01.15 WITA	<p>- Memberi injeksi vitamin K pada paha sebelah kiri. Kejadian perdarahan otak karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara IM dan injeksi HB 0 pada kaki kanan secara IM dengan dosis 0,5 mg</p> <p>H: Telah diberikan injeksi vitamin K dan HB 0</p>
4.	01.20 WITA	<p>- Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya, dan tidak dapat digantikan oleh orang lain. Keadaan ini juga memperlancar produksi ASI, karena refleks let-down bersifat psikosomatis.</p> <p>H: Ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.</p>
5.	01.22 WITA	<p>- Menganjurkan ibu menjaga kehangatan bayi. Ketika bayi lahir, bayi berada pada lingkungan bersuhu lebih rendah dari pada dalam rahim ibu. Bila dibiarkan dalam suhu kamar, maka bayi akan kehilangan panas dan terjadi hipotermi.</p> <p>H: Ibu mengerti dan menjaga kehangatan bayi</p>
6.	01.25 WITA	<p>- Melakukan rawat gabung Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (<i>early infant mother bounding</i>) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya.</p> <p>H: Dilakukan rawat gabung antara bayi dengan ibu.</p>
7.	01.30 WITA	<p>- Memberi KIE mengenai :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teknik menyusui • Dilakukan untuk mengajarkan ibu bagaimana teknik menyusui yang benar, sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan baik dan tanpa hambatan <p>H: Ibu dapat mempraktikkan teknik menyusui yang benar.</p>
9.	01.40 WITA	<p>- Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan saat 6 jam setelah persalinan;</p> <p>H: Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.</p>

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 28 Januari 2020 /Pukul : 05.30 WITA

Tempat : RST DR. Hardjanto Balikpapan

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Hj. Suryani, SST

S :

1. Ibu mengatakan nyeri perineum
2. Ibu mengatakan perut masih terasa mules
3. Ibu mengatakan pengeluaran ASI banyak
4. Pola makan, Ibu mengkonsumsi jenis makanan seperti nasi, sayur lauk pauk (tahu tempe telur) dan buah, frekuensi 3-4 x sehari dengan porsi 1 piring penuh dihabiskan, ibu mengatakan tidak ada alergi terhadap jenis makanan tertentu.
5. Ibu mengatakan belum ada BAB dan sudah ada platus, ibu belum ada BAK
6. Ibu mengatakan sudah bisa tidur pulas, dalam sehari ibu dapat tidur \pm 4-5 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari
7. Ibu mengatakan kegiatan ibu sehari-hari adalah mengurus anak dan rumah, terkadang ibu memasak untuk dijual

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital : TD : 110/70 mmHg, MAP : 83,33

T : 36,3°C

N : 84 x/menit

R : 20 x/menit

BB sekarang 55 kg.

2. Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva sedikit anemis, tampak pucat pada sklera, dan penglihatan tidak kabur

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

Abdomen : TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi baik dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tampak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, terdapat luka heatching

Anus : Tidak tampak hemoroid, adanya luka heatching

Ekstremitas : Bagian atas tidak oedema, kapiler refill baik, reflex bisep dan trisep positif dan bagian bawah tidak oedema, tidak ada varices kapiler refill baik, homan sign negatif, dan reflex patella positif.

A :

Diagnosa : Ny. L P₄₂₁₃₄ 6 jam post partum

Masalah : Rupture Perineum Derajat 4

Antisipasi : Heacthing

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tabel
Intervensi Asuhan Kebidanan Nifas Kunjungan I

No.	Waktu	Tindakan
1.	05.30 WITA	- Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan yaitu Keadaan umum: baik kesadaran: composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, MAP : 83,33, suhu tubuh 36,3°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, BB sekarang 55 kg. H: Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.
2.	05.35 WITA	- Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. H: Ibu mengerti dan bisa mempraktikan cara menyusui yang benar
3.	05.40 WITA	- Menganjurkan ibu mobilisasi dini H: Ibu mengerti dan sudah bisa jalan ke kamar mandi.
5.	05.45 WITA	- Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat. H: Ibu dapat melakukan perawatan tali pusat
5.	05.55 WITA	- Memberikan KIE tentang Nutrisi dengan makan makanan yang mengandung zat besi seperti sayuran hijau-hijauan, kacang-kacangan. Serta KIE Perawatan bayi H: Ibu mengerti penjelasan tentang nutrisi dan perawatan bayi
6.	06.00 WITA	- Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya pada hari ke 4. Pada tanggal 31 Januari 2020 H: Ibu bersedia di lakukan kunjungan pada tanggal 31 Januari 2020

G. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal / Waktu : 3 Februari 2020, Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No. 08,
Kelurahan Karang Rejo, Kecamatan
Balikpapan Tengah

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Dra., Meity Albertina, SST., SKM., M.Pd

S :

1. Ibu mengatakan tidak ada mengalami keluhan.
2. Ibu mengonsumsi jenis makanan seperti nasi, sayur lauk pauk (tahu, tempe, telur, ikan) dan buah, frekuensi 3-4 x/hari dengan porsi sedang 1 piring di habiskan dan ibu tidak memiliki pantangan terhadap jenis makanan tertentu.
3. Ibu mengatakan sudah bisa BAB, 1 x/hari dengan konsistensi lunak dan berwarna kekuningan, tidak ada keluhan.
4. Ibu mengatakan sudah bisa BAK, 7-8x/hari dengan konsistensi cair dan warna kuning jernih, tidak ada keluhan dan tidak ada nyeri perineum
5. Pola istirahat ibu pada siang hari 1 jam dan 5 jam pada malam hari
6. Pola aktivitas ibu didalam rumah adalah memasak dan mengurus anak
7. Ibu belum melakukan hubungan seksual

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: baik kesadaran: composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit. BB : 55 kg.

2. Pemeriksaan fisik

Mata : Tidak tampak oedema pada kelopak mata, konjungtiva merah muda, tampak putih pada sklera, dan pengelihatan tidak kabur.

Payudara : Tampak membesar, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

Abdomen : TFU $\frac{1}{2}$ pusat-simfisis, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguilenta, terdapat luka heacthing, tidak tampak fistula.

Anus : Tidak tampak hemoroid.

A : Diagnosa : Ny. L P₄₂₁₃₄ post partum hari ke-6

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tabel
Intervensi Asuhan Kebidanan Nifas Kunjungan II

No.	Waktu	Tindakan
1.	10.00 WITA	- Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa ibu dalam keadaan normal. H: Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.
2.	10.05 WITA	- Menjelaskan pada ibu perubahan lochea pada masa nifas. H: Ibu mengerti dan dapat menjelaskan perubahan warna lochea pada ibu nifas.
3.	10.10 WITA	- Mengajarkan ibu cara perawatan payudara. H: Ibu mengerti dan mampu melakukannya.
4.	10.20 WITA	- Mengajarkan ibu senam nifas H: Ibu mengerti dan mampu melakukan senam nifas secara mandiri
4.	10.30 WITA	- Memberikan KIE tentang : <ul style="list-style-type: none"> ● Nutrisi ibu nifas ● Kebutuhan istirahat saat masa nifas ● Tanda bahaya ibu nifas H: Ibu mengerti dengan konseling yang telah diberikan.
5.	10.45 WITA	- Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya, dan tidak dapat digantikan oleh orang lain. Keadaan ini juga memperlancar produksi ASI, karena refleks let-down bersifat psikosomatis H: Ibu mengerti dan berjanji akan tetap menyusui bayinya
6.	10.50 WITA	- Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya. H: Ibu setuju dilakukan kunjungan ulang.

H. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal / Waktu Pengkajian : 10 Februari 2020 Pukul : 15.00 WITA
 Tempat : Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No.
 08, Kelurahan Karang Rejo, Kecamatan
 Balikpapan Tengah
 Oleh : Ajeng Dila Rahmawati
 Pembimbing : Dra.Meity Albertina,SST.,SKM., M.Pd

S :

1. Ibu mengatakan darah yang keluar sudah tidak banyak
2. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
3. Ibu sudah dapat melakukan aktivitas seperti biasa
4. Ibu istirahat dengan cukup
5. Ibu mengonsumsi makanan dalam porsi sedang 1 piring dihabiskan,
 frekuensi ibu makan 3-4 x/hari
6. Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB dan BAK
7. Ibu menyusui bayinya secara Eksklusif

O :

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan fisik

Payudara : Terdapat pengeluaran ASI pada payudara kanan dan kiri, terdapat *hiperpigmentasi* pada *areola*, puting susu menonjol, tidak ada lesi, tidak ada retraksi, teraba ASI penuh.

Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia : Pengeluaran darah *lochea alba*, 1 pembalut hanya flek, tidak ada tanda-tanda infeksi, luka heacting sudah mulai kering

Anus : Tidak ada *hemoroid*.

Ekstremitas : *Homan sigh* negative, tidak tampak *oedema*.

A :

Diagnosa : Ny. L P₄₂₁₃₄ *post partum* hari ke 14

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tabel
Intervensi Asuhan Kebidanan Nifas Kunjungan III

No.	Waktu	Tindakan
1.	15.00 WITA	- Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik H: Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal
2.	15.10 WITA	- Mengingatkan ibu untuk selalu menyusui bayinya sesering mungkin dengan posisi yang benar H: ibu mengerti dan sering menyusui bayinya dengan posisi yang benar
3.	15.30 WITA	- Memberikan KIE mengenai KB jangka panjang (IUD) H: Ibu paham dan berjanji akan melakukan KB di fasilitas kesehatan.

I. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-I

Tanggal / Waktu Pengkajian : 28 Januari 2020 Pukul : 06.00 WITA

Tempat : RST DR. Hardjanto Balikpapan

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Hj. Suryani, SST

S :

1. Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan belum BAK
2. Ibu mengatakan bayinya sudah menyusu dengan kuat

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan ttv berupa nadi 128 x/menit, pernafasan 42 x/menit dan suhu 36,7 °C, m/d: +/-, BB: 3750 gram LK : 32 cm LD :30 cm LP : 31cm, LL :11 cm PB : 49 cm

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : bentuk bulat, distribusi rambut bayi merata, warna kehitaman, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian & ubun-ubun kecil berbentuk segitiga
- 2) Wajah : simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu telinga tidak terdapat kelainan
- 3) Mata : simetris, terdapat 2 bola mata, tidak ada *sekret*, tidak terdapat perdarahan dan tidak terdapat *strabismus*
- 4) Hidung : terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret.

- 5) Telinga : simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan bersih tidak ada kotoran
- 6) Mulut : simetris, tidak tampak sianosis, tidak ada *labio palatoskhizis* dan *labio skhizis*, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, lidah terlihat bersih
- 7) Leher : tidak terlihat adanya pembesaran yang abnormal, tidak ada selaput kulit tambahan dan lipatan kulit yang berlebihan
- 8) Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur
- 9) Payudara : tidak ada pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran cairan
- 10) Abdomen : tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat
- 11) Punggung : tampak simetris, tidak teraba *skeliosis*, dan tidak ada *meningokel*, *spina bifida*
- 12) Genetalia : terdapat lubang vagina, labia mayora menutupi labia minora
- 13) Anus : tidak ada kelainan, terdapat lubang anus
- 14) Kulit : terlihat kemerahan, tidak ada ruam, bercak, memar, pembengkakan, kulit mengelupas. Terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung. Terdapat *verniks* pada daerah lipatan leher dan lipatan tangan serta kaki

15) Ekstremitas: Jari tangan dan jari kaki lengkap, tidak terdapat penyeloputan, jari-jari lengkap dan bergerak aktif, tidak ada *polidaktili* dan *sindaktili*. Adanya garis pada telapak kaki dan tidak ada kelainan posisi pada kaki dan tangan

16) Refleks : *Glabella* (+), *Mata boneka* (+), *Blinking* (+), *Rooting* (+), *Sucking* (+), *Swallowing* (+), *Tonick neck* (+), *Moro* (+), *Grasping* (+)

A : Diagnosa : NCB SMK usia 1 hari

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tabel 4.21
Intervensi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan I

Waktu	Tindakan
06.00 WITA	- Jelaskan hasil pemeriksaan bayi pada ibu H: Ibu mengerti dan paham hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan normal.
06.05 WITA	- Melakukan perawatan neonatus : Menjaga kebersihan bayi dan nutrisi yang adekuat untuk bayi, meningkatkan hubungan interaksi antara orang tua dan bayi H: Ibu paham dan mengerti yang telah dijelaskan.
06.10 WITA	Jaga kehangatan tubuh bayi. H: Bayi tetap memakai pakaian bersih dan kering.

J. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal / Waktu Pengkajian : 3 Februari 2020 Pukul : 11.30 WITA

Tempat : Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No. 08,
Kelurahan Karang Rejo, Kecamatan
Balikpapan Tengah

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Dra., Meity Albertina, SST., SKM., M.Pd

S :

Ibu khawatir warna kulit bayi tampak sedikit kuning, bayi menyusu kuat dan tidak ada muntah, BAB dan BAK bayi tidak ada masalah Ibu mengatakan tali pusat bayi tidak lembab.

O :

1. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 147x/menit, pernafasan 43x/menit dan suhu 36,6°C. c/c: -/- m/d: +/+ , BB 3950 gram LK/LD :33/34 LP : 32 cm PB: 50 cm.

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala :Bentuk bulat dan tidak ada kelainan

Wajah :Simetris dan tampak sedikit menguning

Mata : sedikit pucat

Hidung : Tidak ada pengeluaran secret

Telinga : Bersih tidak ada kotoran

Mulut : Bayi menangis kuat, lidah terlihat bersih

Leher : Tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas

Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur
Payudara	: Tidak ada pembesaran
Abdomen	: Tidak teraba massa abnormal
Punggung	: Tidak teraba <i>skeliosis</i> , dan tidak ada kelainan
Genetalia	: Labia mayora menutupi labia minora
Anus	: Tidak ada kelainan, terdapat lubang anus
Kulit	: Terlihat sedikit kekuningan pada bagian wajah, tidak ada ruam, bercak, memar, pembengkakan, kulit mengelupas
Ekstremitas	: Bergerak aktif dan tidak ada kelainan
A : Diagnosa	: NCB SMK usia 6 hari
Masalah	: Tidak ada
Diagnosa Potensial	: Tidak ada
Masalah Potensial	: Tidak ada
Antisipasi	: Tidak ada
Tindakan Segera	: Tidak ada

P :

No	Waktu	Tindakan
1.	11.10 WITA	Mempertahankan suhu tubuh dengan cara tetap menjaga kehangatan bayi dengan selimut, pakaian, dan topi untuk membantu bayi menyesuaikan suhu di sekitarnya dan mencegah bayi dari hipotermi. Bayi dipakaikan selimut, topi dan pakaian yang hangat
2.	11.15 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik bayi serta mendeteksi adanya tanda bahaya pada bayi kemudian menjelaskan hasil pada ibu. Ppemeriksaan fisik sudah dilakukan dan tidak terdapat kelainan pada bayi, hanya saja warna kulit bayi sedikit berwarna kuning pada bagian wajah, leher hingga dada dan ibu mengetahui hasil pemeriksaan
3.	11.20 WITA	Menjelaskan keadaan kuning pada bayi merupakan keadaan normal yang muncul pasca kelahiran. Keadaan kuning pada bayi ini bersifat normal karna muncul pada usia 3 hari kelahiran. Menjelaskan beberapa penyebab kuning yang terjadi pada bayi salah satunya karena kurangnya asupan ASI dan paparan sinar matahari. Ibu mengerti penjelasan yang diberikan
4.	11.30 WITA	Memberikan KIE kepada ibu untuk mengatasi masalah kuning pada bayi dengan cara menganjurkan ibu menyusui bayi sesering mungkin untuk membantu mengurangi kadar bilirubin yang terdapat dalam darah dan dikeluarkan melalui feses, urin ataupun keringat dan menganjurkan ibu untuk menjemur bayi pada pagi hari minimal 15 menit pada pudul 07.30- 08.00 WITA dengan keadaan bayi tidak menggunakan apapun selain popok dan penutup mata. Ibu mengerti dan berencana untuk menjemur bayi nya besok hari
5.	11.35 WITA	Melakukan perawatan tali pusat dengan prinsip bersih dan kering. Perawatan tali pusat sudah dilakukan
6	11.35 WITA	Menjelaskan mengenai pentingnya imunisasi BCG dan imunisasi lainnya pada bayi. Ibu paham dan mau melakukan imunisasi BCG yang telah dianjurkan

K. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal / Waktu Pengkajian : 14 Februari 2020 Pukul : 14.00 WITA

Tempat : Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No. 08,
Kelurahan Karang Rejo, Kecamatan
Balikpapan Tengah

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Dra., Meity Albertina, SST., SKM., M.Pd

S :

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan terhadap perkembangan bayi
2. Ibu mengatakan bayi menyusu kuat dan tidak muntah
3. Ibu mengatakan BAB dan BAK bayi tidak ada masalah
4. Ibu mengatakan tali pusat bayi lepas sejak 10 hari yang lalu

O :

Keadaan umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36,5°C, BB 3800 gram

a. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Kulit kepala dan rambut bersih

Wajah : Berwarna kemerahan

Mata : Tidak ada *sekret*

Hidung : Tidak ada pengeluaran secret

Telinga : Bersih tidak ada kotoran

Mulut : Mukosa mulut lembab dan bersih, bayi menangis kuat

Leher : Tidak ada kelainan dan gerak leher aktif

Dada : Bunyi jantung teratur

Abdomen : Tidak teraba massa abnormal

Punggung : Tidak ada kelainan

Genetalia : Bersih dan tidak ada kelainan

Anus : Tidak ada kelainan

Kulit : Terlihat kemerahan, tidak ada ruam

Ekstremitas : Gerakan bayi aktif

A :

Diagnosa : NCB SMK usia 17 hari

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tabel
Intervensi Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan III

No.	Waktu	Tindakan
1.	14.00 WITA	- Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat H: Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini
2.	14.10	- Menjelaskan kepada ibu cara membersihkan bayi ketika BAB dan BAK H: Ibu mengerti cara membersihkan bayi ketika BAB dan BAK
2.	14.15 WITA	Melakukan KIE tentang personal hygiene. H: Ibu mengerti tentang personal hygiene

L. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB

Tanggal / Waktu Pengkajian : 27 Maret 2020 Pukul : 14.00 WITA

Tempat : Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No. 08, Kelurahan
Karang Rejo, Kecamatan Balikpapan Tengah

Oleh : Ajeng Dila Rahmawati

Pembimbing : Dra., Meity Albertina, SST., SKM., M.Pd

S :

Ibu mengatakan melahirkan pada 28 Januari 2020, ibu telah mendapatkan haid dan haid lancar. Ibu sudah menghabiskan 1 kaplet pil KB. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Ibu dan suami merencanakan mengikuti program pemerintah MOW.

O :

a. Pemeriksaan Umum

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

A : Ny. L usia 37 th P₄₂₁₂₄ akseptor KB Pil

P :

Tabel
Intervensi Asuhan Kebidanan Kunjungan KB

No	Waktu	Tindakan
1.	14.05 WITA	- Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny. L, hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal H: Ibu mengerti mengenai kondisinya.
2.	14.10 WITA	- Menjelaskan tentang MKJP (KB MOW dan IUD) H : Ibu memahami tentang KB MOW dan IUD serta ibu bersedia untuk mengikuti program pemerintah MOW
3.	14.20 WITA	- Menganjurkan ibu agar tidak lupa untuk meminum KB Pil H: Ibu mengatakan sudah mengerti dan sudah memakai KB Pil

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proroses Asuhan Kebidanan

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara praktek dengan teori yang ada. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil satu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang meliputi :

1. Asuhan Kehamilan

Klien bernama Ny. "N" usia 37 tahun G₆P₃₂₁₂₃ hamil 32 minggu 4 hari janin tunggal, hidup, intrauteri, presentasi kepala, yang bertempat tinggal di Jl. Dr. Soetomo Strat 3, Rt. 13 No. 08, Kelurahan Karang Rejo, Kecamatan Balikpapan Tengah. Ny. "N" saat ini sedang mengandung anak keenam, Ny. "N" pernah mengalami abortus dua kali, persalinan prematur sekali dan dua kali persalinan normal pervaginam.

Selama kehamilan Ny. "N" memeriksakan kehamilannya secara teratur, walaupun sibuk mengurus pekerjaan rumah dan mengurus anak-anaknya. Ny. "N" hanya sesekali memeriksakan kehamilannya ke klinik langsung bertemu dengan dokter spesialis kandungan. Ny. "N" tidak memiliki buku KIA karena pada saat melakukan pemeriksaan kehamilan di salah satu unit pelayanan kesehatan yang ada di daerahnya, tidak diberikan buku KIA dengan alasan harus mengikuti setiap kegiatan yang diadakan oleh unit pelayanan kesehatan tersebut. Ny. "N" baru memiliki buku KIA setelah usia kehamilannya

memasuki minggu ke 30/Trimester III dan catatan pemeriksaan yang lalu oleh dokter juga sudah tidak ada lagi. Pada Trimester I dan II Ny. "N" memeriksakan kehamilannya sebanyak 2 kali dan pada Trimester III sebanyak 4 kali.

Frekuensi pemeriksaan ini sesuai dengan teori standar pemeriksaan kehamilan pada Trimester I dan II yang dijelaskan oleh WHO. Ibu hamil paling sedikit melakukan 4 kali kunjungan Antenatal Care (ANC) selama kehamilan yaitu dengan frekuensi pemeriksaan ANC pada Trimester I minimal 1 kali, Trimester II minimal 1 kali, Trimester III minimal 2 kali (Kusmiyanti, 2011).

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek dikarenakan Ny. "N" telah memenuhi standar kunjungan ANC.

Standar asuhan pelayanan ANC meliputi 10 T, yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, menilai status gizi (mengukur LILA), mengukur TFU, menentukan presentase janin, menghitung denyut jantung janin, skrining imunisasi TT, Tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, tes Laboratorium seperti pemeriksaan Hb, golongan darah dan penyakit menular lainnya, tata laksana kasus dan temu wicara (konseling). Penulis berpendapat, dengan adanya ANC yang sesuai dengan standar 10 T maka resiko atau penyulit pada ibu hamil dapat dideteksi sejak dini (Depkes RI, 2013). Adapun pelayanan yang diberikan adalah sebagai berikut :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. "N" adalah 57 kg. Ny. "N" mengatakan sebelum hamil memiliki berat badan 49 kg. Sehingga

mengalami kenaikan berat badan sekitar 8 kg. Kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 11,3 kg – 15,9 kg (Sukarni, 2013). Penulis berpendapat bahwa terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek dikarenakan menurut penulis kenaikan berat badan Ny. “N” dibawah nilai normal yaitu dibawah 11,3 kg.

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. “N” memiliki tinggi badan 150 cm. Menurut Pantiawati pada tahun 2010 mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil tidak boleh kurang dari 145 cm, karena tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul sempit. Pengukuran tinggi badan ini dilakukan sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau tidak karena ketidaksesuaian antara besar bayi dan luas panggul dapat menjadi penyulit pada saat proses persalinan. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara praktek dengan teori, karena tinggi badan Ny. “N” tidak kurang dari 145 cm dan riwayat persalinan yang lalu adalah normal pervaginam.

b. Tekanan Darah

Tekanan darah Ny. “N” dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan yaitu 110/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI pada tahun 2009, tekanan darah yang normal adalah 90/60 mmHg – 120/80 mmHg dan menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek.

c. Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas)

Hasil pemeriksaan LILA Ny. "N" adalah 25 cm. Menurut Kusmiyanti pada tahun 2011, LILA ibu hamil minimal 23,5 cm. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek, karena dari hasil pemeriksaan didapatkan LILA Ny. "N" tidak kurang dari 23,5 cm.

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pada kunjungan K-III ANC hasil pemeriksaan Leopold I pengukuran TFU menggunakan metlin yaitu 33 cm dalam usia kehamilan 39-40 minggu dan tafsiran berat janin adalah 3.255 gram. Menurut teori Varney tahun 2007 dikatakan bahwa TFU ibu hamil pada usia kehamilan di atas 36 minggu yaitu 33 cm dan tafsiran berat janin adalah 3.288 gram (Manuaba, 2010). Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek yang menyebabkan janin lebih kecil atau lebih besar dari usia kehamilan.

e. Menentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Hasil dari pemeriksaan Leopold yang dilakukan pada Ny. "N", presentasi janin normal yaitu kepala sebagai bagian terdahulu janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal, yaitu 145 x/menit. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba tahun 2012, letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Menentukan presentasi janin dimulai pada akhir Trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada Trimester III bagian terendah janin bukan kepala atau kepala janin belum PAP, ada kemungkinan terjadi kelainan posisi janin atau kelainan panggul sempit. Selain itu penilaian DJJ

dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan ANC. DJJ normal yaitu 120-160 x/menit.

Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek pada saat dilakukan pemeriksaan. Posisi janin Ny. "N" tidak mengalami kelainan letak, DJJ normal karena tidak melebihi 160x/menit, hal ini dilakukan untuk menjadi acuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa klien. Sehingga dapat dilakukan asuhan selanjutnya berdasarkan diagnosa yang telah ditentukan.

f. Skrining Imunisasi TT

Saat dilakukan anamnesa mengenai imunisasi TT, Ny. "N" mengatakan telah mendapat imunisasi lengkap. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT dan sependapat dengan teori yang dipaparkan Manuaba tahun 2013 yaitu pemberian imunisasi TT pada saat ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini, sehingga apabila Imunisasi TT5 sudah didapatkan (*TT Long Live*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek dikarenakan imunisasi TT Ny. "N" sudah lengkap sampai TT5. Imunisasi ini penting diberikan sebagai pencegahan terhadap penyakit tetanus neonatorum saat persalinan nanti.

g. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Pemberian tablet Fe sangat penting untuk menghindari terjadinya anemia dalam kehamilan. Ny. "N" mengonsumsi tablet Fe secara rutin. Hal ini sesuai dengan teori (Manuaba, 2013) bahwa pemberian tablet Fe atau zat

besi pada ibu hamil minimal 90 butir. Hal ini dikuatkan dengan penelitian bahwa penyebab utama anemia saat kehamilan adalah kurangnya asupan tablet Fe.

Berdasarkan teori diatas tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek. Ny. "N" patuh dalam mengonsumsi tablet Fe sehingga dapat mengurangi resiko anemia pada Ny. "N" saat masa kehamilan dan persalinan.

h. Tes laboratorium

Pemeriksaan Hb terhadap Ny. "N" dilakukan di rumah dengan menggunakan alat Hb digital dengan hasil 11,8 gr/dl, menurut penulis hasil pemeriksaan tersebut dalam batas normal. Karena sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Prawirohardjo tahun 2009, kadar Hb normal yaitu 11 gr/dl.

Pemeriksaan laboratorium berupa tes protein urine dan PMS tidak dilakukan pada Ny. "N" karena tidak ada keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut. Hal ini didukung dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2014 bahwa pemeriksaan urine untuk tes protein urine dan urine glukosa dapat dilakukan atas indikasi tertentu. Bila ada kelainan pada klien maka akan dilakukan rujukan. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus seperti tes PMS dapat dilakukan apabila ada indikasi pada organ reproduksi.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek, dikarenakan Ny. "N" tidak terindikasi dan tidak ditemukannya tanda gejala untuk dilakukannya tes protein urine maupun PMS.

i. Tatalaksana Kasus

Dari semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, tidak ditemukan adanya masalah. Tetapi ada kemungkinan dapat terjadi masalah jika dilihat dari usia Ny. "N" yang beresiko yaitu 37 tahun, seperti ancaman perdarahan ante partum dan post partum. Menurut wasnidar tahun 2015 setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga medis. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani, maka harus dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Berdasarkan dengan teori yang sudah dipaparkan di atas penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek bahwa perencanaan penatalaksanaan kegawatdaruratan untuk merujuk dapat dilakukan sewaktu-waktu.

j. Temu wicara/konseling, termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan

Ny. "N" dan keluarga sebagai pengambil keputusan telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Sehubungan dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2013 pada kehalilan Trimester III petugas kesehatan baiknya memberikan konseling kepada ibu dan suami untuk merencanakan proses persalinannya dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB setelah bersalin. Pada saat kunjungan ANC, Ny. "N" merencanakan ingin bersalin di Rumah Sakit Tentara Dr. Hardjanto Balikpapan. Hal tersebut sesuai dengan teori Saifuddin tahun 2008, konseling diberikan pada setiap kunjungan ANC dan disesuaikan dengan kebutuhan ibu. Saat pelaksanaan ANC juga telah dilakukan perencanaan persalinan yang meliputi rencana tempat bersalin, penolong persalinan,

transportasi, biaya, serta keperluan ibu dan bayi. Secara keseluruhan penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, dikarenakan penulis tidak mengalami kesulitan pada saat temu wicara dengan Ny. "N".

2. Asuhan Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. "N" yaitu 39-40 minggu, hamil anak ketiga dengan jarak persalinan 4 tahun dan datang ke RS pada tanggal 27 Januari 2020 pada pukul 13.00 WITA. Ny. "N" ingin memeriksakan kehamilannya karena sudah memasuki tanggal tafsiran persalinan dan sudah mulai keluar air-air sejak tanggal 23 Januari 2020.

Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, belum ada pengeluaran lendir darah, tidak ada bekas luka parut dari vagina, portio tebal kaku, pembukaan 1 cm, effacement 10%, ketuban (+) belum pecah, hodge I, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat. Denyut jantung janin 131x/menit, His 1x10' : 5-10".

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan, his kala I berlangsung tidak terlalu kuat sehingga ibu belum terlalu merasakan sakit. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam dan multigravida 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Manuaba, 2012).

Menurut teori (JNPK-KR, 2014) inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement).

Penulis menyimpulkan terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek, dari hasil pemeriksaan tanda-tanda persalinan yang dialami Ny. "N" tidak sesuai dengan teori yang ada. Karena pada dasarnya sesuai dengan teori, untuk mengetahui majunya persalinan dari pembukaan 4 cm menjadi pembukaan 10 cm dibutuhkan waktu 3 jam. Tetapi fakta di lapangan tidak sesuai dengan teori yaitu berlangsung 4 jam. Hal ini disebabkan oleh factor usia ibu lebih dari 35 tahun, sehingga kontraksi otot Rahim dan dilatasi portio tidak maksimal dan berlangsung lambat.

Pada kala II disebut kala pengeluaran bayi. Pada pukul 23.02 WITA His semakin kuat 5x dalam 10 menit lamanya 35-50 detik, tampak adanya dorongan untuk mengejan, tampak lendir bercampur darah keluar dari vagina, dilakukan pemeriksaan dalam Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis dan lembut, pembukaan 10 cm, efficement 100%, ketuban (-), Hodge III+, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 131 x/menit, irama teratur.

Pada pukul 23.15 WITA kepala tampak 5-6 cm didepan vulva, tampak adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, pengeluaran lendir darah semakin meningkat. Ny. "N" diberikan motivasi untuk meneran apabila ada dorongan ingin meneran, memasang handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi, mengambil kain bersih untuk alas bokong ibu dan mengambil duk steril lalu melipat 1/3 bagian, kemudian membuka tutup partus set, memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan, saat sub-occiput tampak didepan vulva, tangan kanan melindungi perineum dengan dialasi duk steril,

sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir, bersihkan wajah bayi menggunakan kain bersih dan periksa adanya lilitan tali pusat pada leher bayi, menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, setelah janin menghadap paha ibu letakkan tangan secara biparietal, tarik kepala janin dengan berhati-hati ke arah bawah sampai bahu depan lahir, kemudian tarik secara berhati-hati ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher, dan bahu janin kemudian tangan kiri secara bersamaan menyusuri punggung ke arah bokong sampai tungkai bawah janin. Setelah seluruh badan bayi lahir, segera keringkan dan dilakukan penilaian selintas.

Pada kala II berlangsung sekitar 1 jam 45 menit. Menurut penulis terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek. Hal ini tidak sesuai dengan teori, berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Widya Astuti tahun 2013 pada kala II his semakin sering dan durasinya lebih lama. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, perineum menonjol, vulva membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah, lamanya kala II untuk primigravida 2 jam dan multigravida 1 jam.

Pada kala III, perdarahan kala III Ny. "N" normal berkisar 300 cc. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan JNPK-KR tahun 2014, bahwa perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam ≤ 500 cc setelah kala II selesai atau setelah placenta lahir. Penulis sependapat dengan pernyataan diatas, karena dari hasil observasi perdarahan kala III pada Ny. "N" tidak melebihi 500 cc yakni hanya berkisar 300 cc. Keluarnya bayi hingga pelepasan placenta berlangsung sekitar 15 menit.

Pada kala IV, pukul 00.00 WITA placenta lahir dan terdapat laserasi perineum derajat 4 dan langsung dilakukan heatching sementara. Tanggal 28 januari 2020 direncanakan untuk heatching ulang di ruang operasi. Kemudian memastikan kontraksi uterus baik dan melengkapi partograph.

Pemeriksaan pasca persalinan didapatkan hasil TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,9°C, perdarahan ± 60 cc. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek, karena penulis melakukan observasi setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit pada jam ke-2 pasca persalinan.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. "N" lahir pada tanggal 27 januari 2020 pukul 23.45 WITA. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian selintas, bayi cukup bulan, bayi tidak megap-megap, warna kulit tidak cyanosis, bayi bergerak aktif.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan Dewi tahun 2012 yang menyatakan bahwa segera setelah bayi lahir dilakukan penilaian selintas secara cepat dan tepat (0-30 detik) untuk membuat diagnosa agar cepat dilakukan asuhan berikutnya. Adapun yang dinilai pada bayi adalah bayi cukup bulan, usaha nafas bayi, bayi menangis keras, warna kulit bayi terlihat cyanosis atau tidak, gerakan tonus otot bayi, frekuensi jantung bayi.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek, karena penulis telah melakukan penilaian selintas pada By. Ny. "N" dan tidak ditemukan adanya penyulit.

AS 7/9, hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Dewi tahun 2012 bahwa bayi normal/asfiksia ringan apabila memiliki AS 7/10, Asfiksia sedang apabila AS 4/6 dan Asfiksi berat 0/3. Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek. Karena nilai AS By. Ny. "N" dalam batas normal yaitu 7/9.

Asuhan BBL dilakukan 1 jam pasca IMD. Penulis melakukan pemeriksaan umum bayi yang terdiri dari pemeriksaan TTV yaitu nadi 142x/menit, respirasi 44x/menit, suhu 36,7°C. Pemeriksaan antropometri bayi adalah BB 3750 gram, PB 49 cm, LK 32 cm, LD 32 cm, LP 33 cm dan LILA 11 cm.

Pada pemeriksaan antropometri yang dikemukakan oleh Saifuddin tahun 2012 bahwa denyut jantung bayi antara 110-180x/menit, suhu tubuh bayi antara 36,5°C - 37,5°C. Pernafasan bayi antara 40-60x/menit. Pemeriksaan antropometri menurut menurut berat badan 2500-4000 gram adalah Panjang badan antara 44-53 cm, Lingkar Kepala antara 31-36 cm, Lingkar Dada antara 30-34 cm, Lingkar Lengan ≥ 9 cm.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek bahwa pemeriksaan antropometri pada bayi normal dan tidak ada masalah.

4. Asuhan Masa Nifas

Ny. "N" mendapatkan asuhan kebidanan selama masa nifas sebanyak 3 kali. Sesuai dengan kebijakn program nasional bahwa kunjungan masa nifas dilakukan saat 6-8 jam postpartum (Winkjosastro, 2014).

Terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek dikarenakan waktu kunjungan nifas tersebut kurang tepat sesuai teori. Kunjungan pada masa nifas sangat penting untuk mendeteksi adanya penyulit saat nifas.

Pada tanggal 28 januari 2020 pukul 05.30 WITA kunjungan nifas pertama 6 jam postpartum. Berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi Ny. "N" saat dilakukan pemeriksaan ditemukan tekanan darah 110/70 mmHg dimana hasil perhitungan MAP 83,33. Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek, karena hasil penghitungan MAP Ny. "N" masih dalam batas normal. Penulis memberikan KIE kepada Ny. "N" tentang menjaga asupan nutrisi seimbang, serta istirahat yang cukup.

Ny. "N" mengatakan ASI sudah keluar, saat dilaukan pemeriksaaan kontraksi uterus baik, TFU 3 jari bawah pusat, lochea rubra, perdarahan masih dalam batas normal dan ditemukan odema vulva. Penulis memberikan KIE kepada Ny. "N" tentang tanda bahaya ibu nifas dan kebutuhan dasar ibu nifas. Direncanakan untuk heacthing ulang karena ditemukan ada bagian yang belum menyatu tepat.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena penulis sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan yang ditetapkan dan telah memberikan KIE yang dibutuhkan oleh Ny. "N" pada 6 jam postpartum.

Menurut (Suherni, dkk. 2014) bahwa tujuan kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah postpartum adalah mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas, mendeteksi dan merawatpenyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini,

pemberian ASI awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Tanggal 3 februari 2020, pukul 10.00 WITA dilakukan kunjungan kedua yaitu asuhan 6 hari postpartum. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi Ny. "N" secara umum dalam kondisi baik. Pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, lochea sanguilenta, tidak terlihat tanda-tanda infeksi. Menurut (Sukarni, 2013) lochea pada hari ketiga sampai ketujuh yaitu lochea sanguelenta berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek. Saat melakukan asuhan yang diberikan pada Ny. "N" yaitu menganjurkan klien agar menyusui bayinya sesering mungkin secara eksklusif dan menganjurkan ibu untuk sering mengganti pembalut. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Suherni dkk,2014) tujuan pada asuhan kunjungan 6 hari yaitu mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum, personal hygiene, istirahat dan memberi ibu konseling pengasuhan bayi.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek pada hasil pemeriksaan involusi uteri Ny. "N" berjalan dengan baik dan klien terus menyusui bayinya, selain itu klien mau mengikuti saran dari penulis dan bidan dalam pelaksanaan asuhan.

Tanggal 10 februari 2020, pukul 15.00 WITA, dilakukan kunjungan nifas yang ketiga yaitu asuhan 17 hari postpasrtum. Dari hasil pemeriksaan kondisi ibu secara keseluruhan baik, lochea alba. Menurut teori (Sukarni, 2013) lochea

yang muncul pada pada minggu ke 4 postpartum yaitu lochea alba dengan warna putih bening. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek kemudian penulis melaukan asuhan yang diberikan kepada Ny. “N”.

5. Asuhan Neonatus

Bayi Ny. “N” mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak tiga kali sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Muslihatun, 2010) yaitu kunjungan neonatus dilaukan sebanyak tiga kali yaitu KN-1 dilaukan 6-8 jam, KN-2 dilakukan 3-7 hari, KN-3 dilakukan 8-28 hari. Penulis berpendapat bahwa tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dengan praktek.

Tanggal 28 Januari 2020 pukul 06.00 WITA dilakukan kunjungan neonatus 6 jam setelah kelahiran bayi penulis melakukan pemantauan, keadaan umum neonatus baik, nadi, pernafasan serta suhu tubuh dalam keadaan normal, bayi menangis kuat, tali pusat tidak terbungkus, bayi mengonsumsi ASI dan bayi sudah BAB/BAK. Penulis memberikan KIE kepada ibu untuk mnejaga kehangatan bayi dan memberikan ASI Eksklusif serta perawatan tali pusat.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena penulis sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan

Tanggal 3 Februari 2020, pukul 10.00 WITA dilakukan kunjungan neonatus di hari ke-6. Pada kulit By. Ny. “N” sedikit kuning, tali pusat sudah terlepas, tidak ada tanda-tanda infeksi, bersih dan kering. Asupan nutrisi bayi hanya ASI, BB bayi mengalami kenaikan 200 gram. By. Ny. “N” telah

melakukan imunisasi HB-0 pada tanggal 28 januari 2020 di RST Dr. Hardjanto Balikpapan.

Berdasarkan teori ikterus fisiologis adalah suatu proses normal yang terlihat pada sekitar 40-50 % bayi aterm/cukup bulan dan sampai dengan 80 % bayi prematur dalam minggu pertama kehidupan. Ikterus fisiologis adalah perubahan transisional yang memicu pembentukan bilirubin secara berlebihan di dalam darah yang menyebabkan bayi berwarna ikterus/kuning (Kosim, 2012).

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek karena By. Ny. "N" sedikit ikterik pada minggu pertama kehidupannya dan itu merupakan fisiologis. Sehingga penulis menyarankan untuk sesering mungkin diberikan ASI dan menjemur bayi di pagi hari pukul 07.00-09.00 WITA dengan cara melepas semua pakaian bayi dan hindarkan terpapar matahari langsung bagian kelamin bayi dan mata bayi.

Tanggal 14 februari 2020, pukul 15.00 WITA dilaukan kunjungan Neonatus III ke 17 hari setelah bayi lahir. Keadaan neonatus dalam keadaan sehat dan berat badan bayi meningkat. Menurut (Muslihatun 2009) ASI Eksklusif yaitu ASI tanpa diberikan tambahan apapun, salah satunya untuk memberikan kekebalan tubuh pada bayi. Pemenuhan nutrisi dari awal bayi lahir hingga kunjungan ke III berupa ASI dan ibu berencana untuk menyusui bayinya secara eksklusif. By. Ny. "N" mengalami kenaikan BB 150 gram. Bayi sudah mendapatkan imunisasi BCG dan Polio 1 di Puskesmas Karang Rejo.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek dikarenakan dari hasil pemeriksaan bahwa keadaan bayi sedang sehat sehingga penulis menyarankan kepada Ny. "N" untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya dan menjaga bayi agar tidak terpapar dari sumber penyakit.

6. Asuhan Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan yang bersifat sementara atau menetap yang dapat digunakan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat/alat, atau dengan operasi (Saifuddin, 2015).

Tujuan penulis memberikan penyuluhan kontrasepsi kepada klien untuk membantu klien memilih alat kontrasepsi yang tepat.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori yang diberikan dengan praktek dilapangan. Karena pada saat kehamilan, Ny. "N" dan suami merencanakan untuk menggunakan Metode KB Jangka Panjang (MKJP) yaitu Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/IUD atau melakukan MOW. Dengan alasan untuk menghentikan kehamilan, karena sudah merasa cukup dengan 4 anak, disamping itu usia Ny. "N" 37 tahun dan riwayat kehamilan persalinan yang lalu sangat beresiko.

Pada prakteknya, saat ini Ny. "N" menggunakan KB Pil untuk kontrasepsi sementara. Ny. "N" dan suami sudah mendaftarkan diri untuk mengikuti program pemerintah MOW, hanya saja masih menunggu tanggal pelaksanaan MOW.

7. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. N ditemukan ada beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan

pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan – keterbatasan tersebut antara lain adalah :

a. Penjaringan Pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan studi kasus adalah penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diberikan oleh institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penulis dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

b. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PKL, PK3, mentoring bidan dan IPE terkadang menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang sangat terbatas, terbagi dengan tugas laporan-laporan yang lain selain Laporan Tugas Akhir, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan dan keterlambatan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

c. Pandemi Covid-19

Wabah covid-19 ini menyebabkan banyak keterbatasan bagi penulis untuk melakukan konsultasi laporan tugas akhir. Dengan adanya social distancing dan pysical distancing membuat penulis sulit bertemu dengan pembimbing. Selain itu keterbatasan jaringan dan sarana juga mempengaruhi kelancaran proses konsultasi melalui email/social media serta pelaksanaan ujian laporan tugas akhir.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. “N” usia 37 tahun dengan masalah resiko tinggi usia dan grande multipara dari masa kehamilan sampai pelayanan kontrasepsi, dilakukan pemantauan intensif kepada Ny “N”, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai deteksi dini untuk mengurangi faktor-faktor resiko yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

1. Ante natal care

Asuhan kebidanan *ante natal care* pada Ny. “N” telah dilaksanakan 3 kali kunjungan ditemukan masalah pada Ny. “N” yaitu grande multipara, usia lebih dari 35 tahun. Ny. “N”. Pada kehamilan di usia 39 minggu di dapatkan kepala janin sudah masuk PAP. Ny. “N” tidak mengalami resiko hamil dengan grande multipara, usia lebih dari 35 tahun karena dilakukan asuhan kebidanan komprehensif dan Ny. “N” mengikuti saran serta anjuran penulis dan bidan. Walaupun terdapat beberapa masalah namun dapat di atasi dengan memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien.

2. *Intra natal care*

Asuhan kebidanan *intra natal care* pada Ny. “N” dilakukan pada tanggal 27 Januari 2020, kala I dimulai pada pukul 14.00 WITA pembukaan 1 dan pembukaan lengkap pada pukul 22.00 WITA. Kemudian dilakukan manajemen aktif kala III dan evaluasi kala IV. Proses persalinan Ny. “N” berlangsung normal ditolong oleh bidan tanpa ada penyulit dan Ny. “N” mengikuti anjuran serta saran yang penulis dan bidan berikan sehingga faktor resiko bersalin tidak terjadi.

Secara psikis Ny. “N” sangat siap dalam menghadapi proses persalinan dari fase pembukaan hingga bayi lahir. Penulis dan keluarga selalu mendampingi dan memberikan support mental kepada Ny. “N” untuk tetap tenang dan tidak cemas. Namun, setelah bayi lahir didapatkan ruptur perineum derajat 4 yang mengharuskan Ny. “N” untuk dilakukan heatching di ruang operasi oleh dokter spesialis.

3. **Bayi baru lahir**

Asuhan kebidanan bayi baru lahir pada bayi Ny. “N” dilakukan secara komprehensif pukul 01.00 WITA, bayi lahir spontan pervaginam, dalam keadaan normal, segera menangis dan tidak mengalami asfiksia, tonus otot baik, tubuh bayi tampak kemerahan, dengan nilai *Apgar score* 7/9, jenis kelamin perempuan dengan berat lahir 3750 gram, sehingga berat lahir tersebut bayi Ny. “N” dalam batas normal. Dari hasil pemeriksaan fisik bayi tidak didapatkan adanya kelainan.

4. *Post Natal Care*

Pada asuhan nifas dilakukan secara komprehensif pada Ny. "N" dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan teknik pendokumentasian SOAP. Kunjungan nifas Ny.L dilakukan sebanyak 3 kali. Dari hasil pemeriksaan masa nifas Ny. "N" pada kunjungan pertama sampai ketiga tidak ditemukan adanya masalah, kunjungan berjalan dengan baik dan sesuai teori.

5. Neonatus

Asuhan kebidanan neonatus pada Ny. "N" dilakukan secara komprehensif dan telah dilaksanakan 3 kali kunjungan dengan melakukan pendekatan menggunakan pendokumentasian SOAP. Neonatus Ny. "N" keadaannya dalam batas normal karena ibu paham tentang tanda bahaya pada bayi, cara perawatan tali pusat bayi, serta tentang imunisasi dasar bayi. Tidak ditemukan adanya masalah pada bayi dan telah diberikan asuhan sesuai dengan dasar teori.

6. Keluarga Berencana

Telah diberikan asuhan keluarga berencana secara komprehensif menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Ny. "N" telah mendaftarkan diri untuk mengikuti program pemerintah MOW, dan sekarang Ny. "N" menggunakan KB Pil untuk sementara waktu sampai pelaksanaan MOW.

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi intitusi

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif dan dapat memperbaharui skill yang akan diajarkan, serta lebih mengajarkan kepada mahasiswa untuk menganalisis kasus - kasus yang terjadi dalam asuhan kebidanan. Selain itu selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Tenaga Kesehatan / Bidan

- a. Diupayakan bimbingan dan asuhan yang diberikan lebih sesuai dengan standar asuhan kebidanan untuk menghasilkan asuhan kebidanan yang tepat, bermutu dan memuaskan klien.
- b. Bidan diupayakan mampu menjalin komunikasi yang baik dengan pasien agar tercipta suasana yang terbuka dan harmonis, sehingga dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan pelayanan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta keluarga berencana.

- c. Bidan diupayakan melakukan penyuluhan tentang resiko kehamilan diatas usia 35 tahun dan grande multipara karena hal tersebut merupakan resiko tinggi terhadap kehamilan berikutnya.

3. Bagi Klien

- b. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- c. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi klien bahwa kehamilan dengan grande multipara, usia resiko tinggi akan menimbulkan dampak atau resiko yang dapat terjadi pada ibu dan bayi hingga menyebabkan kematian jika tidak di berikan pendampingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan.
- d. Diharapkan dapat membawa bayi ke fasilitas kesehatan untuk di imunisasi sesuai jadwal yang terdapat di buku KIA.

4. Bagi Mahasiswa Kebidanan

- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
- b. Diharapkan mampu mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif melalui pendidikan dan penatalaksanaan serta mendapat pengalaman secara nyata di lapangan agar dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan.

- c. Diharapkan pada saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
- d. Diharapkan dalam pelaksanaan Laporan Tugas Akhir berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati Retna, Eny, 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Cetakan ke-V. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Amirin, Tatang Manguny. 2012. *Manajemen Pendidikan*. UNY Press. Yogyakarta.
- Anggraini. 2010. *Perawatan Payudara*. Jakarta: Salemba Medika
- Arora, Malaika. *et al.* 2008. *A Study on Lipid Profile And Body Fat in Patients with Diabetes Melitus*. Anthropologist, Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. 2008. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012*. Badan Pusat Statistik. Jakarta.
- Bahiyatun. 2011. *Antenatal Care*. Yogyakarta: Salemba Medika
- Balitbangkes. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- BKKBN. 2012. *Pelayanan Kontrasepsi*. BKKBN. Jakarta.
- Darmawan. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kebidanan*. PT Remaja Rosdakary. Bandung.
- Depkes. 2009. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Depkes. 2012. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: EGC

- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. 2019. *Profil Kesehatan Kota Balikpapan 2018*. Balikpapan.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur 2017*. Samarinda.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur 2017*. Samarinda.
- Estiningtyas, dan Nuraisya. 2013. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Pustaka. Yogyakarta.
- Elin. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jakarta: EGC
- Fauci, Anthony Scot. *et al.* 2009. *Obesity*. Dalam : Harisson's. 2009. *Manual Of Medicine 17th*. The McGraw - Hill Companies, USA : 939.
- Gunatilake, Roytman Pernando. 2011. *Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravid*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Dalam : Wulandari, Hana (eds). 2018. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada kehamilan dengan masalah obesitas*. Poltekkes Kemenkes Kaltim, Balikpapan.
- Harder, Tammo. 2012. *Maternal Diabetes and Developmental Programming in the Offspring*. *Maternal Obesity in Pregnancy*. Springer. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Jannah. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC

- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC
- JNPK-KR. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC
- JNPK-KR. 2013. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC
- Johnson, Ruth. 2015. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Kemenkes RI. 2010. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan)*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan)*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2018. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan)*. Kemenkes RI. Jakarta.
- _____. 2016. *Departemen Kesehatan Rakyat*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Mahmud. 2010, *Komunikasi Pemasaran Modern*. Cakra Ilmu, Yogyakarta.
- Mahmud. 2011, *Komunikasi Pemasaran Modern*. Cakra Ilmu, Yogyakarta.
- Manuaba. 2009. *Ilmu Kebidanan*. EGC. Jakarta.
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan*. EGC. Jakarta.
- Marni. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Maryunani. 2010. *Antenatal Care*. Yogyakarta: Salemba Medika

Maternal Mortality: World Health Organization (WHO), 2009.

Maternal Mortality: World Health Organization (WHO), 2015.

Maternal Mortality: World Health Organization (WHO), 2017.

Muslihatun, Wafi Nur. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Yogyakarta : Fitra Maya.

Nirwana, 2011. *Anemia pada Bumil*. Jakarta: EGC

Notoatmodjo, Soekidjo. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Nursalam. (2009). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi Kedua. Salemba Medika, Jakarta.

Paliy, Olga. 2014. *Excess body weight during pregnancy and offspring obesity: Potential mechanisms. Nutrition.Elsevier*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.

Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP

Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP

Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP

Purwoastuti. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP

Proverawati. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP

Pusdiknakes. 2013. *Asuhan Antenatal*. Pusdiknakes. Jakarta.

- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Rowlands, Ingol. 2010. *Obesity in pregnancy: outcomes and economics. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 15*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Rustam. 2009. *Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: EGC
- Rukiyah. 2013. *Antenatal Care*. Jakarta: EGC
- Sarwono. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta.
- Saifuddin. 2010. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. EGC. Jakarta.
- Saifuddin. 2011. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. EGC. Jakarta.
- Sherwood, Lauralee. 2012. *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem*. Edisi 6. EGC. Jakarta : 708-710 hlm.
- Sudirtayasa dan wayan . 2015. *Pengaruh Obesitas Terhadap Hipertensi Pada Kehamilan*. Buku Kedokteran. Jakarta.
- Suherni. 2009. *Dasar-Dasar Ilmu Kebidanan. Cetakan pertama*. Andalas University. Padang.
- Suhaeni. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sukarni. 2013. *Perawatan BBL*. Yogyakarta: Fitramaya

Sulistyawati, Ari. 2013. *Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana*. Salemba Medika.

Jakarta

Sumarah. 2009. *Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Medika

Tarwoto. 2013. *Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika

Varney, Hellen, 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta;EGC

Wahyuni, Sri. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC

Walyani. 2014. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC

Wiknjosastro. 2009. *Ilmu Kebidanan edisi ketiga Cetakan ke 7*. EGC. Jakarta

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 27 Januari 2020
2. Nama bidan : Brian Mils
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I/II/III/IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Ya Tidak
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tab :
12. Hasilnya :

KALA II

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

KALA III

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

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	00.00	125/80	85	2 jari d pns	Baik	-	± 10
	00.15	125/80	82	2 jari d pns	Baik	-	± 10
	00.30	120/80	85	2 jari d pns	Baik	-	± 20
	00.45	120/80	89	2 jari d pns	Baik	-	± 20
2	01.15	120/80	82	2 jari d pns	Baik	-	± 10
	01.45	120/80	80	2 jari d pns	Baik	-	± 10

Mesalah kala IV :
 Penatalaksanaan masalah tersebut :
 Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) ? Ya Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya Tidak
 Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
27. Laserasi :
 - Ya, dimana
 - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1/2/3/4
 Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
30. Jumlah perdarahan : ± 100 ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 3700 gram
35. Panjang : 50 cm
36. Jenis kelamin : L/P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
 Hasilnya :

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN UNTUK IKUT
SERTA DALAM STUDI KASUS
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurlina H
Umur : 37 th
Alamat : Jl. Br. Futomo strat 3 kr. Rejo

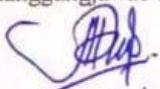
Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa:

Setelah memperoleh penjelasan dan mendapat kesempatan bertanya, saya sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin timbul dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif, serta sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dan membatalkan dari keikutsertaan, maka saya (setuju/tidak setuju*) diikutsertakan dan bersedia berperan serta dalam studi kasus yang berjudul :

Propomel Laporan Tugast Akhir Asuhan kebidanan
komprehensif Pada Ny. H G.P.32123, usia kehamilan
12 minggu 4 hari dengan masalah resiko tinggi
kehamilan usia 37 tahun dan multipara di wilayah
kerja puskesmas karang rejo kota Balikpapan
Tahun 2020

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.

Mengetahui
Penanggungjawab Asuhan


(Aping Dila R.)

Balikpapan,.....
Yang Menyatakan,
Peserta studi kasus

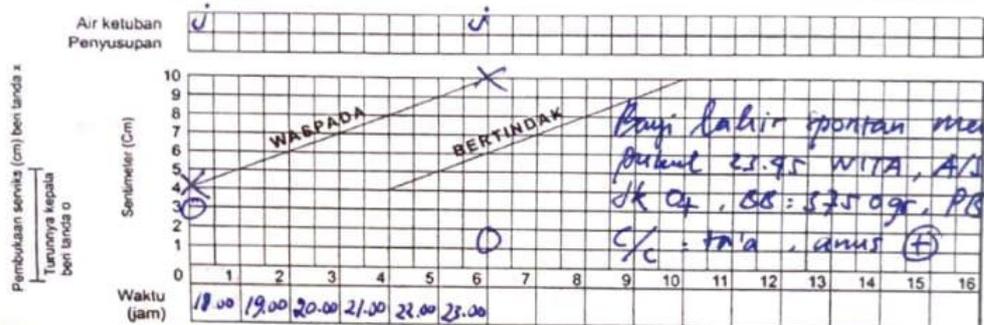
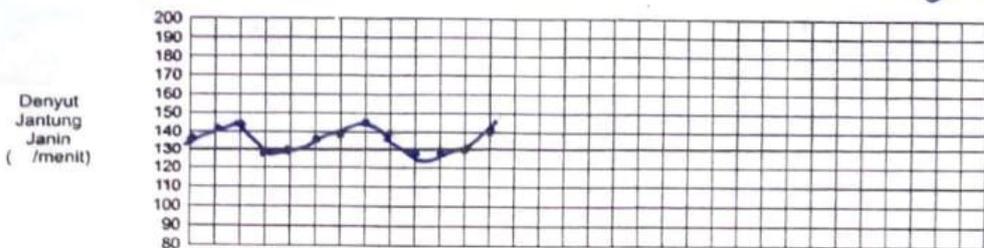

(Nurlina H.)

Saksi

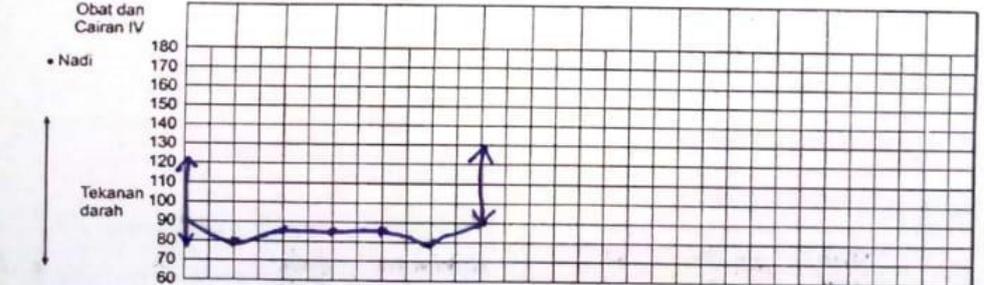

(Teguh K.)

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : My. N Umur : 57th G. 6 P. 3 A. 2
 No. Puskesmas Tanggal : 27-1-2020 Jam : 12.00 Alamat : Jl. Dr. Sutomo
 Kelurahan pecah Sejak jam 12.45 mules sejak jam 12.00 Karang Kajo



Oksitosin U/L tetes/menit 20 tpm



Suhu °C 36.7°C

Urin Protein Aseton Volume

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ajeng Dila Rahmawati
 Nim : P07224117002
 Pembimbing : Sonya Yulia S, M.Kes
 Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N G₆P₃₂₁₂₃ Dengan Usia ≥ 35 Tahun Dan Multipara Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kota Balikpapan Tahun 2020

NO	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsultasikan	Saran Pembimbing	TTD
1.	Rabu 29 Juli 2020	Cover BAB I BAB II BAB III	<ul style="list-style-type: none"> • Cover disesuaikan • Judul harus sesuai dengan kasus • ACC • Tambahkan dasar teori tentang partus kala II memanjang, Partus Macet, Distosia Bahu dan Ikterus Fisiologis • ACC 	
2.	Sabtu 1 Agustus 2020	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> • SOAP INC diperbaiki 	
3.	Selasa 4 Agustus 2020	BAB V	<ul style="list-style-type: none"> • Pembahasan lebih diteliti antara teori dengan praktek 	
4.	Rabu 5 Agustus 2020	BAB VI Daftar Pustaka	<ul style="list-style-type: none"> • Kesimpulan dan Saran diperbaiki • Referensi harus yang terbaru • Kerapian Penulisan harus diperhatikan 	

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ajeng Dila Rahmawati
 Nim : P07224117002
 Pembimbing : Dra. Meitty Albertina, SKM, SST, M.Pd
 Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N G₆P₃₂₁₂₃ Dengan Usia \geq 35 Tahun Dan Multipara Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kota Balikpapan Tahun 2020

NO	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsultasikan	Saran Pembimbing	TTD
1.	Jum'at 22 Mei 2020	BAB I BAB II BAB III	<ul style="list-style-type: none"> • ACC • Tambahkan dasar teori tentang partus kala II memanjang, Partus Macet, Distosia Bahu dan Ikterus Fisiologis • ACC 	
2.	Kamis 11 Juni 2020	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> • SOAP INC diperbaiki 	
3.	Senin 30 Juni 2020	BAB V	<ul style="list-style-type: none"> • Pembahasan lebih diteliti antara teori dengan praktek 	
4.	Selasa 28 Juli 2020	BAB VI Daftar Pustaka	<ul style="list-style-type: none"> • Kesimpulan dan Saran diperbaiki • Reverensi harus yang terbaru 	

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ajeng Dila Rahmawati
 Nim : P07224117002
 Pembimbing : Hj. Suryani, SST
 Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N G₆P₃₂₁₂₃ Dengan Usia \geq 35 Tahun Dan Multipara Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kota Balikpapan Tahun 2020

NO	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsultasikan	Saran Pembimbing	TTD
1.	Jum'at 22 Mei 2020	BAB I BAB II BAB III	<ul style="list-style-type: none"> • ACC • Tambahkan dasar teori tentang partus kala II memanjang, Partus Macet, Distosia Bahu dan Ikterus Fisiologis • ACC 	
2.	Kamis 11 Juni 2020	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> • SOAP INC diperbaiki 	
3.	Senin 30 Juni 2020	BAB V	<ul style="list-style-type: none"> • Pembahasan lebih diteliti antara teori dengan praktek 	
4.	Selasa 28 Juli 2020	BAB VI Daftar Pustaka	<ul style="list-style-type: none"> • Kesimpulan dan Saran diperbaiki • Reverensi harus yang terbaru 	

INFORMASI

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. ".....^N....."
 DI Wilayah kerja Purkemas
Karang Rejo

Yang terhormat,

Ny. N.....

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang memberikan informasi:

Nama : Ajung Dila Rahmawati

NIM : PO7224117002

Adalah mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan yang sedang melakukan penyusunan laporan tugas akhir dalam bentuk studi kasus asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu.

Tujuan pemberian asuhan komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif dan berkesinambungan adalah memberikan asuhan yang menyeluruh, sesuai dengan keadaan dan kebutuhan ibu, yang dilaksanakan secara berkesinambungan sejak hamil, bersalin, sampai dengan masa nifas.

Mengapa Ibu terpilih

Ibu terpilih sebagai klien dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif karena ibu sedang hamil usia 8 sampai dengan 9 bulan (36 minggu) dan masuk dalam kategori kehamilan normal dan/atau masuk dalam kategori faktor risiko kelompok I (ada potensi gawat darurat obstetrik).

Prosedur:

Jika ibu bersedia menjadi peserta dalam pemberian asuhan ini, maka saya akan melakukan asuhan kebidanan pada ibu selama hamil, menolong ibu selama proses persalinan, dan asuhan kebidanan pada masa nifas termasuk perawatan pada bayi baru lahir. Kegiatan pemberian asuhan diberikan pada saat saya mengunjungi ibu dirumah atau pada saat mengunjungi fasilitas kesehatan dengan didampingi oleh saya.

Risiko dan ketidaknyamanan:

Risiko dan ketidaknyamanan secara fisik adalah menyita waktu ibu selama memberikan asuhan dengan perkiraan waktu 60 – 120 menit (atau sesuai dengan kebutuhan) pada saat

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 27 Januari 2020
2. Nama bidan : Brian Milla
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I/II/III/IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

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

KALA II

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

KALA III

20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan :
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	*Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	00.00	125/80	85	2 jari d pns	Baik	-	± 10
	00.15	125/80	82	2 jari d pns	Baik	-	± 10
	00.30	120/80	85	2 jari d pns	Baik	-	± 20
	00.45	120/80	89	2 jari d pns	Baik	-	± 20
2	01.15	120/80	82	2 jari d pns	Baik	-	± 10
	01.45	120/80	80	2 jari d pns	Baik	-	± 10

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :
25. Plasenta lahir lengkap (intact) ? Ya Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - c.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
27. Laserasi :
 - Ya, dimana :
 - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1/2/3/4
 - Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan :
29. Atoni uteri :
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
30. Jumlah perdarahan : ± 100 ml
31. Masalah lain, sebutkan :
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 3200 gram
35. Panjang : 50 cm
36. Jenis kelamin : L P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan :
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan :
40. Masalah lain, sebutkan :
- Hasilnya :