

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. U G₁P₀₀₀
USIA KEHAMILAN 31 MINGGU DENGAN TFU TIDAK SESUAI
USIA KEHAMILAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS GUNUNG BAHAGIA
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2021



OLEH :

ELFRIDA RAHMAWATI
P0.7224118008

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PRODI DIII KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2021

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. U G₁P₀₀₀₀
USIA KEHAMILAN 31 MINGGU DENGAN TFU TIDAK SESUAI
USIA KEHAMILAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS GUNUNG BAHAGIA
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2021



OLEH :

ELFRIDA RAHMAWATI
P0.7224118008

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 2021

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "U" G₁P₀₀₀₀ USIA 31 MINGGU
DENGAN MASALAH TFU TIDAK SESUAI USIA KEHAMILAN
DI PUSKESMAS GUNUNG BAHAGIA KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2021

Elfrida Rahmawati

Hasil Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan

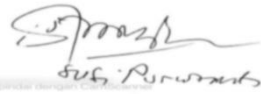
Tim Penguji Poltekkes Kemekes KalTim Jurusan Kebidanan

Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Pada Tanggal, 22 September 2021

Ketua Penguji

Susi Purwanti, S.SiT., MPH
NIP.197110261992032001



Susi Purwanti

Anggota Penguji

Damai Noviasari, M.Keb
NIP.198781102200212202



Damai Noviasari

Anggota Penguji

Novia Nurhassanah, SST
NIP.



Novia Nurhassanah

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan

Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan

Inda Corniawati, M.Keb
NIP. 197508242006422002

Ernani Setyawati, M.Keb
NIP. 198012052002122001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



- Nama : Elfrida Rahmawati
- NIM : P07224118008
- Tempat, Tanggal Lahir : Berau, 2 September 1999
- Agama : Islam
- Alamat : Jl. Durian III Gang Mukti Sari No. 60, RT.029, Kel.
Tanjung Redep, Kec. Tanjung Redep, Kab. Berau, Prov.
Kalimantan Timur
- Riwayat Pendidikan :
1. TK AL IKHSAN, Lulus tahun 2006
 2. SDN 017 BERAU, Lulus tahun 2012
 3. SMPN 9 BERAU, Lulus tahun 2015
 4. SMAN 2 BERAU, Lulus Tahun 2018.
 5. Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III
Kebidanan Balikpapan Tahun 2018 – sekarang

KATA PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim, Alhamdulillah, Puji dan syukur kepada Allah SWT dan Nabi Muhammad SAW. Dengan hanya ridho-Nya saya dapat menjalani pendidikan Diploma III Kebidanan sampai akhir titik ini, saya ucapkan kata persembahan ini untuk orang yang selalu ada dan berkesan dalam menjalani masa pendidikan:

TERUNTUK ORANGTUA DAN KAKAK

Untuk mama terimakasih banyak atas jasanya yang tidak mungkin terbalaskan, mama adalah orang yang penyabar dan jarang marah tetapi kalau marah berarti itu untuk kebaikan aku, mama yang selalu support aku dan kalau aku ada salah mama tidak pernah langsung menyalakan, pokoknya mama sehat terus yaa doain aku bisa lebih sukses lagi, untuk bapak terimakasih karena menjadi laki-laki yang tidak pernah menyakiti anak perempuannya, bapak adalah salah satu alasan utama aku masuk bidan, bapak selalu berusaha membuat aku senang walaupun itu hal yang kecil dan untuk kakak terimakasih banyak karena telah menjadi orang tempat bertukar pikiran selama kuliah ini, selalu nguat, selalu ngomong “kalau mau sukses, harus susah dulu” dan sudah membantu membiayai kuliah aku selama ini. Pokoknya kalian semua sehat terus ya dan selalu dalam lindungan Allah SWT.

TERUNTUK PASIEN NY. U

Saya sangat berterimakasih pada Ny. U karena saya telah diperkenankan mendampingi dari ibu hamil hingga ber KB. Terimakasih juga karena telah kooperatif sekali selama saya dampingin . Ibu selalu berusaha membantu saya dalam penyelesaian tugas akhir saya ini.

TERUNTUK PENGUJI UTAMA

Kepada Ibu Susi Purwanti S.SiT, MPH terimakasih telah menjadi penguji utama LTA saya karena banyak sekali ilmu yang ibu susi berikan terhadap saya, semoga ibu dan keluarga selalu senantiasa diberikan kesehatan oleh Allah SWT

TERUNTUK PEMBIMBING AKADEMIK

Kepada Ibu Ernani Setyawati M.Keb terimakasih ibu telah menjadi orangtua saya selama dikampus,yang memberikan saya arahan untuk menjadi anak yang rajin,yang siap menegur saya dengan lembut jika saya melakukan kesalahan dan menjadi teman curhat saya disaat saya sedang ada masalah. Semoga Allah senantiasa memberikan kesehatan pada ibu sekeluarga.

TERUNTUK PEMBIMBANG LAPANGAN

Kepada Ibu Damai Noviasari M.Keb, terimakasih banyak ibu karena ibu dengan sabar mendampingi saya selama ini,selalu mengajari saya teori dengan lembut sekali,yang tidak pernah marah dengan saya walaupun saya banyak sekali melakukan kesalahan,mohon maaf ibu jika saya banyak kekurangan selama ini. Ssemoga Allah senantiasa memberikan kesehatan pada ibu sekeluarga.

TERUNTUK SAHABAT-SAHABAT

Teruntuk Kristin,tari,zizah dan resty. Terimakasih kalian sudah menemani aku dari jaman maba hingga sekarang,sudah membantu jika ada kesulitan,sudah support disaat ada dititik terbawah dalam kuliah ini,kalian yang tau bagaimana seluk beluk ku. Dan bisa menerima kekuranganku sebagai sahabat kalian. Semoga kita sukses sama-sama ya apapun itu yang terjadi kedepannya dan semoga kalian juga sehat-sehat sekeluarga.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."U" G₁P₀₀₀₀ Usia Kehamilan 31 Minggu dengan masalah TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan Tahun 2021.

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Tahun Akademik 2021.

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 Timur.
2. Inda Corniawati, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ernani Setyawati, M.Keb selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Susi Purwanti, S.SiT., MPH selaku Dosen penguji utama yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
5. Damai Noviasari, M. Keb selaku Dosen pembimbing I yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

6. Novia Nurhassanah, SST selaku Dosen pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Para Dosen dan staff Pendidikan di Poltekkes kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur Prodi D III Kebidanan Balikpapan
8. Ny.U dan Keluarga yang telah bersedia membantu demi kelancaran pembuatan Laporan Tugas Akhir.

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, 2021

Elfrida Rahmawati

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat studi kasus	5
E. Ruang lingkup.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	12
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan	12
1. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan	12
2. Konsep Dasar TFU tidak sesuai usia kehamilan.....	24
3. Konsep Dasar IUGR	27
4. Konsep Dasar Asuhan Persalinan	33
5. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini	56
6. Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir	63
7. Konsep Dasar Asuhan Nifas	67
8. Konsep Dasar Asuhan Neonatus	61
9. Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana	80
10. Nomenklatur Diagnosa Kebidanan	81

BAB III SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS.....	83
A. Rancangan Study Kasus.....	83
B. Etika Penelitian	88
C. Hasil pengkajian dan perencanaan Asuhan Komprehensif.....	89
BAB IV TINJAUAN KASUS.....	106
BAB V PEMBAHASAN.....	130
A. Proses Asuhan Kebidanan.....	130
BAB VI PENUTUP.....	141
A. Kesimpulan.....	141
B. Saran.....	143
DAFTAR PUSTAKA.....	145
DAFTAR LAMPIRAN.....	205

DAFTAR TABEL

2.1 Usia Kehamilan Berdasarkan TFU	15
2.2 Usia Kehamilan Berdasarkan MC Donald.....	16
2.3 Tetanus Toxoid.....	17
2.4 Berat badan selama kehamilan.....	20
2.5 Ketidaknyamanan TM III.....	23
2.6 Skor Poedji Rochjati	27
2.7 Apgar Skor	64
2.8 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum	68
2.9 Nomenklatur Kebidanan.....	82
4.1 Implementasi Kunjungan ANC I.....	109
4.2 Implementasi Kunjungan ANC II	113
4.3 Implementasi Kunjungan PNC I	118
4.4 Implementasi Kunjungan PNC II.....	121
4.5 Implementasi Kunjungan PNC III.....	123
4.6 Implementasi Kunjungan Neonatus I.....	125
4.7 Implementasi Kunjungan Neonatus II.....	127
4.8. Implementasi Kunjungan Neonatus III	129

DAFTAR BAGAN

3.1 Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus.....	87
---	----

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	:Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	:Angka Kematian ibu
ANC	:Antenatal Care
APN	:Alat Persalinan Normal
APD	:Alat Pelindung Diri
APGAR	:Appearance, Pulse,Grimace, Activity, Respiratory
A/S	:Apgar Score
BAB	:Buang Air Besar
BAK	:Buang Air Kecil
BB	:Berat Badan
BBL	:Bayi Baru Lahir
CM	:Compos Mentis
COC	: Continuity Of Care
DEPKES	: Departemen Kesehatan
DINKES	:Dinas Kesehatan
DJJ	:Denyut Jantung Janin
DLL	:Dan Lain-lain
Fe	:Ferum
Gr	:Gram
GPAPAH	:Gravida, Partus,Aterm,Prematur,Abortus,dan Anak Hidup
H	:Hidup

HB	:Hemoglobin
HPHT	:Hari Pertama Haid Terakhir
IM	:Intra Muscular
IMD	:Inisiasi Menyusui Dini
INC	:Intranatal Care
IRT	:Ibu Rumah Tangga
JK	:Jenis Kelamin
Jl	:Jalan
KB	:Keluarga Berencana
Kemenkes	:Kementrian Kesehatan
Kes	:Kesadaran
KIE	:Komunikasi Informasi Edukasi
KU	:Keadaan Umum
LILA	:Lingkar Lengan Atas
LK	:Lingkar Kepala
Lk	:Laki-laki
mmHg	:Milimeter Hydrargyrum
N	:Nadi
Ny.	:Nyonya
PAP	:Pintu Atas Panggul
PB	:Panjang Badan
Penkes	:Pendidikan Kesehatan
PJT	:Pertumbuhan Janin Terhambat
PNC	:Post Natal Care

Permenkes	:Peraturan Menteri Kesehatan
PTT	:Peregangan Tali Pusat Terkendali
Px	: Prosesus Xipoideus
RR	:Respiratory Rate
RS	:Rumah Sakit
S	:Suhu
SMA	:Sekolah Mengengah Atas
SOAP	:Subjek,Objek, Assesmen, Pelaksanaan
Sp.OG	:Spesialis Obstetri Dan Ginekologi
TB	:Tinggi Badan
TBJ	:Tapsiran Berat Badan Janin
TD	:Tekanan Darah
TFU	:Tinggi Fundus Uteri
Tn	:Tuan
TTV	:Tanda-Tanda Vital
UK	:Usia Kehamilan
USG	:Ultrasonografi
WHO	:World Health Organization
WITA	:Waktu Indonesi Tengah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data World Health Organization (WHO), angka kematian ibu di dunia pada tahun 2015 adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu adalah 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Angka kematian ibu di negara berkembang 20 kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian ibu di negara maju yaitu 239 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan di negara maju hanya 12 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2015)

Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) tahun 2018 AKI diseluruh dunia pada tahun 2015 diperkirakan 216/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Neonatal turun 47 % antara tahun 1990-2015, yaitu dari 36/1000 kelahiran hidup menjadi 18,6/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2018). Kematian ibu dan bayi masih banyak terjadi di Negara berkembang sebesar 99%. Di Asia Tenggara AKI tertinggi pada tahun 2015 terdapat di negara Laos yaitu 357/100.000 kelahiran hidup, dan secara keseluruhan AKI di Negara ASEAN yaitu 197/100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015, AKB di Negara ASEAN yaitu 20/1000 kelahiran hidup, dalam hal ini AKI dan AKB telah melampaui target yaitu AKI 72/100.000 kelahiran hidup dan AKB 19/1000 kelahiran hidup (WHO, 2018).

Angka Kematian Ibu (AKI) dalam masa kehamilan menurut World Health Organization (WHO) tahun 2017, persalinan dan nifas sebesar 210 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup. 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 di Kalimantan Timur mengalami peningkatan, tahun 2016 AKI sebesar 95 kasus kematian per 100.000 kelahiran hidup dan tahun 2017 meningkat menjadi 110 kasus kematian per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2018). Angka kematian ibu di Balikpapan tahun 2016 dilaporkan 9 kasus atau 72 per 100.000 KH, lalu meningkat menjadi 10 kasus atau 78 per 100.000 KH tahun 2017. Sementara itu AKB di Balikpapan mengalami penurunan, pada tahun 2016 terdapat 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). Salah satu indikator bayi sehat adalah berat lahir yang normal. Pada kehamilan presentasi bokong, penentuan TBJ merupakan hal yang penting dilakukan untuk menentukan metode persalinan. Pemeriksaan USG merupakan metode yang selama ini digunakan dan menjadi pedoman untuk memperkirakan berat janin pada kehamilan presentasi bokong. Pengukuran TFU dilakukan secara rutin dengan tujuan mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Indikator pertumbuhan berat janin intra uterine, tinggi fundus uteri dapat juga mendeteksi secara dini terhadap terjadinya molahidatidosa (kehamilan mola/kehamilan anggur), janin ganda atau

hidramnion dimana ketiganya dapat mempengaruhi terjadinya kematian maternal (Mufdlilah, 2011).

Pertumbuhan janin terhambat (PJT) adalah suatu keadaan yang dialami oleh janin yang mempunyai berat badan di bawah batasan tertentu dari umur kehamilannya (Lausman et al., 2012). Pertumbuhan janin dalam kandungan merupakan hasil interaksi antara potensi genetik dari ayah maupun ibu dan lingkungan intrauterine (Soetjaningsih, 2014).

Penyebab kematian perinatal cenderung meningkat sepertiga dari seluruh kasus bayi dengan berat badan lahir < 2500 gram mengalami PJT, dimana hampir 4–8% bayi yang lahir ini berasal dari negara berkembang dan 6–30% bayi yang lahir dikategorikan dengan PJT. PJT merupakan 10% komplikasi dari seluruh kehamilan dimana hal ini berhubungan dengan angka kematian perinatal yaitu 6 sampai 10 kali lebih tinggi dibanding bayi dengan pertumbuhan yang normal dan merupakan penyebab kedua terpenting kematian perinatal setelah persalinan prematuritas (Cunningham et al., 2014).

Penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. U selama masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada “Ny.U G₁P₀₀₀₀ Hamil 31 Minggu di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan Tahun 2021”.

Berdasarkan Asuhan kebidanan *ante natal care* pada Ny. U telah dilaksanakan 1 kali kunjungan ditemukan bahwa ibu dan Anak batasan normal dimulai sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi dalam

laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.”U”
G_{1p0000} Usia Kehamilan 31 minggu Di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung bahagia
Kota Balikpapan Tahun 2021”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah
“Bagaimana asuhan kebidanan yang komprehensif pada “Ny.U” selama masa
kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi
dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.U G_{1p0000} Usia kehamilan
31 minggu di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan Tahun
2021”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada saat hamil, bersalin, bayi baru
lahir, nifas, neonatus sampai dengan pemilihan alat kontrasepsi pada Ny.U

2. Tujuan khusus

- a. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil Ny.U 31
minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan dengan pendekatan
manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- b. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin Ny.U 31
minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan dengan pendekatan
manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir Ny.U 31
minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan dengan pendekatan
manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

- d. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas Ny.U 31 minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus Ny.U 31 minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.U 31 minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan dalam pemilihan alat kontrasepsi dengan pendekatan manajemen 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 dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam pemberian asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, profesional dan mandiri.

- b. Bagi peneliti

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

c. Bagi klien

Dapat meningkatkan pengetahuan dan pelayanan secara komprehensif mulai dari masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, sampai pemilihan alat kontrasepsi sesuai standar pelayanan kebidanan.

2. Manfaat teoritis

Hasil asuhan yang telah dilakukan mulai dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pemilihan alat 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. U usia 27 tahun G1P0000 Usia Kehamilan 31 Minggu dengan masalah TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan yang bertempat tinggal di Pipit III RT. 11 No. 4 Kecamatan Balikpapan Selatan. Pelaksanaan asuhan pada bulan Maret 2021 sampai dengan Juni 2021 yang komprehensif meliputi pengawasan pada masa hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, serta keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada pasien (Vaney, 2011).

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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

b. Langkah II : Interpretasi data

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

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

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

c. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

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

d. Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

e. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

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

f. Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosa, maupun kebutuhan perawatan kesehatan yang didapatkan dari hasil pengkajian, hasil pemeriksaan, hasil anamnesa dan melakukan penatalaksanaan yang telah direncanakan sebelumnya.

2. Konsep *Continuity of Care* (COC)

Asuhan *Continuity Of Care* (COC) merupakan asuhan secara berkesinambungan dari hamil sampai dengan Keluarga Berencana (KB) sebagai upaya penurunan AKI dan AKB. Kematian ibu dan bayi merupakan ukuran terpenting dalam menilai indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di Indonesia, namun pada kenyataannya ada juga persalinan yang mengalami komplikasi sehingga mengakibatkan kematian ibu dan bayi (Maryuani,2011).

Tujuan dari asuhan ini memberikan asuhan yang berkelanjutan, bidan dapat memantau kondisi ibu dan bayi sehingga mencegah terjadi komplikasi yang tidak segera ditangani. Pemantauan tersebut secara intensif sangatlah diperlukan untuk mendeteksi secara dini apabila terdapat penyulit atau kelainan dengan tujuan menyiapkan wanita hamil secara komprehensif baik fisik maupun mental serta menyelamatkan ibu dan bayi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas sehingga tidak terjadi penyulit dan komplikasi (Maryuani,2011).

3. Konsep SOAP

Menurut Varney (2011) alur berpikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

S: menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I Varney.

O: menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.

A: menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis/masalah potensial, dan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi dan/atau rujukan sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney.

P: menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan assessment sebagai langkah V, VI, dan VII Varney.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

a. Pengertian kehamilan TM III

Kehamilan trimester III merupakan kehamilan dengan usia 28-40 minggu dimana merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian (Vivian, 2011).

b. Perubahan fisik pada masa kehamilan Trimester III:

- 1) Minggu ke-28/bulan ke-7 Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.
- 2) Minggu ke-32/ bulan ke-8 Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.
- 3) Minggu ke-38/ bulan ke-9 Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (lightening). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5- 0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan. Vivian (2011).

c. Perubahan Psikologis Trimester III Sulistyawati (2013) :

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu

- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif) & Libido menurun.

d. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III (Romauli, 2011) :

- 1) Oksigen
- 2) Nutrisi dalam kehamilan
- 3) Personal Hygiene
- 4) Pakaian selama kehamilan
- 5) Eliminasi (BAB/BAK)
- 6) Seksual
- 7) Mobilisasi dan Body Mekanik
- 8) *Exercise/ Senam Hamil*
- 9) Istirahat / tidur

e. Memantau Kesejahteraan Janin

Pemantauan kesejahteraan janin dilakukan selama 12 jam, normalnya pergerakan janin dalam 12 jam adalah 10 kali.

f. *Ante Natal Care* (ANC)

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan yang dilakukan pada ibu hamil sejak awal kehamilan sampai akhir kehamilan dengan menerapkan standar pelayanan kebidanan (SPK) yang meliputi anamnesis,

pemeriksaan dari ujung kepala sampai ujung kaki, pemeriksaan darah dan urin atau pemeriksaan laboratorium lainnya sesuai dengan gejala, penatalaksanaan umum maupun secara khusus bila menemukan risiko dalam pemeriksaan (Depkes RI, 2011).

1) Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan sedini mungkin, segera setelah seorang wanita merasa dirinya hamil. Kebijakan pemerintah untuk pemeriksaan kehamilan mengenai jadwal pemeriksaan ibu hamil mendapatkan pelayanan *ante natal care* minimal 4 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam yaitu, trimester I satu kali (sebelum usia 14 minggu), trimester II satu kali (usia kehamilan antara 14-28 minggu), trimester III dua kali (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu). Standar pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin terhadap perlindungan ibu hamil dan janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2013).

2) Menentukan Usia Kehamilan

Metode kalender adalah metode yang sering kali digunakan oleh tenaga kesehatan dilapangan perhitungannya sesuai rumus yang direkomendasikan oleh *Neagle* yaitu dihitung dari tanggal pertama haid terakhir ditambah 7 bulan ditambah 9 atau dikurang 3, tahun ditambah 1 atau 0 (Kusmiyati, 2011).

3) Tinggi Fundus Uteri

Tinggi fundus sulit untuk diinterpretasikan pengukurannya dapat dipengaruhi oleh berat badan pasien, polihidramnion, gemeli dan besar janin. Pengukuran tinggi uterus diatas simfisis mencerminkan kemajuan pertumbuhan janin dan menghasilkan taksiran kasar tentang durasi kehamilan biasanya teraba pada saat usia kehamilan 12-14 minggu (Manuaba, 2011).

Tabel 2.1
Usia Kehamilan Berdasarkan TFU

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
3 jari diatas symphisis	12 minggu
Pertengahan pusat symphisi	16 minggu
3 jari di bawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
3 jari diatas pusat	28 minggu
1/2 prosesus-xifoideus pusat	32 minggu
3 jari di bawah prosesus-xifoideus	36 minggu
Setinggi prosesus-xifoideus	40 minggu

Sumber: *Sulistywati (2012)*

4) Rumus Mc Donald

Menggunakan tinggi fundus untuk menentukan durasi suatu kehamilan dalam bulan atau minggu. Tinggi fundus uteri dalam cm, yang normal harus sesuai dengan usia kehamilan, jika kurang hanya 2 cm masih dapat ditoleransi tetapi jika lebih kecil dari 2 cm maka ada gangguan pertumbuhan janin, dan jika lebih besar dari 2 cm kemungkinan dapat terjadi bayi besar (Manuaba, 2011).

Tabel 2.2
Usia Kehamilan Berdasarkan Mc Donald

TFU	Umur Kehamilan
24 – 25 cm diatas symphysis	22 – 28 minggu
26.7 cm diatas simp	28 minggu
29.5 – 30 cm diatas simp	30 minggu
29.5 – 30 cm diatas simp	32 minggu
31 cm diatas simp	34 minggu
32 cm diatas simp	36 minggu
33 cm diatas simp	38 minggu
37,7 cm diatas simp	40 minggu

Sumber : Sari, Anggrita (2015)

5) Rumus Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Rumus TBJ yang umum digunakan hingga saat ini adalah Rumus *Johnson-Toshack* yaitu BB (Berat Badan Bayi) = $(TFU - N) \times 155$. BB dalam satuan gram dan nilai N sebesar 11, 12, 13 disesuaikan dengan penurunan kepala bayi (Puspita, Arifiandi, & Wardani, 2019)

Keterangan :

$N = 13$ bila kepala belum melewati PAP

$N = 12$ bila kepala berada di atas spina ischiadika

$N = 11$ bila kepala berada di bawah spina ischiadika (Santjaka, & Handayani, 2011)

6) Asuhan Antenatal standar 14T (Manuaba, 2011):

- a) Pengukuran tinggi badan yang diperiksa cukup satu kali selama ibu memeriksakan kehamilan, serta penimbangan berat badan setaip kali periksa.

- b) Pengukuran tekanan darah ibu untuk menilai apakah ibu mempunyai faktor resiko hipertensi dalam kehamilan sehingga berujung pada *preeklamsia*.
- c) Pengukuran LILA (Lingkar Lengan Atas), bagi ibu yang mempunyai ukuran LILA < 23,5 maka ibu mengalami KEK (Kurang Energi Kronik) dan beresiko melahirkan anak BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah).
- d) Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) untuk mengetahui tafsiran berat janin serta apakah ukurannya sesuai dengan usia kehamilan ibu saat kunjungan pemeriksaan.
- e) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan minimal 90 tablet selama kehamilan. Dengan dosis 60 mg per hari.
- f) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi TT (Tetanus Toxoid) bila diperlukan (T6) Pada ibu hamil diberikan imunisasi TT sebanyak 2 kali selama kehamilan dengan interval waktu 4 minggu. Imunisasi ini dianjurkan pada setiap ibu hamil, karena diharapkan dapat menurunkan angka kematian bayi akibat tetanus neonaturum. Imunisasi ini diberikan dengan dosis 0,5 cc/IM dalam satu kali penyuntikan.

Tabel 2.3
Interval dan Lama Perlindungan *Tetanus Toxoid*

Antigen	Interval (Selang Waktu)	Lama Perlindungan	Dosis
TT1	-	-	0,5cc
TT2	4 minggu setelah TT1	3 Tahun	0,5 cc
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun	0,5cc
TT4	1 tahun setelah TT3	10 Tahun	0,5cc
TT5	1 tahun setelah TT4	≥25 Tahun	0,5cc

Sumber : Kusmiyati(2011)

- g) Pemeriksaan *Haemoglobin* sangat dibutuhkan untuk ibu hamil karena bermanfaat untuk mengetahui kemungkinan adanya anemia pada ibu hamil. Normal Hb untuk ibu hamil adalah > 11 gr%.
- h) Pemeriksaan VDRL dapat digunakan untuk memeriksakan kemungkinan adanya penyakit menular seksual pada ibu hamil seperti sifilis
- i) Perawatan payudara diperlukan untuk ibu hamil guna mempersiapkan payudara untuk menyusui terutama pada ibu yang mempunyai payudara rata dan datar.
- j) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.
- k) Pemeliharaan tingkat kebugaran atau Senam ibu hamil, Senam hamil dapat dimulai pada usia kehamilan diatas 22 minggu. Senam pada ibu hamil sangat berguna untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik ibu hamil, memperlancar peredaran darah, mengurangi keluhan kram atau pegal-pegal dan mempersiapkan pernafasan, aktivitas otot dan panggul untuk menghadapi proses persalinan.
- l) Pemeriksaan protein urin berguna untuk mengetahui adanya penyakit pre-eklampsia pada ibu hamil.
- m) Pemeriksaan reduksi urin berguna untuk mengetahui adanya kadar glukosa pada urin ibu hamil, apabila hasil pemeriksaan reduksi urin pada ibu hamil positif maka kemungkinan besar ibu mengalami *diabetes gestasional*.
- n) Pemberian terapi konsul yodium untuk daerah endemis gondok.
- o) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis.

g. Indeks Masa Tubuh (IMT)

Indeks Massa Tubuh (*Body Mass Index*) merupakan suatu pengukuran yang menghubungkan (membandingkan) berat badan dengan tinggi badan. Walaupun dinamakan “indeks”, IMT sebenarnya adalah rasio atau nisbah yang dinyatakan sebagai berat badan (dalam kilogram) dibagi dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter).

Rumus penghitungan *Body Mass Index* (BMI) atau Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah $BMI = Weight / (Height)^2$ Keterangan :

BMI (*Body mass index*) : Indeks Massa Tubuh (kg.m⁻²)

Weight : Berat badan (kg)

Height : Tinggi badan (m)

Kenaikan berat badan tergantung dari berat badan sebelum kehamilan karena penting dari segi kesehatan bagi ibu dan bayi. Apabila mempunyai berat badan yang berlebihan sebelum kehamilan, maka pertambahan yang dianjurkan harus lebih kecil dari ibu dengan berat badan ideal, yaitu antara 12,5 - 17,5 kg. Demikian pula sebaliknya, pada wanita yang berat badannya sebelum hamil kurang, maka ketika hamil perlu menambah berat badan yaitu sebanyak 14 - 20 kg dari berat ibu hamil yang sebelum hamil memiliki berat badan normal.

Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut:

- 1) Kenaikan berat badan trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- 2) Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada ibu.

- 3) Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg

Tabel 2.4
Peningkatan berat badan selama kehamilan

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

Sumber: *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*(Sukarni, 2013)

h. 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, 2013)

Pada Kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Asrinah, 2012).

2) Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, danseringkali merupakan ketidak nyamanan 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-eklampsia.

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 Pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluaranya 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 persalinan. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tandatanda 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 plasenta.

8) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya, yaitu pada saat inpartu/proses terjadi persalihan. Batasan usia kehamilan: pada trimester III, pada kehamilan preterm maupun aterm. Sedangkan menurut gravidanya: batasan pada primigravida apabila pembukaan kurang dari 3 cm, dan pada multigravida apabila kurang dari 5 cm (Saryono, 2011).

i. Ketidaknyamanan pada TM 3

Berikut ketidaknyamanan pada TM 3 dan cara mengatasinya menurut (Hutahaean, 2013)

Tabel 2.5
Ketidaknyamanan TM 3 dan cara mengatasi

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering BAK	<ul style="list-style-type: none"> Ibu hamil di sarankan untuk tidak minum 2-3 jam sebelum tidur. Kosongkan kandung kemih saat sebelum tidur. Agar kebutuhan cairan pada ibu tetap terpenuhi, sebaiknya lebih banyak minum pada siang hari.
2.	Pegal – pegal	<ul style="list-style-type: none"> Sempatkan untuk berolahraga. Senam hamil Mengonsumsi susu atau makanan yang kaya kalsium. 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>knewchess</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 dengan cara mengurut. 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"> Meningkatkan istirahat dan berbaring dengan posisi miring ke kiri. Meninggikan kaki bila duduk. Meningkatkan asupan protein. Menganjurkan untuk minum 6-8 gelas/hari untuk membantu diuresis natural. Menganjurkan ibu untuk berolahraga ringan.

Sumber :Perawatan Ante Natal Care (Hutahaean, 2013)

- j. Persiapan Persalinan Ibu TM 3
 - a) Umur
 - b) Pendidikan
 - c) Pekerjaan
 - d) Pendapatan (Ekonomi)
 - e) Dukungan Suami
 - f) Dukungan keluarga dan teman
 - g) Dukungan tenaga kesehatan
 - h) Standar Imunisasi TT Pada Kehamilan

2. Dasar Teori TFU tidak sesuai usia kehamilan

a. Definisi

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 gemeli, hidramnion atau molahidatidosa (Depkes, 2016).

b. Tujuan

Untuk mengetahui pertumbuhan janin dengan menilai besarnya tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, atau penilaian terhadap janin yang tumbuh terlalu besar sehingga tinggi fundus uteri yang terlalu besar seperti pada kehamilan ganda (Depkes, 2016).

c. Faktor faktor yang mempengaruhi

Pada umumnya 75% adalah Pertumbuhan Janin Terhambat atau, IUGR (Intra uterine Growth Retardation), BBLR (berat badan bayi lahir rendah) , dan Tidak berkembang nya janin dalam kandungan, dalam artian bayi baru lahir berukuran lebih kecil dengan usia kehamilannya, 15-25% terjadi karena insufisiensi uteroplacenta, 5-10% terjadi karena infeksi selama kehamilan atau kecacatan bawaan.

d. Asuhan pada ibu hamil dengan TFU tidak sesuai Usia Kehamilan

- 1) Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran.
- 2) Kita mengenali terlebih dahulu faktor apa yang mengakibatkan Pertumbuhan Janin Terhambat jika karena rendahnya asupan nutrisi, anjurkan ibu untuk tirah baring dengan posisi miring ke kiri, perbaiki nutrisi dengan menambah 300 kal perhari dan meminum susu dan atau suplemen

e. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risikoibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegahterjadi 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 professional.

Fungsi dari KSPR adalah:

- 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)

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.

Tabel 2.6
Skor Poedji Rochjati

I	II	III	IV				
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKO R	Triwulan			
				I	II	III .1	III .2
		Skor Awal Ibu Hamil	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				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a. Tarikan tang/vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/transfuse	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 / tungkaidan 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					

3. Dasar Teori IUGR

a. Definisi

Pertumbuhan Janin Terhambat atau Intra Uterine Growth Restriction adalah suatu keadaan dimana terjadi gangguan nutrisi dan pertumbuhan janin yang mengakibatkan berat badan lahir dibawah batasan tertentu dari usia kehamilannya.

Definisi yang sering dipakai adalah bayi-bayi yang mempunyai berat badan dibawah 10 persentil dari kurva berat badan bayi yang normal). Dalam 5 tahun terakhir, istilah Retardation pada Intra Uterine Growth Retardation (IUGR) telah berubah menjadi Restriction oleh karena Retardasi lebih ditekankan untuk mental.

Menurut Gordon, JO (2011) pertumbuhan janin terhambat-PJT (Intrauterine Growth Retardation) diartikan sebagai suatu kondisi dimana janin berukuran lebih kecil dari standar ukuran biometri normal pada usia kehamilan. Kadang pula istilah PJT sering diartikan sebagai kecil untuk masa kehamilan-KMK (small for gestational age). Umumnya janin dengan PJT memiliki taksiran berat dibawah persentil ke-10. Artinya janin memiliki berat kurang dari 90 % dari keseluruhan janin dalam usia kehamilan yang sama. Janin dengan PJT pada umumnya akan lahir prematur (<37 minggu) atau dapat pula lahir cukup bulan (aterm, >37 minggu).

IUGR adalah ketidaknormalan pertumbuhan dan perkembangan dari fetus, yang mana terjadi 3-7% dari persalinan, tergantung pada criteria diagnose yang dipergunakan. Pertumbuhan fetus yang terhambat beresiko tinggi untuk terjadinya kesakitan dan kematian. Diperkirakan kematian perinatal 5-10 lebih tinggi pada neonatus yang mengalami pertumbuhan terhambat dibandingkan dengan yang memiliki ukuran atau berat badan yang sesuai dengan usia kehamilan.

b. Klarifikasi

Klasifikasi pertumbuhan janin terhambat (Karkata dan Kristanto, 2012):

1) Pertumbuhan janin terhambat simetris:

Jika ukuran badan janin secara proporsional kecil, gangguan pertumbuhan janin terjadi sebelum umur kehamilan 20 minggu, sering disebabkan oleh kelainan khromosom atau infeksi.

2) Pertumbuhan janin terhambat asimetris:

Jika ukuran badan janin tidak proporsional, gangguan pertumbuhan janin terjadi pada kehamilan trimester III. Keadaan ini sering disebabkan oleh isufisiensi plasenta. Jika faktor yang menghambat pertumbuhan terjadi pada awal kehamilan, saat hiperplasi (biasanya karena kelainan kromosom dan infeksi), akan menyebabkan PJT yang simetris. Jumlah sel berkurang dan secara permanen akan menghambat pertumbuhan janin dan prognosinya jelek. Penampilan klinisnya proporsinya tampak normal karena berat dan panjangnya sama-sama terganggu, sehingga ponderal indeksnya normal.

Data yang diperoleh dari Depkes RI pada tahun 2012 menunjukkan 75% adalah Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) atau IUGR (Intra Uterine Growth Reterdationi), BBLR (Berat Badan lahir Rendah), dan tidak berkembangnya janin dalam kandungan, dalam artian bayi baru lahir berukuran lebih kecil dengan usia kehamilannya, 15-25% terjadi karena infusiensi uteroplasenta dan 5-10% terjadi karena infeksi selama kehamilan atau kecacatan bawaan.

c. Faktor Resiko dan Etiologi

Untuk membedakan adanya IUGR dengan berat bayi lahir rendah, diperlukan pengamatan yang seksama mengenai faktor risiko. Skrining terhadap

IUGR berdasarkan faktor risiko klinis telah secara rutin diterapkan oleh para ahli (Lausman et al., 2012).

Faktor risiko pertumbuhan janin terhambat tersebut antara lain (Karkata dan Kristanto, 2012) :

- 1) Lingkungan sosio-ekonomi rendah
- 2) Riwayat IUGR dalam keluarga
- 3) Riwayat obstetri yang buruk
- 4) Berat badan sebelum hamil dan selama kehamilan yang rendah
- 5) Komplikasi obstetri dalam kehamilan
- 6) Komplikasi medik dalam kehamilan

Meskipun sekitar 50% pertumbuhan janin terhambat belum diketahui penyebabnya, ada beberapa faktor yang diketahui dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat.

d. Patofisiologis IUGR

PJT atau IUGR disebabkan oleh insufisiensi plasenta, meskipun beberapa kondisi seperti kelainan kongenital, infeksi, penyalahgunaan obat dan bahan kimiawi juga dapat menyebabkan kondisi tersebut (Figueras dan Gardosi, 2011). Insufisiensi plasenta sering dihubungkan dengan adanya suatu kondisi dimana terjadi gangguan toleransi sistem imun maternal pada materno-feto interface yang berakibat pada gangguan invasi trofoblas ke desidua pada saat proses plasentasi sehingga terjadi gangguan invasi plasenta yang akan menyebabkan perfusi uteroplasenta yang buruk. Invansi trofoblas yang tidak adekuat akan menyebabkan terjadinya komplikasi-komplikasi kehamilan seperti preeklampsia, PJT, Abortus berulang, solutio plasenta sedangkan proses invasi

yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya plasenta akreta, perkreta, inkreta, penyakit trofoblas gestasional, choriocarcinoma (Eastabrook, 2011).

Dan IUGR juga bisa disebabkan oleh Wiknjosastro (2012):

1) Pada kondisi awal kehamilan pertumbuhan embrio dan trofoblas dipengaruhi oleh makanan. Studi pada binatang menunjukkan bahwa kondisi kekurangan nutrisi sebelum implantasi bisa menghambat pertumbuhan dan perkembangan. Kekurangan nutrisi pada awal kehamilan dapat mengakibatkan janin berat lahir rendah yang simetris. Hal sebaiknya terjadi kondisi percepatan pertumbuhan pada kondisi hiperglikemia pada kehamilan lanjut.

2) Kondisi kekurangan nutrisi pada pertengahan kehamilan.

Defisiensi makanan mempengaruhi pertumbuhan janin dan plasenta, tapi bisa juga mempengaruhi pertumbuhan plasenta sebagai kompensasi. Didapat ukuran plasenta yang luas.

3) Kondisi kekurangan nutrisi pada akhir kehamilan.

Terjadi pertumbuhan janin yang lambat yang mempengaruhi interaksi antara janin dengan plasenta. Efek kekurangan makan tergantung pada lamanya kekurangan. Pada kondisi akut terjadi perlambatan pertumbuhan dan kembali meningkat jika nutrisi yang diberikan membaik. Pada kondisi kronis mungkin telah terjadi proses perlambatan pertumbuhan yang irreversible.

e. Penegakan Diagnosis

Kecurigaan adanya suatu IUGR jika didapatkan satu atau lebih dari beberapa tanda berikut, yaitu: Tinggi fundus uteri (TFU) lebih dari atau sama dengan 3 cm lebih dibawah normal, penambahan berat badan kurang dari 5 kg pada usia kehamilan (UK) 24 minggu atau kurang dari 8 kg pada usia kehamilan 32 minggu (untuk ibu dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) < 30), estimasi berat badan < 10 persentil, dari pemeriksaan USG HC/AC > 1 AFI kurang dari atau sama dengan 5 cm, sebelum UK 34 minggu plasenta grade 3 dan ibu merasa gerakan janin berkurang (Figueras dan Gardosi, 2011). Diagnosis baru dapat ditegakkan bila usia kehamilan telah mencapai 28 minggu ke atas. Pertumbuhan janin dinyatakan terhambat bila secara klinis dan ultrasonografi (USG) didapatkan taksiran berat sama atau kurang dari 10 persentil (Ada yang menggunakan titik potong 5 persentil, ada pula yang menggunakan 2 SD /kira-kira 3 persentil) dan lingkaran perut (AC) yang sama atau kurang dari 5 persentil atau FL/AC > 24 atau biometri tidak berkembang setelah 2 minggu (Karkata dan Kristanto, 2012).

f. Komplikasi

1) Janin

- Antenatal : gagal nafas dan kematian janin
- Intranatal : hipoksia dan asidosis
- Setelah lahir

a) Secara Langsung :

Asfiksia, hipoglikemi, hipotermi, perdarahan paru, gangguan gastroinstenstinal, Sindroma Aspirasi Meconium (SAM) adalah

kumpulan gejala yang diakibatkan oleh terhisapnya mekonium ke dalam saluran pernafasan bayi. SAM seringkali dihubungkan dengan suatu keadaan yang kita sebut fetal distress, Disebarluaskan pembekuan intravascular (DIC), juga dikenal sebagai konsumtif coagulopathy, adalah patologi aktivasi pembekuan (darah), mekanisme yang terjadi dalam respon terhadap berbagai penyakit.

b) Tidak langsung

Pada simetris IUGR keterlambatan perkembangan dimulai dari lambat dari sejak kelahiran, sedangkan asimetris IUGR dimulai sejak bayi lahir di mana terdapat kegagalan neurologi dan intelektualitas. Tapi prognosis terburuk ialah IUGR yang disebabkan oleh infeksi kongenital dan kelainan kromosom.

c) Ibu : Mengalami preeklampsi, penyakit jantung, dan malnutrisi.

g. Penatalaksanaan IUGR

- 1) Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran.
- 2) Kita mengenali terlebih faktor apa yang mengakibatkan IUGR
- 3) Jika karena rendahnya asupan nutrisi, anjurkan ibu untuk tirah baring dengan posisi miring ke kiri. Perbaiki nutrisi dengan menambah 300 kal perhari dan meminum susu dan suplemen.

4. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Persalinan Normal

Menurut Sumarah (2011) persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Proses persalinan bisa jadi momok yang menakutkan bagi ibu hamil, sehingga jangan sampai proses tersebut

diperburuk oleh kurangnya pemahaman mengenai tanda awal persalinan. Mengetahui tanda-tanda awal persalinan merupakan modal penting yang perlu dimiliki oleh setiap ibu hamil. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi adanya komplikasi yang beresiko pada saat persalinan nanti, sehingga akan tercipta persalinan normal, aman bagi ibu dan bayinya (Abdilla, 2011).

Tanda-tanda Persalinan menurut (Mochtar, 2013) sebagai berikut:

1) Tanda pendahuluan:

- a) Ligtening atau setting atau dropping, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut “false labor pains”.
- e) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (bloody show).

2) Tanda Pasti Persalinan meliputi:

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- b) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
- d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

Menurut Rukiyah (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu faktor power, faktor passenger, faktor passage, faktor psyche dan penolong yaitu :

- (1) Faktor Power (Kekuatan) Power adalah kekuatan janin yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna (Oxorn, 2011)
- (2) Faktor Passanger (Bayi) Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin (Rohani, 2011)
- (3) Faktor Passage (Jalan Lahir) Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:
 - a) Bagian keras : tulang-tulang panggul (rangka panggul).
 - b) Bagian lunak : otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligamentligament (Asrinah, 2011)
- (4) Faktor psyche (Psikis) Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu.
- (5) Penolong (Bidan) Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam

menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar. Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang merah asuhan persalinan normal (Saifuddin, 2011).

3) Persiapan Asuhan Persalinan :

a) 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.

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

c) 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** dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi :

- 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.
- 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.
- 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.
- S (Surat)** : Berikan 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.

- O (Obat)** : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama di perjalanan.
- 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.
- 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 di fasilitas rujukan.
- D (Donor Darah)** : Siapkan dari keluarga untuk menjadi pendonor atau menyiapkan darah yang sama dengan ibu.
- O (Doa)** : Keluarga berdoa untuk kondisi ibu dan/atau bayi baru lahir serta perjalanan menuju ke fasilitas rujukan lancar.

Tahap Persalinan Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

1. Kala I

Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari Fase Laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4cm, kontraksi mulai

teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules; Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm, fase pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi lamanya 2 jam dengan pembukaan 3 menjadi 4 cm, fase dilatasi 9 maksimal lamanya 2 jam dengan pembukaan 4 menjadi 9 cm, fase deselerasi lamanya 2 jam pembukaan dari 9 sampai pembukaan lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam dengan pembukaan 1 cm per jam, pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu : ketuban pecah dini, tali pusat menumbung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri. (Rukiyah, 2011).

2. Kala II

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap tampak bagian kepala janin melalui pembukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perinium terlihat menonjol, vulva dan springter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. (Asrinah, 2011) Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Pada kala

pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada rectum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perinium membuka, perinium 10 meregang. Dengan adanya his ibu dan dipimpin untuk mencedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin. (Rukiyah, 2011) Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu : eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menubung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, ruptur uteri, distocia karena kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, tanda-tanda lilitan tali pusat. (Rukiyah, 2011).

3. Kala III

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta : terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau menjulur keluar melalui vagina atau vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30 menit. (Asrinah, 2011) Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah

perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali 11 pusat. (Rukiyah, 2011)

4. Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir, sisa plasenta. (Sondakh, 2013)

- 4) Asuhan Persalinan Normal
 1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II.
 2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam partus set.
 3. Memakai celemek plastik.
 4. Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.
 5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk periksa dalam.
 6. Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan dan letakkan kembali kedalam partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan ½ kocher pada partus set.
 7. Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan vulva ke perineum (bila daerah perineum

dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran).

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

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

bayi, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu bayi bagian anterior saat badan dan lengan lahir.

24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah bayi untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut bayi).
25. Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke penolong. Nilai bayi, kemudian letakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan).
26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat.
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama.
28. Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat diantara 2 klem.
29. Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala.
30. Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki.
31. Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal.
32. Memberitahu ibu akan disuntik.

33. Menyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular pada bagian 1/3 atas luar paha kanan setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah.
34. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kassa dengan jarak 5-10 cm dari vulva.
36. Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso cranial. Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
37. Jika dengan peregangan tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
38. Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan massase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian

palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

40. Sambil tangan kiri melakukan massase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan dalam kantong plastic yang tersedia.
41. Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menyebabkan perdarahan aktif. Bila ada lakukan penjahitan.
42. Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik.
43. Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah didalam larutan klorin 0,5% kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya.
44. Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati.
45. Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya.
46. Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%.
47. Membungkus kembali bayi.
48. Berikan bayi pada ibu untuk disusui.
49. Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu.

50. Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan massase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik.
 51. Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi.
 52. Memeriksa nadi ibu.
 53. Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%.
 54. Membuang barang-barang yang terkontaminasi ke tempat sampah yang di sediakan.
 55. Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah dan menggantikan pakainnya dengan pakaian yang kering/bersih.
 56. Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
 57. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
 58. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
 59. Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.
 60. Melengkapi partograf.
- 5) Partograf

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, dkk, 2011).

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 (Sumarah, dkk, 2011).

Patograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan periksa dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama.

Bagian-bagian dari partograf yaitu kemajuan persalinan yaitu Pembukaan serviks, turunnya bagian terendah dan kepala janin, Kontraksi uterus. Kondisi janin yaitu denyut jantung janin, warna dan volume air ketuban, *moulase* kepala janin. Kondisi Ibu yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu badan, volume urine, obat dan cairan (Sumarah, dkk, 2011).

b. Persalinan dengan Sectio Caesarea

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram Sukarni, dkk (2014).

c. Indikasi Sectio caesarea

1) Faktor Ibu

a) Plasenta Previa

Plasenta previa totalis merupakan indikasi mutlak untuk sectio caesarea tanpa menghiraukan faktor–faktor lainnya. Plasenta previa parsialis pada primigravida sangat cenderung untuk sectio caesarea. Perdarahan banyak dan berulang merupakan indikasi mutlak untuk sectio caesarea karena perdarahan itu biasanya disebabkan oleh plasenta previa yang lebih tinggi derajatnya.

b) Panggul Sempit

Pada panggul sempit tidak ada gunanya melakukan versi luar karena meskipun menjadi presentasi kepala, akhirnya perlu dilakukan sectio caesarea. Batas terendah untuk melahirkan janin vias naturalis adalah dengan conjugatafera 8 cm. Panggul dengan conjugatafera 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin dengan normal dan harus diselesaikan dengan sectio caesarea.

c) Disproporsi Sefalopelvik

Disproporsi fetopelvik mencakup panggul sempit (contracted pelvis) fetus yang tumbuhnya terlampau besar atau adanya ketidak seimbangan relatif antara ukuran bayi dan ukuran pelvis yang ikut menimbulkan masalah disproporsi adalah bentuk pelvis, presentasi fetus panggul,

kemampuan berdilatasi pada serviks, dan efektifan kontraksi uterus.

d) Partus Lama

Persalinan yang berlangsung lebih lama dari 24 jam di golongkan sebagai persalinan lama menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak dapat menyebabkan atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, gawat janin dan kematian perinatal maka dari itu perlu segera dilakukan sectio caesarea untuk penanganannya.

e) Preeklampsia

Pada preeklamsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam sejak gejala eklamsia timbul. Preeklamsia dapat mengancam janin atau persalinan tidak dapat terjadi dengan bahaya hipoksia dan pada persalinan bahaya ini semakin besar. Pada gawat janin dalam kala I diperlukan tindakan sectio caesarea segera.

f) Pernah Sectio caesarea Sebelumnya

Pada wanita yang pernah mengalami sectio caesarea sebelumnya biasanya kembali mengalami hal yang sama pada kehamilan dan persalinan berikutnya, hal ini disebabkan karena mengingat adanya bahaya ruptur uteri karena sectio caesarea sebelumnya. Namun wanita yang pernah mengalami sectio caesarea sebelumnya dapat di perbolehkan untuk

bersalin normal kecuali jika sebab sectio caesarea sebelumnya adalah mutlak karena adanya kesempitan panggul.

2) Faktor Janin

a) Gawat Janin

Tindakan operasi dilakukan pada kasus gawat janin dalam rahim, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, kematian janin dalam rahim, tali pusat janin menumbung pada kehamilan dan persalinan kala I yang dapat menyebabkan gawat janin harus segera dilakukan sectio caesarea.

b) Malpresentasi Janin

(1) Letak Lintang

Bila ada kesempitan panggul maka sectio caesarea adalah cara terbaik dalam segala letak lintang dengan janin hidup dan besar biasa. Semua primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan sectio caesarea walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit. Pada multipara dengan letak lintang dapat lebih dulu ditolong dengan cara-cara lain. Sukarni, dkk (2014).

(2) Letak Sungsang

Sectio caesarea dianjurkan pada letak sungsang apabila ada indikasi panggul sempit, janin besar, dan primigravida dengan komplikasi pertolongan persalinan letak sungsang melalui jalan vagina sebagian besar pertolongan persalinan dilakukan dengan sectio caesarea.

(3) Presentasi Dahi

Presentasi dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal tidak dapat lahir spontan normal sehingga harus dilahirkan secara sectio caesarea.

(4) Presentasi Muka

Indikasi untuk melakukan sectio caesarea pada presentasi muka adalah mento posterior persistens, kesempitan panggul, dan kesulitan turunnya kepala dalam rongga panggul.

d. Oligohidramnion

Oligohidramnion adalah air ketuban kurang dari 500 cc. Oligohidramnion kurang baik untuk pertumbuhan janin karena pertumbuhan dapat terganggu oleh perlekatan antara janin dan amnion atau karena janin mengalami tekanan dinding rahim Sukarni, dkk (2014). Jika produksinya semakin berkurang, disebabkan beberapa hal diantaranya: insufisiensi plasenta, kehamilan post term, gangguan organ perkemihan-ginjal, janin terlalu banyak minum sehingga dapat menimbulkan makin berkurangnya jumlah air ketuban intrauteri “oligohidramnion” dengan kriteria :

- 1) Jumlah kurang dari 500 cc
- 2) Kental
- 3) Bercampur meconium Sukarni, dkk (2014).

e. Etiologi

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion masih belum diketahui. Beberapa keadaan berhubungan dengan oligohidramnion hampir selalu berhubungan dengan obstruksi saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis (Khumaira, 2012). Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usia gestasi tersebut. Penyebab oligohidramnion adalah absorpsi atau kehilangan cairan yang meningkat ketuban pecah dini menyebabkan 50 % kasus oligohidramnion, penurunan produksi cairan amnion yakni kelainan ginjal kongenital akan menurunkan keluaran ginjal janin obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urin dengan cara sama Sukarni, dkk (2014). Sebab oligohidramnion secara primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan secara sekunder yaitu ketuban pecah dini.

f. Patofisiologis

Pecahnya membran adalah penyebab paling umum dari oligohidramnion. Namun, tidak adanya produksi urine janin atau penyumbatan pada saluran kemih janin dapat juga menyebabkan oligohidramnion. Janin yang menelan cairan amnion, yang terjadi secara fisiologis, juga mengurangi jumlah cairan. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan postterm, insufisiensi plasenta dan obat-obatan (misalnya

dari golongan anti prostaglandin). Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih dan kelainan kromosom Sukarni, dkk (2014). Pada insufisiensi plasenta oleh sebab apapun akan menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronik akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urin berkurang dan terjadi oligohidramnion Sukarni, dkk (2014).

g. Komplikasi oligohidramnion

Komplikasi oligohidramnion dapat dijabarkan sebagai berikut:

Dari sudut maternal Komplikasi oligohidramnion pada maternal tidak ada kecuali akibat persalinannya oleh karena:

- 1) Sebagian persalinannya dilakukannya dengan induksi
- 2) Persalinan dilakukan dengan tindakan sectio caesaria

Dengan demikian komplikasi maternal adalah trias komplikasi persalinan dengan tindakan perdarahan, infeksi, dan perlukaan jalan lahir.

h. Komplikasi terhadap janinya

Oligohidramnionnya menyebabkan tekanan langsung terhadap janinnya, Kompresi tali pusat langsung sehingga dapat menimbulkan fetal distress. Fetal distress menyebabkan makin terangsangnya nervus vagus dengan dikeluarkannya mekonium semakin mengentalkan air ketuban

i. Diagnosis oligohidramnion

Untuk mengetahui oligohidramnion dengan jelas dapat dilakukan tindakan “Amnioskopi” dengan alat khusus amnioskop.

Indikasi amnioskopi adalah:

- 1) Usia kehamilan sudah diatas 37 minggu
- 2) Terdapat preeklamsia-berat atau eklampsia
- 3) BadObstetricsHistory
- 4) Terdapat kemungkinan IUGR
- 5) Kelainan ginjal
- 6) Kehamilan post date

j. Prognosis

Oligohidramnion tidak baik terutama untuk janin. Bila terjadi kehamilan muda akan mengakibatkan gangguan bagi pertumbuhan janin, bahkan bisa terjadi foetus papyraceous, yaitu picak seperti kertas karena tekanan-tekanan. Bila terjadi pada kehamilan lanjut akan terjadi cacat bawaan, cacat karena tekanan atau kulit menjadi tebal dan kering. Selain itu, dapat mengakibatkan kelainan musculoskeletal (Sistem otot) Sukarni, dkk (2014).

k. Penatalaksanaan

Penanganan oligohidramnion bergantung pada situasi klinik dan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang lebih lengkap mengingat prognosis janin yang tidak baik. Kompresi tali pusat selama proses persalinan biasa terjadi pada oligohidramnion, oleh karena itu

persalinan dengan sectio caesarea merupakan pilihan terbaik pada kasus oligohidramnion Sukarni, dkk (2014).

5. Konsep Dasar Teori Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan serviks pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Sunarti,2017). Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu (World Health Organization,2013)

b. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban biasa menyebabkan terjadinya KPD.

c. Etiologi ketuban pecah dini

- 1) Serviks yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan dan kuretase) Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidromnion, gemelli.
- 2) Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- 3) Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
- 4) Keadaan sosial ekonomi

d. Tanda dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2017).

e. Patofisiologi

Pecahnya ketuban pada saat persalinan secara umum disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan juga peregangan yang berulang. Selaput ketuban pecah pada bagian tertentu dikarenakan adanya perubahan biokimia, yang mengakibatkan berkurangnya keelastisan selaput ketuban, sehingga menjadi rapuh. Biasanya terjadi pada daerah inferior (Prawirohardjo, 2010) Korion amnion yang biasa disebut selaput janin merupakan batas desidua maternal dan lainnya pada membran basemen kolagen tipe II serta IV dan lapisan berserat yang ada di bawahnya mengandung kolagen tipe I, III, V, dan VI, maka dari itu kolagen merupakan kekuatan utama untuk korion amnion. Selaput ketuban pecah adalah proses penyembuhan dari luka di mana kolagen dirusakkan. Kumpulan matrix metalloproteinase (MMPs) adalah salah satu keluarga enzim yang bertindak untuk merusak serat kolagen yang memegang peranan penting. Di sini prostaglandin juga memacu produksi MMPs di leher rahim dan desidua untuk 16 mempromosikan pematangan

serviks dan aktivasi membran desidua dan janin, MMPs-1 dan MMPs-8 adalah kolagenase yang mendegradasikan kolagen tipe I, II dan III, sedangkan MMPs-2 dan MMPs-9 merupakan gelatinase yang mendegradasikan kolagen tipe IV dan V. Aktivitas MMPs sendiri diatur oleh inhibitor jaringan MMPs yaitu tissue inhibitors of MMPs (TIMPs). Faktor yang sering dapat meningkatkan konsentrasi MMPs adalah infeksi atau peradangan. Infeksi dapat meningkatkan konsentrasi MMP dan menurunkan kadar TIMP dalam rongga ketuban melalui protease yang dihasilkan langsung oleh bakteri, yang nantinya protease itu akan mengakibatkan degradasi kolagen. Proinflamasi seperti IL-1 dan TNF α juga dapat meningkatkan kadar MMP . Selaput ketuban yang tadinya sangat kuat pada kehamilan muda, akan semakin menurun seiring bertambahnya usia kehamilan, dan puncaknya pada trimester ketiga. Selain yang telah disebutkan di atas, melemahnya kekuatan selaput ketuban juga sering dihubungkan dengan gerakan janin yang berlebihan. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis (Sunarti 2017)

f. Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

Kejadian Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi:

1) Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan. Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan

persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkuarng kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan (Sunarti, 2017).

2) Sosial Ekonomi

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan di suatu keluarga. Pendapatan biasanya berupa uang yang mempengaruhi seseorang dalam mempengaruhi kehidupannya. Pendapatan yang meningkat merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan (Sunarti, 2017).

3) Paritas

Paritas merupakan banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilan 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara merupakan seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali (Sunarti, 2017).

4) Perilaku Merokok

Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbonmonoksida, amonia, aseton, sianida hidrogen, dan lain-lain. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi (Sunarti,2017).

5) Riwayat KPD

Pengalaman yang pernah dialami oleh ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini dapat berpengaruh besar terhadap ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

6) Serviks yang Inkompetensik

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

sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi.

7) Tekanan Intra Uterin

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

g. Komplikasi

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin yaitu:

1) Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.

2) Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati premturit, perdarahan intraventrikular, enterecolitis necroticing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin,

hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal (Sunarti,2017)

h. Penatalaksanaan

Pastikan diagnosis terlebih dahulu kemudian tentukan umur kehamilan, evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin serta dalam keadaan inpartu terdapat gawat janin. Penanganan ketuban pecah dini dilakukan secara konservatif dan aktif, pada penanganan konservatif yaitu rawat di rumah sakit (Sunarti,2017) Masalah berat janin pada ketuban pecah dini adalah kehamilan dibawah 26 minggu karena mempertahankannya memerlukan waktu lama. Apabila sudah mencapai berat 2000 gram dapat dipertimbangkan untuk diinduksi. Apabila terjadi kegagalan dalam induksi maka akan disertai infeksi yang diikuti histerektomi. Pemberian kortikosteroid dengan pertimbangan akan menambah reseptor pematangan paru, menambah pematangan paru janin. Pemberian batametason 12 mg dengan interval 24 jam, 12 mg tambahan, maksimum dosis 24 mg, dan masa kerjanya 2-3 hari. Pemberian betakortison dapat diulang apabila setelah satu minggu janin belum lahir. Pemberian tokolitik untuk mengurangi kontraksi uterus dapat diberikan apabila sudah dapat dipastikan tidak terjadi infeksi korioamnionitis. Meghindari sepsis dengan pemberian antibiotik profilaksis (Sunarti,2017) Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada ibu hamil aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Apabila janin hidup serta terdapat prolaps tali pusat, pasien dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi sujud. Dorong kepala janin keatas dengan 2 jari agar tali pusat tidak tertekan kepala

janin. Tali pusat di vulva dibungkus kain hangat yang dilapisi plastik. Apabila terdapat demam atau dikhawatirkan terjadinya infeksi saat rujukan atau ketuban pecah lebih dari 6 jam, maka berikan antibiotik penisilin prokain 1,2 juta UI intramuskular dan ampisilin 1 g peroral. Pada kehamilan kurang 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tidah baring, diberikan sedatif berupa fenobarbital 3 x 30 mg. Berikan antibiotik selama 5 hari dan glukokortikosteroid, seperti deksametason 3 x 5 mg selama 2 hari. Berikan pula tokolisis, apabila terjadi infeksi maka akhiri kehamilan. Pada kehamilan 33-35 minggu, lakukan terapi konservatif selama 24 jam kemudian induksi persalinan. Pada kehamilan lebih dari 36 minggu dan ada his maka pimpin meneran dan apabila tidak ada his maka lakukan induksi persalinan. Apabila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan pembukaan kurang dari 5 cm atau ketuban pecah lebih dari 5 jam pembukaan kurang dari 5 cm. Sedangkan untuk penanganan aktif yaitu untuk kehamilan > 37 minggu induksi dengan oksitosin, apabila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat diberikan misoprostol 25µg – 50µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kal

6. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012).

b. Penilaian Pada Bayi Baru Lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2011).

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan yaitu:

- 1) Apakah bayi cukup bulan ?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- 3) Apakah bayi menaangis atau bernapas?
- 4) Apakah tonus otot baik?

Jika bayi tidak cukup bulan, air ketuban bercampur mekonium, tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan tonus otot tidak baik, segera lakukan tindakan resusitasi?

Namun, apabila bayi dalam kondisi baik maka lakukan penanganan asuhan bayi baru lahir normal dan penilaian awal dilakukan secara cepat dan tepat (0-30 detik). Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir.

Tabel 2.7

Apgar Skor

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

Sumber : Sumarah, dkk, 2011

c. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal yaitu jaga kehangatan bayi, bersihkan jalan napas (bila perlu), keringkan dan tetap jaga kehangatan, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir, lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu, beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata, beri suntikan vitamin K 1 mg intramuscular, di paha kairi anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD), beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K (JNPK-KR Depkes RI, 2011).

d. Kebutuhan pada bayi baru lahir

- 1) Pastikan kamar hangat (tidak kurang dari 25°C dan tidak lembab).
- 2) Jelaskan pada ibu bahwa menjaga kehangatan bayi penting untuk membuat bayi tetap sehat.
- 3) Kenakan pakaian bayi atau selimuti dengan kain yang bersih, kering dan lembut. Kenakan topi pada kepala bayi selama beberapa hari pertama, terutama bila bayi kecil.
- 4) Pastikan bayi berpakaian atau diselimuti dengan selimut.
- 5) Menjaga bayi mudah dijangkau oleh ibu. Jangan pisahkan mereka (rooming-in).
- 6) Nilai kehangatan bayi setiap 4 jam dengan mereba kaki bayi : jika kaki bayi terasa dingin, hangatkan bayi dengan melakukan kontak kulit ke kulit.

- 7) Minta ibu atau orang yang menunggunya untuk mengawasi bayi dan mengingatkan Anda jika : kaki teraba dingin, terjadi perdarahan dan kesulitan bernapas, seperti merintih, napas cepat atau lambat, retraksi dinding dada bawah.
 - 8) Dukung ASI eksklusif, siang dan malam.
 - 9) Minta ibu mengingatkan Anda bila mengalami kesulitan memberi ASI.
 - 10) Periksa pemberian ASI pada semua bayi sebelum memulangkan, Jangan memulangkan bayi jika bayi belum bisa minum dengan baik.
 - 11) Ajarkan ibu untuk merawat bayi
 - a) Menjaga bayi tetap hangat.
 - b) Merawat tali pusat.
 - c) Memastikan kebersihan bayi terjaga
 - 12) Berikan obat sesuai resep menurut jadwal yang telah ditentukan.
 - 13) Periksa setiap bayi sebelum merencanakan ibu dan bayi pulang. Jangan perbolehkan pulang sebelum bayi berumur 24 jam.
- e. Pengawasan Bayi Baru Lahir dengan tindakan SC (Walyani, 2014)
- 1) Gangguan pernapasan TTNB (Transient Tachypnea of the New Born)
 - 2) Rendahnya sistem kekebalan tubuh.
 - 3) Rentan alergi
 - 4) Emosi cenderung rapuh
 - 5) Terpengaruh anestesi

7. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Suherni, 2011).

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, 2011).

b. Tahapan Dalam Masa Nifas (Suherni, 2011):

- 1) Puerperium dini (immediate puerperium)
- 2) Puerperium Intermedial (early puerperium)
- 3) Remote Puerperium (later puerperium)

c. Tujuan Asuhan Nifas (Prawirohardjo, 2011).

- 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

Tabel 2.8
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	½pusat 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, 2011)

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/lacerasi 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) Lochea 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, 2011).

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, 2011).

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, 2011) yaitu:

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

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.

2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum tujuannya :

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, waktu 2 minggu post partum

Tujuan : Sama dengan kunjungan hari ke 6

4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum

Tujuan : Menanyakan penyulit-penyulit yang ada dan memberikan konseling untuk KB secara dini

f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas (Suherni, 2011):

- 1) Nutrisi dan cairan
- 2) Ambulasi
- 3) Eliminasi
- 4) Defekasi
- 5) Menjaga kebersihan diri
- 6) Kebersihan genetalia
- 7) Pakaian
- 8) Kebersihan kulit
- 9) Istirahat

g. Asuhan Ibu Pada Masa Nifas dengan Post Seksio Sesaria (SC)

Setelah pasca persalinan, ibu tidak boleh ditinggalkan begitu saja, Sebagai bidan perlunya memberikan beberapa asuhan lanjutan dirumah untuk memastikan ibu dan bayinya sehat. Beberapa hal yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Masa Nifas dengan Post Seksio Sesaria (SC), yaitu :

- 1) Memeriksa Tanda-tanda vital

Periksalah suhu tubuh, denyut nadi, dan tekanan darah ibu secara teratur minimal sekali dalam satu jam jika ibu memiliki masalah kesehatan (Saleha, 2013 hal:86).

2) Membersihkan badan ibu dan merawat luka jahitan

Luka adalah suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh, yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dan luka operasi yaitu luka bersih sehingga mudah untuk perawatannya, namun jika salah dalam merawat, maka akan bisa berakibat fatal.

Dalam perawatan luka Post Seksio Sesarea (SC) diperlukan beberapa hal yang harus diperhatikan, diantaranya :

- a) Setiap satu minggu kasa harus dibuka Idealnya kasa yang dipakai harus diganti dengan kasa baru setiap satu minggu sekali. Tidak terlalu sering agar luka cepat kering, jika sering dibuka luka bisa menempel pada kasa sehingga sulit untuk kering.
- b) Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa Jika luka operasi keluar darah, maka segeralah untuk mengganti kasanya agar tidak basah atau lembab oleh darah. Karena darah merupakan kuman yang bisa cepat menyebar keseluruh bagian luka.
- c) Jaga luka agar tidak lembap Usahakan semaksimal mungkin agar luka tetap kering karena tempat lembap akan menjadikan kuman cepat berkembang. Misalkan suhu kamar terlalu dingin dengan AC yang membuat ruangan lembap sehingga bisa jadi luka pun ikut lembap, hindari ruangan lembap, dan atur suhu AC.
- d) Menjaga kebersihan, agar luka operasi tidak terkena kotoran yang mengakibatkan cepat berkembangnya kuman, maka kebersihan diri

dan lingkungan sekitar semaksimal mungkin harus dijaga. Jauhkan luka dari kotoran, untuk itu seprei dan bantal harus selalu bersih dari debu.

- e) Gunakan bahan elastik atau pembalut yang kedap air (Opset) Jika mau mandi atau aktifitas yang mengharuskan bersenthan dengan air, gunakan bahan plastik atau pembalut yang kedap air (opset) untuk melindungi luka bekas operasi agar tidak terkena air. Upayakan agar tidak sampai basah karena luka bisa mempercepat pertumbuhan kuman (Nunung, Dkk, 2013).
- f) Memberikan penyuluhan mengenai pola makanan yang sehat dan memperbanyak mengkonsumsi sayur dan buah-buahan.
- g) Jangan biarkan binatang berkeliaran didapur (Elisabeth, 2015).
- h) Menjaga kebersihan. Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman, kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, maupun lingkungan. Oleh karena itu menjaga kebersihan diri secara keseluruhan sangatlah penting untuk menghindari infeksi, baik pada luka jhain maupun kulit (Reni Heryani, 2012).
- i) Istirahat. Istirahat yang cukup banyak memberikan manfaat bagi ibu setelah menghadapi ketegangan dan kelelahan saat melahirkan.
- j) Perhatikan gejala infeksi Pada Ibu. Suhu tubuh ibu yang baru melahirkan biasanya ggi dari pada suhu normal, khususnya jika cuaca saat itu sangat panas. Namun jika ibu merasa sakit, terserang demam, atau denyut nadinya cepat, atau dia merasa perih saat

kandunganya disentuh, bisa jadi dia terkena infeksi. Infeksi seperti ini biasanya terjadi jika ketuban pecah lebih awala sebelum persalinan dimulai, atau jika persalinan terlalu lama, atau dia merasa kelelahan saat persalinan (Saleha, 2013).

7. 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)

b. 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).

c. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pelaksanaan pelayanan neonatal adalah :

1) 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.

2) 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.

3) 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 :

- a) Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi.
- b) Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat.
- c) Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal.
- d) Meningkatkan Hubungan Interaksi antara Orangtua dan Bayi.

d. Tanda-tanda bahaya pada neonates

Bayi tidak mau menyusu, kejang, lemah, sesak nafas, merintih, pusar kemerahan, demam atau tubuh merasa dingin, mata bernanah, kulit terlihat kuning. (Mochtar, 2011).

e. Ikterus Neonatus

Ikterus berarti gejala kuning karena penumpukan bilirubin dalam aliran darah yang menyebabkan pigmentasi kuning pada plasma darah yang menimbulkan perubahan warna pada jaringan yang memperoleh banyak aliran darah tersebut. Ikterus biasanya baru dapat dilihat kalau kadar bilirubin serum mencapai 2-3 mg/dl sedangkan kadar bilirubin serum normal 0,3 mg/dl (Mochtar, 2011).

f. Klasifikasi

- 1) Ikterus fisiologi adalah warna kekuningan pada kulit yang timbul pada hari kedua sampai dengan hari ke tiga setelah lahir yang tidak mempunyai dasar patologis dan akan menghilang dengan sendirinya pada hari ke-10 (Prawirohardjo, 2010). Ikterus Fisiologi mempunyai tanda- tanda sebagai berikut; Warna kuning akan timbul pada hari kedua atau ketiga setelah bayi lahir dan tampak jelas pada hari ke-5 sampai ke-6 dan menghilang sampai hari ke-10, bayi tampak biasa, minum baik, berat badan naik biasa, kadar bilirubin serum pada bayi cukup bulan tidak lebih dari 12 mg/dl dan pada BBLR 10 mg/dl dan akan hilang pada hari ke-14
- 2) Ikterus patologis adalah ikterus yang mempunyai dasar patologis atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang di sebut hiperbilirubinnemia (Walyani, 2014). Ikterus patologis mempunyai tanda-tanda sebagai berikut ; Ikterus timbul dalam 24 jam pertama kehidupan, serum bilirubin total lebih dari 12 mg/dl, peningkatan bilirubin 5 mg/dl atau lebih dari 24 jam, konsentrasi bilirubin serum melebihi 10 mg/dl pada bayi < 37 minggu (BBLR) dan 12,5 mg/dl pada bayi cukup bulan, ikterus yang disertai proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi enzim glukosa- 6-fosfat dehidrogenase (G6PD) dan sepsis, ikterus yang disebabkan oleh bayi kurang dari 2000 gram yang disebabkan karena usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dan kehamilan pada remaja, masa gestasi kurang

dari 36 minggu, asfiksia, hipoksia, syndrome gangguan pernapasan, infeksi, hipoglikemia, hiperkopnia dan hiperosmolitas darah sepsis

g. Etiologi (Walyani, 2014)

Penyebab ikterus neonatorum, menurut waktu kemudian

- 1) Dua empat jam pertama : Penyakit hemolysis, Inkompatibilitas rhesus, Inkompatibilitas ABO, Sferositosis, Infeksi konginetal
- 2) Hari kedua sampai kelima : Fisiologis, Infeksi, Hematoma, Galaktosemia dan kelainan metabolik lain, Ikterius non- hemolitik familial, Bayi dari ibu diabetes
- 3) Setelah akhir minggu kedua : Ikterus air susu ibu (breast milk jaundice), Hipotrioidisme, Hepatitis. Atresia bilier dan masalah traktus biliaris lainnya.

h. Patofisiologis

Sel-sel darah merah yang telah tua dan rusak akan di pecah menjadi bilirubin, yang oleh hati akan di metabolisme dan akan di buang melalui feses. Di dalam usus juga terdapat banyak bakteri yang mampu mengubah bilirubin sehingga mudah di dikeluarkan oleh feses. Hal ini terjadi secara normal pada orang dewasa. Pada bayi baru lahir , jumlah bakteri pemetabolisme bilirubin yang masih belum mencukupi sehingga di tentukan bilirubin yang masih beredar dalam tubuh tidak di buang bersama feses. Begitu pula dalam usus bayi terdapat enzim glukronil tranferase yang mampu mengubah bilirubin dan menyerap kembali bilirubin dalam badannya. Akibatnya pigmen tersebut akan di disimpan di bawah

kulit, sehingga kulit bayi menjadi kuning, biasanya di mulai dari wajah, dada, tungkai dan kaki menjadi kuning. Biasanya hiperbilirubinemia dan sakit kuning akan menghilang setelah seminggu pertama. Kadar bilirubin yang tinggi biasanya di sebabkan pembentukan yang berlebihan atau gangguan pembuangan bilirubin. Kadang bayi cukup umur yang diberi susu asi, kadar bilirubin meningkat secara progresif pada minggu pertama, keadaan ini di sebut jaundice ASI. Penyebabnya tidak di ketahui dan hal ini tidak berbahaya, jika kadar bilirubin sangat tinggi mungkin perlu dilakukan terapi sinar dan tranfusi tukar (Prawirohardjo, 2011)

h. Derajat Ikterus

Derajat ikterus dikemukakan oleh Kramer (Walyani, 2014)

- 1) Derajat I : Daerah kepala hingga leher (5 mg %)
- 2) Derajat II : Derajat I+bagian dada (9 mg %)
- 3) Derajat III : Derajat I+II+perut+lutut (11 mg %)
- 4) Derajat IV : Derajat I+II+III+ekstremitas atas dan tungkai (12,4 mg%)
- 5) Derajat V : Derajat IV+ telapak tangan dan kaki (16 mg%)

8. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian KB

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

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 (Sulistiyawati, 2013).

c. Jenis-jenis Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

1) Metode Kontrasepsi jangka panjang Implant/susuk (AKBK)

Implan merupakan alat kontrasepsi yang dipasang dibawah kulit. Efektif mencegah kehamilan dengan cara mengalirkan perlahan-lahan hormon yang dibawanya.

2) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat

saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010) MKJP adalah alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan serta menghentikan kesuburan yang digunakan dalam jangka panjang, MKJP lebih rasional dan mempunyai sedikit efek samping (BKKBN, 2017).

9. Nomenklatur Kebidanan

Nomenklatur Diagnosa Kebidanan adalah suatu sistem nama yang telah terklasifikasikan dan diakui serta disahkan oleh profesi, digunakan untuk menegakkan diagnosa sehingga memudahkan pengambilan keputusannya.

Tabel 2.9
Nomenklatur Diagnosa Kebidanan

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

Sumber : WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank (2001) *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*

BAB III

SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN

STUDI KASUS

A. Rancangan Study Kasus yang Berkesinambungan dengan COC

1. Rancangan penelitian

Rancangan penelitian atau ada yang menyebut “model penelitian” adalah rencana atau struktur dan strategi penelitian yang disusun demikian rupa agar dapat memperoleh jawaban mengenai permasalahan penelitian dan juga untuk mengontrol *varians* (Machfoedz, 2011).

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. U di Jl. Pipit III RT.11 No. 4 Kelurahan Gunung Bahagia dan dilaksanakan mulai Maret 2021 – Mei 2021.

3. Subjek studi Kasus

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

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G₁P₀₀₀₀ dengan usia kehamilan 31 minggu 1 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

4. Pengumpulan dan Analisis Data

1) 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, 2011).

(2) Wawancara

Wawancara adalah percakapan antara periset 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, 2011).

(3) Pemeriksaan fisik

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

(4) Studi Dokumentasi

Penulis menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul Proposal 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.

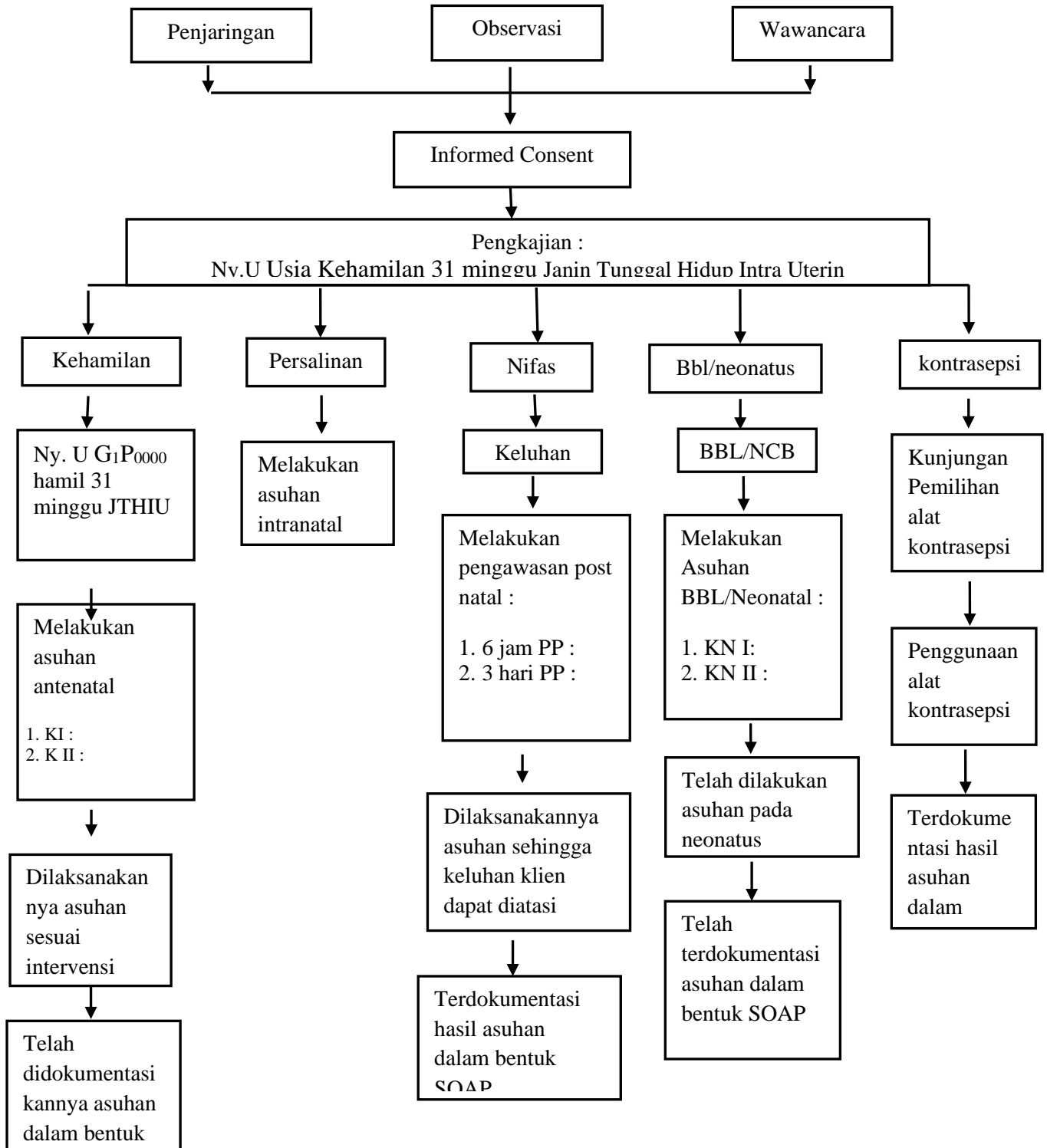
2) Instrumen Penelitian

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

5. 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, 2011).

Bagan 3.1
Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus



B. Etika Penelitian

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. U 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. U 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.

C. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif

Dokumentasi Asuhan Kebidanan *Antenatal Care*

1. Asuhan Kebidanan *Antenatal Care*

Tanggal/Waktu pengkajian : 1 Maret 2021 / 10.00 WITA
 Tempat : Puskesmas Gunung Bahagia
 Oleh : Elfrida Rahmawati

1) Subjektif

a) Identitas :

Nama klien : Ny. U Nama suami : Tn. K
 Umur : 27 Tahun Umur : 32 Tahun
 Suku : Bugis Suku : Sunda
 Agama : Islam Agama : Islam
 Pendidikan : S1 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Guru Pekerjaan : Swasta
 Alamat : Jl. Pipit III No.4 RT.11

b) Keluhan : Kram perut

c) Riwayat obstetric dan ginekologi

d) Riwayat menstuasi

HPHT/TP : 25-07-2020 / 02-05-2021
 Umur kehamilan : 31 minggu
 Lamanya : 7 hari
 Banyaknya : Normal (> 3 x sehari ganti pembalut)
 Siklus : 28 hari
 Menarche : 14 tahun

Teratur/tidak : Teratur

Dismenorrhea : tidak ada

Keluhan lain : Tidak ada

e) Flour albus

Ibu tidak pernah mengalami keputihan yang tidak normal dan penyakit yang berkaitan dengan kandungan.

f) Tanda-tanda kehamilan

Ibu mengetahui kehamilannya dengan melakukan pp test bulan juli dan hasil positif, ibu merasakan gerakan janin pertama kali saat usia 4 bulan. Pada saat ini gerakan janin yang dirasakan ibu sangat aktif yaitu >10 kali dalam 24 jam.

g) Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

Ibu mengatakan tidak memiliki penyakit reproduksi

h) Riwayat imunisasi

Ibu mengatakan saat bayi imunisasi lengkap, pada saat SD ibu disuntik bagian lengan sebanyak 3x, sebelum menikah ibu juga melakukan suntik catin maka status suntik TT adalah TT₅.

i) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami penyakit seperti hipertensi, DM, campak, malaria, TBC. Ibu juga tidak pernah mengalami penyakit reproduksi seperti miom, kista, mola, PID

(2) Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga ibu dan suami tidak ada yang menderita penyakit seperti hipertensi, DM, TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, serta kelainan Darah.

(3) Alergi

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan serta obat-obatan.

j) Keluhan selama hamil

Ibu mengatakan ketika kehamilan ini ibu merasakan nyeri panggul pada trimester III. Ibu tidak mempunyai masalah seperti mengalami penglihatan kabur, nyeri perut, nyeri waktu BAK, perdarahan, nyeri pada tungkai,

k) Riwayat persalinan yang lalu

l) Riwayat KB

Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan KB

m) Kebiasaan sehari-hari

(1) Merokok sebelum atau selama hamil

Ibu mengatakan baik sebelum hamil atau selama hamil tidak pernah merokok

(2) Obat-obatan atau jamu, sebelum atau selama hamil

Ibu mengatakan baik sebelum hamil atau selama hamil tidak pernah minum jamu dan hanya minum obat seperti table Fe, Kalk, Vit. B Complex.

(3) Alkohol

Ibu mengatakan baik sebelum hamil atau selama hamil tidak pernah minum minuman beralkohol.

n) Makan / diet

Ibu makan 2-3x sehari dengan porsi 1 piring sedang, terdiri dari nasi (satu sendok nasi), sayur (1 mangkuk sayur), 1 potong lauk (ikan / ayam), buah-buahan (8 potong kadang-kadang). Ibu mengatakan jadi lebih lahap dalam perubahan pola makan.

o) Defekasi / miksi

Ibu mengatakan BAB 1 hari sekali dengan konsistensi lunak, warna kecoklatan saat BAB. Ibu juga mengatakan BAK > 8 x sehari dengan konsistensi cair, berwarna jernih. Ibu tidak mengalami keluhan saat BAK.

p) Pola istirahat dan tidur

Ibu mengatakan tidur siang \pm 1 jam, tidur malam \pm 7 jam perhari. Terkadang ibu terbangun untuk BAK.

q) Pola aktivitas sehari-hari

(1) Dalam rumah

Selama ibu hamil, ibu masih dapat melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci piring, bersih-bersih rumah, mencuci pakaian sendiri dengan Mesin Cuci. Ibu mengatakan aktivitas dirumah dibantu saudara perempuan.

(2) Luar rumah

Ibu biasanya dirumah saja dan tidak pernah keluar rumah, hanya pada saat wfo disekolah tetapi kegiatan ibu tidak sepadat biasanya.

r) Pola seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 3 x perminggu.

s) Riwayat Psikososial

Klien berstatus menikah lamanya \pm 1,5 tahun dan mengatakan ini pernikahan pertamanya . Usia saat ibu pertama kali menikah yaitu 26 tahun. Ibu mengatakan cukup mengerti bagaimana menanggapi kehamilan yang sekarang karena belajar dari pengalaman yang didapat dari ibu kandungnya.

Ibu mengatakan ingin anak laki-laki, Keluarga dan suami mengatakan ingin anak laki-laki. Namun apabila lahir laki-laki dan perempuan sama saja yang terpenting sehat.

t) Persiapan persalinan

(1) Pengetahuan ibu tentang persalinan :

Ibu mampu menyebutkan 3 tanda persalinan yaitu : ketuban pecah, keluar lendir darah dan kontraksi

(2) Rencana tempat bersalin :

RS Hermina

(3) Persiapan ibu :

Asuransi BPJS, baju sarung bayi sudah disiapkan, kendaraan motor milik sendiri, donor darah dari teman suami, pendamping saat persalinan yaitu suami.

(4) Persiapan bayi :

Perlengkapan bayi sudah dipersiapkan dalam satu tempat.

2) Objektif

a. Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum : Baik

(2) Kesadaran Umum : Composmetis

(3) Ekspresi wajah : Sedih

(4) Keadaan emosional : Stabil

(5) Berat badan

- Sebelum hamil : 40 Kg

- Saat hamil : 56 Kg

Penurunan : tidak ada

(6) Tinggi badan : 160 cm

- $IMT : 40(1,60)^2 = 15,6$, IMT masuk dalam kategori kurus. Normalnya (18,5-25)

- Lila : 24 cm

Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah : 117/70 mmHg

(2) Nadi : 80 x/m

(3) Suhu : 36 °C

(4) Pernafasan : 20 x/m

b. Pemeriksaan fisik

(1) Inspeksi

a) Kepala

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

b) Mata

Kelopak mata : tidak oadema, konjungtiva : tidak
pucat, sclera : tidak ikterik

c) Muka

Kloasma gravidarum: tidak ada, oedema: tidak ada,
pucat/tidak: tidak pucat.

d) Mulut dan gigi

Gigi geligi: tidak ada lobang, mukosa mulut:
lembab, tidak tampak caries dentis, geraham
lengkap, lidah bersih dan tidak ada stomatitis.

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) Payudara

Bentuk mammae: tidak sama besar, tidak ada retraksi pada mammae, puting susu: kiri dan kanan menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae, tidak ada pengeluaran colostrum.

g) Punggung ibu

Bentuk / posisi punggung tidak skoliosis, tidak kifosis.

h) Perut

Bekas operasi: tidak ada, striae: tidak ada, pembesaran: tak sesuai usia kehamilan,

i) Vagina

Tidak dilakukan pemeriksaan pada vagina karena tidak ada indikasi.

j) Ekstremitas

Tidak tampak oedema, tidak tampak varises dan turgor baik.

(2) Palpasi

a) Leher

Vena jugularis: tidak ada pembesaran, kelenjar getah bening: tidak ada pembesaran, kelenjar tiroid: tidak ada pembesaran.

b) Payudara

Mamae: tidak sama besar, massa: tidak ada,
konsistensi: Kenyal, pengeluaran colostrum: tidak
ada.

c) Perut

MC Donald : 25 cm

- Leopold I:

TFU 3 jari atas pusat, bagian fundus teraba
bulat dan tidak melenting(bokong)

- Leopold II :

Punggung kiri (pu-ki)

- Leopold III :

Letak Kepala (let-Kep)

- Leopold IV

Belum masuk PAP (konvergen)

$(TBJ) = (25-12) \times 155 = 2.015 \text{ gram}$

d) Tungkai

1) Oedema

Tangan kanan : tidak oedema Tangan kiri: tidak
oedema

Kaki kanan: tidak oedema Kaki kiri: tidak
oedema

2) Varices

Tidak teraba varices kanan dan kiri.

3) Kulit

Turgor baik dan kembali kurang dari 1-2 detik

3) Auskultasi

a. Paru-paru

Tidak terdengar wheezing dan ronchi

b. Jantung

Terdengar irama jantung reguler, frekuensi 80 x/m, dan intensitas baik.

c. Perut

Terdengar bising usus, DJJ 146 x/m beraturan dan kuat, serta diperoleh Punctrum maksimum pada 1/3 jari dibawah pusat sebelah kiri (Kuadran IV)

c. Pemeriksaan khusus

Tidak dilakukan karena tidak ada Indikasi.

d. Pemeriksaan laboratorium (tgl 1 maret 2021)

HB 12,1 gr% dan golongan darah B

e. Pemeriksaan Penunjang (USG) tanggal 05 Maret 2021



- 1) Tempat : RS Hermina
- 2) Usia Kehamilan : 31 minggu 4 Hari
- 3) Tafsiran Persalinan : 16 April 2021
- 4) Tafsiran Berat Janin : 1559 gram
- 5) Presentasi : Kepala
- 6) Plasenta : Suplai darah dari plasenta ke janin bermasalah
- 7) Air Ketuban : Cukup
- 8) Jenis Kelamin : laki-laki

2. Langkah II Interpretasi Data Dasar

Diagnosa	Dasar
G ₁ P ₀₀₀₀ usia kehamilan 31 minggu janin tunggal hidup intrauterine	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan hamil anak pertama , dan tidak pernah keguguran, - HPHT :25 -07-2020 - TP: 02-05-2021. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ku : Baik, Kes : Composmentis,TD : 117/70 mmHg MAP : 85,6 Nadi: 80x/ menit, Pernafasan : 20x/ menit, Temp : 36⁰C. b) Tinggi Badan 160 cm, BB saat hamil : 56 kg , LILA : 24 cm , IMT : 15,6 (kategori : kurus) , kaki tidak oedema. c) Pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. d) Palpasi Abdomen : <ul style="list-style-type: none"> Leopold I : Teraba bokong, 3 jari atas prosesus-xiphoideus (PX) Leopold II : Punggung kiri (Pu-ki) Leopold III : Presentasi kepala Leopold IV :Convergen e) Lain – lain : <ul style="list-style-type: none"> TBJ : (25-12) x 155 = 2.015 gram. DJJ : 146x/menit

Masalah	Dasar
1. TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan 2. Suplai darah dari plasenta ke janin kurang baik	1. S : Ibu mengatakan usia kehamilannya saat ini 31 minggu O : TFU 25 cm 2. S : Ibu mengatakan hasil USG terdapat masalah dibagian plasenta yaitu kurang baiknya aliran darah dari plasenta ke janin O : Hasil pemeriksaan penunjang USG Terdapat masalah diplasenta

3. Langkah III Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial:

a. Diagnosa Potensial

1) Pada janin : IUGR

Dasar :

- a) TFU yang tidak sesuai dengan usia kehamilan
- b) Hasil pemeriksaan penunjang USG terdapat masalah diplasenta

Tindakan antipasi :

- a) Konsumsi makanan bergizi seimbang. Untuk kuantitas, makanlah seperti biasa ditambah ekstra 300 kalori/hari.
- b) Hindari stress selama kehamilan.
- c) Hindari makanan obat-obatan yang tidak dianjurkan selama kehamilan atau tidak sesuai resep dokter.
- d) Olah raga teratur (senam hamil) dapat membuat tubuh bugar, dan mampu memberi keseimbangan oksigenasi, maupun berat badan.
- e) Hindari alkohol, rokok, dan narkoba.

- f) Memberi tahu kepada ibu agar memantau pergerakan janinnya
- g) Periksakan kehamilan secara rutin.

Pada saat kehamilan, pemeriksaan rutin sangat penting dilakukan agar kondisi ibu dan janin dapat selalu terpantau. Termasuk, jika ada kondisi PJT, dapat diketahui sedini mungkin. Setiap ibu hamil dianjurkan melakukan pemeriksaan setiap 4 minggu sampai dengan usia kehamilan 28 minggu. Kemudian, dari minggu ke 28-36, pemeriksaan dilakukan setidaknya setiap 2 minggu sekali. Selanjutnya, lakukan pemeriksaan setiap 1 minggu sampai dengan usia kelahiran atau 40 minggu.

- h) Rutin melakukan USG

Melakukan USG dengan rutin didokter spesialis obgyn untuk memantau tentang kondisi janinnya

4. Langkah IV Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Tidak ada

5. Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

- a. Bina hubungan baik dengan ibu
- b. Jelaskan hasil pemeriksaan
- c. Jelaskan pada ibu cara mengatasi kram perut
- d. Anjurkan ibu untuk melahirkan dirumah sakit
- e. Anjurkan kepada ibu untuk kebutuhan nutrisi
- f. Anjurkan ibu menghindari obat-obatan yang tidak sesuai resep dokter
- g. Anjurkan ibu menghindari merokok-alkohol dan lain-lain
- h. Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil

- i. Anjurkan pada ibu untuk rutin USG
- j. Memberikan KIE
 - 1) Tanda bahaya kehamilan
 - 2) Persiapan persalinan
 - 3) Tanda-tanda persalinan
 - 4) KB efektif jangka panjang
- k. Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang.

6. Langkah VI Pelaksanaan Langsung Asuhan / Implementasi

- a. membina hubungan baik dengan ibu
- b. menjelaskan hasil pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik, usia kehamilan ibu 31 minggu, TD: 117/70 mmHg DJJ: 146x/menit, posisi janin dalam keadaan normal, dan hasil pemeriksaan fisik ibu tidak ditemukan kelainan.
- c. Cara mengatasi kram perut
 - 1) Mengatur posisi tidur untuk miring kiri
 - 2) Hindari memakai hak tinggi selama hamil
 - 3) Hindari melakukan pekerjaan berat seperti mengangkat barang yang cukup berat.
 - 4) Hindari terlalu lama berdiri
- d. mendiskusikan dengan ibu tempat persalinannya, lebih baik ibu bersalin ke rumah sakit Rs Dr.kanudjoso Djatiwibowo karena biaya ditanggung pemerintah dan ibu tidak kepikiran lagi soal biaya persalinan.
- e. menganjurkan ibu untuk memenuhi pola nutrisinya misalnya lebih banyak mengonsumsi karbohidrat contohnya nasi, kacang-kacangan serta sayuran lebih banyak. Protein misalnya daging sapi tanpa lemak, daging ayam, tahu, dan ikan.

kebutuhan kalsium misalnya rutin mengonsumsi susu ibu hamil, yogurt, kacang kedelai, ikan salmon, dan tahu.

Porsinya :

- nasi 4-6 piring perhari
 - Lauk pauk(ayam/dagin/ikan): 4-5 porsi perhari
 - Lauk nabati(tempe/tahu/kacang-kacangan): 2-4 mangkok perhari
 - Sayur-sayuran : 2-3 mangkok Perhari
 - Buah-buahan : 3 porsi
- f. memberikan ibu biskuit ibu hamil untuk makanan tambahan dan dikonsumsi 3 keping / hari
- g. menganjurkan pada ibu untuk menghindari merokok,minuman beralkohol serta obat-obatan tanpa resep dokter
- h. menganjurkan ibu untuk melakukan senam hamil di rumah
- i. memberikan KIE tentang
- 1) Tanda bahaya kehamilan pada TM III yaitu: Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya, perdarahan pada hamil muda dan hamil tua, air ketuban keluar sebelum waktunya, demam, menggigil dan berkeringat. Bila ibu berada di daerah endemis malaria, menunjukkan adanya gejala penyakit malaria, terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan, batuk lama(lebih dari 2 minggu), Jantung berdebar-debar atau nyeri di dada, Diare berulang, dan sulit tidur dan cemas berlebihan.

- 2) Persiapan persalinan yaitu : persiapan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya, siapkan kartu jaminan kesehatan nasional, untuk memperoleh kartu JKN, daftarkan diri ke kantor BPJS kesehatan setempat, atau tanyakan ke petugas puskesmas, rencanakan melahirkan ditolong oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan, siapkan KTP, kartu keluarga, dan keperluan lain untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan, Siapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan, Suami, keluarga dan masyarakat, menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan, pastikan ibu hamil dan keluarga menyepakati amanat persalinan dalam stiker P4K dan sudah ditempelkan di depan rumah ibu hamil, rencanakan 140 ikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin. Tanyakan ke petugas kesehatan tentang cara ber-KB.
- 3) Menjelaskan tanda-tanda persalinan pada ibu
 - a) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
 - b) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
 - c) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.
- 4) Kb efektif jangka panjang

KB efektif yaitu KB IUD karena ibu masih muda dan untuk menjarakkan kehamilan > 2 tahun dari anak pertama.
- j. Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang 1 minggu.

7. Langkah VII Evaluasi

Ibu mengerti dengan kondisi kehamilannya saat ini , ibu mengerti untuk memenuhi pola nutrisinya dan Ibu akan mendiskusikan dengan keluarga untuk melahirkan di Rumah Sakit Kanujoso Djatiwibowo. Ibu memahami dengan kebutuhan nutrisi yang harus dipenuhi, Ibu masih berdiskusi dengan suami untuk ikut KB untuk mencegah kehamilan. Dan ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

DOKUMENTASI SOAP ANC KUNJUNGAN KE-1

Tanggal/ Waktu Pengakjian : 1 Maret 2021/ 10.00 WITA

Tempat : Puskesmas Gunung Bahagia

S:

- Ibu mengatakan hamil anak pertama, dan tidak pernah keguguran
- Ibu memeriksa kehamilannya pertama kali menggunakan Test Pack hasil (+) tgl lupa
- HPHT/ TP : 25-7-2020/2 Mei 2021

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 2-3x/hari porsi 1 centong nasi, 1-2 potong ayam, 2 sendok sayur, 1 buah apel, minum ± 8 gelas perhari
Istirahat	Ibu tidur siang 1 jam , tidur malam ± 6 jam
Eliminasi	Ibu BAK 4-5 x/hari, BAB 1 x/hari
Hubungan seksual	Ibu melakukan hubungan seksual 2x seminggu
Aktivitas	Ibu masih bekerja saat wfo
Psikologis	Ibu sangat menantikan persalinan

O:

- Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu: tekanan darah 117/70 mmHg (MAP : 85,6), pernapasan 20 x/ menit nadi 84 x/ menit, suhu: 36°C. LILA 24 cm ,berat badan saat hamil 40Kg, berat badan saat ini 56 kg, kenaikan berat badan 16 kg. $IMT : 40/(1,60) = 15,6$

IMT Kurus (Normalnya 18,5 – 25)

- Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak odema, dan tidak pucat

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

Mulut : Mukosa mulut lembab, bibir tidak pucat

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan

Payudara : Ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, pengeluaran ASI (-), tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, tidak ada linea nigra, tfu ½ pusat-px (25 cm).

Ekstremitas: Tungkai kaki kanan dan kiri tidak odema

Palpasi

Mc. Donald : 25cm

Leopold I : ½ pusat-px, pada fundus teraba bulat, tidak melenting, agak lunak (bokong)

Leopold II : Punggung Kiri (Pu- Ki)

Leopold III : Letak Kepala (Let-Kep)

Leopold IV : Konvergen (Belum masuk PAP).

Lain-Lain : TBJ: (25-12) x 155= 2.015 gram

Auskultasi : DJJ 146x/m beraturan dan kuat, serta diperoleh punctrum maksimum pada kuadran IV

Pemeriksaan Laboratorium : (Sumber Buku KIA)

HB12,1 gr/dl (Tanggal : 01-03-2021)

Pemeriksaan Penunjang (USG) tanggal 05 Maret 2021



- 1) Tempat : RS Hermina
- 2) Usia Kehamilan : 31 minggu 4 Hari
- 3) Tafsiran Persalinan : 16 April 2021
- 4) Tafsiran Berat Janin : 1559 gram
- 5) Presentasi : Kepala
- 6) Plasenta : Suplai darah dari plasenta ke janin bermasalah
- 7) Air Ketuban : Cukup
- 8) Jenis Kelamin : laki-laki

A:

- Diagnosis : G₁P₀₀₀₀ usia usia kehamilan 31 minggu janin tunggal hidup intra uterine
- Masalah : Tfu tidak sesuai usia kehamilan
Suplai darah dari plasenta ke janin kurang baik

P :

Tabel 4.1
Implementasi Asuhan Kebidanan ANC Ke 1

NO	Waktu	Rencana / Intervensi	Paraf
1	10.05 WITA	<p>Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal</p> <p>KU: Baik Kesadaran: Composmentis TTV: TD: 117/70 mmHg MAP : 85.6 Pernapasan: 20 x/ menit Nadi: 84 x/ menit Suhu: 36°C Berat badan sekarang: 56 kg Hb : 12,1 gr/dl</p> <p>Inspeksi</p> <p>Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak odema, dan tida pucat Mata : Tidak odema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak tampak ikterik , dan penglihatan tidak kabur Mulut : Mukosa mulut lembab, bibir tidak pucat Dada : Payudara tampak membesar, tidak ada retraksi dinding dada, puting susu menonjol, tampak hiperpigmentasi, pengeluaran ASI(+) Abdomen : Pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan Ekstremitas : Tungkai kaki kanan dan kiri tidak odema</p> <p>Palpasi</p> <p>MC Donald : 25 cm Leopold I : ½ px-pusat, pada fundus teraba bulat, tidak melenting, agak lunak (bokong) Leopold II : : Punggung Kiri (Pu- Ki) Leopold III: Letak Kepala (Let-Kep) Leopold IV: Konvergen (Belum masuk PAP). Lain-Lain : TBJ: (25-12) x 155= 2.015gram</p> <p>Auskultasi :DJJ 146x/m beraturan dan kuat, serta diperoleh punctrum maksimum pada kuadran IV</p> <p>Pemeriksaan Laboratorium HB12,1 gr/dl</p> <p>Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan</p>	
2	10.15 WITA	<p>Berikan KIE Tentang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan gizi Ibu hamil TM III <p>Yaitu : Asam lemak omega-3 (ikan berlemak), kalsium (Produksi susu dan kacang kedelai), zat besi (Vitamin C dan A), Seng (sayuran hijau dan daging merah).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanda Bahaya pada Kehamilan TM III 	

		<p>Yaitu : Terjadi perdarahan yang banyak, Kontraksi sebelum waktunya, sakit kepala, sakit perut dan penglihatan kabur</p> <p>Evaluasi Ibu mengerti dan dapat menyebutkan kebutuhan gizi ibu hamil dan salah satu tanda bahaya TM III</p>	
3	10.20 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk meminum obat-obatan yang telah diberikan, seperti Tablet penambah darah, Kalk, Vitamin 1x1</p> <p>Evaluasi : Ibu bersedia untuk meminum obat-obatan yang telah diberikan, seperti Tablet Penambah Darah, Kalk, Vitamin 1x1</p>	
4	10.22 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk rutin melakukan pemeriksaan penunjang USG didokter spesialis obgyn untuk memantau kesejahteraan janin.</p> <p>Evaluasi : Ibu bersedia rutin melakukan USG</p>	
5	10.23 WITA	<p>Memberitahu ibu agar memperhatikan gerakan janin untuk memantau kondisi janin</p> <p>Evaluasi : Ibu bersedia melakukannya</p>	
6	10.25 WITA	<p>Menjelaskan pada ibu agar melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan</p> <p>Evaluasi : Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan</p>	
7	10.30 WITA	<p>Dilakukannya pendokumentasian</p> <p>Evaluasi : Pendokumentasian</p>	

DOKUMENTASI SOAP ANC KUNJUNGAN KE-2

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 17 April 2021/ 13.00 WITA

Tempat : BPM Sri susilowati SST

S:

- Ibu mengatakan hamil anak pertama, dan tidak pernah keguguran
- Ibu memeriksa kehamilannya pertama kali menggunakan Test Pack hasil (+) tgl lupa
- HPHT/ TP : 25-7-2020/2 Mei 2021
- Ibu mengatakan kram perut
- Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 2-3x/hari porsi 1-2 centong nasi, 1-2 tempe/tahu, 1/2 potong ayam/ikan, 1 mangkuk sayur sop, 1 buah pisang, minum \pm 8 gelas sehari
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 1, tidur malam \pm 6 jam
Eliminasi	Ibu BAK 4-5 x/hari, BAB 1 x/hari
Hubungan seksual	Ibu melakukan hubungan seksual 2x seminggu
Aktivitas	Ibu masih bekerja saat wfo

O:

- Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu: tekanan darah 110/80 mmHg (MAP : 90), pernafasan 22 x/ menit nadi

84 x/ menit, suhu 36°C. Berat badan saat hamil 40Kg, berat badan saat ini 58 kg. IMT : $40/(1,60) = 15,6$

IMT Kurus (Normalnya 18,5 – 25)

- Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

Wajah : Tidak odema, dan tidak pucat

Mata : Tidak odema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak tampak ikterik,

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan

Payudara : Ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, pengeluaran ASI (+), tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan

Ekstremitas: Tungkai kaki kanan dan kiri tidak odema.

- Palpasi

MC Donald: 31 cm

Leopold I : 3 jari bawah px, pada fundus teraba bulat, tidak melenting, agak lunak (bokong)

Leopold II : Punggung Kiri (Pu- Ki)

Leopold III : Letak Kepala (Let-Kep)

Leopold IV : Divergen (Sudah masuk PAP).

Lain-Lain : TBJ: $(31-11) \times 155 = 3.100$ gram

- Auskultasi : DJJ 149x/m beraturan dan kuat, serta diperoleh punctrum maksimum pada kuadran IV

A:

- **Diagnosis** : G₁P₀₀₀₀ usia usia kehamilan 38 minggu janin tunggal hidup intra uterine

- **Masalah** : Kram perut

P:

Tabel 4.2
Implementasi Asuhan Kebidanan ANC Ke 2

NO	Waktu	Rencana / Intervensi	Paraf
1	13.00 WITA	<p>Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal</p> <p>KU: Baik</p> <p>Kesadaran: Composmentis</p> <p>TTV: TD: 110/80 mmHg</p> <p>MAP : 90</p> <p>Pernapasan: 22 x/ menit</p> <p>Nadi: 84 x/ menit</p> <p>Suhu: 36°C</p> <p>Berat badan sekarang: 58 kg</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak odema, dan tida pucat</p> <p>Mata : Tidak odema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak tampak ikterik, dan penglihatan tidak kabur</p> <p>Mulut : Mukosa mulut lembab, bibir tidak pucat</p> <p>Dada : Payudara tampak membesar, tidak ada retraksi dinding dada, puting susu menonjol, tampak hiperpigmentasi, pengeluaran ASI(+)</p> <p>Abdomen : Pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan</p> <p>Ekstremitas : Tungkai kaki kanan dan kiri odema</p> <p>Palpasi :</p> <p>MC Donald : 31 cm</p> <p>Leopold I : 3 jari bawah px, pada fundus teraba bulat, tidak melenting, agak lunak (bokong)</p> <p>Leopold II : Punggung Kiri (Pu- Ki)</p> <p>Leopold III: Letak Kepala (Let-Kep)</p> <p>Leopold IV: Divergen (Sudah masuk PAP).</p> <p>Lain-Lain : TBJ: (31-11) x 155= 3.100gram</p> <p>Auskultasi :DJJ 149x/m beraturan dan kuat, serta diperoleh puncrum maksimum pada kuadran IV</p> <p>Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan</p>	
2	13.10 WITA	<p>Menjelaskan tentang kram perut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kram perut pada Trimester 3 atau jika mendekati pada taksiran persalinan adalah hal yang normal, karena kepala janin sudah masuk pada pintu atas panggul <p>Evaluasi : Ibu mengerti yang telah di sampaikan dan dapat</p>	

		mengulang dari penjelasan yang diberikan	
3	13.15 WITA	Menjelaskan tanda-tanda persalinan <ul style="list-style-type: none"> • Tanda persalinan yaitu, jika keluaranya air ketuban yang berbau amis, keluaranya darah bercampur lendir, kontraksi yang semakin sering,. Evaluasi : Ibu dapat menyebutkan 2 dari 3 yang di jelaskan	
4	13.20 WITA	Menjelaskan persiapan persalinan <ul style="list-style-type: none"> • Persiapan yang harus di bawa ketika bersalin, dana, transportasi, persiapan ibu (baju ibu, celana dalam, pembalut), persiapan bayi (baju, popok, bedong,, topi, sarungan tanagan dan kaki) Evaluasi : Ibu dapat menyebutkan 6 dari 10 yang di jelaskan	
5	13.25 WITA	Menjelaskan tentang meneran dengan baik dan benar <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan ibu meneran mengikuti dorongan alamiah selama kontraksi, beritahu ibu untuk tgidak menahan nafas saat meneran, meminta ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat diantara kontraksi, jika ibu berbaring miring atau setengah duduk akan lebih mudah untuk meneran apabila lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan didada, meminta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran, tidak dianjurkan melakukan dorongan pada fundus. Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan, dan ibu dapat mempraktikannya.	
6	13.30 WITA	Menjelaskan pada ibu agar melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan Evaluasi : Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan	
7	13.35 WITA	Dilakukannya pendokumentasian Evaluasi : Pendokumentasian	

DOKUMENTASI SOAP INC

Tanggal / Waktu pengkajian : 23 Mei 2021 / Pukul 10.00 WITA

Tempat : RSIA ASIH SEPINNGAN

Data Sekunder(Sumber : Rekam Medis)

Ibu datang ke RSIA ASIH pukul 08.00 WITA tanggal 23 April 2021 kemudian masuk di ruang bersalin pada pukul 12.00 dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasil pemeriksaan vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir darah dan rembesan air ketuban, tampak tidak ada luka parut dari vagina, portio tebal dan lembut, pembukaan 1 cm, effacement 25%, ketuban (+) , Hodge I+, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 142 x/menit, irama teratur, His 2x dalam 10 menit lamanya 20-25 detik.

Disiapkannya pertolongan persalinan sc tanggal 24 April 2021 karena ibu mengalami KPD,Oligohidramnion dan ibu disiapkan untuk operasi. Bayi lahir , pukul 08.00 WITA, cukup bulan, segera menangis kuat, jenis kelamin laki-laki, A/S 8/10, berat badan : 2700 gram, panjang badan : 48 cm lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada : 32 cm, tidak ada cacat bawaan.

Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 08.05 WITA Kotiledon 20, selaput ketuban pada plasenta lengkap, insersi tali pusat sentralis, panjang tali pusat ± 50 cm, tebal plasenta ± 2 cm diameter plasenta ± 20 cm.

DOKUMENTASI SOAP BBL

Tanggal/ Waktu pengkajian : 23 Mei 2021 / 10.00 WITA

Tempat : RSIA ASIH SEPINNGAN

Data Sekunder (Sumber : Rekam Medis)

Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan SC, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 8/10. Pada pemeriksaan antropometri didapatkan berat badan : 2700 gram, panjang badan : 48 cm lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada : 32 cm. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, yaitu DJ 142x/ menit, Suhu 36,6°C, RR 38x/ menit.

Nilai APGAR : 8/9

Kriteria	0	1	2	Jumlah	
				1 menit	5 menit
Frekuensi					
Jantung	Tidak ada	<100	>100	2	2
Usaha Nafas	Tidak ada	Lambat/ tidak teratur	Menangis dengan baik	2	2
Tonus Otot	Tidak ada	Beberapa fleksi eksremitas	Gerakan aktif	1	1
Refleks	Tidak ada	Menyeringai	Menangis kuat	1	2
Warna Kulit	Biru/pucat	Tubuh, merah muda, ekstremitas biru	Merah muda seluruhnya	2	2
Jumlah				8	9

Terapi yang diberikan :

- a. Injeksi Neo-K sebanyak 0,5 cc
- b. Injeksi Hb-0
- c. Tetes mata

DOKUMENTASI SOAP PNC KUNJUNGAN KE 1

Tanggal/ Waktu pengkajian : 25 April 2021 / Pukul 17.00 WITA

Tempat : RSIA ASIH SEPINGGAN

S :

- Ibu mengatakan perut masih terasa mules
- Ibu mengatakan nyeri pada bagian bekas jahitan
- Ibu mengatakan ASI masih keluar sedikit
- Pola fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 1 jam, tidur malam \pm 4 jam
Nutrisi	Ibu sudah makan nasi \pm 1 centong nasi, lauk ayam 1 potong, sayur sop 1 mangkuk kecil, dan buah semangka 2 potong
Mobilisasi	Ibu sudah dapat pergi ke kamar mandi
Eliminasi	Ibu sudah flatulans, belum BAB, BAK 3 x berwarna jernih, Ganti pembalut 3 kali ganti pembalut
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya namun ASI belum terlalu banyak
Psikologis	Ibu merasa senang anak pertamanya telah lahir

O :

- Pemeriksaan umum

Keadaan Umum baik, Kesadaran composmentis, hasil pengukuran TTV: tekanan darah 110/70 mmHg, MAP : 83,3, Nadi 84 x/menit, Pernafasan 20 x/ menit, Suhu 36,3 °C

- Pemeriksaan Fisik

Mata : Konjungtiva tidak anemis, tampakn putih 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 2 jari bawah pusat, kontraksi baik dan kandung kemih kosong

Genetalia : Vulva tidak odema, tidak ada varises, tampak pengeluaran lochea rubra

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ektremitas atas : Tidak odema, kapiler refill baik

Ektremitas bawah : Tidak odema, tidak ada varises

A :

- Diagnosis : P₁₀₀₁ post SC hari ke 1

- Masalah :

- Nyeri pada bagian jahitan operasi

- Perut masih mules

- ASI masih sedikit

P :

Table 4.3
Implementasi Asuhan Kebidanan PNC Ke 1

NO	Waktu	Tindakan
1	17.10 WITA	Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran TTV TD 110/70 mmHg, nadi 84 x/ menit, pernafasan 20 x/ menit, suhu 36,3 °C Evaluasi : Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini
2	17.15 WITA	Menjelaskan pada ibu bahwa perut mules yang dirasakan adalah hal yang normal terjadi pada ibu nifas dikarenakan terjadinya involusi uteri setelah melahirkan yaitu proses kembalinya Rahim ke bentuk semula seperti sebelum hamil Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
3	17.18 WITA	Menjelaskan penyebab nyeri pada luka jahitan yaitu karena pada abdomen terdapat robekan yang dijahit sehingga menyebabkan nyeri pada daerah jahitan. Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan
4	17.20 WITA	Mengajarkan ibu untuk teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama lalu dengan memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. serta menganjurkan ibu untuk memfokuskan perhatian pada sesuatu selain nyeri, atau pengalihan perhatian ke hal- hal di luar nyeri. Dengan demikian, di harapkan ibu tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan ibu terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri bekas jahitan post SC

		Evaluasi : Ibu bersedia melakukan teknik relaksasi
5	17.25 WITA	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 serta mengajarkan teknik menyusui yang baik dan benar Evaluasi : Ibu mengerti dan bisa mempraktikkan cara menyusui yang benar
6	17.30	Memberikan KIE tentang : Istirahat : Sempatkan tidur siang atau malam, jika bayinya sedang tidur, agar terhindar dari kelelahan. Personal hygiene : <ul style="list-style-type: none"> • Mengganti pembalut 3-4 kali sehari agar tidak terjadinya infeksi • Melakukan perawatan luka post SC jika sudah kering dengan cara membersihkan luka dengan menggunakan sabun dan air, tetapi tidak boleh digosok, menjaga luka tetap kering Nutrisi : Dengan makan makanan yang mengandung tinggi protein seperti daging, ikan, telur, sayur sayuran. untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan
7	17.35 WITA	Melakukan pendokumentasian Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian

DOKUMENTASI SOAP PNC KUNJUNGAN KE 2

Tanggal/ Waktu pengkajian : 30 April 2021 / Pukul 16.00 WITA

Tempat : Jl. Pipit III No.4 RT.11, Gunung Bahagia

S :

- Ibu mengatakan nyeri pada bagian jahitan operasi
- Pola fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu sudah dapat beristirahat siang 1 jam, malam jam $\pm 4-5$ jam
Nutrisi	Ibu sudah makan nasi ± 2 centong nasi, lauk ayam 1 potong tempe 1 potong, sayur bening 1 mangkuk kecil, minum $\pm 8x$ sehari
Mobilisasi	Ibu sudah bisa jalan dengan normal tetapi saat bangun tidur masih dibantu
Eliminasi	Ibu sudah BAB 1 kali, BAK 5-6 x berwarna jernih, Ganti pembalut 2-3 kali ganti pembalut
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya sesering mungkin, dan ibu menyusui dengan baik

O :

- Pemeriksaan umum

Keadaan Umum baik, Kesadaran composmentis, hasil pengukuran TTV: tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 85 x/menit, Pernafasan 20 x/ menit, Suhu 36,5°C

BB 56 kg

- Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tidak odema dan tidak pucat

Mata : Konjungtiva tidak anemis, dan sklera tidak ikterik

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

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

Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ektremitas : Homan Sign (-), tidak ada odema

A :

- Diagnosis : P₁₀₀₁ post SC hari ke 6
- Masalah : Nyeri pada bagian jahitan bekas operasi
- Dasar : Ibu mengeluh nyeri pada bagian jahitan bekas operasi

P :

Table 4.4
Implementasi Asuhan Kebidanan PNC Ke 2

NO	Waktu	Tindakan
1	16.10 WITA	Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran TTV tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 85 x/ menit, pernafasan 20 x/ menit, suhu 36,5 °C Evaluasi : Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini
2	16.12 WITA	Menjelaskan penyebab nyeri pada luka jahitan yaitu karena pada abdomen terdapat robekan yang dijahit sehingga menyebabkan nyeri pada daerah jahitan. Dan nyeri pada bekas jahitan operasi SC masih normal Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan
3	16.17 WITA	Memberikan KIE tentang : <ul style="list-style-type: none"> • Menyusui bayinya secara on demand dan maksimal 2 jam sekali Evaluasi : Ibu bersedia menyusui bayinya secara on demand • Tentang cara melakukan perawatan luka post SC jika sudah kering dengan cara membersihkan luka dengan menggunakan sabun dan air, tetapi tidak boleh digosok, menjaga luka tetap kering Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya • Mengajarkan kepada ibu untuk makan makanan yang banyak mengandung protein seperti ikan, telur, daging agar luka jahitan cepat sembuh Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelas yang diberikan • Mengajarkan kepada ibu tehnik relaksasi dan menganjurkan kepada ibu untuk istirahat cukup Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya
4	16.25 WITA	Melakukan pendokumentasian Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian

DOKUMENTASI SOAP PNC KUNJUNGAN KE 3

Tanggal/ Waktu pengkajian : 7 Mei 2021 / Pukul 15.00 WITA

Tempat : Jl. Pipit III No.4 RT.11 Gunung Bahagia

S :

- Ibu mengatakan nyeri pada jahitan bekas operasi
- Pola fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu sudah dapat beristirahat siang 1 jam saat bayinya tidur, malam \pm 4 jam karena menyusui bayinya
Nutrisi	Ibu sudah makan nasi \pm 2 centong nasi, 1 buah butir telur, tempe 1-2 potong, sayur bening 1 mangkuk kecil, 1-2 buah pisang
Mobilisasi	Ibu sudah dapat berjalan dengan baik
Eliminasi	Ibu BAB 1 x/hari, BAK 5-6 x berwarna jernih, sudah tidak menggunakan pembalut.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya sesering mungkin, ASI sudah keluar banyak
Psikologis	Ibu sudah dapat beradaptasi dengan bayinya, dan senang merawat bayinya, dan ibu merasa bahagia.

O :

- Pemeriksaan umum

Keadaan Umum baik, Kesadaran composmentis, hasil pengukuran TTV : tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, Pernafasan 20 x/ menit, Suhu 36,3°C

- Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tidak odema dan tidak pucat

Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak tampak ikterik,

Payudara : Payudara membesar, tampak bersih, pengeluaran ASI banyak, ,
puting susu menonjol.

Abdomen : TFU sudah tidak teraba, dan kandung kemih kosong

Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ektremitas : Homan Sign (-) , tidak ada odema.

A :

- Diagnosis : P₁₀₀₁ post SC hari ke 13
- Masalah : Nyeri pada luka bekas jahitan SC

P :

Table 4.5
Implementasi Asuhan Kebidanan PNC Ke 3

NO	Waktu	Tindakan
1	15.00 WITA	Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran TTV TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/ menit, pernafasan 20 x/ menit, suhu 36,3 °C Evaluasi : Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini
2	15.13 WITA	Memastikan ibu mendapatkan cukup makan, dan istirahat yang baik. Evaluasi : Nutrisi pada ibu sudah cukup tetapi istirahat masih kurang
3	15.15 WITA	Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit dalam menyusui Evaluasi : Ibu dapat menyusi bayinya dengan baik
4	15.17 WITA	Menjelaskan macam macam alat kontrasepsi Evaluasi : Ibu mengerti dan ingin menggunakan pil
5	15.18 WITA	Melakukan pendokumentasian Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian

DOKUMENTASI SOAP NEONATUS KUNJUNGAN KE 1

Tanggal/ Waktu pengkajian : 25 April 2021 / Pukul 17.00 WITA

Tempat : RSIA ASIH SEPINGGAN

S :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya
- Pola fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi mendapat ASI
Eliminasi	BAK 1 x warna jernih, konsistensi cair BAB 1 x warna hijau kehitaman, konsistensi lunak
Istirahat	Bayi tidur dan bangun saat haus saja
Personal Hygiene	Bayi sudah dimandikan, bayi diganti popok setiap selesai BAK dan BAB

O :

- Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 128x/menit, pernafasan 42x/menit, dan suhu 36 °C

- Pemeriksaan fisik

Berat badan : 2700 gram

Panjang : 48 cm

Lingkar kepala : 32 cm

Lingkar dada : 32 cm

(Sumber : Buku KIA)

Mata : Sklera tidak ikterik dan tidak ada pengeluaran yang abnormal

Dada : Tidak ada retraksi

Abdomen : Tali pusat masih tampak basah, tidak ada tanda-tanda infeksi

Kulit : Kulit tampak kemerahan

Refleks : Glabella (+), Mata boneka (+), Blinking (+), Rooting (+)

Sucking (+), Swallowing (+), Tonick neck (+), Moro (+), Grasping (+)

A :

- Diagnosa : NCB-SMK post SC Usia 1 hari
- Masalah : Tidak ada

P :

Table 4.6
Implentasi Asuhan Kebidanan NEONATUS Ke 1

Waktu	Tindakan	Paraf
17.30 WITA	Melakukan perawatan neonatus Menjaga kebersihan bayi dan nutrisi yang adekuat untuk bayi, meningkatkan hubungan antara orang tua dan bayi Evaluasi : Ibu mengerti dan dapat menyebutkan 2 dari 3 yang dijelaskan	
17.34 WITA	Memberitahu ibu tanda tanda bahaya bayi Jika bayi tidak mau menyusui, adanya tarikan dinding bagian dada, kulit kebiruan, keluar darah pada tali pusat, dan demam Evaluasi : Ibu dapat menyebutkan 3 dari 6 yang dijelaskan	
17.37 WITA	Jaga kehangatan tubuh bayi dengan menggunakan bedong, baju, topi, sarung tangan dan kaki. Evaluasi : Bayi tetap memakai pakaian bersih dan kering	
17.40 WITA	Mengajarkan ibu perawatan tali pusat yaitu dengan prinsip bersih dan kering Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami tentang perawatan tali pusat	
17.42 WITA	Memberitahu ibu untuk sesering mungkin memberikan ASI kepada bayinya Evaluasi : Ibu bersedia untuk memberikan ASI sesering mungkin	
17.45 WITA	Menganjurkan ibu sesering mungkin memantau eliminasi bayi Evaluasi : Ibu bersedia selalu mengecek jika bayi BAK atau BAB	
17.46 WITA	Mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar dengan cara kepala bayi di bagian siku ibu, perut ibu bertemu perut bayi, areola ibu masuk pada mulut bayi, tangan ibu menyanggah payudara hingga berbentuk huruf C, pastikan mulut dan hidung tidak tertutup. Evaluasi : Ibu mengerti dan telah mempraktikannya	
17.40 WITA	Melakukan pendokumentasian Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian	

DOKUMENTASI SOAP NEONATUS KUNJUNGAN KE 2

Tanggal/ Waktu pengkajian : 30 April 2021 / Pukul 16.00 WITA

Tempat : Jl. Pipit III No.4 RT.11

S :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya
- Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi mendapat ASI dengan cukup
Eliminasi	BAK 4 x warna jernih, konsistensi cair BAB 2-3 x warna hijau kehitaman, konsistensi lunak
Istirahat	Bayi tidur dan bangun setiap 2 jam sekali untuk diberikan ASI
Personal Hygine	Bayi dimandikan 2 kali dipagi hari dan sore hari, bayi diganti popok setiap selesai BAK dan BAB

O :

- Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 147x/menit, pernafasan 48x/menit, dan suhu 36,6°C

- Pemeriksaan fisik

Berat badan : 2800 gram

Mata : Sklera tidak ikterik dan tidak ada pengeluaran yang abnormal

Dada : Tidak ada retraksi

Abdomen : Tali pusat belum lepas dan tampak kering, tidak ada tanda-tanda infeksi

Kulit : Kulit tampak sedikit kuning pada bagian kepala hingga leher

A :

- Diagnosa : NCB-SMK Post SC Usia 6 hari

P :

Table 4.7
Implentasi Asuhan Kebidanan NEONATUS Ke 2

Waktu	Tindakan	Paraf
16.05 WITA	Mejelaskan hasil pemeriksaan bayi pada ibu keadaan umum baik, nadi 147x/menit, pernafasan 48x/menit,suhu 36,6°C,bb 2800 gram,mata : sklera tidak ikterik dan tidak ada pengeluaran yang abnormal,dada tidak ada retraksi,tali pusat belum lepas dan tampak kering, tidak ada tanda-tanda infeksi,kulit tampak sedikit kuning pada bagian kepala hingga leher Evaluasi : Ibu mengerti dan paham hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan normal	
16.07 WITA	Menjelaskan pada ibu bahwa kuning pada bayi adalah hal yang wajar terjadi pada bayi baru lahir dibawah usia 2 minggu dikarenakan fungsi dari hati bayi belum cukup matang untuk menyingkirkan bilirubin dalam aliran darah. Evaluasi : Ibu mengerti bahwa kuning pada bayinya dalam keadaan normal dan dapat hilang dalam 2 minggu	
16.09 WITA	Menganjurkan pada ibu untuk menjemur bayi di matahari pagi agar kulit bayi tidak kuning yaitu dengan cara bayi tidak menggunakan pakaian, mata ditutup, dan bagian kemaluan ditutup Evaluasi : Ibu bersedia akan menjemur bayinya dipagi hari	
16.10 WITA	Memberitahu ibu untuk memberikan ASI pada bayinya sesring mungkin agar tidak terjadi kuning pada bayi Evaluasi : Ibu bersedia dan mau menyusui bayinya sesering mungkin	
16.12 WITA	Jaga kehangatan tubuh bayi dengan menghindari bayi terkena kipas angin secara langsung Evaluasi : Ibu bersedia menjaga kehangatan bayinya	
16.15 WITA	Mengajarkan ibu perawatan tali pusat yaitu dengan prinsip bersih dan kering Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami tentang perawatan tali pusat	
16.17 WITA	Melakukan perawatan neonatus Menjaga kebersihan bayi dan nutrisi yang adekuat untuk bayi, meningkatkan hubungan antara orang tua dan bayi Evaluasi : Ibu mengerti dan dapat menyebutkan 2 dari 3 yang dijelaskan	
16.21 WITA	Melakukan pendokumentasian Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian	

DOKUMENTASI SOAP NEONATUS KUNJUNGAN KE 3

Tanggal/ Waktu pengkajian : 7 Mei 2021 / Pukul 16.00 WITA

Tempat : Jl. Pipit III No.4 RT.11

S :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya

O :

- Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138x/menit, pernafasan 40x/menit, dan suhu 36,3°C

- Pemeriksaan fisik

Berat badan : 2900 gram

Mata : Sklera tidak ikterik dan tidak ada pengeluaran yang abnormal

Dada : Tidak ada retraksi

Abdomen : Tali pusat sudah lepas dan tampak kering, tidak ada tanda-tanda infeksi

Kulit : Kulit tampak sedikit kuning

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi mau menyusui dengan ibu 2 jam sekali, ibu tidak memberikan makanan atau minuman selain ASI
Eliminasi	BAK 4-6 x warna jernih, konsistensi cair BAB 3-4 x warna hijau kehitaman, konsistensi lunak
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah
Personal Hygiene	Bayi dimandikan 2 x/ hari, bayi diganti popok setiap selesai BAK dan BAB
Perkembangan	Bayi sudah dapat tersenyum dan nangis jika lapar, haus, mengantuk, dan popok basah

A :

Diagnosa : NCB-SMK post SC Usia 13 hari

P :

Table 4.8
Implentasi Asuhan Kebidanan NEONATUS Ke 3

Waktu	Tindakan	Paraf
16.20 WITA	Mejelaskan hasil pemeriksaan bayi pada ibu keadaan umum baik, nadi 138x/menit, pernafasan 40x/menit,suhu 36,3°C,bb 2900 gram,mata : sklera tidak ikterik dan tidak ada pengeluaran yang abnormal,dada tidak ada retraksi,tali pusat sudah lepas dan tidak ada tanda-tanda infeksi,kulit tampak sedikit kuning pada bagian kepala hingga leher Evaluasi : Ibu mengerti dan paham hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan normal	
16.21 WITA	Menjelaskan pada ibu bahwa kuning pada bayi adalah hal yang wajar terjadi pada bayi baru lahir dibawah usia 2 minggu dikarenakan fungsi dari hati bayi belum cukup matang untuk menyingkirkan bilirubin dalam aliran darah. Evaluasi : Ibu mengerti bahwa kuning pada bayinya dalam keadaan normal dan dapat hilang dalam 2 minggu	
16.23 WITA	Memberikan KIE tentang Imunisasi Menjelaskan kepada ibu macam-macam imunisasi wajib yang harus dilakukan oleh ibu yaitu BCG, Polio, DPT, Campak dan IPV Evaluasi : Ibu bersedia dilakukannya imunisasi jika sudah jadwalnya	
16.25 WITA	Mengingatkan ibu untuk imunisasi BCG Evaluasi : Ibu bersedia untuk dilakukan imunisasi BCG jika sudah waktunya	
16.27	Memastikan ibu kembali cara menyusui dengan benar Evaluasi : Ibu sudah dapat menyusui bayinya dengan benar	
16.30 WITA	Melakukan pendokumentasian H : Telah dilakukan pendokumentasian	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan kebidanan komprehensif yang diterapkan pada Ny. U G₁P₀₀₀₀ usia kehamilan 31 minggu pada tanggal 1 Maret 2021 yaitu dimulai pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Asuhan Kehamilan

a. Kunjungan I

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. U pada tanggal 1 Maret 2021, didapatkan bahwa Ny. U berusia 27 tahun G₁P₀₀₀₀ HPHT 25 Juli 2021 dan taksiran persalinan tanggal 2 Mei 2021. Pada pemeriksaan abdomen dengan metode *Mc. Donald* didapatkan TFU 25 cm.

Hal ini tidak sesuai dengan teori (Leopold, 2012) yang mengatakan bahwa TFU 25 cm adalah untuk usia kehamilan 28 minggu. sedangkan usia kehamilan Ny. U TFU yang seharusnya adalah 30 cm.

Menurut penulis terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan yaitu : bahwa kehamilan Ny. U usia 31 Minggu TFU nya adalah 25 cm. Dan salah satu masalah potensial TFU yang tidak sesuai dengan kehamilan yaitu IUGR. Menurut Figueras dan Gardosi (2011) Bayi dapat diasumsikan mengalami IUGR jika hasil pengukuran kurang 3 cm dari normal, atau dari pengukuran berkelanjutan TFU tidak bertambah sesuai usia kehamilan , yang artinya bayi tidak bertambah besar sesuai masa kehamilan. Asuhan yang diberikan untuk

mengatasi masalah pada Ny.U yaitu menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bernutrisi seperti sayur-sayuran hijau yaitu bayam merah, kacang-kacangan, dan mengkonsumsi vitamin FE dengan rutin.

b. Kunjungan II

Kunjungan kedua tanggal 17 April 2021 Pukul 13.00 WITA dengan usia kehamilan 38 minggu 5 hari. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil TFU 31 cm. Penulis berpendapat ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik yaitu TFU masih kurang dari standar normal hal tersebut dijelaskan dalam teori Mc. Donald (2011) TFU normal usia kehamilan 38 minggu yaitu 33 cm, Asuhan yang penulis berikan yaitu dengan menganjurkan klien untuk meminum vitamin pada saat malam hari atau sebelum tidur serta makan-makanan yang bernutrisi seperti sayuran hijau, buah-buahan, lauk pauk, mengkonsumsi vitamin FE dan Kalk, dan minum susu setiap hari, dan mengajarkan ibu senam hamil serta menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilan rutin sebulan sekali atau jika ada keluhan.

2. Asuhan Persalinan

Setelah memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. U yaitu 40 minggu. Menurut teori Persalinan dikatakan normal jika prosesnya terjadi pada kehamilan cukup bulan (usia 37- 40 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2017). Penulis menyimpulkan bahwa persalinan yang dialami Ny. U sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik.

Tanggal 23 April 2021 pukul 08.00 WITA Ny. U merasakan keluar air-air tidak terlalu banyak, berwarna bening dan pada pukul 09.00 WITA Ny. U memutuskan untuk segera memeriksakan diri ke Rumah Sakit ASIH karena Ny. U merasakan keluar air-air. Saat tiba Di RS Ny. U dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan serviks 1 cm dan saat dilakukan tes nitrazin didapatkan hasil kertas lakmus berubah jadi biru, berdasarkan pemeriksaan tersebut Ny. U didiagnosis ketuban pecah dini lalu dilakukan USG dan di dapatkan hasil diagnosis oligohidramnion.

Dilakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dan ditegakkan diagnose Ny.U G₁P₀₀₀₀ hamil yaitu 40 minggu dengan KPD. KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho, 2011). Sedangkan menurut (Sofian, 2011) Ketuban pecah dini atau spontaneous/early/ premature rupture of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu, yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multi kurang dari 5 cm. Penulis sependapat dengan teori tersebut, karena Ny. U mengalami pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yaitu pada pembukaan 1 atau

kurang dari 5 cm maka dapat disimpulkan Ny. U mengalami KPD (Ketuban Pecah Dini) ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik.

Pada Kala I persalinan Ny. U tidak terjadi kemajuan persalinan hingga >12 jam Penulis berpendapat terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena menurut (Prawirohardjo, 2014) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam.

Indikasi persalinan section caesarea yang direkomendasikan oleh dokter pada Ny. U dikarenakan Ny. U mengalami KPD dengan oligohidramnion. Penulis berpendapat tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik karena hal tersebut sudah sesuai dengan teori yang dinyatakan (Oxon dkk, 2011) yaitu indikasi section caesarea salah satunya adalah oligohidramnion yang disebabkan oleh penurunan volume air ketuban yang disebabkan oleh ketuban pecah sehingga volume cairan ketuban semakin berkurang.

Asuhan kebidanan yang dilakukan adalah melakukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk persiapan section caesarea meliputi, melakukan tes antibiotika, memberikan ibu antibiotik Cefazolin 2 gram dalam 100 ml NaCl 0,9%, pemasangan dower cateter, dan melakukan pembersihan pada daerah yang akan dilakukan pembedahan.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. U lahir dengan tindakan section caesarea tanggal 24 April 2021 pukul 08.00 wita setelah bayi lahir dilakukan penilaian sepiantas bayi cukup bulan, bayi tidak megap-megap, warna kulit tidak cyanosis, bayi bergerak aktif. Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan (Dewi, 2012) yang menyatakan bahwa segera setelah bayi lahir lakukan penilaian sepiantas secara cepat dan tepat (0-30 detik) untuk membuat diagnosa agar dilakukan asuhan berikutnya. Yang dinilai : bayi cukup bulan atau tidak, usaha nafas yaitu bayi menangis keras, warna kulit bayi terlihat cyanosis atau tidak, gerakan aktif atau tidak, frekuensi jantung normal/tidak.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek karena telah dilakukan penilaian sepiantas pada By. Ny. U dan tidak ditemukannya penyulit. Lalu dilakukan pemeriksaan umum bayi yang terdiri dari pemeriksaan TTV yaitu Nadi : 142x/ menit, Respirasi : 38 x/ menit, Suhu: 36,6 °c. Pemeriksaan antropometri bayi adalah BB 2700 , PB 48 cm, LK 32 cm.

Pada pemeriksaan antropometri yang di kemukakan oleh Saifuddin (2011) bahwa denyut jantung bayi (110-180 kali per menit), Suhu tubuh (36,5°c -37,5°c), Pernafasan (40-60 kali per menit). Pemeriksaan antropometri menurut Berat badan (2500-4000 gram), Panjang badan (44- 53 cm), Lingkar kepala (29-36 cm), Lingkar dada (29-34 cm), Lingkar lengan (>9,5 cm). Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan bahwa pemeriksaan antropometri pada bayi normal dan tidak ada masalah.

4. Asuhan Masa Nifas

a. Kunjungan KF 1 (1 Hari Post Partum)

Tanggal 25 April 2021 pukul 17.00 WITA Kunjungan pertama nifas 1 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi Ny. U mengeluh perut masih terasa mules dan nyeri pada bagian bekas jahitan operasi Hal ini sesuai teori perut mules yang dirasakan adalah hal yang normal terjadi pada ibu nifas dikarenakan terjadinya involusi uteri setelah melahirkan yaitu proses kembalinya rahim ke bentuk semula seperti sebelum hamil (Sarwono,2011)

Nyeri pada jahitan bekas operasi yang dirasakan Ny. U sesuai teori menurut (Chapman dan Charles, 2013). Nyeri post sc akan hilang seiring dengan penyembuhannya yang normalnya berlangsung beberapa hari atau minggu karena sifatnya sementara. Nyeri yang dirasakan oleh klien pasca operasi merupakan penyebab dari stress, gelisah yang menyebabkan klien yang mengalami gangguan tidur, gelisah dan frustrasi.

Pada pemeriksaan Ny. U ditemukan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit , pernafasan 20x/menit , suhu 36,3 °C. Ny. U mengatakan ASI sudah keluar berwarna putih kekuningan hal ini sesuai teori yaitu ASI dalam stadium laktasi dibedakan menjadi kolostrum dikeluarkan pada hari ke 1-3 postpartum, berwarna kekuning-kuningan,ASI masa peralihan: dikeluarkan dari hari ke-4 sampai hari ke-10,ASI matur: dikeluarkan pada hari ke-10 dan seterusnya (Anggraini,2012)

Saat dilakukan pemeriksaan kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, lochea rubra, pendarahan masih batas normal, Ny. U mengganti pembalut 2-3x perhari. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan sesuai teori yaitu menurut (Dewi, Vivian Nanny Lia dan Tri Sunarsih. 2012) Saat bayi lahir TFU setinggi pusat, hari ke 1-2 TFU 2 jari dibawah pusat, 1 minggu PP TFU pertengahan pusat simfisis, 2 minggu PP TFU sudah tidak teraba. pengeluaran lochea mulai dari lochea rubra (1-3 hari PP), lochea sanguinolenta (4-7 hari PP), lochea serosa (7-14 hari PP) hingga lochea alba (2-6 minggu PP)

b. Kunjungan KF 2 (6 hari)

Pada tanggal 30 April 2021 pukul 16.00 WITA. Kunjungan kedua nifas 6 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi Ny.U mengeluh masih nyeri pada bekas jahitan operasi hal tersebut sesuai teori karena pada abdomen terdapat robekan yang dijahit sehingga menyebabkan nyeri pada daerah jahitan. (Sarwono, 2011)

Saat dilakukan pemeriksaan ditemukan tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 85 x/menit, Pernafasan 20 x/ menit, Suhu 36,5 °C, saat dilakukan pemeriksaan kontraksi uterus baik, TFU ½ pusat symfisis, lochea sanguinolenta, Perdarahan masih batas normal, Ny. U mengganti pembalut setiap habis mandi atau jika penuh 1 pembalut.

Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan sesuai teori yaitu menurut (Dewi, Vivian Nanny Lia dan Tri Sunarsih. 2012) Saat bayi lahir TFU setinggi pusat, hari ke 1-2 TFU 2 jari dibawah pusat, 1 minggu PP TFU pertengahan pusat simfisis, 2 minggu PP TFU sudah tidak teraba. pengeluaran

lochea mulai dari lochea rubra (1-3 hari PP), lochea sanguinolenta (4-7 hari PP), lochea serosa (7-14 hari PP) hingga lochea alba (2-6 minggu PP)

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek saat melakukan asuhan yang diberikan pada Ny. U yaitu KIE tentang menyusui bayinya secara on demand, perawatan luka operasi SC, makan makanan berprotein tinggi dan teknik relaksasi atau istirahat yang cukup. Hal ini sesuai teori yaitu memastikan ibu menyusui dengan benar, memastikan ibu cukup makan, minum, personal hygiene, istirahat memberi ibu konseling pengasuhan bayi (Suherni, 2011)

c. Kunjungan KF 3 (13 hari)

Pada tanggal 7 Mei 2021 pukul 15.00 WITA. Kunjungan ke 3 nifas 13 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi Ny. U saat dilakukan pemeriksaan ditemukan tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, Pernafasan 20 x/ menit, Suhu 36,3 °C, pemeriksaan dalam keadaan baik, lochea alba, tfu sudah tidak teraba dan tidak ada tanda-tanda infeksi nifas, tanda hotman sign negatif (Sukarni, 2013) lochea yang muncul pada minggu ke 3 post partum yaitu loche serosa dengan berwarna kuning.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek, pada Ny. U, penulis memberikan KIE kepada Ny. U tentang menjaga asupan nutrisi seimbang, ibu menyusui bayinya dengan baik serta macam-macam alat kontrasepsi

5. Asuhan Neonatus

By Ny. U mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali sesuai dengan teori yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN-1 dilakukan 6-8 jam, KN-2 dilakukan 3-7 hari, KN-3 dilakukan 8-28 hari (Muslihatun, 2011) Penulis berpendapat bahwa ditemukannya kesenjangan antara teori dengan praktik Penulis tidak mendapatkan kunjungan KN-1 yang seharusnya dilakukan pada jam ke 6-8 setelah bayi lahir.

a. Kunjungan KN 1 (1 hari post partum)

Tanggal 25 April 2021 pukul 17.00 WITA, dilakukan kunjungan neonatus 1 hari post partum setelah kelahiran bayi penulis melakukan pemantauan, keadaan umum neonatus baik, nadi 128x/menit, pernafasan 42x/menit, dan suhu 36°C dalam batas normal, tidak ada tanda infeksi pada tali pusat, neonatus mengkonsumsi ASI dan neonatus telah BAB 1x berwarna hitam kehijauan dan BAK 1x kekuningan.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena telah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan yang ditetapkan dan dari hasil pemeriksaan bahwa By. Ny. U tidak terlihat tanda-tanda kelainan (Saifudin, 2014)

b. Kunjungan KN 2 (6 hari)

Tanggal 30 April 2021 pukul 16.00 WITA, dilakukan kunjungan Neonatus di hari ke-6. Saat dilakukan pemeriksaan pada bayi Ny. U didapatkan hasil pemeriksaan nadi 147x/menit, pernafasan 48x/menit, dan suhu 36,6°C, bb 2800, BAK \pm 4 kali, BAB 3-4 kali, tali pusat sudah terlepas, tidak ada tanda-tanda infeksi, bersih dan kering hal ini sesuai teori sisa tali

pusat yang masih menempel di perut bayi (umbilical stump), akan mengering dan biasanya akan terlepas sendiri dalam satu minggu setelah lahir dan luka akan sembuh dalam 15 hari (Meiliya & Karyuni, 2011)

Pada By.Ny U didapatkan warna kulit bayi sedikit kuning pada bagian kepala hingga leher, hal sesuai dengan teori Komalasari(2011), ikterus fisiologis adalah kondisi kuning yang dialami bayi pada usia 2-3 hari setelah lahir. Selanjutnya didapatkan dari data subjektif dan objektif, kulit kuning pada bayi sudah menghilang 2 minggu setelah bayi lahir

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena bayi Ny. U mengalami ikterik pada minggu pertama kehidupannya dan itu merupakan fisiologis, sehingga penulis menyarankan untuk sesering mungkin memberikan 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

c. Kunjungan KN 3 (13 hari)

Tanggal 7 Mei 2021, pukul 15.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus III ke-13 hari setelah bayi lahir. Keadaan neonatus dalam keadaan sehat dan berat badan bayi meningkat. Saat dilakukan pemeriksaan pada bayi Ny. U didapatkan hasil pemeriksaan nadi 138x/menit, pernafasan 40x/menit, dan suhu 36,3°C, bb 2900 dan masih sedikit kuning

Menurut pendapat penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek. penulis menyarankan kepada Ny. U untuk tetap memberikan asi kepada bayinya dan menjemur bayinya di pagi hari.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu pemerintah telah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013). Tujuan penulis memberikan penyuluhan kontrasepsi kepada klien untuk membantu klien dalam memilih alat kontrasepsi yang tepat baginya.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan pada saat kehamilan Ny. U dan suami merencanakan akan menggunakan KB PIL. Pada asuhan keluarga berencana (KB), penulis menjelaskan macam-macam alat kontrasepsi yaitu menjelaskan pengertian, kelebihan, kekurangan, epektifitas, cara kerja, waktu yang tepat pemakaian alat kontrasepsi tersebut. Ny. U telah memutuskan dan ingin menggunakan PIL KB merupakan salah satu alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan sesuai dengan keinginan pasien.

Pada asuhan kebidanan kontrasepsi Ny. U dilakukan pada hari ke 38 PP melalui video cofference. Hasil pemeriksaan ibu masih belum menggunakan KB karena ibu ingin menggunakan KB setelah 40 hari masa nifas.

Menurut penulis berdasarkan teori dan keputusan Ny.U dalam pemilihan kontrasepsi yang telah ditentukan sudah tepat untuk menjarangkan kehamilan, karena tidak mempengaruhi produksi ASI. Ibu tetap bisa memberikan ASI secara eksklusif pada bayi sampai dengan usia 6 bulan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus continuity of care pada Ny. U usia 27 tahun dengan masalah tfu tidak sesuai usia kehamilan sampai pelayanan kontrasepsi karena dilakukan pemantauan intensif kepada Ny U, 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

Diagnosa yang dapat di tegakkan pada masa ante natal care pada Ny. U G1P0000 usia kehamilan 31 minggu, janin tunggal hidup intra uterin. Pada asuhan antenatal care telah dilaksanakan 2x kunjungan ditemukan masalah pada Ny.U yaitu tfu tidak sesuai usia kehamilan. asuhan antisipasi yang diberikan diantaranya mengonsumsi vitamin yang diberikan, mengonsumsi makan makanan bergizi, menghindari stress, minuman beralkohol, merokok dll, rutin melakukan olahraga, rutin memeriksakan ke dokter kandungan untuk USG

2. Intra natal care

Asuhan kebidanan intra natal care pada Ny. U dilakukan pada tanggal 24 April 2021. Proses persalinan dilakukan dengan tindakan sectio caesara atas indikasi KPD dan oligohidramnion.

3. Bayi baru lahir

Bayi baru lahir Ny. U lahir dengan tindakan section caesura, bayi baru lahir Ny. U lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, dan berat bayi baru lahir normal, Komplikasi dan masalah potensial pada BBL tidak terjadi. karena sudah di berikan asuhan antisipasi.

4. Post Natal Care

Pada asuhan nifas secara komprehensif telah dilakukan pada Ny. U telah menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan teknik pendokumentasian SOAP. Kunjungan nifas Ny. U dilakukan sebanyak 3 kali dari hasil pemeriksaan masa nifas Ny. U pada kunjungan pertama didapatkan hasil pemeriksaan Ny. U masih merasakan mules dan nyeri pada bekas jahitan operasi SC, dan saat kunjungan kedua ditemukan Ny. U masih mengeluh nyeri pada bekas jahitan operasi SC Namun pada kunjungan selanjutnya berjalan dengan baik Ny. U masih mengeluh nyeri pada bekas jahitan operasi SC tetapi sudah lebih baik dari sebelumnya.

5. Neonatus

Asuhan kebidanan neonatus pada Ny. U telah dilaksanakan 3 kunjungan dengan melakukan pendekatan menggunakan pendokumentasian SOAP. Neonatus Ny. U keadaannya dalam batas normal karena ibu paham tentang tanda bahaya pada bayi, cara

perawatan tali pusat bayi, serta tentang imunisasi dasar bayi. Pada kunjungan ke II dan III pada bayi ditemukan ikterus fisiologis dan Ny.U telah dianjurkan untuk tetap menyusui dan menjemur bayinya dipagi/sore hari.

6. Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi pada Ny. U dilaksanakan pada kunjungan nifas III dengan memberikan konseling KB. Hasil dari asuhan tersebut yaitu setelah dilakukan konseling tentang pelayanan kontrasepsi, Ny. U berencana menggunakan PIL KB.

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

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Klien

a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.

- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi klien bahwa kehamilan dengan anemia ringan yang 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.
 - c. Diharapkan dapat membawa bayi ke fasilitas kesehatan untuk di imunisasi sesuai jadwal yang terdapat di buku KIA.
3. Bagi Mahasiswa Kebidanan
- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
 - b. Diharapkan dari 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.
 - c. Diharapkan dalam pelaksanaa Laporan Tugas Akhir berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan

DAFTAR PUSTAKA

- Arisman, 2011. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta:EGC Dalam Fajrina,
- Adiba. 2012. *Hubungan Pertambahan Berat Badan Selama Hamil Dengan*
- Arisman, 2011. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta:EGC
- Berat Badan Lahir di Rumah Bersalin Lestari Ciampea Bogor Tahun*
- 2010*
- BKKBN. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia(SDKI) Tahun 2012*.
Jakarta: BKKBN
- Bobak, Lowdermilk, & Jansen. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Editio*
Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 2011. Sistem kesehatan nasional. Jakarta : ditjen bina yanmedik
<https://www.kemendes.go.id>
- Djamaliah. 2011. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Handayani, S., 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*, Yogyakarta :
Pustaka Rihana.
- Husanah, Een., 2019. *Rujukan Lengkap Konsep Kebidanan*, Yogyakarta :Deepublish
- Hutahaean. 2013. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologis*. Yogyakarta :
Deepublish
- Indonesia, P.M.K.R., 2011. *Penyelenggaraan Praktik Kebidanan*.
- Ibuhamil.com. 2013. *Tabel Kenaikan Berat Badan Janin dan Ibu Hamil*.
<http://ibuhamil.com/diskusi-umum/20430-tabel-kenaikan-bb-janin- bumil.html>.

Diakses tanggal 26 Maret 2021.

Baliwati. 2011. *Konser Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan Patologis*. Jakarta :

EGC

Kementerian kesehatan RI, Sekretariat jenderal. 2014.

Profil kesehatan indonesia tahun 2013. Jakarta : Kementerian kesehatan RI

<https://www.kemendes.go.id> diakses pada 27 maret 2021.

Kristiyana, W., 2011. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*, Yogyakarta : Nuha

Medika.

Kristiyanti F. Ayu, dan Kusumastuti. A, "*HUBUNGAN PEMBERIAN ASI*

EKSKLUSIF DENGAN PENURUNAN BERAT BADAN IBU

MENYUSUI," Journal of Nutrition College, vol. 2, no. 4, pp. 682-688, Oct.

2013.

<https://doi.org/10.14710/jnc.v2i4.3831> diakses pada tanggal 28 maret 2021

Kusmiyati, Y., 2011. *Penuntun Praktikum Asuhan Kehamilan*, Yogyakarta :

Fitramaya.

Kuswanti, I., 2014. *Asuhan Kehamilan*, Yogyakarta : PT. Pustaka Pelajar.

Lestary, Dwi. 2015. Tinjauan pustaka persalinan pdf. <http://repository.ump.ac.id/pdf>

diakses tanggal 27 maret 2021.

- Maritalia, D., 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Marni & Rahardjo, 2014. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Maternity, D., Yantina, Y. & Putri, R.D., 2014. *Asuhan Kebidanan Patologis* D.L.Saputra, ed., Tangerang : Binarupa Aksara Publisher.
- Mufdila. 2011. *Panduan asuhan kebidanan ibu hamil*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Muslihatun, W.N., Mufdillah & Setyawati, N., 2013. *Dokumentasi Kebidanan*, Yogyakarta : Fitramaya.
- Nanny, Vivian. (2011). *Asuhan kehamilan untuk kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nugroho, T., Nurrezki & Warnaliza, D., 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas (ASKEB 3) 1st ed.*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Oxorn, W. R. (2011). *Ilmu Kebidanan : Patofisiologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika
- Legawati. (2018). *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang : Wineka Media
- Prawirohardjo, S., 2014. *Ilmu Kebidanan 4th ed.*, Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Profil dinas kesehatan kota balikpapan. 2017. Profil kesehatan kota balikpapan tahun 2017. http://dkk.balikpapan.go.id/Profil_Kes_2017_.pdf.
- Profil Kesehatan Kota Balikpapan. 2017*. Dinas Kesehatan Kota Balikpapan.
- Rusli, Awang Irawan, dkk. 2016. *Hubungan Peningkatan Berat Badan Ibu Hamil dengan Lama Persalinan*. Jakarta
- Romauli. 2011. *Kebutuhan Dasar Ibu Hamil*, Yogyakarta : Deepublish
- Prawirohardjo 2011. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: P.T Bina

Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Prawiwohardjo 2011. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta : PT
Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saifuddin, A.B., 2010. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta : PT
Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saryono. 2011. *Perawatan Antenatal Care Jilid II*. Yogyakarta : Deepublish

Soleha, S., 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*, Jakarta : Salemba Medika.

Sukarni dan wahyu.2013. hubungan usia menarche dengan lama siklus menstruasi.
Digilib.unhas.ac.id

Sukarno, I., 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan Patologi*,
Jakarta : Nuha Medika

Varney, H., Kriebes, J.M. & Gregor, C.L., 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*
Volume 1 4th ed. E. Wahyuningsih et al., eds., Jakarta : EGC.

Vivian,2011

Wahyuni, S., 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*, Jakarta : EGC.

WHO. *Sustainable Development Global solutions Network (SDGs)*. Jakarta: United
Nation; 2015

Wiknjosastro, H., 2011. *Ilmu Bedah Kebidanan*, Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono
Prawirohardjo.

World Health Organization (2017). Mental disorders fact sheets. World Health
Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

DAFTAR LAMPIRAN

INFORMASI

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "U"

G₁P₀₀₀₀ USIA KEHAMILAN 31 MINGGU DI

PUSKESMAS GUNUNG BAHAGIA BALIKPAPAN

.....MARET 2021 S.DJUNI 2021

Yang terhormat,

Calon Klien Asuhan Kebidanan Komprehensif Di-

Tempat Dengan hormat,

Saya yang memberikan informasi:

Nama : Elfrida Rahmawati

NIM : P07224118008

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 7 sampai dengan 8 bulan (31 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 kunjungan rumah atau kunjungan ke fasilitas kesehatan. seluruh kegiatan dalam pemberian asuhan dibawah bimbingan dari bidan yang telah ditunjuk sebagai pembimbing dari Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

Manfaat:

ibu sebagai peserta dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif ini akan mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan ibubersalin/nifas.

Kerahasiaan data:

Data yang diperoleh dari ibu merupakan rahasia dan tidak akan diketahui oleh orang lain, kecuali oleh saya dan tim pembimbing dari Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

Kesukarelaan:

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela. Ibu bebas menolak untuk ikut dalam penelitian ini, dan dapat mengundurkan diri dari kapan saja dari penelitian ini

Keterangan:

Jika ada pertanyaan sehubungan dengan pelaksanaan asuhan ini, ibu dapat menghubungi 081254634248 (Elfrida Rahmawati) dengan alamat rumah Jl. Mt. Haryono, Gg. Tumaritis, No. 32

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
SETELAH PENJELASAN UNTUK IKUT SERTA DALAM STUDI KASUS
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Utami Yuspita Dewi

Umur : 28 tahun

Alamat : Jl. Ruhui Rahayu Gg.Pipit III RT.11 No.4

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 :

“Proposal Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny U G₁P₀₀₀₀ Usia
Kehamilan 31 minggu Di Puskesmas Gunung Bahagia Balikpapan”

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.


Balikpapan, 25 Maret 2021

Mengetahui,
Penanggung jawab asuhan




Elfrida Rahmawati

Yang Menyatakan
Peserta/Klien studi kasus



Utami Yuspita Dewi

Saksi



Khoerui Hadia

LAMPIRAN

Dokumentasi Asuhan Kebidanan Ante Natal

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke I

Tanggal : 14 Juni 2021
Waktu : 10.00 WITA
Oleh : Elfrida Rahmawati
Pembimbing : Damai Noviasari M.Keb
Tempat : Sepinggan Baru, Gg. Wira Yudha VII

S:

- Ibu mengatakan hamil kedua, tidak pernah keguguran, HPHT : 10 September 2020, TP : 18 Juni 2021 Ibu mengatakan PP test September (+)
- Ibu mengatakan nyeri atau kram-kram pada bagian perut bawah

O:

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan Fisik

Wajah : tampak sedikit pucat, tidak oedema

Mata : konjungtiva sedikit pucat, sklera tidak ikterik

Payudara : berbentuk bulat, bersih, terjadi hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol. Adanya pembesaran

payudara karena sudah terisi ASI, tidak teraba massa/oedema, ASI (-), tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tidak ada bekas operasi.

Palpasi

Leopold I TFU sepusat secara Mc Donald 30 cm.

Leopold II Teraba Punggung kiri

Leopold III Teraba Kepala.

Leopold IV Divergen

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 138x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(30-11 \times 155) = 2.945$ gram

Ekstermitas

Atas : tidak oedema, kapiler refil kembali dalam 2 detik

Bawah : tidak oedema, tidak ada varises

Pemeriksaan Penunjang

Hb : 12 gr/dl

USG :

Hasil USG pada tanggal 06 Juni 2021, Jenis kelamin perempuan, BB : 2.800 gram.

A :

Diagnosa : Ny.A G₁P₀₀₀₀ Usia Kehamilan 39-40 minggu, janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Masalah : Kram pada bagian perut bawah

Dasar : Ibu mengatakan kram pada perut bagian bawah

P :

Implementasi Kunjungan ANC

No	Waktu	Rencana/Intervensi
1.	11.00 WITA	Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga Hasil : Ibu dan keluarga mengerti kondisi ibu dan janinnya dalam keadaan yang baik.
2.	11.10 WITA	Menjelaskan pada ibu mengenai ketidaknyamanan pada trimester ke III. Hasil : Ibu mengerti dan paham atas keluhan yang dialaminya.
3	11.35 WITA	Menjelaskan pada ibu keluhan yang dialami ibu adalah fisiologi karena saat usia kehamilan trimester III, biasanya keluhan kram perut sering dialami oleh ibu hamil. Hal itu akibat adanya tekanan terlalu banyak pada area otot perut, selain itu meningkatnya jumlah hormon selama kehamilan juga semakin menambah berat badan ibu hamil dengan cepat. Dan membuat tubuh tidak nyaman. Hasil: Ibu mengerti bahwa keluhan yang dialaminya saat ini adalah hal yang normal
4	11.40 WITA	Anjurkan ibu untuk mengatur posisi tidur. Jika nyeri terasa di bagian kiri, berbaring ke arah kanan atau sebaliknya. Kemudian posisikan kaki lebih tinggi dari posisi kepala, misalnya dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal. Hasil: Ibu bersedia mengatur posisi tidurnya
5	11.45 WITA	Anjurkan Ibu untuk menjaga pola istirahat yang cukup. Hasil : Ibu bersedia untuk menjaga pola istirahatnya.
6	12.00 WITA	Anjurkan ibu untuk teratur mengonsumsi vitamin dari bidan Hasil : Ibu bersedia untuk mengonsumsi vitamin dari bidan.
7	12.10 WITA	Berikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan Hasil : Ibu paham mengenai tanda-tanda persalinan

Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal care

Tanggal : 21 Juni 2021
 Waktu : 12.00 WITA
 Tempat : BPM Nilawati

a) Asuhan Persalinan Kala I Fase Aktif

S :

Ny A datang ke BPM pada tanggal 21 Juni 2021 pukul 12:00 WITA, Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah hingga ke pinggang sejak pagi, kencang-kencang sejak jam 05.00 WITA, keluar lendir darah pukul 07.00 WITA dan keluar air-air (-)

O :

Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum Ny.A sedang, kesadaran composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,7 C, nadi 85x/menit, pernafasan 20x/menit.

Pemeriksaan Fisik :

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi.

Leopold I : T eraba letak bokong (TFU : 30 cm)

Leopold II : Teraba punggung kiri

Leopold III : Teraba kepala

Leopold IV : Sudah masuk PAP (divergen)

(DJJ) : 138x/menit

HIS : 3 x10' durasi 20-25"

Genetalia : Ada pengeluaran lendir darah, tidak ada varices, tidak ada oedema, dan tidak ada kelainan

Vagina : pembukaan 1 cm, effacement 25%, ketuban (+), hodge I, presentasi kepala.

A :

Diagnosa : Ny. A G₁P₀₀₀₀ Usia Kehamilan 40 minggu 3 hari inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauterine

Dasar : Ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah keguguran, HPHT : 10 September 2020, VT : pembukaan 1 cm, eff 25 %, ketuban (+), hodge I

P :

Implementasi Kunjungan INC

Kala I Fase Aktif

NO	Waktu	Tindakan
1	15.30 WITA	Memberitahu keluarga mengenai keadaan ibu, berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan ibu dalam keadaan baik; tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C. Hasil pemeriksaan dalam yang dilakukan pembukaan ibu adalah 1 cm dalam proses persalinan sendiri agar bayi dapat lahir harus menunggu hingga pembukaan 10 cm. Ibu dan keluarga mengetahui dan paham dari penjelasan yang diberikan. Dan menganjurkan keluarga untuk memberi dukungan mental kepada ibu.
2	15.35 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika HIS. Saat HIS terjadi, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut secara perlahan untuk mengurangi rasa nyeri. Dan beritahu ibu untuk tidak mengejan ketika pembukaan belum lengkap karena dapat menyebabkan pembengkakan di jalan lahir. Ibu paham serta telah mempraktikannya.

3	15.40 WITA	Menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri agar janin mendapatkan oksigen secara maksimal dan detak jantung janin tetap stabil. Ibu paham dan telah mempraktikannya.
4	15.45 WITA	Melibatkan keluarga untuk memberi ibu makan dan minum saat tidak terjadi HIS. Keluarga memberi ibu makan tetapi ibu tidak mau makan, dan hanya meminum air putih dan minuman manis agar tidak lemas
5	16.00 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia Keseluruhan alat dan bahan siap digunakan
6	16:15 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pembalut) dan pakaian bayi (lampin/ kain bedong, popok, topi, sarung tangan dan kaki). Sudah tersedia dan siap dipakai
7	16.30 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, , portio tidak teraba, effecement 100%, pembukaan 10 cm, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, hodge III+ DJJ: 145 x/mneit, irama teratur, HIS 4x dalam 10 menit lamanya 45-50 detik.
8	16:35 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

b) Asuhan Persalinan Kala II**S :**

Pukul 16.40 WITA ibu mengatakan perut mules-mules semakin kencang dan seperti ingin menejan serta terasa ingin BAB, dan keluar air-air pervaginam.

O :

Anus tampak membuka dan perineum tampak menonjol

Pemeriksaan dalam : vulva tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, effacement 100%, ketuban(-) warna jernih, hodge III+, presentasi kepala, DJJ: 141x/menit.

His : 4 x 10, 50-55"

A :

Diagnosa : G₁P₀₀₀₀ hamil 40 minggu 3 hari inpartu kala II
janin tunggal hidup intrauteri

Dasar : Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, HPHT : 10 September 2020, VT :
pembukaan 10 cm, eff 100 %, ketuban (+),
hodge III+, presentasi kepala

P :

Implementasi Kunjungan INC

Kala II

NO	Waktu	Tindakan
1	16:40 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk obat-obatan. Partus set telah lengkap, ampul oksitosin telah di patahkan dan masukkan spuit 3 ml steril kedalam partus set.
2	16:43 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan Ibu memilih posisi setengah duduk (semi fowler).
3	16:45 WITA	Menganjurkan kepada pendamping untuk memberi ibu minum saat tidak ada HIS untuk menambah tenaga saat meneran. Ibu minum air putih dan teh manis.
4	16:47 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan APN. Memastikan tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir. Tidak ada perhiasan di tangan penolong dan penolong telah mencuci tangan.
5	16:50WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan, 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.
6	16:53 WITA	Memimpin ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran. Ibu meneran ketika ada HIS sesuai dengan yang telah diajarkan.
7	16:55 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu Melindungi perineum 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 defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran.
8	16:57 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
9	16:58 WITA	Tunggu putaran paksi, kemudian pegang kepala bayi secara bipariental dengan lembut arahkan kepala bayi

		<p>kebawah hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu untuk melahirkan bahu belakang.</p> <p>Melakukan sanggah 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;</p>
10	17:00 WITA	<p>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.</p> <p>Bayi lahir spontan cukup bulan, segera menangis kuat, jenis kelamin perempuan, A/S 8/10, berat badan : 3235 gram, panjang badan : 48 cm lingk kepala : 33 cm, lingk dada : 32 cm, lingk perut 32 cm, tidak ada cacat bawaan.</p>

c) Asuhan Persalinan Kala III

S :

Ibu mengatakan lega dan bahagia melahirkan anaknya dan masih merasakan mules pada perutnya

O :

- Bayi lahir spontan cukup bulan, segera menangis kuat, bergerak aktif, jenis kelamin perempuan, A/S 8/10, berat badan : 3235 gram, panjang badan : 48cm, lingk kepala : 33 cm, lingk dada : 32 cm, dan lingk perut : 32 cm.
- TFU sepusat, kontraksi baik,konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan ± 150 cc,plasenta belum lahir dan tampak tali pusat di vagina.

A :

Diagnosa : **G₁P₀₀₀₀** parturient kala III

Dasar : Bayi telah lahir tetapi plasenta belum lahir, dan tampak tali pusat di vagina.

P :

Implementasi Kunjungan INC

Kala III

No	Waktu	Tindakan
1	17:01 WITA	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua dalam uterus.(Tidak ada janin kedua didalam uterus). - Melakukan manajemen aktif kala III (pemberian oksitosin, PTT, masase) - Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik. <p>Ibu bersedia untuk disuntikkan oksitosin.</p>
2	17:02 WITA	Menjepit tali pusat dengan klem umbilical 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
3	17:03 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan menggantung tali pusat diantara 2 klem. Tali pusat telah digunting.
4	17:05 WITA	Meletakkan bayi diatas dada ibu pakaikan selimut dan topi selama 1 jam.
5	17:06 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
6	17:07 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas symphysis untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain meregangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik.
7	17:08 WITA	Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorso kranial.

8	17:09 WITA	Melakukan peregangan tali pusat dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
9	17:10 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah jarum jam untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban. Plasenta lahir 10 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 17.10 WITA
10	17:13 WITA	Melakukan masasse uterus searah jarum jam segera setelah plasenta lahir dengan memegang fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik. Kontraksi uterus baik teraba keras.
11	17:15 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap dan memasukkan plasenta kedalam tempat yang tersedia. Kotiledon 20, selaput ketuban pada plasenta lengkap, insersi tali pusat marginalis, panjang tali pusat 55 cm, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm. Tidak terdapat Rupture perineum.
12	17:17 WITA	Mengevaluasi perdarahan kala III Perdarahan ± 150 cc

d) Asuhan Persalinan Kala IV

S :

Ibu mengatakan lega telah melewati masa persalinan dan mengatakan perut masih terasa mules dan nyeri pada jalan lahir.

O :

Plasenta lahir spontan pukul 17:10 wita. Kotiledon 20, selaput ketuban pada plasenta lengkap, insersi tali pusat marginalis, panjang tali pusat 55 cm, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm, perdarahan ± 20 cc dan heacting perineum derajat 2 (+)

A :

Diagnosa : P₁₀₀₁Parturient kala IV

Dasar : Ibu mengatakan melahirkan tanggal 21 Juni 2021 pada pukul 17:00 wita.

P :

Implementasi Kunjungan INC

Kala III

No	Waktu	Tindakan
1	17:20 WITA	Mengajarkan ibu cara melakukan masasse uterus dan menilai kontraksi. Dengan cara menggosok fundus uteri secara sirkuler searah jarum jam menggunakan telapak tangan hingga teraba keras. Ibu dapat mempraktekkan cara memassase uterus dan uterus teraba keras.
2	17:22 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi dan membersihkan ibu serta bantu ibu mengenakan pakaian.
3	17:27 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendanya dalam larutan klorin 0,5%.
4	17:28 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu tubuh 36,3°C, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ±20 cc
5	17:30 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi.
6	17:33 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu memakan menu yang telah disediakan dan minum teh manis.
7	17:34 WITA	KIE manfaat mobilisasi diantara 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.
8	17:40 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus keras kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc.
10	17:45 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc.
11	18:00 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86x/menit, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc.
12	18:15 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 90x/menit, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc.
13	18:45 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc.
14	19:15 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 85x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc.
15	19:20 WITA	Melengkapi partograf

Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Bayi Baru Lahir

Tanggal : 21 Juni 2021
Waktu : 17.00 WITA
Tempat : BPM Nilawati

S :

- Identitas
- Nama Ibu : Ny. A Nama Ayah : Tn. I
- Umur : 23 tahun Umur : 23 tahun
- Alamat : Jl. Sepinggan Baru, Gg. Wira Yudha VII
- Nama Bayi : By. Ny. A
- Tanggal Lahir: 21 Juni 2021
- Umur Bayi: 0 Hari
- Alamat : Jl. Sepinggan Baru
- Riwayat Kehamilan dan Persalinan Saat ini
- Ibu hamil anak kedua dengan usia kehamilan 39-40 minggu, tidak pernah mengalami abortus, dan jenis persalinan yaitu partus spontan pervaginam pada tanggal 21 Juni 2021 pukul 17.00 WITA

O :

1. Data Rekam Medis

- Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 21 Juni 2021 Jam : 17.00 WITA

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

A :

Diagnosis: Bayi baru lahir, SMK usia 0 hari

Dasar : Bayi lahir tanggal 21 Juni 2021 pukul 17.00 WITA

P :

Implementasi Kunjungan BBL

No	Waktu	Tindakan
1	17.00 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi ibu baik sehat dan sedang di lakukan IMD Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini serta bersedia melakukan IMD
2	17:05 WITA	Meminta persetujuan orang tua untuk pemberian imunisasi hepatitis B dan injeksi vitamin K untuk mencegah perdarahan otak dan mencegah penyakit hepatitis B orang tua bersedia untuk dilakukan imunisasi pada bayinya.
3	19:30 WITA	Memberi injeksi vitamin K pada paha sebelah kiri, vaksin hepatitis B pada paha kanan. 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. Serta pemberian imunisasi HB0 dalam waktu 0-7 hari agar bayi memperoleh kekebalan dari penyakit hepatitis B. Telah diberikan injeksi vitamin K dan hepatitis B.
4	19:35 WITA	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. Ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.
5	19:40 WITA	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.
6	19:45 WITA	Melakukan rawat gabung. Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (early infant mother bounding) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya. Dilakukan rawat gabung antara bayi dengan ibu

PARTOGRAF

PARTOGRAF

Nama Ibu: NY. A Umur: 26 tgl: 1 P. 0
 Tanggal: 21-06-21 Jam: 14.00 Alamat: Jl. Sepintan Baru
 Gg. Wira Yudha VII

No. Register: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 No. Puskesmas: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Kelurahan/pecah: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Sejak jam: 16:15

Denyut Jantung Janin (menit):
 120, 130, 140, 150

Air ketuban Penyusupan: 0

Sentimetrik (cm) *(ukuran serviks di bagian atas, ujungnya kepala di bagian bawah)*

Waktu (jam): 14:00, 15:00, 16:00, 17:00

Bayi lahir spontan 17.00
 JK: ♀ BB: 3230 PB: 49
 UK: 33 LU: 35 UP: 38

WASPADA: []
 BERTINDAK: []

Kontraksi (dok):
 < 20 4
 20-40 3
 > 40 2
 0 Menit 1

Oksidosis Ure: []

Obat dan Cairan IV: []

Nadi: 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180

Tekanan darah: 80, 90, 100, 110, 120





Suhu: C 36,5 36,2

Urin: Protein []
 Aseton []
 Volume []

LEMBAR KONSULTASI

LEMBAR KONSULTASI

NAMA MAHASISWA: Efrida Rahmawati
 NIM: P07224118008
 JUDUL: Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. U.G. pada Usia Kehamilan 31 minggu dengan masalah TFU tidak Sesuai Usia Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan Tahun
 NAMA PEMBIMBING: Damai Naviasari M.Keb

NO	HARI/TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULTASIKAN	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	29/03/2021	BAB 1, BAB 2, BAB 3	BAB 1 : buat LBM dengan Piramida terbuka, referensi terbaru minimal 2016 BAB 2 : Pelajari masalah Potensial apa yang tepat dengan teori, Lihat Jurnal BAB 3 : Masukkan asuhan yang sesuai dengan kasus sebagai mahasiswa. Lihat buku panduan untuk penulisan daftar pustaka	
2.	31/03/2021	BAB 1, BAB 2, BAB 3	BAB 1 : buat judul dan sub judul 1 kali enter, hapus LBM yang tidak sesuai, line spacing before after 0 BAB 2 : kurangi teori yang kurang relevan, cari di jurnal tentang teori dari masalah / masalah Potensial teori BAB 3 : Memperbaiki intervensi rencana asuhan	
3.	01/04/2021	BAB 1, BAB 2, BAB 3	BAB 1 : lebih dirapikan pada LBM BAB 2 : teori dibentuk agar point pentingnya saja yang ditampilkan BAB 3 : Menekankan agar teori mengikuti anjuran dari dokter	
4.	06/04/2021	BAB 1, BAB 2, BAB 3	Lengkapi cover, daftar isi, kata pengantar, halaman, dsb	



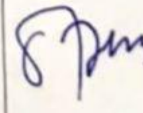
LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : ELFRIDA RAHMAWATI

NIM : P07224118008

JUDUL : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "U" G1P0000 Usia Kehamilan 31 Minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan Tahun 2021

DOSEN PEMBIMBING : Susi Purwanti, S.SiT., MPH

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULTASIKAN	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	Sabtu, 21 Agustus 2021	LTA (BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V)	<ul style="list-style-type: none"> - Mencari jurnal terbaru sesuai dengan kasus - Kata pengantar masih terdapat kata "proposal" - Tambahkan teori asuhan nifas ibu Post SC - Tambahkan teori bayi ikterus serta asuhannya - Pada langkah II interpretasi data dasar Data Objektif dilengkapi pemeriksaannya dan pada masalahnya ditambahkan suplai darah dari plasenta kejanin kurang baik - Tambahkan gambar hasil USG dan beri keterangan waktu serta hasil USG - BAB IV penulisan diagnosa ditambahkan POST SC - Tambahkan asuhan bayi ikterus - Perbaiki kesimpulan dan saran 	
2.	Sabtu, 21 Agustus 2021	DAFTAR PUSTAKA	<ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan penulisan di daftar pustaka - Perbaiki sesuai dengan sumber yang digunakan 	
3.	Jum'at, Oktober 2021	1 LTA	<ul style="list-style-type: none"> - ACC 	

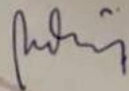
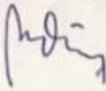
LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : ELFRIDA RAHMAWATI

NIM : P07224118008

JUDUL : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "U" G1P0000 Usia Kehamilan 31 Minggu dengan TFU tidak sesuai usia kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan Tahun 2021

DOSEN PEMBIMBING : Damai Noviasari, M.Keb

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULTASIKAN	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	Sabtu, 21 Agustus 2021	LTA	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki dan rapikan penulisan : ejaan, spasi, jenis huruf, ukuran huruf, dll - Buat laporan sesuai dengan panduan - Mencari jurnal atau referensi terbaru yang berhubungan dengan kasus - Pada data P nifas disesuaikan dengan diagnose atau masalah yang sudah dikaji - Lengkapi setiap judul kunjungan dengan waktu dan usia bayi saat kunjungan - Sesuaikan jarak setiap tulisan - Pada setiap pembahasan lebih dijelaskan ketidaktepatan dalam memberikan asuhan dan jelaskan yang seharusnya pada teori seperti apa 	
2.	Jum'at, 13 Agustus 2021	DAFTAR PUSTAKA	<ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan penulisan di daftar pustaka - Perbaiki sesuai dengan sumber yang digunakan 	
3.	Sabtu, 1 Oktober 2021	LTA	<ul style="list-style-type: none"> - ACC 	

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : ELFRIDA RAHMAWATI

NIM : P07224118008

JUDUL : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "U"
GIP0000 Usia Kehamilan 31 Minggu dengan TFU tidak sesuai usia
kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan
Tahun 2021

DOSEN PEMBIMBING : Novia Nurhassanah, SST

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULTASIKAN	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	Sabtu, 21 Agustus 2021	LTA	<ul style="list-style-type: none"> - Kerapian penulisan diperbaiki - Penulisan tabel diperbaiki - Mencari jurnal terbaru sesuai dengan kasus 	<i>Pr</i>
2.	Sabtu, 21 Agustus 2021	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> - Pada BAB II ditambahkan teori tentang TFU Tidak sesuai usia kehamilan, IUGR (Pertumbuhan Janin Terhambat), Ketuban pecah dini dan Oligohidramnion 	<i>Pr</i>
3.	Sabtu, 21 Agustus 2021	BAB IV dan BAB V	<ul style="list-style-type: none"> - Kasus ANC dan INC untuk pasien pengganti masukan ke dalam lampiran - Pada BAB IV ditambahkan asuhan ibu nifas post SC - Teori pada BAB V disesuaikan dengan teori pada BAB II 	<i>Pr</i>
4.	Sabtu, 21 Agustus 2021	DAFTAR PUSTAKA	<ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan penulisan di daftar pustaka - Perbaiki sesuai dengan sumber yang digunakan - Sumber yang belum dimasukkan kedalam daftar pustaka maka ditambahkan 	<i>Pr</i>
5.	Rabu, 22 September 2021	LTA	<ul style="list-style-type: none"> - ACC 	<i>Pr</i>