

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. E G₂P₁₀₀₁
USIA KEHAMILAN 33 MINGGU DENGAN MASALAH KEK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KLANDASAN ILIR
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2021**



OLEH

**RESTY LOLO TANGKELANGI
NIM. PO7224118030**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
2021**

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. E G₂P₁₀₀₁
USIA KEHAMILAN 33 MINGGU DENGAN MASALAH KEK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KLANDASAN ILIR
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2021**



OLEH

**RESTY LOLO TANGKELANGI
NIM. PO7224118030**

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

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
2021**

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. E G₂P₁₀₀₁
USIA KEHAMILAN 33 MINGGU DENGAN MASALAH KEK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KLANDASAN ILIR
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan
pada Tanggal April 2021

Penguji Utama

Novi Pasiriani SST, M.Pd
NIP. 197911262001122002

(.....)

Penguji I

Sekar Handayani M.Keb
NIP. 197908152001122002

(.....)

Penguji II

Nuur Wahidah, STr. Keb

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan

Ketua Prodi DIII Kebidanan
Balikpapan

Inda Corniawati, M.Keb
NIP. 197508242006042002

Ernani Setyawati, M.Keb
NIP. 198012052002122001

RIWAYAT HIDUP



Nama : Resty Lolo Tangkelangi

NIM : P0.7224118030

Tempat, Tanggal Lahir : Batualu, 19 Desember 1999

Agama : Kristen Protestan

Nama Orang Tua : Ayah : Gustifianus Lolo Baso
Ibu : Margaretha Mangesa

Alamat : Perum Bukit Damai Lestari II blok G no. 21
Kel.Sepinggan Baru Kec: Balikpapan Selatan

Riwayat Pendidikan :

- TK Kristen Batualu, Lulus Tahun 2006
- SDN 271 Inpres Batualu, Lulus Tahun 2012.
- SMP Negeri 1 Sangalla, Lulus Tahun 2015.
- SMA Negeri 4 Tana Toraja, Lulus Tahun 2018
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Tahun 2018 – sekarang.

KATA PERSEMBAHAN

Segala puji dan syukur kepada Tuhan Yesus Kristus yang sudah melindungi dan menyertai hamba dalam setiap nafas kehidupan yang Tuhan berikan selama masa perkuliahan ini dan sampai selesainya Laporan Tugas Akhir ini semuanya berkat kasih dan karunia yang Tuhan limpahkan kepada hambamu ini. Walaupun terkadang hamba sering melupakan Engkau namun kasih setia dan pertolonganMu tak pernah berhenti hingga saat ini, Terimakasih Tuhan Yesus Yang Baik.

Teruntuk Orang tua dan saudaraku

Terima kasih atas semua cinta yang telah Papa dan Mama berikan kepada Resty. Segala perjuangan Resty hingga titik ini Resty persembahkan pada dua orang paling berharga dalam hidup Resty. Hidup begitu mudah dan lancar ketika kita memiliki orang tua yang lebih memahami kita dari pada diri kita sendiri. Terima kasih mama dan papa yang selalu mendoakan Resty untuk jadi anak yang baik dan kelak bisa sukses. Terima kasih mama papa untu semua yang telah mama dan papa berikan, semoga Tuhan memberian kesehatan serta umur panjang agar dapat selalu menemani langkah kecilku menuju kesuksesan. Amin

Untuk kakak-kakakku terima kasih untuk setiap nasehat yang kalian berikan, maafkan kalau Resty sering nakal, sering membantah. Jangan bosan selalu ingatin Resty kalau Resty lalai. Terima kasih sudah menjaga Resty dengan baik saat jauh dari orang tua, terima kasih sudah berperan sebagai orang tua buat Resty sehingga Resty tidak kekurangan kasih sayang dan tidak rindu untuk pulang. Terima kasih sudah membiayai Resty selama kuliah, mencukupi setiap kebutuhan Resty, semoga kelak Resty juga bisa sukses. Amin

Teruntuk Dosen dosenku

Terimakasih wanita-wanita hebat , Orang tua kedua Resty di kampus yang sangat sabar membimbing dan mengajarkan Resty dalam segala hal. Terimakasih buat ibu Endah Wijayanti , M.Keb selaku Pembimbing Akademik, terimakasih sudah memperhatikan dan membimbing Resty sampai sekarang. Terima kasih kepada ibu

Novi Pasiriani SST M.Pd selaku penguji utama terima kasih atas bimbingannya sampai selesainya Laporan Tugas Akhir ini, terimakasih juga kepada ibu Sekar Handayani M. Keb selaku pembimbing 1 LTA Resty, terima kasih untuk masukan dan bimbingannya selama menyelesaikan LTA . Terimakasih Kepada ibu Nuur Wahidah STr.Keb Pembimbing Lapangan, Pembimbing 2 LTA, yang selalu memahami keadaan dan sabar dalam membimbing Resty selama masa perkuliahan, maaf kalau Resty suka lambat ngumpul tugas, laporan dan malas konsul. Semoga selalu di beri kesehatan Ibu dosenku. AMIN

Teruntuk Ny.E dan Tn.N

Ibu bapak terimakasih sudah mau memberikan kepercayaan kepada saya untuk menjadikan ibu sebagai pasien LTA saya, terimakasih untuk waktu luang yang sudah ibu dan bapak berikan, hanya doa dan harapan baik yang bisa saya berikan semoga kelak kebaikan dan ketulusan ibu dan bapak dapat di balas oleh yang maha kuasa, semoga sehat terus ibu bapak dan sekeluarga.

Teruntuk Sahabat dan teman Seperjuangan

Untuk Sahabatku Noor Azizah, Kristin Patadungan, Elfrida Rahmawati. Terima kasih sudah menyediakan pundak untuk menangis dan memberi bantuan saat Resty membutuhkan, terima kasih untuk semua suka duka yang telah kita lewati bersama kelak kita akan kembali ke tempat asal kita masing-masing jadikan perjumpaan kita sebagai kenangan terindah semasa kuliah semoga kelak kita semua bisa sukses.

Untuk teman seperjuangan angkatan 2018 terima kasih sudah mengisi hari-hari kuliahku, banyak cerita yang telah kita lewati bersama, suka dan duka kuliah di poltekkes, selalu menyemangati satu sama lain “ Badai Pasti Berlalu” semoga kita semua Sukses. Amin

Teruntuk Covid 19

Waktu dan kesempatan bertemu, berjabat bahkan mengucapkan kata perpisahan terlahang karena mu, terimakasih sudah hadir dan mengajarkan untu menjaga kesehatan, waktu dan kesempatan memang sangat berarti, cepat hilang dan jangan kembali lagi.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbingan-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.’E’” G2P1001 Hamil 33 Minggu Dengan Masalah KEK di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan”. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan, Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

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

1. Dr. H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Inda Corniawati, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Ernani Setyawati, M.Keb selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan.
4. Novi Pasiriani, S.ST, M.Pd Selaku penguji Utama yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal ini.
5. Sekar Handayani M.Keb selaku pembimbing I yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Nuur Wahidah STr.Keb selaku dosen pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

7. Para Dosen dan Staff Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.
8. Orang tua, adik serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
9. Klien atas nama Ny.“E” yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi klien saya untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, terima kasih untuk kerjasamanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.
10. Rekan-rekan seperjuangan yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan sebaik-baiknya.

Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan atas segala amal yang telah di berikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Balikpapan, April 2021

Resty Lolo Tangkelangi

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| JUDUL | |
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGESAHAN | ii |
| RIWAYAT HIDUP | iii |
| KALIMAT PERSEMBAHAN | v |
| KATA PENGANTAR..... | vi |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| DAFTAR TABEL | x |
| DAFTAR BAGAN | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| DAFTAR SINGKATAN | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan..... | 4 |
| D. Manfaat Study Kasus | 5 |
| E. Ruang Lingkup | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep Dasar Managemen Kebidanan | 7 |
| B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan..... | 11 |
| BAB III SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDY KASUS | |
| A. Rancangan Study Kasus..... | 102 |
| B. Kerangka Kerja Study Kasus | 103 |

| | |
|---|------------|
| C. Subjek Study Kasus..... | 104 |
| D. Pengumpulan dan Analisis Data | 104 |
| E. Etika Penilaian | 106 |
| F. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif | 107 |
| BAB IV TINJAUAN KASUS | 127 |
| BAB V PEMBAHASAN | 172 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN | 189 |
| DAFTAR PUSTAKA | 192 |
| LAMPIRAN..... | 195 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|-----|
| Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold | 15 |
| Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri dalam CM..... | 15 |
| Tabel 2.3 Tafsiran Berat Janin | 16 |
| Tabel 2.4 Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan..... | 24 |
| Tabel 2.5 Klasifikasi Tekanan Darah Berdasarkan Nilai MAP | 25 |
| Tabel 2.6 Jadwal Pemberian Imunisasi TT | 28 |
| Tabel 2.7 Skor Poedji Rochjati | 35 |
| Tabel 2.8 Pola Fungsional Kesehatan Pada Ibu Bersalin..... | 56 |
| Tabel 2.9 Memantau Kemajuan Persalinan Menggunakan Partograf | 85 |
| Tabel 2.10 Frekuensi Penilaian dan intervensi Dalam Persalinan Normal | 86 |
| Tabel 2.11 Apgar Skor..... | 78 |
| Tabel 2.12 Pola Fungsional Bayi Baru Lahir..... | 80 |
| Tabel 4.1 Implementasi Kunjungan INC Kala I | 135 |
| Tabel 4.2 Observasi Kala I..... | 137 |
| Tabel 4.3 Implementasi Kunjungan INC kala II..... | 138 |
| Tabel 4.4 Implementasi Kunjungan INC Kala III..... | 141 |
| Tabel 4.5 Implementasi Kunjungan Kala IV | 143 |
| Tabel 4.6 Observasi Kala IV | 145 |
| Tabel 4.7 Implementasi BBL | 150 |
| Tabel 4.8 Pola Fungsional BBL | 153 |
| Tabel 4.9 Implementasi Kunjungan PNC I..... | 153 |
| Tabel 4.10 Pola Fungsional | 157 |
| Tabel 4.11 Implementasi Kunjungan PNC II..... | 158 |
| Tabel 4.12 Pola Fungsional..... | 159 |
| Tabel 4.13 Implementasi Kunjungan PNC III | 161 |

| | |
|---|-----|
| Tabel 4.14 Pola Fungsional..... | 165 |
| Tabel 4.15 Implementasi Kunjungan Neonatus I..... | 165 |
| Tabel 4.16 Pola Fungsional..... | 167 |
| Tabel 4.17 Implementasi Kunjungan Neonatus II | 168 |
| Tabel 4.18 Implementasi Kunjungan Neonatus II | 170 |
| Tabel 4.19 Implementasi KB | 271 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|--|-----|
| Bagan 2.1 Perubahan Fisiologis Trimester III | 17 |
| Bagan 3.1 Skema Kerangka Kerja | 103 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|-------------------------------|-----|
| 1. Pemantauan Partograf | 200 |
| 2. ANC Pengganti | 202 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|--------|---|
| AKB | : Angka Kematian Bayi |
| AKDR | : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim |
| AKI | : Angka Kematian Ibu |
| ANC | : Antenatal Care |
| APN | : Asuhan Persalinan Normal |
| APD | : Alat Pelindung Diri |
| APGAR | : Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory |
| ASI | : Air Susu Ibu |
| A/S | : Apgar Score |
| BAB | : Buang Air Besar |
| BAK | : Buang Air Kecil |
| BBL | : Bayi Baru Lahir |
| BBLR | : Bayi Berat Lahir Rendah |
| CM | : Compos mentis |
| Cm | : Centimeter |
| COC | : Continuity Of Care |
| Depkes | : Departemen Kesehatan |
| DHA | : Docosehaxaenoic Acid |
| Dinkes | : Dinas Kesehatan |
| DJJ | : Denyut Jantung Janin |
| DM | : Diabetes Mellitus |
| DMG | : Diabetes Mellitus Gestasional |

| | |
|----------|---|
| DTT | : Desinfeksi Tingkat Tinggi |
| Fe | : Ferum |
| gr | : Gram |
| GPAPAH | : Gravida, Partus, Aterm, Prematur, Abortus, dan Anak Hidup |
| HB | : Hemoglobin |
| HCG | : Human Chorionic Gonadotropin |
| HDL | : High Density Lipoprotein Cholesterol |
| HIV | : Human Immunodeficiency Virus |
| HPHT | : Hari Pertama Haid Terakhir |
| IM | : Intra Muscular |
| IMD | : Inisiasi Menyusui Dini |
| IMT | : Indeks Masa Tubuh |
| INC | : Intranatal Care |
| ISK | : Infeksi Saluran Kemih |
| IUD | : Intra Uteri Device |
| KIA | : Kesehatan Ibu dan Anak |
| Kemenkes | : Kementerian Kesehatan |
| Kg | : Kilogram |
| KH | : Kelahiran Hidup |
| KIE | : Komunikasi Informasi Edukasi |
| KN | : Kunjungan Neonatal |
| KRR | : Kehamilan Resiko Rendah |
| KRST | : Kehamilan Resiko Sangat Tinggi |
| KRT | : Kehamilan Resiko Tinggi |

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| LILA | : Lingkar Lengan Atas |
| m | : Meter |
| MDGs | : Millenium Development Goals |
| Mg | : Miligram |
| ml | : Mililiter |
| mmHg | : MilimeterHydrargyrum |
| NST | : Non Stress Test |
| Ny. | : Nyonya |
| KB | : Keluarga Berencana |
| Kemenkes | : Kementerian Kesehatan |
| PAP | : Pintu Atas Pinggul |
| PB | : Panjang Badan |
| Penkes | : Pendidikan Kesehatan |
| PNC | : Postnatal Care |
| PP | : Post Partum |
| PBP | : Pintu Bawah Rahim |
| PTT | : Penegangan Tali Pusat Terkendali |
| Pusdiknakes | : Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan |
| Px | : Prosesusxipoides |
| REM | : Rapid Eye Movement |
| RI | : Republik Indonesia |
| SAR | : Segmen Atas Rahim |
| SBR | : Segmen Bawah Rahim |
| SC | : Sectio Caesarea |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penelitian yang dilakukan WHO di seluruh dunia, terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun dan kematian bayi khususnya neonatus sebesar 10.000.000 jiwa per tahun. Kematian maternal dan bayi tersebut menjadi trauma di negara berkembang sebesar 99%. WHO memperkirakan jika ibu hanya melahirkan 3 bayi, maka kematian ibu dapat diturunkan menjadi 300.000 jiwa dan kematian bayi sebesar 5.000.000 jiwa per tahun (Manuaba, 2011).

Angka Kematian Ibu (AKI) Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2017, dari data yang dilaporkan yaitu 110 kasus kematian ibu. (Profil kesehatan, 2017). Sedangkan angka kematian Ibu di Kota Balikpapan tahun 2017 meningkat dengan jumlah kasus 10 atau (78/100.000 KH) dengan perhitungan jumlah kelahiran hidup di Kota Balikpapan 12.800 sehingga didapatkan $10/12.800 \times 100.000 = 78$ dengan pengertian bahwa dari 100.000 Kelahiran Hidup di Kota Balikpapan terdapat 78 kasus kematian ibu. (Profil Kesehatan, 2017).

AKB Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2015, dari data yang dilaporkan menurun pada tahun 2013 yaitu 414 , pada tahun 2014 sebesar 329 dan meningkat pada tahun 2015 menjadi 762. Sementara itu Angka Kematian Bayi pada tahun 2015 di kota Balikpapan yaitu 78 kasus. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per

1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDG's 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan, 2015).

Indonesia terus menyerukan dan mengupayakan peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) melalui program 1000 hari pertama kehidupan (HPK), karena kualitas manusia ditentukan sejak awal janin bertumbuh di dalam tubuh seorang ibu. Seorang ibu hamil harus berjuang menjaga asupan nutrisinya agar pembentukan, pertumbuhan dan perkembangan janinnya optimal. Idealnya, berat badan bayi saat dilahirkan adalah tidak kurang dari 2500 gram, dan panjang badan bayi tidak kurang dari 48 cm. Inilah alasan mengapa setiap bayi yang baru saja lahir akan diukur berat dan panjang tubuhnya, dan dipantau terus menerus terutama di periode emas pertumbuhannya, yaitu 0 sampai 2 tahun. (Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI, 2018). Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah melaksanakan asuhan secara komprehensif atau *Continuity of Care* (Kemenkes, 2015).

AKI dan AKB di Indonesia masih tinggi, penyebab AKI dan AKB meningkat di karenakan komplikasi kehamilan dan kelahiran anak, pada proses kelahiran dapat mengakibatkan perdarahan dan akhirnya menyebabkan anemia. Hampir semua kematian ini terjadi karena rendahnya pengaturan sumber daya, dan sebagian besar dapat dicegah. Penyebab utama kematian ibu diantaranya yakni perdarahan sehingga menyebabkan anemia, anemia disebabkan oleh kekurangan energi kronis (KEK) (WHO, 2014).

Ibu Hamil yang mengalami KEK mempunyai risiko melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 5 kali lebih besar dibandingkan

ibu hamil yang tidak KEK (Hidayanti, 2014). Prevalensi ibu hamil KEK mengalami kenaikan selama krisis ekonomi yaitu mencapai 24,9%. Meski mengalami penurunan yang cukup signifikan dengan adanya perbaikan ekonomi Indonesia pasca krisis, sampai dengan saat ini prevalensi ibu hamil KEK masih cukup tinggi yaitu 24,2 % (Depkes, 2013).

Pemeriksaan yang dilakukan pada tanggal 22 Maret 2021 ditemukan keadaan umum baik, hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36°C nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, serta hasil pengukuran berat badan saat ini adalah 52 kg, janin tunggal hidup intrauteri, letak kepala, DJJ: 130 x/menit, TFU: 30 cm. Hasil pemeriksaan USG 1 pada 20 Januari 2021, TBJ: 812 gr usia kehamilan 25 minggu , USG 2 tanggal 16 Februari 2021 TBJ: 1200 usia kehamilan 29 minggu, TP: 03 Mei 2021, ketuban Utuh, tak ada lilitan tali pusat dan plasenta terletak di segmen atas rahim. Saat ini Ny.E tidak memiliki keluhan.

Berdasarkan pada hasil pengkajian dan pemeriksaan pada kunjungan pertama tanggal 7 april 2021 , penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny.’E” selama masa hamil dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. E G2P1001. Usia Kehamilan 33 Minggu Dengan Masalah KEK di wilayah kerja Puskesmas Klandasan Ilir tahun 2021”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif Pada Ny.E G1P₀₀₀₀.Usia Kehamilan 33 Minggu Dengan Masalah KEK Di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Tahun 2021 Dalam Masa Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas, Neonatus, Sampai Dengan Pelayanan Kontrasepsi?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif ibu hamil, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, sampai dengan pelayanan kontrasepsi pada Ny. E

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- e. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP
- f. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada keluarga berencana dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP

D. Manfaat Study Kasus

1. Manfaat Praktis

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

2. Manfaat Teoriti

Hasil penelitian yang telah dilakukan selama masa kehamilan, persalinan, 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.E usia 22 tahun G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 33 minggu yang bertempat tinggal di klandasan. Pelaksanaan asuhan kebidanan yang komprehensif akan dilakukan pada periode bulan April 2021 – agustus 2021 yang meliputi pengawasan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

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, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Varney, 2011).

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an (Varney, 2011).

Langkah – langkah Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

a. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Tahap ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan.

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang

telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian.

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

Daftar diagnosa nomenklatur kebidanan : Persalinan Normal, Partus Normal, Syok, DJJ tidak normal, Abortus, *Solusio Placenta*, Akut *Pyelonephritis*, *Amnionitis*, Anemia Berat, Apendiksitis, Atonia Uteri, Infeksi *Mammae*, Pembengkakan *Mammae*, Presentasi Bokong, Asma *Bronchiale*, Presentasi Daggu, Disproporsi *Sevalo Pelvik*, Hipertensi Kronik, *Koagilopati*, Presentasi Ganda, *Cystitis*, Eklampsia, Kelainan Ektopik, *Encephalitis*, Epilepsi, Hidramnion, Presentasi Muka, Persalinan Semu, Kematian Janin, Hemoragik *Antepartum*, Hemoragik *Postpartum*, Gagal Jantung, *Inertia Uteri*, Infeksi Luka, *Invertio Uteri*, Bayi Besar, Malaria Berat Dengan Indikasi, Malaria Ringan Dengan Komplikasi, Mekonium, *Meningitis*, *Metritis*, Migrain, Kehamilan Mola, Kehamilan Ganda, Partus Macet, Posisi *Occiput Posterior*, Posisi *Occiput* Melintang, Kista Ovarium, *Abses Pelvix*, *Peritonitis*, *Placenta Previa*,

Pneumonia, Pre-Eklampsia Ringan/Berat, Hipertensi Karena Kehamilan, Ketuban Pecah Dini, *Partus Prematurus*, *Prolapsus Tali Pusat*, Partus Fase Laten Lama, Partus Kala II Lama, Sisa *Placenta*, *Retensio Placenta*, *Ruptura Uteri*, Bekas Luka Uteri, Presentase Bahu, Distosia Bahu, Robekan *Serviks* dan *Vagina*, Tetanus, Letak Lintang.

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Langkah ketiga adalah langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi.

d. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

e. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

f. Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ke VI ini, rencana asuhan

menyeluruh seperti yang telah diuraikan dilangkah ke V dilaksanakan secara efisien dan aman.

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi

2. Konsep COC (Continuity of Care)

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir. Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah melaksanakan asuhan secara komprehensif atau *Continuity of Care* (Kemenkes, 2015).

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi yang dilahirkannya serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Varney, 2011).

3. Konsep SOAP

Menurut Helen Varney, 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 diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus 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. Asuhan kehamilan (*Ante Natal Care*)

a. Pengertian

Kehamilan adalah suatu peristiwa pertemuan dan persenyawaan antara sel telur dan sel sperma. Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan yang dimulai dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan

zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta serta tumbuh kembang hasil konsepsi sampai dilahirkan (Manuaba, 2011).

b. Tujuan

Adapun tujuan dari pemeriksaan kehamilan yang disebut dengan *Ante Natal Care* (ANC) tersebut adalah :

1) Tujuan umum

Tujuan umum adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu selama hamil sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat menyelesaikan kehamilannya dengan baik, melahirkan bayi sehat dan memperoleh kesehatan yang optimal pada masa nifas serta dapat mengurus bayi dengan baik dan benar.

2) Tujuan khusus

Tujuan khususnya adalah mempersiapkan ibu agar memahami pentingnya pemeliharaan kesehatan selama hamil, bersalin, nifas, bayi dan anak, mempersiapkan dan merencanakan persalinan sesuai dengan 10 faktor resiko yang dihadapi, mendeteksi dini dan menangani masalah secara dini, mempersiapkan ibu untuk merawat bayi, menyusui bayi secara eksklusif dan dilanjutkan sampai usia dua tahunan, mempersiapkan ibu agar ikut keluarga (Manuaba, 2011).

c. Kunjungan Antenatal

Pelayanan Antenatal adalah pelayanan terhadap individu yang bersifat preventif care untuk mencegah terjadinya masalah yang

kurang baik bagi ibu maupun janin agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman, diperlukan kesiapan fisik dan mental ibu sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal, karena dengan keadaan kesehatan ibu yang optimal sangat berpengaruh bagi pertumbuhan janin yang dikandungnya (Departemen Kesehatan RI, 2012).

Jadwal Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam (Manuaba, 2012) :

- 1) Trimester I : 1 kali (sebelum usia 14 minggu)
- 2) Trimester II : 1 kali (usia kehamilan antara 14-28 minggu)
- 3) Trimester III : 2 kali (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu (Saifuddin, 2010).

a) Tujuan Pelayanan Antenatal adalah sebagai berikut :

- (1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- (2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu
- (3) Mengenali dan mengurangi secara dini adanya penyulit/komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- (4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal mungkin.

(5) Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI secara eksklusif.

(6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran janin agar dapat tumbuh kembang secara normal. Mengurangi bayi lahir prematur, kelahiran mati dan kematian neonatal.

b) Keuntungan ANC

Dapat mengetahui berbagai resiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit (Manuaba, 2013).

d. Menentukan Usia Kehamilan

1. Metode Kalender

Metode kalender adalah metode yang sering kali digunakan oleh tenaga kesehatan di lapangan perhitungannya sesuai rumus yang direkomendasikan oleh Neagle yaitu dihitung dari tanggal pertama haid terakhir ditambah 7 (tujuh), bulan ditambah 9 (sembilan) atau dikurang 3 (tiga), tahun ditambah 1 (satu) atau 0 (nol) (Kusmiyati, dkk, 2012).

2. Tinggi Fundus

Tabel 2. 1

Tinggi fundus uteri (menurut Leopold)

| UK | TFU (jari) | TFU (cm) |
|-----------|--|----------|
| 12 minggu | 1/3 di atas simfisis | - |
| 16 minggu | ½ di atas simfisis-pusat | - |
| 20 minggu | 2-3 jari dibawah pusat | 20 cm |
| 24 minggu | Setinggi pusat | 23 cm |
| 28 minggu | 2-3 jari diatas pusat | 26 cm |
| 32 minggu | Pertengahan pusat – PX | 30 cm |
| 36 minggu | setinggi PX | 33 cm |
| 40 minggu | 2-3 jari dibawah px (janin mulai memasuki panggul) | 30 cm |

(Sumber: Penentuan Usia Kehamilan menurut leopod, 2012)

Tabel 2. 2

Tinggi Fundus Uteri dalam cm (Mc-Donald)

| TFU (cm) | Usia Kehamilan |
|----------|----------------|
| 20 | 20 minggu |
| 23 | 24 minggu |
| 26 | 28 minggu |
| 30 | 32 minggu |
| 33 | 36 minggu |

(Sumber: Penentuan Usia Kehamilan menurut Mc Donald, 2010)

Dengan menggunakan cara Mc. Donald dapat mengetahui taksiran berat janin. Taksiran ini hanya berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut : (tinggi fundus dalam cm – n) x 155= Berat (gram) .

Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka n = 12. Bila kepala dibawah spina ischiadika, maka n =11. Trimester tiga adalah triwulan terakhir dari masa kehamilan yakni usia 7 bulan sampai 9 bulan atau 28 minggu – 40 minggu (Saifuddin, 2010). Trimester tiga adalah trimester terakhir kehamilan, pada periode ini pertumbuhan janin dalam rentang waktu 28-40 minggu. Janin ibu sedang berada di dalam tahap penyempurnaan (Manuaba, 2010). Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penentuan. Pada periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk melihat bayinya (Kusmiyati, 2011).

e. Taksiran Berat Janin

Tabel 2. 3

Perkembangan Berat dan Panjang Janin Sesuai Usia

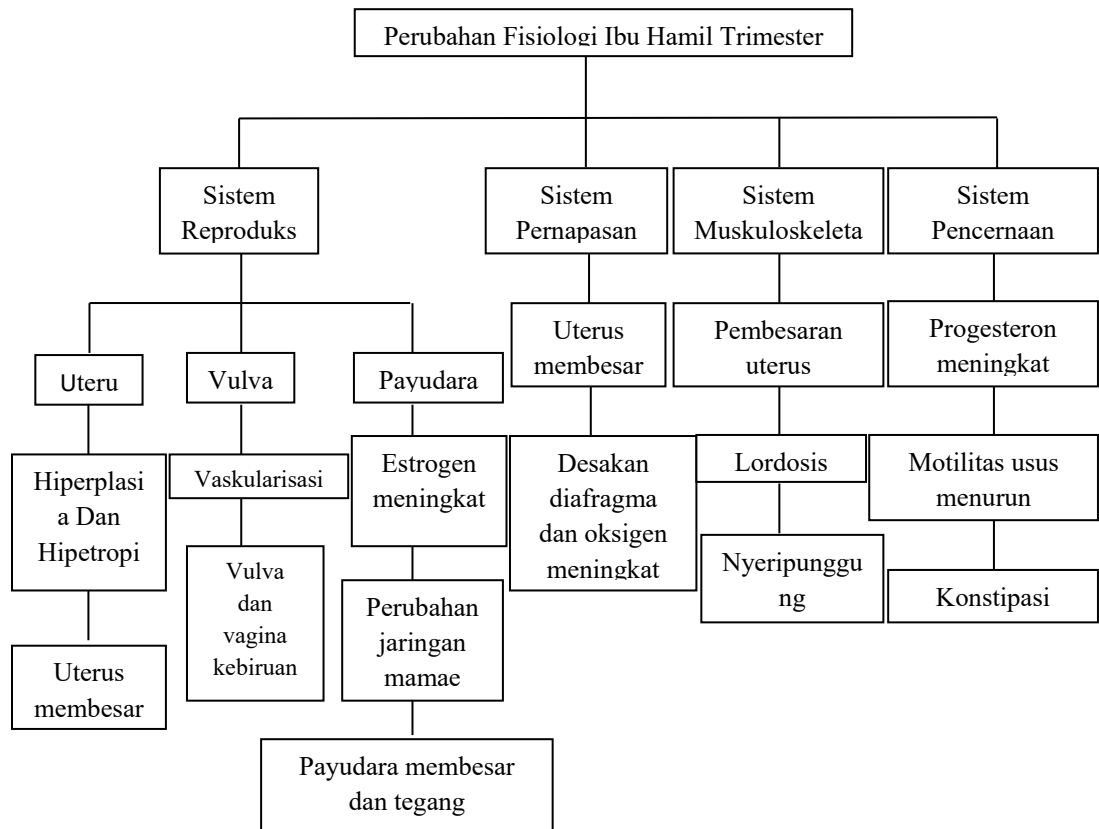
Kehamilan

| Usia (Minggu) | Panjang Janin (cm) | Berat Janin (gr) |
|----------------------|---------------------------|-------------------------|
| 4 | 0,4-0,5 2,5-3 | 0,4 |
| 8 | 6-9 11,5-13,5 | 2 |
| 12 | 16-18,5 23 | 19 |
| 16 | 27 31 | 100 |
| 20 | 35 | 300 |
| 24 | 40 | 600 |
| 28 | | 1100 |
| 30-31 | | 1800-2100 |
| 36 | | 2900 |
| 40 | | 3200 |

(Sumber : Bobak, dkk. 2010)

f. Perubahan Fisiologis Trimester III

Bagan 2.1 Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Pada TM 3



g. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III

(Syafrudin, 2011).

1) Sakit Punggung/pinggang

Sakit pada punggung hal ini karena meningkatnya beban berat yang ibu bawa yaitu bayi dalam kandungan yang dapat memengaruhi postur tubuh ibu. Pakailah sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, berdiri dan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, mintalah pertolongan

untuk melakukan pekerjaan rumah ibu sehingga ibu tak perlu membungkuk terlalu sering dan pakailah kasur yang nyaman.

2) Payudara

Keluarnya cairan dari payudara yaitu colostrum adalah makanan bayi pertama yang kaya akan protein.

3) Konstipasi

Pada trimester ke tiga ini konstipasi juga karena tekanan rahim yang membesar ke daerah usus selain peningkatan hormon progesteron. Atasi dengan makanan yang berserat seperti buah dan sayuran serta minum air yang banyak, serta olahraga.

4) Napas Sesak

Pada kehamilan 33-36 banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas hal ini karena tekanan bayi yang berada di bawah diafragma menekan paru ibu. Tetapi setelah kepala bayi sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang pertama kali hamil maka ibu akan merasa lega dan bernafas lebih mudah. Selain itu juga rasa terbakar di dada (heart burn) biasanya juga ikut hilang. Karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi di bawah tulang iga ibu. Napas sesak juga disebabkan Progesteron yang membuat bernapas lebih dalam dan lebih sering juga bisa karena Anemia sehingga pengangkutan oksigen keseluruhan tubuh berkurang. Penanganan :

- a) Gunakan bantal tambahan di malam hari.
- b) Duduklah ketika merasa sesak napas.
- c) Untuk bantuan sementara, letakkan lengan di atas kepala.
- d) Ketika berbaring, berbaringlah miring (miring kiri lebih baik).
- e) Ambil vitamin prenatal atau pil besi, seperti yang ditentukan.
- f) Makan-makanan kaya zat besi seperti daging merah tanpa lemak, hati, kacang kering, dan gandum atau roti diperkaya.
- g) Dapat bernapas lebih leluasa pada bulan terakhir kehamilan jika bayi turun rendah di panggul.
- h) Sering kencing pembesaran rahim dan ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu.
- i) Masalah tidur Setelah perut ibu besar ibu dan bayi ibu menendang di malam hari ibu akan menemukan kesulitan untuk dapat tidur nyenyak, cobalah untuk menyesuaikan posisi tidur ibu.
- j) Varises peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang menyebabkan vena menonjol. Pada akhir kehamilan kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul, varises juga dipengaruhi faktor keturunan.

Angkatlah kaki ke atas ketika ibu istirahat atau tiduran, pakailah celana atau kaos kaki yang dapat mensupport ibu, pakai dipagi hari dan lepaskan ketika ibu pergi tidur. Jangan berdiri atau duduk terlalu lama, cobalah untuk berjalan-jalan.

- k) Kontraksi perut Braxton-Hicks kontraksi atau kontraksi palsu. Kontraksi berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk atau istirahat.
- l) Bengkak pertumbuhan bayi akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu, kadang tangan bengkak juga. Ini disebut oedema, disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan.
- m) Nyeri punggung dan nyeri perut bagian bawah nyeri punggung dan perut pada ibu hamil trimester III disebabkan oleh pembesaran uterus sehingga terjadi perubahan postur tubuh yang mengakibatkan perubahan pusat gravitasi berpindah kedepan. Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri punggung dan perut pada ibu hamil yaitu menghindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban dan berjalan tanpa istirahat, kompres hangat pada punggung dan perut, serta dengan melakukan olah raga fisik secara teratur (Varney, 2011).
- n) Cairan vagina meningkat peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih,

pada awal kehamilan biasanya agak kental dan mendekati persalinan lebih cair. Tetap menjaga kebersihan ibu adalah yang terpenting. Hubungi dokter ibu bila cairan berbau, terasa gatal dan sakit.

- o) Rasa khawatir & cemas Gangguan hormonal :
penyesuaian hormonal, khawatir jadi ibu setelah kelahiran. Relaksasi, masase perut, minum susu hangat, tidur pakai ganjal bagian tubuh.

h. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

(Manuaba 2012)

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri

2) Sakit Kepala yang Berat

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

3) Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklampsia.

4) Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

5) Keluar Cairan per Vagina

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

6) Gerakan Janin Tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan

bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakan bayi akan melemah. Bayi harus bergerak 3x dalam 1 jam atau minimal 10x dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin.

7) Nyeri Perut yang Hebat

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

i. Standar Asuhan Kebidanan (Depkes RI, 2011)

Standar asuhan minimal kehamilan di Kota Balikpapan termasuk dalam "10T", yaitu:

1) Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1)

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah

hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Ada rumus tersendiri untuk menghitung IMT anda yakni:

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

Indeks masa tubuh adalah suatu metode untuk mengetahui penambahan optimal, yaitu 20 minggu pertama mengalami penambahan BB sekitar 2,5 kg, 20 minggu berikutnya terjadi penambahan sekitar 9 kg, Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg (Sari, dkk, 2015).

Tabel 2. 4

Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan

| IMT (kg/m²) | Total kenaikan berat badan yang disarankan | Selama trimester 2 dan 3 |
|-------------------------------|---|---------------------------------|
| Kurus (IMT<18,5) | 12,7–18,1 kg | 0,5 kg/minggu |
| Normal (IMT 18,5-22,9) | 11,3-15,9 kg | 0,4 kg/minggu |
| Overweight (IMT 23-29,9) | 6,8-11,3 kg | 0,3 kg/minggu |
| Obesitas (IMT>30) | | 0,2 kg/minggu |
| Bayi kembar | 15,9-20,4 kg | 0,7 kg/minggu |

(Sumber: (Sukarni. 2013))

Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

2) Ukur Tekanan Darah (T2)

Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah yaitu dengan cara menghitung MAP. MAP adalah tekanan darah antara sistolik dan diastolik, karena diastolik berlangsung lebih lama daripada sistolik maka MAP setara dengan 40 % tekanan sistolik ditambah 60 % tekanan diastolik (Woods, Froelicher, Motzer, & Bridges, 2011). Adapun rumus MAP adalah tekanan darah sistolik ditambah dua kali tekanan darah diastolik dibagi 3. Rentang normal MAP adalah 70 mmHg - 99 mmHg.

Tabel 2. 5

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

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

3) Nilai Status Gizi (T3)

Pada ibu hamil (bumil) pengukuran LiLA merupakan suatu cara untuk mendeteksi dini adanya Kurang Energi Kronis (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu

hamil mengakibatkan transfer nutrient ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak. Kurang Energi Kronis atau KEK (ukuran LILA < 23,5 cm), yang menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka panjang baik dalam jumlah maupun kualitasnya. Cara melakukan pengukuran lila:

- a) Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan meteran
 - b) Lingkarkan dan masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LILA. Baca menurut tanda panah
Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan pita LILA.
- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T4)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

5) Tentukan Persentasi Janin Dan Hitung DJJ (T5)

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

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

- a) Takikardi berat; detak jantung diatas 180x/menit
 - b) Takikardi ringan: antara 160-180x/menit
 - c) Normal: antara 120-160x/menit
 - d) Bradikardia ringan: antara 100-119x/menit
 - e) Bradikardia sedang: antara 80-100x/menit
 - f) Bradikardia berat: kurang dari 80x/menit
- 6) 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 neonatorum. Imunisasi ini diberikan dengan dosis 0,5 cc/IM dalam satu kali penyuntikan.

Tabel 2. 6

Jadwal Pemberian Imunisasi TT

| Antigen | Interval (selang waktu) | Lama perlindungan | Dosis |
|---------|-------------------------|-------------------|--------|
| TT 1 | - | - | 0,5 cc |
| TT 2 | 4 minggu setelah TT 1 | 3 tahun | 0,5 cc |
| TT 3 | 6 bulan setelah TT 2 | 5 tahun | 0,5 cc |
| TT 4 | 1 tahun setelah TT 3 | 10 tahun | 0,5 cc |
| TT 5 | 1 tahun setelah TT 4 | 25 tahun | 0,5 cc |

(Sumber : Depkes RI,2009)

- 7) Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T7)

Tablet ini mengandung 200mg sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

- 8) Tes laboratorium (T8)

Tes laboratorium sederhana yang dilakukan saat pemeriksaan kehamilan adalah pemeriksaan Hb untuk menilai status anemia atau tidak pada ibu hamil. Sebaiknya pemeriksaan Hb ini dilakukan sejak trimester I,

sehingga apabila ditemukan kondisi anemia akan dapat segera diterapi dengan tepat.

9) Tes Terhadap Penyakit Menular Seksual (T9)

Ibu hamil resiko tinggi terhadap PMS, sehingga dapat mengganggu saluran perkemihan dan reproduksi. Upaya diagnosis kehamilan dengan PMS di komunitas adalah melakukan diagnosis pendekatan gejala, memberikan terapi, dan konseling untuk rujukan. Hal ini bertujuan untuk melakukan pemantauan terhadap adanya PMS agar perkembangan janin berlangsung normal.

10) Temu wicara dan Tata Laksana Kasus (T10)

Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan tindakan yang harus dilakukan oleh bidan atau dokter dalam temu wicara, antara lain :

- a) Merujuk ke dokter untuk konsultasi ke gizi dan gigi, menolong ibu menentukan pilihan yang tepat.
- b) Melampirkan kartu kesehatan ibu beserta surat rujukan
- c) Meminta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat hasil rujukan
- d) Meneruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan
- e) Memberikan asuhan Antenatal (selama masa kehamilan)

- f) Perencanaan dini jika tidak aman melahirkan dirumah
- g) Menyepakati diantara pengambil keputusan dalam keluarga tentang rencana proses kelahiran
- h) Persiapan dan biaya persalinan

j. Kekurangan Energi Kronis (KEK)

1) Definisi KEK

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun. Cara untuk mengetahui risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil dengan pengukuran LILA. Lingkar Lengan Atas telah digunakan sebagai indikator proksi terhadap risiko kekurangan energy kronis untuk Ibu hamil diindonesia karena tidak terdapt data berat badan pra hamil pada sebagian besar ibu hamil. Namun pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahanstatus gizi dalam jangka pendek. Ibu hamil dengan KEK pada batas 23,5 cm mempunyai resiko 2,0087 kali untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang mempunyai LILA lebih dari 23,5 cm (Yuliasuti, 2014).

2) Tanda dan gejala kekurangan energy kronis

Adapun tanda dan gejala kekurangan energy kronis yaitu:

- a) Lingkar lengan atas (LILA) kurang dari 23,5cm

- b) Badan kurus
 - c) Konjungtiva Pucat
- 3) Pencegahan pada Ibu Hamil dengan Kekurangan Energi kronis

Peningkatan variasi dan jumlah makanan juga dapat menjadi salah satu upaya pencegahan KEK. Kandungan zat gizi pada setiap jenis makanan berdeda-beda dan tidak ada satupun jenis makanan yang mengandung zat gizi secara lengkap, maka untuk memenuhi kebutuhan sebagian besar zat gizi diperlukan konsumsi makanan yang beragam.

Mengurangi beban kerja pada ibu hamil. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa beban kerja yang berat pada wanita hamil akan memberikan dampak yang kurang baik pada *outcome* kehamilannya. (Nurmadinisia R, 2012) Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian tablet tambah darah (TTD) pada remaja putri dan terlaksananya program 1000 hari pertama kehidupan (Lakip Kemenkes, 2015) dan juga dapat dilakukan dengan melakukan penyuluhan gizi kepada ibu hamil (Azhara, 2015).

- 4) Penanganan Kekurangan Energi Kronis pada Ibu Hamil

Untuk mengatasi kekurangan gizi (KEK) yang terjadi pada ibu hamil, pemerintah memberikan bantuan berupa Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Bentuk makanan

berupa biscuit yang diberikan 1 bulan sekali dan dilakukan observasi sampai ibu hamil dengan KEK tersebut mengalami pemulihan. PMT adalah makanan bergizi yang diperuntukkan bagi ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi. Pemulihan hanya sebagai tambahan terhadap makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil sehari-hari, bukan sebagai pengganti makanan utama (Yuliasuti, 2014).

Faktor pendukung keberhasilannya yakni kondistribusi tablet tamba hdarah, konseling gizi bagi ibu hamil, kampanye gizi seimbang promosi keluarga sadar gizi, kegiatan kelas ibu hamil, dan meningkatkan penyelenggaraan kegiatan antenatal dipuskesmas (Lakip kemenkes 2015).

5) Dampak Kekurangan Energi Kronis

a) Pada ibu hamil

Apabila makanan selama hamil tidak tercukupi maka dapat mengakibatkan kekurangan gizi sehingga ibu hamil mengalami gangguan. Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko dan komplikasi pada ibu hamil, antara lain anemia yang dapat berujung pada pendarahan pasca persalinan, berat badan tidak bertambah secara normal dan terkena infeksi. Pada

saat persalinan gizi kurang dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), serta operasi persalinan (Muliawati, 2013).

b) Pada janin

Untuk pertumbuhan janin yang baik diperlukan zat-zat makanan yang adekuat, dimana peranan plasenta besar artinya dalam transfer zat-zat makanan tersebut. Suplai zat-zat makanan kejanin yang sedang tumbuh tergantung pada jumlah darah ibu yang mengalir melalui plasenta dan zat-zat makanan yang diangkutnya. Gangguan suplai makanan dari ibu mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan terjadinya keguguran (abortus), bayilahir mati (kematian neonatal), cacat bawaan, lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) atau PJT (pertumbuhan janin terhambat Muliawati, 2013).

k. Resiko kehamilan menurut Poedji Rochjati

Kehamilan dengan faktor resiko adalah kehamilan dimana ditemukannya suatu keadaan yang mempengaruhi optimalisasi pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2011). Resiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, seperti kematian, kesakitan,

kecacatan, ketidaknyamanan, atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan bayi. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi tiga kelompok:

Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

- 1) Kehamilan tanpa masalah atau factor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
- 2) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
Kehamilan dengan satu atau lebih factor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat.
- 3) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 , kehamilan dengan factor resiko: ibu dengan factor resiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis (Poedji Rochjati, 2011).

Tabel 2. 7
Skor Poedji Rochjati

| I K E L L F. R R | II NO. | III Masalah / Faktor Resiko | SKOR | IV Triwulan | | | |
|---------------------------------------|------------------|--|---|---------------------|----|-------|-------|
| | | | | I | II | III.1 | III.2 |
| | | | | Skor Awal Ibu Hamil | | | |
| 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 tarikan tang/vakum | 4 | | | |
| | | Uri dirogoh | 4 | | | | |
| | | Diberi infus/transfuse | 4 | | | | |
| | 10 | Pernah operasi <i>Caesar</i> | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada ibu hamil | 4 | | | | |
| | | a. Kurang Darah | 4 | | | | |
| | | b. TBC Paru | 4 | | | | |
| | | c. Kencing Manis (<i>Diabetes</i>) | 4 | | | | |
| | | d. Penyakit Menular Seksual | 4 | | | | |
| | | e. Malaria | 4 | | | | |
| | f. Payah Jantung | 4 | | | | | |
| | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | 13 | Hamil kembar | 4 | | | | |
| | 14 | <i>Hydramnion</i> | 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 | 6 | | | | |

3. Persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada

kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu dan janin (Dwi setiawati, dkk,2012).

Bentuk persalinan berdasarkan tehnik :

- 1) Persalinan spontan, yaitu persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.
- 2) Persalinan buatan, yaitu persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan *section sesaria*.
- 3) Persalinan anjuran, yaitu persalinan tidak dimulai dengan sendirinya tetapi berlangsung setelah memecahkan ketuban, pemberian pitocin prostaglandin. (Ai yeyeh, dkk, 2014).

b. Tanda-tanda Persalinan

1) Timbulnya his persalinan

His pembukaan dengan sifat-sifat sebagai berikut : Nyeri melingkar dari punggung memancar keperut bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat, dan mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks (Dewi Setiawati, 2012).

2) *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina).

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.

Terjadi perdarahan karena pembuluh darah pecah. (Ai Nursiah, dkk, 2014)

3) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini disebut dengan ketuban pecah dini. (Dewi Setiawati, 2013).

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (*power, passage, psikologis*), faktor janin, plasenta dan air ketuban (*passenger*), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini salah satu dari faktor-faktor tersebut.

1) *Power* (Tenaga/Kekuatan)

a) His (Kontraksi uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominal, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat *involunter* karena berada dibawah saraf intrinsic. (Ai Nursiah, 2014).

b) Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar

panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha *volunteer*. Keinginan mendedan ini disebabkan karena kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan *intra abdominal* dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his dan tanpa tenaga mendedan bayi tidak akan lahir (Ai Nursiah, dkk, 2014).

2) Passage (Jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. (Widia, 2015).

3) Passenger (Janin, plasenta, dan air ketuban)

a) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. (Ai Nursiah, dkk, 2104).

b) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka plasenta dianggap sebagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal. (Widia, 2015).

c) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin, dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah rupture atau robekan. Penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga saat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi di awal persalinan, dapat juga karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh (Widia, 2015).

4) Faktor Psikis (Psikologi)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.

a) Psikologis meliputi : kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

b) Sikap negatif terhadap persalinan di pengaruhi oleh :
 Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada *self-image*, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran. (Widia, 2015).

5) *Pysician* (penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan memberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga (Ai Nursiah, dkk, 2014).

d. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu :

1) Kala I (Pembukaan)

a) Pengertian Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Manuaba, 2011).

Kebutuhan Ibu Bersalin Kala I (Sumarah, 2012) :

(1) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat.

- (2) Mengatur aktivitas dan posisi ibu
- (3) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his.
- (4) Menjaga privasi ibu.
- (5) Penjelasan tentang kemajuan persalinan.
- (6) Menjaga kebersihan diri.
- (7) Mengatasi rasa panas.
- (8) Masase.
- (9) Pemberian cukup minum.
- (10) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong.
- (11) Sentuhan.

Terdapat 2 fase pada Kala 1 ini, yaitu :

- (1) Fase laten : pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam.
- (2) Fase aktif : pembukaan dari 3 cm sampai lengkap (+ 10 cm), berlangsung sekitar 6 jam. Fase aktif terbagi atas :
 - (3) Fase akselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 3 cm sampai 4 cm.
 - (4) Fase dilatasi maksimal (sekitar 2 jam), pembukaan 4 cm sampai 9 cm.
 - (5) Fase deselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 9 cm sampai lengkap 10 cm (Manuaba, 2011).

b) Perubahan Fisiologi Kala I

Selama rentan waktu dari adanya his sampai pembukaan lengkap 10 cm terjadi beberapa perubahan yang fisiologis. Perubahan fisiologis kala I meliputi :

(1) Perubahan pada serviks

(a) Pendataran pada serviks/effacement

Pendataran pada serviks adalah pendekatan dari kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran panjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

(b) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks disebabkan karena pembesaran Ostium Uteri Eksternum (OUE) karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir portio tidak terba lagi.

(2) Perubahan sistem kardiovaskuler

(a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi jika terjadi kontraksi.

Posisi tidur terlentang selama persalinan akan mengakibatkan adanya penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta), yang menyebabkan sirkulasi darah baik ibu maupun janin akan terganggu, ibu biasanya mengalami hipotensi dan janin mengalami asfiksia. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(b) Denyut jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi terlentang denyut jantung akan menurun. Denyut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selam periode segera sebelum persalinan. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(3) Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan, kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. (Ai Nursiah, dkk 2014).

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

a) Pengertian kala II

Kala II persalinan disebut juga kala pengeluaran yang merupakan peristiwa terpenting dalam proses persalinan karena objek yang dikeluarkan adalah objek utama yaitu bayi (Widia, 2015).

b) Tanda Dan Gejala Kala II

Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II adalah :

- (1) Adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir portio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk ke dalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga portio membuka secara perlahan. (Widia, 2015)
- (2) His yang lebih sering dan kuat (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mengedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mengedan. (Widia, 2015).
- (3) Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, di sebabkan oleh adanya robekan *serviks* yang meregang. (Widia, 2015).
- (4) Pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam *uterus* dan diluar *uterus* sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan tekanan isi *uterus* akhirnya kantung ketuban pecah. (Widia, 2015).
- (5) Anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan *rectum* dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka. (Widia, 2015).

(6) Vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk ke Pintu Bawah Panggul (PBP) dan di tambah pula dengan adanya his serta kekuatan mengedan menyebabkan *vulva* terbuka dan *perineum* menonjol, karena *perineum* bersifat elastis. (Widia,2015).

(7) Bagian terdepan anak kelihatan pada *vulva*, karena *labia* membuka, *perineum* menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di *vulva*, karena ada his dan tenaga mengedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan (Widia, 2015).

c) Mekanisme Persalinan Normal

Pada akhir kala 1, *segmen uterus*, *serviks*, dasar panggul, dan pintu keluar *vulva* membentuk satu jalan lahir yang *continue*. Gaya yang diperlukan untuk mengeluarkan janin berasal dari aktifitas otot uterus dan dari otot *abdomen* sekunder dan diafragma, yang memperkuat kontraksi sewaktu kepala janin melewati panggul, kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi :

(1) Turunnya kepala

Turunnya kepala di bagian dalam :

(a) Masuknya kepala dalam Pintu Atas Panggul (PAP)/

Engagement

Masuknya kepala kedalam PAP pada *primigravida* terjadi di bulan akhir kehamilan sedangkan pada

multigravida biasanya terjadi pada awal persalinan. Kepala masuk ke PAP biasanya dengan *sutura sagitalis* melintang dan dengan *flexi* yang ringan. Masuknya kepala melintasi PAP dalam kuadran *syinclitismus*, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP atau *sutura sagitalis* terdapat ditengah-tengah jalan lahir/ tepat diantara simpisis dan promotorium sehingga, dari parietal depan dan belakang sama tingginya. Kepala yang masuk dengan keadaan *asyinclitismus* yaitu arah kepala janin miring dengan bidang PAP atau sutura sagitalis agak kedepan mendekati simpisis/agak kebelakang mendekati *promotorium*. *Asyinclitismus* posterior bila *sutura sagitalis* mendekati simpisis dari parietal biasa lebih rendah dari parietal depan, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip kebelakang dengan PAP. *Asyinclitismus anterior* yaitu bila sutura sagitalis mendekati *promontorium* sehingga parietal depan lebih rendah dari parietal belakang, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip kedepan PAP. (Ai Nursiah,dkk 2014).

(b) Majunya kepala

Pada *primigravida* majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kerongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada *multipara* majunya kepala dan

masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan fleksi, putaran faksi dalam, dan *extensi*. Penyebab majunya kepala : Meningkatnya cairan *intra uterin*, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan mengedan, melurusnya badan anak oleh pelurusan bentuk rahim. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(c) Flexi

Dengan majunya kepala, biasanya flexi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya flexi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir : diameter *sub occipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan *sub occipito frontalis* (11 cm).(Ai Nursiah, dkk 2014).

(d) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan kebawah *symfisis*. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang memutar kedepan kebawah *symfisis*.(Ai Nursiah, dkk 2014).

(e) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau ekstensi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala terjadi dua kekuatan, yang satu mendesaknya kebawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultannya ialah kekuatan kearah depan atas.

Setelah *subociput* tertahan pada pinggir bawah *symfisis* maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan *subociput*, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas *perineum* ubun-ubun besar, dahi hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. *Subociput* yang menjadi pusat pemutaran disebut *hypomochilion*. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(f) Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala bayi memutar kembali kearah punggung bayi untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran retribusi (putaran balasan). Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala

berhadapan dengan *tuber ischiadicum* sepihak (disisi kiri). Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter *anteroposterior* dari pintu bawah panggul. (Ai Nursiah, dkk 2014).

(g) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah *symphysis* dan menjadi *hypomochilion* dan kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir. (Ai Nurasiah, dkk 2014).

4) Kala III (kala uri)

a) Pengertian Kala III

Kala III dimulai sejak bayi bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Partus kala III disebut juga kala uri. Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus (Ina Kuswanti, dkk 2014).

b) Tanda – Tanda Lepasnya Plasenta

(1) Berubahan Bentuk dan Tinggi Fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segi tiga, atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan). (Ai Nursiah, dkk 2014).

(2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld). (Ai Nursiah, dkk 2014).

(3) Semburan darah yang mendadak dan singkat.

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacenta pooling*) dalam ruang daintara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang lepas. (Ai Nursiah, dkk 2014)

c) Pengeluaran Plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui serviks, vagina dan dikeluarkan ke introitus vagina (Ina Kuswanti, dkk 2014). Dari tempat ini plasenta di dorong keluar oleh tenaga mengejan, 20% secara

spontan dan selebihnya memerlukan pertolongan. Plasenta dikeluarkan dengan melakukan tindakan manual apabila : Perdarahan lebih dari 400 sampai 500 cc, terjadi restensio plasenta, bersamaan dengan tindakan yang di sertai narkosa, dari anamnese terdapat perdarahan hibitualis. (Ina Kuswanti, dkk 2014).

d) Pemeriksaan Plasenta

Pemeriksaan plasenta meliputi hal-hal sebagai berikut :

- (1) Selaput ketuban utuh atau tidak
- (2) Plasenta (ukuran plasenta) yang terdiri atas : Bagian maternal, jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon, bagian fetal, utuh atau tidak.
- (3) Tali pusat, meliputi : Jumlah arteri dan vena, adakah arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia, dan insersi tali pusat apakah sentral, marginal, panjang tali pusat (Nurul Jannah, 2017).

5) Kala IV (Kala pemantauan)

Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan postpartum dapat dikurangi atau dihindarkan (Dwi Asri, dkk 2012).

a) Pemeriksaan Serviks, Vagina dan Perineum

Untuk mengetahui apakah ada tidaknya robekan jalan lahir, periksa darah perineum, vagina dan vulva. Setelah bayi lahir, vagina akan mengalami peregangan, oleh kemungkinan edema dan lecet. Introitus vagina juga akan tampak terluka dan terbuka. Sedangkan vulva bisa berwarna merah, bengkak dan mengalami lecet (Ai Nursiah, dkk 2014).

b) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Sebagian besar kematian ibu pada periode pasca persalinan terjadi pada 6 jam pertama setelah persalinan. Kematian ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan ekslampsia. Oleh karena itu pemantauan selama dua jam pertama persalinan postpartum sangat penting (Ai Nursiah, dkk 2014)

Pemantauan dan evaluasi lanjut dapat berupa :

(1) Tanda Vital

Pemantauan dan evaluasi lanjut tanda vital meliputi usaha untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik, tidak terjadi perdarahan vagina atau alat genitalia lainnya, plasenta dan selaput ketuban telah lahir lengkap, kandung kemih kosong, luka pada perineum terawat baik dan tidak terjadi hematoma. Selain itu ibu dan bayi berada dalam keadaan baik.

Tanda syok pada ibu harus diperhatikan seperti nadi cepat dan lemah (110 kali/menit), tekanan darah rendah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat, dingin kulit lembab, napas cepat, kesadaran menurun, dan protein urin sangat sedikit. Perhatikan pula tanda dehidrasi, gejala infeksi, gejala preeklamsi hingga eklamsi dan pemantauan suhu tubuh untuk mencurigai terjadinya infeksi. (Nurul Jannah, 2017).

(2) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang baik pada uterus adalah bahwa uterus teraba keras dan tidak lembek dan tinggi fundus uteri berada 1-2 jari dibawah pusat setelah melahirkan.

Pemeriksaan kontraksi dilakukan 15 menit pada satu jam pertama pascapartum, dan 30 menit satu jam kedua pasca post partum. (Nurul Jannah, 2017).

(3) Lochea

Selama beberapa hari persalinan, lokea tampak merah kerana ditemukan eritrosit atau disebut juga lokea rubra. Setelah 3 sampai 4 hari, lokea menjadi pucat atau lokea serosa, dan hari ke 10, lokea tampak putih atau putih kekuning-kuningan atau lokea alba. Lokea yang berbau busuk menjadi indikasi dugaan endometrosis. (Nurul Jannah, 2017).

(4) Kandung Kemih

Kandung kemih harus terus dipertahankan dalam keadaan kosong, kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi maksimal sehingga perdarahan dapat terjadi. Pemantauan kontraksi selama satu jam pertama dilakukan empat kali dalam 15 menit dan pada jam kedua, dua kali dalam 30 detik. (Nurul Jannah, 2017).

(5) Perineum

Setelah persalinan, keadaan perineum harus juga menjadi perhatian. Apabila terjadi luka jahit, perlu diperhatikan tanda-tanda infeksi, menjaga kebersihan area luka jahitan. Kebersihan luka yang tidak terjaga dapat memicu infeksi (Nurul Janna, 2017).

e. Aspek 5 Benang Merah

Menurut Sumarah 2012 Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yang harus diperhatikan oleh bidan adalah asuhan sayang ibu, pencegahan infeksi, pengambilan keputusan klinik, pencatatan dan rujukan: Asuhan sayang ibu, pencegahan Infeksi, membuat Keputusan Klinik, pencatatan (dokumentasi) dan rujukan.

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan seringkali disingkat BAKSOKUDA :

- a) Bidan, pastikan ibu didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.
- b) Alat, Bawa perlengkapan dan bahan bahan yang diperlukan seperti spuit, infuse set, tensimeter, stetoskop.
- c) Keluarga, Anggota keluarga harus menemani klien ke tempat rujukan
- d) Surat, Beri surat ke tempat rujukan yang berisi, identifikasi klien, alasan dirujuk, asuhan atau obat-obatan yang telah diterima klien.
- e) Obat, Bawa obat-obatan esensial diperlukan selama perjalanan merujuk.
- f) Kendaraan, siapkan kendaraan yang cukup baik untuk membawa klien ke tempat rujukan
- g) Uang, ingatkan keluarga untuk membawa uang yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan ditempat rujukan.
- h) Darah, siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan

f. Pola Fungsional Kesehatan pada Ibu Besalin

Tabel 2. 8
Pola Fungsional Kesehatan Persalinan

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

(Sumber : Varney (2010))

g. Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

Dalam melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman sesuai standar APN maka dirumuskan 60 langkah APN sebagai berikut:

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua

- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam wadah 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 di gunakan untuk periksa dalam
- 6) Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali kedalam wadah partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan $\frac{1}{2}$ kocher pada partus set
- 7) Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan dari vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu yang keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran)
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah
- 9) Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)

- 11) Memberi tahu 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 untuk meneran, (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setelah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- 14) Saat kepala janin terlihat di vulva dengan diameter 5-6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu
- 15) Mengambil kain bersih, melipat $\frac{1}{3}$ bagian dan meletakkannya dibawah bokong ibu
- 16) Membuka tutup partus set
- 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- 18) Saat sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan dialas lipatan kain di bawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat 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 janin menggunakan penghisap lendir De Lee.

- 19) Menggunakan kasa/kain bersih untuk membersihkan muka janin dari lendir dan darah
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 22) Setelah janin menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala janin, 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 lipatan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar atau lahirnya bahu, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri, pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 23) Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher dan bahu janin bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada / punggung janin, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu janin bagian anterior saat badan dan lengan lahir
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin)

- 25) Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke arah penolong. nilai bayi, kemudian letakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi di tempat yang memungkinkan)
- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm 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 di antara kedua klem. Bila bayi tidak bernafas spontan lihat penanganan khusus bayi baru lahir
- 29) Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala
- 30) Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki.
- 31) Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal
- 32) Memberi tahu ibu akan disuntik
- 33) Menyutikan Oksitosin 10 unit secara intra muskuler pada bagian luar paha kanan 1/3 atas setelah melakukan aspirasi

terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah

- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan tangan kiri di atas simpisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kasa dengan jarak antara 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 kranial. Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu
- 37) Jika dengan peregangannya 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 masase 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 masase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotelidon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia
- 41) Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perenium yang menimbulkan perdarahan aktif. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan
- 42) Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik
- 43) Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah di dalam 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 sampul 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 masase 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 pakaiannya dengan pakaian bersih/kering
- 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 dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir

60) Melengkapi partograf dan memeriksa tekanan darah (Depkes, 2012)

h. Partograf

1) Pengertian

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, 2012).

Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin. Partograf dapat dianggap sebagai “system peringatan awal” yang akan membantu pengambilan keputusan lebih awal kapan seorang ibu harus dirujuk, dipercepat, atau diakhiri persalinannya. (Ujiningtyas, 2012).

2) Tujuan

Menurut Sumarah, dkk (2012). tujuan partograf adalah:

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

3) Komponen Partograf

- a) Catatan janin
- b) Catatan kemajuan persalinan
- c) Catatan ibu (Ujiningtyas, 2011).

4) Pengamatan yang dicatat dalam partograf

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

a) Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

Bidan menilai pembukaan serviks dengan melakukan pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali (indikasi waktu). Pemeriksaan dalam yang dilakukan kurang dari 4 jam harus atas indikasi. Bidan harus memeriksa adanya tanda gejala kala II, ketuban pecah sendiri, atau gawat janin. Penulisan pembukaan serviks di partograf dengan tanda (x). (Sumarah, dkk, 2012).

(2) Penurunan bagian terendah

Bidan menilai turunnya bagian terendah janin dengan palpasi perlimaan yang dilakukan setiap 4 jam, yaitu sesaat sebelum melakukan pemeriksaan dalam. Penulisan turunnya bagian terendah di partograf dengan tanda (o) (Sumarah, dkk, 2012).

(3) His

Bidan menilai his dengan cara palpasi, menghitung frekuensi his (berapa kali) dalam waktu 10 menit dan dirasakan berapa lama his tersebut berlangsung (dalam detik). Observasi his dilakukan setiap 30 menit (Sumarah, dkk, 2012).

b) Memantau kondisi janin (Sumarah, dkk, 2012)

(1) Denyut jantung janin

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

(2) Ketuban

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

(3) Moulase kepala janin

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

- (a) 0 bila tulang-tulang kepala terpisah dan sutura mudah diraba (tidak ada *moulase*).
 - (b) 1 bila tulang-tulang kepala saling menyentuh satu sama lain.
 - (c) 2 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
 - (d) 3 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih berat, tidak dapat dipisahkan.
- c) Memantau kondisi ibu hal yang perlu dikaji:
- (1) Tanda-tanda vital, tekanan darah diukur setiap 4 jam, nadi dinilai setiap 30 menit, suhu di ukur setiap 2 jam.
 - (2) Urine dipantau setiap 2-4 jam untuk volume, protein, dan aseton, serta dicatat dipartograf pada kotak yang sesuai.
 - (3) Obat-obatan dan cairan infuse. Catat obat ataupun cairan infuse yang diberikan pada ibu selama persalinan.

Tabel 2. 9
Memantau Kemajuan Persalinan Menggunakan Partograf

| Kemajuan Persalinan | Keadaan Ibu | Keadaan Bayi |
|--|---|--|
| <p>1. His/kontraksi(frekuensi, lamanya, kekuatan, dikontrol tiap 30 menit pada fase aktif.</p> <p>2. Pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan bagian terendah, moelase), dikontrol 4 jam.</p> <p>3. Pemeriksaan abdomen, pemeriksaan kepala, kecuali dievaluasi selama pemeriksaan dalam, dikontrol tiap 2 jam pada fase aktif.</p> | <p>1. Tanda-vital</p> <p>2. Status kandung kemih</p> <p>3. Pemberian makanan/ minum tiap 4 jam sekali</p> | <p>1. Periksa DJJ tiap 30 menit pada fase aktif.</p> <p>2. Jika selaput ketuban pecah periksa :</p> <p>a. Warna cairan (adanya mekonium)</p> <p>b. Kepekatan jumlah cairan</p> |

(Sumber : Saifuddin (2011))

Tabel 2.10
Penilaian

| Parameter | Frekuensi pada fase laten | Frekuensi pada fase aktif |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Tekanan darah | Setiap 4 jam | Setiap 4 jam |
| Suhu badan | Setiap 4 jam | Setiap 2 jam |
| Nadi | Setiap 30 menit | Setiap 30 menit |
| Denyut jantung janin | Setiap 1 jam | Setiap 30 menit |
| Kontraksi | Setiap 1 jam | Setiap 30 menit |
| Pembukaan serviks | Setiap 4 jam | Setiap 4 jam |
| Penurunan | Setiap 4 jam | Setiap 4 jam |
| Produksi urin, aseton dan protein | Setiap 2-4 jam | Setiap 2-4 jam |

(Sumber : JNPK-KR (2011))

i. Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan Postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Termasuk perdarahan karena rest

plasenta. Perdarahan postpartum adalah perdarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir (Rukiyah, 2012)

j. Konsep Dasar Persalinan Lama

1) Definisi

Pengertian dari persalinan lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida. Dilatasi serviks dikanan garis waspada persalinan fase aktif (Rustam Mochtar, 2012).

2) Etiologi

Faktor-faktor penyebabnya antara lain: kelainan letak janin, Kelainan – kelainan panggul, kelainan kekuatan his dan mengejan, pimpinan persalinan yang salah, janin besar atau ada kelainan congenital dan primi tua primer dan sekunder

3) Gejala Klinik

Gejala klinik partus lama terjadi pada ibu dan juga pada janin (Rustam Mochtar,2012)

a) Pada ibu : gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Didaerah local sering dijumpai: oedema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

b) Pada janin :

(1) Denyut jantung janin cepat atau hebat atau tidak teratur bahkan negatif, air ketuban terdapat mekonium, kental berwarna hijau, berbau.

(2) Kaput succedaneum yang besar

(3) Moulage kepala yang hebat

(4) Kematian Janin Dalam Kandungan(KJDK)

(5) Kematian Janin Intra Parental (KJIP)

Gejala utama yang perlu diperhatikan pada partus lama antara lain:

(1) Dehidrasi

(2) Tanda infeksi :temperature tinggi ,nadi dan pernapasan, abdomen meteorismus

(3) Pemeriksaan abdomen: meteorismus, lingkaran bandle tinggi ,nyeri segmen bawah rahim

(4) Pemeriksaan local vulva vagina: edema vulva ,cairan ketuban berbau, cairan ketuban bercampur mekonium

(5) Pemeriksaan dalam: edema servikalis, bagian terendah sulit didorong keatas, terdapat kaput pada bagian terendah

(6) Keadaan janin dalam rahim: asfiksia sampai terjadi kematian

(7) Akhir dari persalinan lama: ruptur uteri imminens sampai ruptur auteri, kematian karena perdarahan atau infeksi.

4) Klasifikasi Persalinan Lama

Persalinan lama menjadi beberapa fase, yaitu:

a) Fase laten yang memanjang Fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primigravida atau waktu 14 jam pada multipara merupakan keadaan abnormal. Sebab-sebab fase laten yang panjang mencakup :Serviks belum matang pada awal persalinan, posisi janina bnormal, disproporsi fetopelvik, persalinan disfungsiional dan pemberian sedative yang berlebihan

b) Fase aktif yang memanjang pada primigravida

Para primigravida, fase aktif yang lebih panjang dari 12 jam merupakan keadaan abnormal, yang lebih penting darip ada panjangnya fase ini adalah kecepatan dilatasi serviks. Pemanjangan fase aktif menyertai :Malposisi janin, disproporsi fetopelvik, penggunaan sedative dan analgesic secara ssebrono dan ketuban pecah sebelum dimulainya persalinan

c) Penatalaksanaa partus lama

Penatalaksanaan partus lama antara lain:

(1) Pencegahan

(a) Persiapan kelahiran bayi dan perawatan prenatal yang baik akan mengurangi insidensi partus lama.

(b) Persalinan tidak boleh diinduksi atau dipaksakan kalau serviks belum matang. Servik yang matang adalah

servik yang panjangnya kurang dari 1,27 cm (0,5inci), sudah mengalami pendataran, terbuka sehingga bisa dimasuki sedikitnya satu jari dan lunak serta bisa dilebarkan.

(2) Tindakan suportif

- (a) Selama persalinan, semangat pasien harus didukung. Kita harus membesarkan hatinya dengan menghindari kata-kata yang dapat menimbulkan kekhawatiran dalam diri pasien.
- (b) Intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari. Pada semua partus lama, intake cairan sebanyak ini dipertahankan melalui pemberian infuse larutan glukosa.
- (c) Dehidrasi, dengan tanda adanya acetone dalam urine, harus dicegah
- (d) Makanan yang dimakan dalam proses persalinan tidak akan tercerna dengan baik. Makanan ini akan tertingg dalam dalam lambung sehingga menimbulkan bahaya muntah dan aspirasi. Karena waktu itu, pada persalinan yang berlangsung lama di pasang infuse untuk pemberian kalori.
- (e) Pengosongan kandung kemih dan usus harus memadai. Kandung kemih dan rectum yang penuh tidak saja menimbulkan perasaan lebih mudah cidera dibanding dalam keadaan kosong.

- (f) Meskipun wanita yang berada dalam proses persalinan, harus diistirahatkan dengan pemberian sedative dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik, namun semua preparat ini harus digunakan dengan bijaksana. Narcosis dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.
- (g) Pemeriksaan rectal atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.
- (h) Apabila hasil-hasil pemeriksaan menunjukkan adanya kemajuan dan kelahiran diperkirakan terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terdapat gawat janin ataupun ibu, tetapi suportif diberikan dan persalinan dibiarkan berlangsung secara spontan.
- (i) Pertolongan Dapat dilakukan partus spontan, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, manual aid pada letak sungsang, embriotomi bila janin meninggal, seksio sesareanlain-lain.

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

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

b. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 1) Pencegahan infeksi, Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi seperti berikut)Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi.
- 2) Pakai sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Semua peralatan dan perengkapan yang akan di gunakan telah di DTT atau steril. Khusus untuk bola karet penghisap lender jangan dipakai untuk lebih dari satu bayi.
- 4) Handuk, pakaian atau kain yang akan digunakan dalam keadaan bersih (demikian juga dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dll).
- 5) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK-KR, 2010).

c. Penilaian bayi baru lahir

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

- 1) Bayi cukup bulan atau tidak ?
- 2) Usaha nafas bayi menangis keras ?
- 3) Warna kulit sianosis atau tidak ?
- 4) Gerakan aktif atau tidak
- 5) Frekuensi jantung normal/ tidak

Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2010).

2.11
Apgar Skor

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

(Sumber : Saifuddin, 2010)

Klasifikasi (Saifuddin, 2014) :

- 1) Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
- 2) Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
- 3) Asfiksia berat (apgar skor 0-3)
- 4) Memotong dan merawat tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil maka lakukan pengikatan pada tali pusat pertama dilakukan adalah mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam klorin 0,5% untuk membersihkan dari darah dan sekret lainnya. Kemudian bilas dengan air DTT, lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering. Ikat tali pusat 1 cm dari perut bayi (pusat). Gunakan benang atau klem plastik DTT/ steril. Kunci ikatan tali pusat dengan simpul mati atau kuncikan penjepit plastik tali pusat. selimuti bayi dengan menggunakan kain yang bersih dan kering (Sumarah, dkk, 2012).

- 1) Mempertahankan suhu

Mekanisme pengaturan temperatur bayi baru lahir belum berfungsi sempurna oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia (Sumarah, dkk, 2012).

- 2) Mekanisme kehilangan panas

Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui (Sukarni, 2013): Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

- a) Konduksi, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- b) Konveksi, yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin (misalnya melalui kipas angin, hembusan udara, atau pendingin ruangan)
- c) Radiasi, yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

3) Mencegah Kehilangan Panas

Keringkan bayi segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernafasan), dan untuk tidak memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir untuk mencegah hipotermi (Depkes RI, 2014).

4) Kontak dini dengan ibu

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin, kontak dini diantara ibu dan bayi penting untuk (Saifuddin, 2012): Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir Ikatan batin pemberian ASI

d. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011).

Dalam waktu 24 jam, apabila bayi tidak mengalami masalah apapun, segeralah melakukan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap.

Pada saat melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemeriksa hendaknya memperhatikan beberapa hal penting berikut ini :

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

Tabel 2.12
Pola fungsional Bayi baru lahir Normal

| Pola | Keterangan |
|-----------------------|---|
| Pola Nutrisi | Pada hari – hari pertama kelahiran bayi, apabila pengisapan puting susu cukup adekuat maka akan dihasilkan secara bertahap 10 – 100 ml ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10 – 14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700 – 800 ml ASI per hari (kisaran 600 – 1000 ml) untuk tumbuh kembang bayi. |
| Pola Eliminasi | Minggu pertama; neonatus normal akan berkemih hingga tiga puluh kali sehari. BAK: 24 jam pertama 15-60 ml dengan frekuensi lebih dari 20 x. |
| Pola eliminasi | BAB: turun 5-10% pada hari ke 4-5 |
| Pola Istirahat | Status sadar mungkin 2-3 jam beberapa hari pertama. Bayi tampak semi-koma saat tidur dalam; meringis atau tersenyum adalah bukti tidur dengan gerakan mata cepat (REM); tidur sehari rata-rata 20 jam. |
| Pola Personal Hygiene | Neonatus perlu mandi setiap hari. Kepala dan popok neonatus perlu di bersihkan/diganti setiap kali area tersebut kotor dan perawatan tali pusat yang sesuai dapat mencegah infeksi neonatorum. |
| Pola Aktivitas | Neonatus banyak tidur |

(Sumber : Doenges (2012))

e. Refleks pada bayi baru lahir (Ladewig, 2009).

1) Refleks Moro (menghilang usia 3-6 bulan)

Jika bayi dikagetkan oleh suara keras, gerakan mendadak atau seperti memeluk bila ada rangsangan, cahaya atau posisi secara mendadak, seluruh tubuhnya bereaksi dengan gerakan kaget. Terjadi pada usia 1-2 minggu dan akan menghilang ketika berusia 6 bulan.

- 2) Reflek Rooting (menghilang usia 3-4 bulan, ada yang menetap sampai usia 1 tahun)

Jika seseorang mengusapkan sesuatu di pipi bayi, ia akan memutar kepala ke arah benda itu dan membuka mulutnya. Refleks ini terus berlangsung selama bayi menyusui.

- 3) Refleks sucking (menghilang usia 3-4 bulan

Menyetuhkan/ memasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit bayi. Bayi langsung melakukan gerakan menghisap

- 4) Refleks Swallowing (menghilang di usia 3-4 bulan, dapat menetap sampai usia 1 tahun)

Muncul ketika benda-benda yang dimasukkan kedalam mulut, seperti puting susu ibu dan bayi akan berusaha menghisap lalu menelan. Proses menelan ini yang disebut reflek swallowing.

- 5) Reflek Glabella

Ketukan halus pada glabella (bagian dahi antara 2 alis mata) menyebabkan mata menutup dengan rapat

- 6) Refleks tonic neck (meghilang usia 2-3 bulan)

Ketika kedua tangan bayi diangkat, bayi akan berusaha mengangkat kepalanya. Jika bayi baru lahir tidak mampu untuk melakukan posisi ini atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, bayi dimungkinkan mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Refleks palmar grasping (melemah di usia 3-4 bulan, menghilang usia 1 tahun)

7) Refleks Babinski (menghilang usia 1 tahun)

Jari-jari mencengkram/hiperekstensi ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal.

8) Refleks blinking (menetap)

Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya

9) Refleks Plantar (berkurang usia 8 bulan, menghilang usia 1 tahun)

Refleks ini juga disebut refleks plantar grasp, muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Refleks plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jari kakinya akan melekuk secara erat.

10) Refleks Swimming (menghilang usia 4-6 bulan)

Refleks ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam yang berisi air, ia akan mulai mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang. Refleks ini akan menghilang pada usia empat sampai enam bulan. Refleks ini berfungsi untuk membantu bayi

bertahan jika ia tenggelam. Reflek leher asimetrik tonik (mudah terlihat usia 2 bulan, menghilang di usia 3-4 bulan)

11) Reflek magnet (menghilang usia 3-6 bulan)

Bayi ditelentangkan, agak fleksian kedua tungkai bawah dan beri tekanan pada telapak kaki bayi. Reaksi: kedua tungkai bawah ekstensi melawan tekanan pemeriksa

12) Reflek Galant (menghilang usia 4-6 bulan)

Bayi ditengkurapkan pada permukaan datar, goreskan jari ke arah bawah sekitar 4-5 cm lateral terhadap tulang belakang, mula-mula pada satu sisi kemudian sisi yang lain. Reaksi: tubuh fleksi dan pelvis diayunkan ke arah sisi yang terstimulasi.

f. Pemantauan bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2011), tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

1) 2 jam pertama sesudah kelahiran

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

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

2) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti: Bayi kecil untuk masa kehamilan atau kurang bulan, gangguan pernafasan, hipotermi, infeksi, cacat bawaan atau trauma lahir (Saifuddin,2010)

g. Inisiasi menyusu dini

Inisiasi menyusu dini dilakukan untuk mempererat ikatan batin antara ibu- anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi itu dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam antar ibu dan anak. Penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan memang baik bagi bayi. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. (Sumarah, dkk, 2012).

h. Pemberian Air Susu Ibu (ASI Eksklusif)

Pemberian ASI eksklusif adalah pemberian ASI (air susu ibu) sedini mungkin setelah persalinan, diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan lain, walaupun hanya air putih, sampai bayi berumur 6 bulan. Setelah 6 bulan, bayi mulai dikenalkan dengan makanan lain dan tetap diberi ASI sampai bayi berumur 2 tahun (Purwanti, 2011).

i. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Pinem (2012), tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

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

5. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2012).

b. Tahapan Masa nifas

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

c. Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

Tanda bahaya pada masa nifas menurut Marmi, (2015), adalah sebagai berikut :

- 1) Sakit pada kepala
- 2) Berkurangnya volume urine
- 3) Gangguan penglihatan, pandangan mata kabur, dan sensitif pada cahaya.
- 4) Pembengkakan di wajah atau tangan.
- 5) Meningkatnya kandungan protein pada urine (proteinuria).
- 6) Rasa nyeri pada perut bagian atas, biasanya dibawah tulang rusuk sebelah kanan.
- 7) Berkurangnya jumlah trombosit.

d. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Nutrisi dan cairan

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

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

2) Ambulasi

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

3) Eliminasi

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

4) Defekasi

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

5) Menjaga kebersihan diri

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

6) Kebersihan genetalia

Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomi, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetalia dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gantilah pembalut minimal 3 kali sehari.

7) Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat pada ibu nifas akan lebih banyak. Sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dibagian dada, sehingga payudara tidak tertekan dan kering..

8) Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan dalam tubuh akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Usahakan mandi lebih sering dan menjaga agar kulit tetap dalam keadaan kering.

9) Istirahat

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

10) Seksual

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

11) Rencana kontrasepsi

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

12) Senam nifas

Senam nifas yaitu gerakan untuk mengembalikan otot perut yang kendur karena peregangan selama hamil. Senam nifas ini dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan

tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu

e. Menurut Suherni, dkk (2013), frekuensi kunjungan, waktu kunjungan yaitu:

- 1) Kunjungan pertama, waktu 6-48 jam setelah post partum
- 2) Kunjungan kedua, waktu 3-7 hari post partum
- 3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum
- 4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum

6. Konsep Dasar Neonatal

a. Pengertian

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Wahyuni, 2012).

b. Periode Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 4 minggu terbagi menjadi 2 periode, antara lain:

- 1) Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 0–7 hari setelah lahir.
- 2) Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir.

Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupan (Ambarwati, 2012).

c. Kunjungan Neonatal

1) Pengertian

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali untuk mendapatkan pelayanan dasar dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah. Bentuk pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi) pemberian vitamin K dan penyuluhan neonatal di rumah menggunakan buku KIA (DepKes RI, 2015).

Kunjungan neonatal (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan minimal dua kali.

- a) Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ke tujuh (sejak 6 jam setelah lahir).
- b) Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai hari kedua puluh delapan (Syarifudin, 2012).

2) Tujuan

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

- a) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- b) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke- 3 sampai dengan hari ke- 7 setelah lahir.
- c) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke- 8 sampai dengan hari ke- 28 setelah lahir.

7. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (*Family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha mengajarkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012).

b. Penapisan Klien KB

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi adalah untuk menentukan apakah

ada kehamilan, keadaan yang membutuhkan perhatian khusus, dan masalah yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut (BKKBN, 2012).

c. Jenis Kontrasepsi (BKKBN, 2012)

1) MAL

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

2) Kontrasepsi Metode Sederhana

a) Metode pantang berkala atau yang lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami-istri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur.

b) Metode kontrasepsi suhu basal berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai sehari sebelum menstruasi berikutnya.

c) Metode lendir serviks atau Metode Ovulasi Billings (MOB) adalah suatu cara/metode yang aman dan ilmiah untuk mengetahui kapan masa subur wanita. Coitus Interruptus juga dikenal dengan metode

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

- d) Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma.
- e) Kontrasepsi Oral: Kontrasepsi oral/pil mencakup pil kombinasi dan sekuensial yang berisi esterogen dan progesteron dan pil yang berisi progesteron saja (mini pil). Cara kerja dari kontrasepsi pil adalah menghambat ovulasi, membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi, membuat lendir serviks tidak bisa ditembus sperma, dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi ovum terganggu.
- f) Kontrasepsi suntik terdiri dari suntikan kombinasi dan suntikan progestin. Suntikan kombinasi adalah kombinasi antara 25 mg medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat. Alat Kontrasepsi Dalam

Rahim (AKDR) merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus. AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena adanya perubahan pada tuba dan cairan uterus.

- g) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi berupa batang silastik yang dipasang dibawah kulit. Cara kerjanya adalah dengan menekan ovulasi, menurunkan motilitas tuba, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, dan mengentalkan lendir serviks sehingga mengganggu transportasi sperma. Saifuddin (2010), menyatakan bahwa keuntungan implan dibagi atas dua yaitu keuntungan sebagai kontrasepsi dan nonkontrasepsi. Adapun keuntungan implan sebagai kontrasepsi menurut Yuhedi dan Kurniawati (2013), yaitu daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), Keuntungan nonkontrasepsi yaitu mengurangi rasa nyeri dan jumlah darah haid serta menurunkan angka kejadian endometriosis (Saifuddin, 2011).
- h) Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP) Kontrasepsi ini bisa disebut juga kontrasepsi mantap, pada wanita disebut tubektomi,

yaitu tindakan memotong tuba falopii. Sedangkan pada pria, kontrasepsi mantap disebut vasektomi, yaitu tindakan memotong vas deferens.

8. Situasi Pelayanan Kebidanan Pada Masa Pandemi Covid-19 Dan Memasuki Era New Normal (Ikatan Bidan Indonesia)
 - a. Panduan Pelayanan Anc Oleh Bidan Pada Masa Pandemi Covid-19
 - 1) Tidak ada keluhan bumil diminta menerapkan isi buku KIA dirumah Segera ke fasyankes jika ada keluhan / tanda bahaya Ibu membuat janji melalui Telepon/ WA.
 - 2) ANC pada trimester pertama 1x kolaborasi dengan dokter utk pemeriksaan kesehatan
 - 3) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dgn kewaspadaan Covid-19. Dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu (ODP/PDP.Covid +)
 - 4) ANC dilakukan sesuai standar (10T) dgn APD level 1. Lakukan skrining faktor resiko. Jika ditemukan faktor resiko rujuk sesuai standar: 5 ibu hamil, pendamping dan tim kesehatan yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
 - 5) Tunda kelas Ibu hamil /dilakukan secara online
 - 6) Konsultasi kehamilan, KIE dan Konseling dapat dilakukan secara online (Pandu pengisian P4K)

b. Panduan Pertolongan Persalinan Oleh Bidan Pada Masa Pandemi Covid-19

- 1) Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi Bidan melalui telepon/WA. Bidan melakukan skrining faktor resiko termasuk resiko infeksi covid-19. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke PKM/RS sesuai standar
- 2) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid)
- 3) Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, lakukan IMD & Pemasangan IUD paska persalinan dengan APD level2, dan menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19 - pada ibu bukan PDP. Covid + (Pasien dan pendamping maks 1 org menggunakan masker)
- 4) Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan, segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS sesuai standar
- 5) Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protokol pencegahan penularan COVID-19.
- 6) Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk Ibu bersalin dengan risiko, termasuk risiko ODP/PDP/Covid + sesuai standar.

c. Panduan Pelayanan Nifas & BBL Oleh Bidan Pada Masa Pandemi

- 1) Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL segera ke fasyankes
- 2) Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA
- 3) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
- 4) Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19
- 5) Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS
- 6) Lakukan Asuhan esensial Bayi Baru Lahir. Imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI
- 7) Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online
- 8) Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara on-line
- 9) Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19

d. Panduan Pelayanan KB Oleh Bidan Pada Masa Pandemi Covid-19

- 1) Tidak ada keluhan, Akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk kontrol ke Bidan. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang-membuat janji melalui telp/WA
- 2) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi ttg status ibu (ODP/PDP/Covid +) Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2. Konseling memotivasi menggunakan MKP - tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan) -New Normal
- 3) Kunjungan ulang Akseptor Suntik/Pil tidak dapat diberikan, untuk sementara ibu menggunakan kondom/pantang berkala/senggama terputus - bidan dpt kerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil Akseptor, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19:
- 4) Konsultasi KB, Penyuluhan dan Konseling dilakukan secara online - dimotivasi dan didorong utk beralih menggunakan MKIP-pilihan yg tepat di era New Normal - tdk perlu kontrol rutin.

e. Prinsip Penyelenggaraan Pelayanan Kebidanan Pada Masa Pandemi Covid-19

1) Pra Pelayanan

- a) Konsultasi, penyuluhan, KIE & konseling dilakukan melalui online
- b) Jika memerlukan pelayanan membuat janji melalui telp/WA
- c) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dan gali informasi yang berkaitan dengan kewaspadaan Covid-19
- d) Lakukan skrining faktor resiko termasuk resiko terinfeksi covid-19 apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +) Rujukan terencana bagi Ibu dan Bayi dengan resiko-

2) Pelayanan

- a) Memverikasi hasil kajian komprehensif.
- b) Pemberian informasi dan *informed consent*
- c) Lakukan skrining faktor resiko termasuk resiko terinfeksi covid-19 ditemukan faktor risiko segera rujuk sesuai standard
- d) Menggunakan APD sesuai kebutuhan
- e) Memberikan pelayanan sesuai standar dengan menerapkan protokol pencegahan covid-19.

- f) Memberikan KIE& Konseling: Gizi, IMD&ASI,KB, PHBS dan Protokol Kesehatan Cegah Covid-19 serta P4K
- g) Pasien dan pendamping maks 1 orang serta Tim kesehatan yang bertugas selalu menerapkan protokol pencegahan covid-19
- h) Pelayanan nifas & BBL I dgn bidan selanjutnya, lakukan pemantauan mandiri menggunakan Buku KIA.
- i) Ada keluhan /tanda bahaya segera datang ke PMB dengan membuat janji terlebih dahulu
- j) Konsultasi, KIE dan konseling dilakukan secara online
- k) Bidan membimbing Ibu membaca dan menerapkan buku KIA
- l) Membimbing Senam Hamil dan senam nifas secara online

BAB III
SUBJEK DAN KERANGKA KERJA
PELAKSANAAN STUDI KASUS

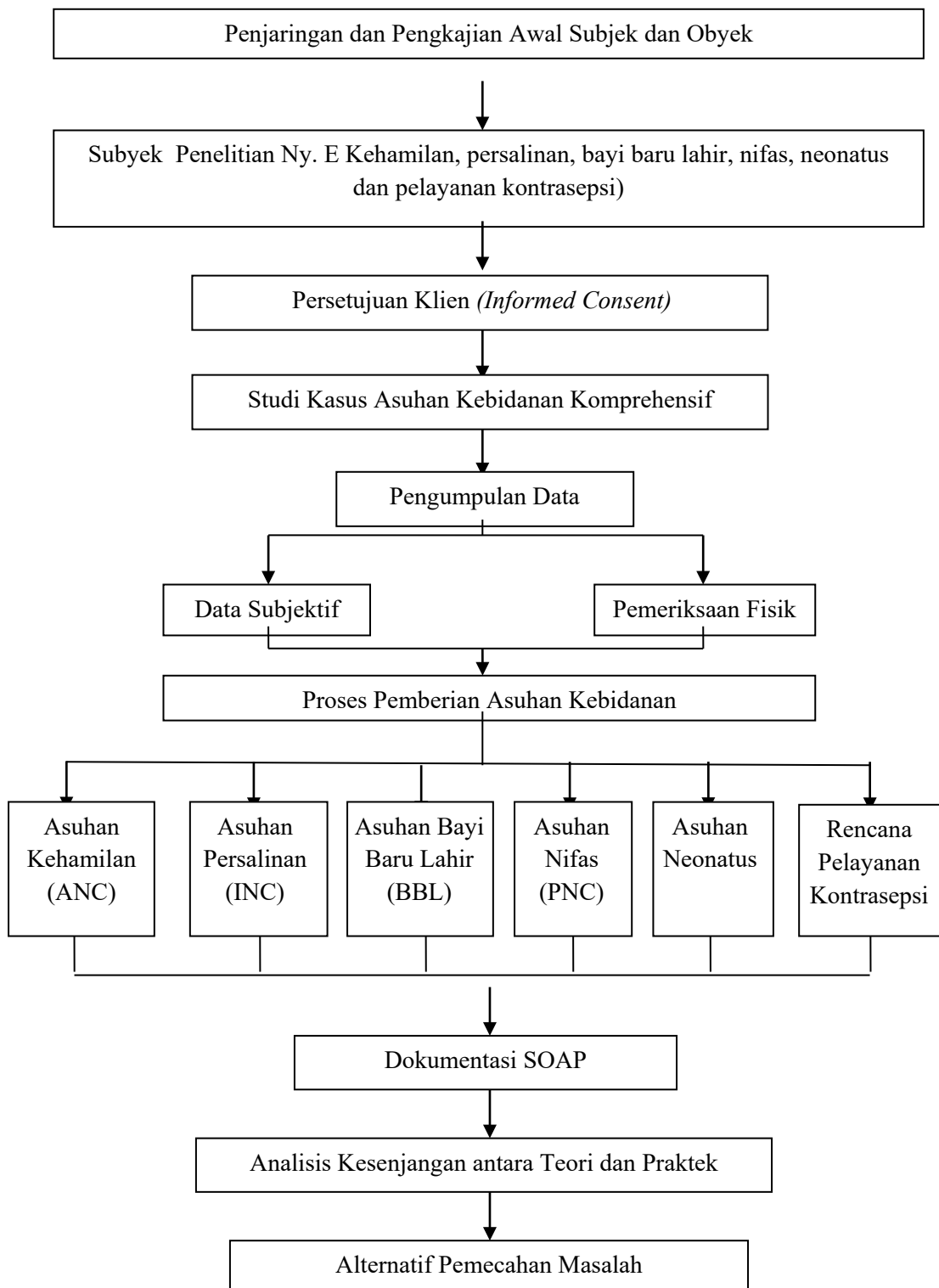
A. Rancangan Studi Kasus

Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan penelitian itu (Nasution, 2011).

Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Studi kasus atau *case study* dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Meskipun di dalam studi kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas, serta penggunaan berbagai teknik secara integratif (Notoadmodjo, 2015). Studi kasus atau *case study* pada penelitian ini menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

B. Kerangka Kerja Studi Kasus

Bagan 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus



C. Subjek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi (Amirin, 2010). Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau tanpa faktor risiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatus serta calon akseptor kontrasepsi.

Subjek penelitian yang akan dibahas dalam LTA ini adalah Ny. "E" usia 22 tahun, hamil anak kedua dan pernah keguguran sekali sebelumnya, usia kehamilan 33 minggu. Pekerjaan sehari-hari yaitu sebagai Ibu Rumah Tangga, beragama islam, pendidikan terakhir SMP bertempat tinggal di Kelurahan Klandasan Ilir kota Balikpapan.

D. Pengumpulan dan Analisis Data

a. Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti dalam proposal ini sesuai metode yang digunakan dalam penelitian deskriptif, menurut Arikunto (2012) yaitu untuk mengumpulkan informasi mengenai status gejala, penelitian secara langsung pada objek penelitian untuk mendapatkan data yang diperlukan dengan mengadakan penelitian dilapangan (*field research*). Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

1) Observasi

Menurut Kriyantono (2011) mengatakan bahwa "Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa

mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu”.

Peneliti melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan.

2) Wawancara

Menurut Berger dalam Kriyantono (2011) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek.

Peneliti mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga.

3) Pemeriksaan fisik

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

4) Studi Dokumentasi

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

5) Analisis Data

Menurut Sugiyono (2014) Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya

tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

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

E. Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untuk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden.

Menurut Hidayat (2011) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah-langkah:

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

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

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

2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

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

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

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan menjelaskan masalah ataupun data klien yang harus dirahasiakan. Semua informasi yang diberikan klien akan dijamin kerahasiannya oleh peneliti.

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya yang berhubungan dengan responden.

F. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif

Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/ waktu Pengkajian: 07 April 2021

Tempat: BPM

Oleh: Resty Lolo Tangkelangi

Pembimbing: Nuur Wahidah STr.Keb

LANGKAH I PENGKAJIAN

1. Identitas

Nama klien: Ny. E

Nama suami : Tn. N

Umur : 22 Tahun

Umur : 26

Suku : Jawa

Suku : Dayak

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan: SMP

Pendidikan: SMA

Pekerjaan: IRT

Pekerjaan: Swasta

Alamat : Jl. Jendral Sudirman RT 14

2. Anamnesa

Tanggal : 7 April 2021 Pukul : 15.00

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

a. Alasan kunjungan saat ini : Ingin memeriksakan Kehamilan

b. Keluhan : Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan

c. Riwayat obstetric dan ginekologi

1) Riwayat menstruasi

a) HPHT / TP : 21-07-2020 / 28-04-2021

TP USG 3 Mei 2021

b) Umur kehamilan : 32-33

c) Lamanya : 6 hari

d) Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut

e) Konsistensi : Cair

f) Siklus : 28 hari

- g) Menarche : 12 tahun
- h) Teratur / tidak : teratur
- i) Dismenorrhea : tidak ada
- j) Keluhan lain : tidak ada
- k) Flour albus: Ibu mengatakan ada sedikit keputihan warna putih bening tidak berbau dan tidak gatal.

2) Tanda – tanda kehamilan

- a) Test kehamilan : dilakukan testpack
 - b) Tanggal : 25 Agustus 2020
 - c) Hasil : (+)
 - d) Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu :
20 minggu
 - e) Gerakan janin dalam 24 jam terakhir :> 10
 - f) Riwayat penyakit/gangguan reproduksi: Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit/gangguan reproduksi.
 - g) Riwayat kehamilan
G2 P1A0
Ibu mengatakan ini adalah kehamilan ke 2, anak hidup 1, tidak pernah keguguran
 - h) Riwayat imunisasi
Ibu mengatakan status imunisasi lengkap (T5)
- d. Riwayat kesehatan :Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC, dan penyakit lain yang kronis yang dapat memperberat kehamilan.

Tidak ada penyakit menular, dan didalam keluarga juga tidak ada riwayat terpapar covid 19, perjalanan jauh, dll.

Alergi

- 1) Makanan : tidak ada
- 2) Obat – obatan : tidak ada

e. Keluhan selama hamil

- 1) Rasa lelah : di awal kehamilan
- 2) Mual dan muntah : di awal kehamilan
- 3) Tidak nafsu makan : di awal kehamilan
- 4) Sakit kepala/pusing : tidak ada
- 5) Penglihatan kabur : tidak ada
- 6) Nyeri perut : ada
- 7) Nyeri waktu BAK : tidak ada
- 8) Pengeluaran cairan pervaginam : tidak ada
- 9) Perdarahan : tidak ada
- 10) Haemorrhoid : tidak ada
- 11) Nyeri pada tungkai : tidak ada
- 12) Oedema : tidak ada
- 13) Lain-lain : tidak ada

f. Riwayat persalinan yang lalu

| No | Thn/ Tgl Lahir | Kehamilan | | | Peralinan | | | Anak | | | |
|----|----------------------|--------------|-----------------|------------------|-----------|--------------|------------------|-------|-----|----|---------------------|
| | | Tmp lahir | Masa Gestasi | Pe Nyu lit | jenis | Peno Long | Pe Nyu Lit | jenis | BB | PB | Ke a Da an |
| 1 | 2019 | BPM | 39 | - | spt | Bidan | - | L | 3,3 | 49 | Hi du p |
| 2 | Hamil ini | | | | | | | | | | |

g. Riwayat menyusui

Anak I : ASI Lamanya :17 bulan Alasan :

h. Riwayat KB

- 1) Pernah ikut KB : Pernah
- 2) Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan : KB suntik 3 bulan
- 3) Lama pemakaian : 3 bulan
- 4) Keluhan selama pemakaian : Tidak haid
- 5) Tempat pelayanan KB : BPM
- 6) Alasan ganti metode : selama penggunaan ibu tidak mengalami haid

7) Ikut KB atas motivasi : diri sendiri

i. Kebiasaan sehari – hari

1) Ibu mengatakan tidak pernah merokok baik sebelum/selama hamil

2) Ibu mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan/jamu sebelum/selama hamil

3) Ibu mengataka tidak pernah mengkonsumsi alcohol

4) Makan / diet

Ibu mengatakan jenis makanan bervariasi yaitu: Nasi, sayur, lauk pauk, buah-buahan, dengan porsi dihabiskan. Sehari 3 kali makan dan tidak ada pantangan.

5) Perubahan makan yang dialami : meningkat

6) Defekasi / miksi

Ibu mengatakan BAB sekali sehari, konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, dan tidak ada keluhan. BAK 7-8 kali sehari, konsistensi cair, warna kuning jernih serta tidak ada keluhan.

7) Pola istirahat dan tidur

Ibu mengatakan tidur siang selama 2 jam dan tidur malam 7 jam

8) Pola aktivitas sehari – hari

a) Di dalam rumah: bersihin rumah, menjaga anak, mencuci pakaian menyapu, dan mencuci piring

b) Di luar rumah : jalan-jalan sekitar rumah

9) Pola seksualitas

a) Frekuensi : 1 kali dalam seminggu

b) Keluhan : tidak ada keluhan

j. Riwayat Psikososial

- 1) Pernikahan: Ibu mengatakan ini pernikahan yang pertama status perkawinan sah, lama menikah 4 tahun, dan usia ibu pertama kali menikah 18 tahun
- 2) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : ibu cukup mengetahui perihal kehamilan karna sebelumnya sudah pernah melahirkan
- 3) Respon ibu terhadap kehamilan : sangat senang
- 4) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : perempuan
- 5) Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak : sangat senang
- 6) Keperayaan yang berhubungan dengan kehamilan : tidak ada
- 7) Pantangan selama kehamilan : tidak ada
- 8) Persiapan persalinan
 - a) Rencana tempat bersalin : BPM Marussia Inna / BPM Wartu
 - b) Persiapan ibu dan bayi : Persiapan pakaian bayi

k. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat Penyakit jantung, Hipertensi, Hepar, DM, Anemia, PSM / HIV / AIDS , Campak, Malaria, TBC, Gangguan mental , Operasi, Bayi lahir kembar Lain-lain.

l. Pemeriksaan

- 1) Keadaan umum
 - a) Berat badan

- b) Sebelum hamil: 45 kg
 - c) Saat hamil : 50
 - d) IMT sebelum hamil : $(45 : 1,50 \times 1,50) = 20$ (normal)
 - e) Tinggi badan : 150
 - f) Lila : 20 cm
 - g) Kesadaran : Composmentis
 - h) Ekspresi wajah : bahagia
 - i) Keadaan emosional: stabil
- 2) Tanda – tanda vital
- a) Tekanan darah : 110/70
 - b) $(2(70)+110)/3 = (140+110)/3 = 250/3 = 83,33$ mmHg (normal)
 - c) Nadi:80 kali/menit Suhu : 36 c
 - j) Pernapasan : 20 kali/ menit
- 3) Pemeriksaan fisik
- a) Inspeksi
 - (1) Kepala: Bersih tidak ada lesi, tidak ada ketombe, kontraksi rambut kuat, warna hitam, lurus, merata & tebal.
 - (2) Mata: Tidak ada kelainan, tidak ada oedema, simetris, tidak tampak anemis, dan tidak ikterik
 - (3) Muka: Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema, tidak pucat, dan simetris.

- (4) Mulut dan gigi: Gigi geligi lengkap, mukosa mulut lembab, tidak ada cariesdientis, geraham lengkap, lidah bersih dan papila tidak ada lesi
 - (5) Leher: Tidak ada peradangan pada tonsil dan faring, tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid, serta tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.
 - (6) Dada: Bentuk mammae tampak bulat, simetris, tidak ada retraksi, puting susu menonjol, dan areola hiperpigmentasi.
 - (7) Punggung ibu: Bentuk /posisi lordosis
 - (8) Perut: Tidak ada bekas operasi, tidak ada strie, pembesaran sesuai usia kehamilan.
 - (9) Vagina: Tidak ada varises & oedema , ada pengeluaran sedikit keputihan warna putih bening tidak berbau dan tidak gatal
 - (10) Ekstremitas: Tidak ada oedema & varises, turgor kembali dalam 2 detik
 - (11) Kulit
 - (12) Turgor : normal kembali kurang dari 2 detik
 - (13) Lain – lain : tidak ada
- b) Palpasi
- (1) Dada
Pada mammae terjadi pembesaran, konsistensi teraba kenyal, tidak keras & tidak ada pengeluaran colostrum.

(2) Perut

Leopold I : TFU Pertengahan Pusat-PX (30cm), pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong)

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

Leopold III: Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melentig (presentasi kepala)

Leopold IV : Konvergen (bagian terendah janin belum masuk PAP)

(3) Lain lain : TBJ : $(30-12) \times 155 = 2.790$ gram.

(4) Tungkai

(a) Tangan Kanan : tidak ada odema Kiri : tidak ada odema

(b) Kaki Kanan : tidak ada odema
Kiri : tidak ada odema

(c) Varices Kanan : tidak ada odema
Kiri : tidak ada odema

(5) Kulit

(a) Turgor : normal kembali kurang dari 2 detik

(b) Lain – lain: tidak ada

c) Auskultasi

(1) Paru – paru : wheezing: tidak ada, ronchi: tidak ada,
jantung, irama : teratur, frekuensi: 80 kali/menit,
intensitas: kuat, Lain-lain: tidak ada

(2) Perut: bising usus ibu : ada,

DJJ : Punctum maksimum : kuadran IV , frekuensi :
130 kali/menit, irama : teratur intensitas: kuat, lain –
lain: tidak ada

d) Perkusi: tidak dilakukan pemeriksaan

4) Pemeriksaan Khusus: tidak dilakukan pemeriksaan

5) Pemeriksaan laboratorium

a) Darah : tidak dilakukan pemeriksaan

b) Urine: tidak dilakukan pemeriksaan

c) Pemeriksaan penunjang

(1) USG1 Tanggal 20 Januari 2021 Usia Kehamilan 25

Minggu : Letkep ,air ketuban cukup, tidak Ada
kelainan TBJ: 812g

USG 2 Tanggal 16 februari 2021 usia kehamilan 29

minggu: Letkep, air ketuban cukup, tidak ada

kelainan TBJ : 1200 Kg

(2) X – Ray :tidak dilakukan

(3) Lain – lain :tidak dilakukan

LANGKAH II INTERPRESTASI DATA DASAR

| Diagnosa | Dasar |
|--|--|
| <p>G2P1001 Usia kehamilan 33 minggu janin tunggal intrauterine presentasi kepala</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan hamil anak kedua dan tidak pernah keguguran - Ibu mengatakan melakukan testpack pada tanggal 25 agustus 2020 hasilnya (+) - HPHT 21 -07-2021, HPL 28-04-2021 tp USG: 03 mei 2021 - Ibu mengatakan tidak ada keluhan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ku: Baik, kes: CM 2. BB sebelum hamil 45 kg BB setelah hamil: 50 Lila 20 cm IMT sebelum hamil : $45: 1,50 \times 1,50 = 20$ (Normal) 3. TD: 110/70 mmHg, MAP: $(2(70)+110)/3 = (140+110)=250/3 = 83,33$ mmHg (normal), N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36 c, DJJ: 130 kali/menit, TBJ : $(30-12) \times 155 = 2.790$ gram. 4. Dada: pada mammae terjadi pebesaran, konsistensi teraba kenyal, tidak keras dan tidak ada pengeluaran kolostrum |

| | |
|--|---|
| | <p>Palpasi Leopold:</p> <p>L1: TFU Pertengahan Pusat-PX (30cm) pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting(bokong)</p> <p>LII: teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kiri, dan teraba bagian kecil janin di sebelah kiri (PUKI)</p> <p>LIII: Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (presentasi kepala)</p> <p>LIV: Konvergen (Bagian terendah janin belum masuk PAP)</p> <p>TBJ: 2.790</p> |
|--|---|

| Masalah | Dasar |
|----------------------------|--------------------------------|
| Kurang Energi Kronis (KEK) | - Hasil pengukuran LILA: 22 cm |

LANGKAH III MENGIDENTIFIKASI DIAGNOSA ATAU MASALAH POTENSIAL

1. Masalah : KEK
2. Masalah Potensial: Persalinan Lama

Langkah Antisipasi: memberikan ibu makanan tambahan (PMT) , memberikan tablet fe, dan menganjurkan ibu untuk minum susu.

LANGKAH IV MENETAPKAN KEBUTUHAN TERHADAP
TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V MENYUSUN RENCANA ASUHAN YANG
MENYELURUH

1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan
2. KIE Tentang:
 - a. Tanda bahaya kehamilan
 - b. KEK
 - c. Pola Nutrisi
 - d. Persiapan persalinan
 - e. Menganjurkan ibu rutin mengkonsumsi tablet Fe
 - f. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tambahan yaitu biscuit
 - g. Menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan kehamilannya

LANGKAH VI PELAKSANAAN LANGSUNG ASUHAN /
IMPLEMENTASI

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu:
 - a. Ku: Baik, kes: CM
 - b. BB sebelum hamil: 45 kg
 - c. BB setelah hamil : 50
 - d. LILA :20 cm

- e. TTV: TD : 110/70 mmHg , N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit
S: 36 c
 - f. DJJ : 130 kali/ menit
 - g. Dada: pada mamae terjadi pembesaran , konsistensi teraba kenyal, tidak keras dan tidak ada pengeluaran kolostrum
 - h. Palpasi Leopold:
 - L1: TFU Pertengahan Pusat-PX (30cm) pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong)
 - LII: Teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kiri dan teraba bagian-bagian kecil janin disebelah kanan (PUKI)
 - LIII: Bagian terendah janin terba bulat, keras dan melenting (Presentasi Kepala)
 - LIV: Konvergen (Bagian terendah janin Belum masuk PAP)
- TBJ: 2.790

2. KIE tentang:

- a. Tanda bahaya kehamilan

Memberikan ibu KIE tentang bahaya kehamilan yaitu sakit kepala yang berlebihan, gangguan penglihatan, mual muntah berlebihan, odema pada wajah, nyeri epigastrium, pergerakan janin tidak seperti biasanya, perdarahan hebat. Ibu dianjurkan untuk segera ke klinik atau faskes terdekat apabila menemukan salah satunya bahaya tersebut. (Manuaba 2011)

b. KEK

Menjelaskan pada ibu bahwa KEK disebabkan oleh tidak mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang cukup atau makan yang baik (dari segi kandungan gizi) untuk kurun waktu yang lama agar mendapatkan kalori dan protein dalam jumlah yang cukup) (Yulistiastuti 2014)

c. Pola Nutrisi

Beritahu ibu bahwa dalam masa kehamilan ibu memerlukan tambahan gizi yang banyak serta lebih besar menjelang kelahiran dan menyusui. Anjurkan konsumsi buah-buahan, karbohidrat, yang banyak ditambah susu hamil serta tetapkan pola makan sedikit tetapi sering.

d. 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, rencanakanikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin. Tanyakan ke petugas kesehatan tentang cara ber-KB.

3. Menganjurkan ibu rutin mengkonsumsi tablet fe: untuk menambah asupan nutrisi pada janin, mencegah anemia, mencegah pendarahan pada saat persalinan.
4. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tambahan yaitu biscuit 3 keping biscuit sehari untuk memenuhi kebutuhan kalori, memenuhi kebutuhan nutrisi ibu hamil dan menjaga berat badan ibu hamil.
5. Menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan kehamilannya untuk memastikan kehamilan sehat , dan persalinan yang aman baik untuk ibu maupun bayi.
6. menganjurkan ibu untuk Melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal :

Pukul :

1. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan
2. Ibu mengerti dan memahami tentang tanda bahaya kehamilan
3. Ibu mengerti dan memahami tentang KEK
4. Ibu mengerti dan memahami tentang pola nutrisi ibu hamil
5. Ibu bersedia rutin mengkonsumsi tablet fe

6. Ibu bersedia mengkonsumsi makanan tambahan biscuit ibu hamil
7. Ibu bersedia memeriksakan kehamilannya dengan rutin
8. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan

DOKUMENTASI KEBIDANAN

S:

1. Ibu mengatakan hamil anak kedua dan tidak pernah keguguran
2. Ibu mengatakan melakukan testpack pada tanggal 25 agustus 2020 hasilnya (+)
3. HPHT 21-07-2020, HPL: 28-04-2021tp USG: 03 mei 2021
4. Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O:

1. Ku: Baik, kes : CM
2. BB sebelum hamil :45 kg
3. BB setelah hamil : 50 kg
4. Lila : 20 Cm
5. TTV: TD: 110/70 mmHg N: 80 kali/menit R: 20 kali/menit S: 36 c
6. DJJ : 130 kali/ menit
7. Dada: pada mammae terjadi pembesaran , konsistensi teraba kenyal, tidak keras dan tidak ada pengeluaran kolostrum

8. Palpasi Leopold:

L1: TFU Pertengahan Pusat-PX (30cm) pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong)

LII: Teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kanan, dan teraba bagian-bagian kkgtiap minggu mulai dari TM II. ecil janin disebelah kiri (PUKA)

LIII: Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (Presentasi Kepala)

LIV: Konvergen (Bagian terendah janin Belum masuk PAP)

TBJ: 2.790

A:

G2P1001 Usia kehamilan 33 minggu janin tunggal intrauterine presentasi kepala

Masalah : KEK

Masalah Potensial : Partus Lama

Langkah Antisipasi: memberikan ibu makanan tambahan (PMT), memberikan tablet fe, dan menganjurkan ibu untuk minum susu.

P:

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu: Ku: Baik, kes: CM, TD: 110/70 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36 c, DJJ: 130 kali/ menit, BB: 52, LILA: 22 cm dalam keadaan normal
2. Memberikan ibu KIE tentang tanda bahaya kehamilan

Hasil: ibu mengerti dan memahami tanda bahaya kehamilan

3. Memberikan ibu KIE tentang KEK

Hasil: Ibu mengerti dan memahami tentang KEK

4. Memberikan ibu KIE tentang pola nutrisi

Hasil: ibu mengerti dan memahami tentang pola nutrisi ibu hamil

5. Memberikan ibu KIE tentang persiapan persalinan Hasil: ibu mengerti dan memahami tentang persiapan persalinan
Menganjurkan ibu rutin mengkonsumsi fe

Hasil: ibu bersedia mengkonsumsi fe dengan rutin

6. Menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan tambahan yaitu biskuit ibu hamil

Hasil: ibu bersedia mengkonsumsi biskuit ibu hamil

7. Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilannya secara rutin

Hasil: ibu bersedia rutin memeriksakan kehamilannya

8. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan

Hasil: ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan

BAB IV
TINJAUAN KASUS

A. DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN KUNJUNGAN I

Tanggal Pengkajian : 24 April 2021
Waktu Pengkajian : 15.00
Tempat Pengkajian : Rumah Pasien
Nama Pengkaji : Resty L Tangkelangi
Pembimbing : Nuur Wahidah STr.Keb

S:

Alasan datang periksa/keluhan utama:

Keluhan Utama : ibu mengatakan nyeri pinggang sejak 3 hari lalu

O:

1. Pemeriksaan Umum:

Keadaan Umum : Baik, Kesadaran: Composmentis, Pemeriksaan

TTV : Tekanan Darah: 110/80, Pernapasan: 20 kali/menit, Nadi: 79

kali/menit, Suhu: 36c. Pengukuran Antropometri : BB Sebelum

Hamil: 45, BB Sekarang: 52, TB: 150, IMT sebelum hamil : 45:

1,50x1,50= 20 (Normal), Lila: 22

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala: Tidak ada lesi, tidak teraba benjolan/ massa

Wajah: Tidak pucat, tidak teraba benjolan/massa, tidak

teraba oedema

Mata: Konjungtiva tidak pucat, sclera berwarna putih,
tidak teraba oedema pada kelopak mata

Hidung: tidak ada polip, tidak adapernapasan cuping
hidung

Mulut: tidak pucat, bibir lembab, bersi, idah tidak ada
stomatitis ataupun caries

Leher: tidak ada pembesaran pada kelear limfe, dan
kelenjar tiroid, tidak ada hiperpigmentasi, tidak
teraba pembesaran pada vena jugularis

Dada: tidakda retraksi dinding dada, tidak terdengar suara
nafas tambahan

Payudara: Bersih, belm ada pengeluaran colostrums,
hiperpigmetas pada areola mammae, putting susu
menonjol,tidak teraba massa/oedema, tidak
teraba benjolan pada daerah ketiak.

Abdomen: Terdapat linea nigra

Leopod I:TFU Pertengahan prosesuxipodeus-pusat (35
cm) , pada fundus teraba bulat, lunak, tidak
melenting (Bokong)

Leopod II: Teraba bagian memanjang keras seperti papan
di sebelah kiri (PUKI), dan teraba bagian-bagian
kecil janin di sebelah kanan

Leopod III: Bagian terendah janin teraba bulat, keras, dan

melenting (Presentasi Kepala)

Leopod IV: Divergen (Bagian terendah janin sudah masuk PAP)

TBJ: $(TFU-11) \times 155 = (35-12) \times 155 = 3.565$ gram

DJJ: 139x/menit

Ekstermitas:

Atas :Simetris, tidak *oedema*, *kapiler refill* baik, reflek *bisep* dan *trisep* positif.

Bawah :Simetris, tidak ada varises, tidak ada trombophlebitis, tidak teraba *oedema*, *kapiler refill* baik, *homan sign* negatif, dan patella positif.

Pemeriksaan Penunjang: tidak ada

A:

Diagnosa: G2P10001 Kehamilan 38-39 minggu janin tunggal hidup interauterine presentasi kepala

Masalah : KEK

Masalah Potensial : Partus Lama

Langkah Antisipasi : memberikan ibu makanan tambahan (PMT) , memberikan tablet fe, dan menganjurkan ibu untuk minum susu.

P:

1. Beritahukan ibu hasil pemeriksaan Hasil: ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan yaitu TD: 110/80 mmHg,

Nadi: 79x/menit, pernapasan:20x/menit,suhu 36 c, DJJ:
139x/menit

2. Memberikan KIE tentang:

a. Tanda-tanda persalinan

Memberitahukan ibu tanda persalinan seperti: perut mules-mules yang teratur, timbulnya semakin sering dan semakin lama (Dewi Setiawati 2012), keluar lender bercampur darah dari jalan lahir (Ai Nursiah, dkk 2014) atau keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir (Dewi Setawati 2013)

Hasil: ibu telah mengetahui tanda-tanda persalinan

b. Nyeri pinggang

Menjelaskan kepada ibu penyebab nyeri pinggang karna meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan yang dapat mempengaruhi postur tubuh ibu sehingga menyebabkan tekanan kearah tulang belakang dan letak kepala yang sudah di bawah dan mulai mencari jalan lahir sehinga menekan tulang di sekitar pinggang sehingga menyebabkan nyeri pada pinggang (Varney 2011).

Hasil: ibu mengerti penyebab dari nyeri pinggang

c. Cara mengatasi nyeri pinggang

Menjelaskan kepada ibu cara mengatasi nyeri pinggang yang di alaminya:

- 1) Jangan membungkuk saat mengambil barang, sebaiknya turunkan badan dalam posisi jongkok baru kemudian mengambil barang yang dimaksud
- 2) saat tidur ibu dianjurkan miring ke kiri dan dapat menggunakan bantal untuk mengganjal punggung ibu
- 3) beritahu ibu untuk melakukan senam hamil karena dapat meregangkan otot-otot yang tegang sehingga akan mengurangi sakit pinggang (lichayati 2013)

Hasil: ibu mengerti dan paham apa yang harus dilakukan untuk mengatasi ketidaknyamanan sakit pinggangnya

d. Persiapan Persalinaan

Beritahu ibu apa saja yang harus dipersiapkan menjelang persalinan yaitu: persiapan tempat bersalin, siapa yang akan membantu persalinan, persiapan pakaian ibu dan bayi, persiapan dana, ktp/kk/bpjs/jkn, persiapan pendonor, dan rencana berKB

Hasil: ibu telah menyiapkan perlengkapan bayi dan perlengkapan ibu, dana, dan ibu akan melahirkan di PMB Bidan Warti Amd.Keb dengan didampingi suami dan ibu

e. Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang

Hasil: ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang
seminggu lagi

B. DOKUMENTASI SOAP INTRANATAL CARE

1. Asuhan Persalinan Kala 1 fase Aktif

Tanggal/Waktu pengkajian : 26 April 2021 / Pukul 12.00 WITA

Tempat : PMB WARTI Amd.Keb

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

Pembimbing : Sekar Handayani M.Keb

Persalinan Kala I

S:

- Ibu datang ke BPM Bidan Warti pada tanggal 26 Maret 2021 pukul 10.35 WITA ibu mengeluh perut mules dan keluar lender darah sejak pukul 07.35

O:

- Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: Baik. Ibu tampak menahan sakit. Hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5 °C, nadi 82x/menit, pernafasan 22x/menit, dan Lila: 22 cm hasil pengukuran berat badan saat ini adalah 52 kg.

- Pemeriksaan Fisik

Kepala: Tidak ada lesi, tidak teraba benjolan/ massa

Wajah: Tidak pucat, tidak teraba benjolan/massa, tidak teraba oedema

Mata: Konjungtiva tidak pucat, sclera berwarna putih, tidak teraba oedema pada kelopak mata

Hidung: tidak ada polip, tidak ada pernapasan cuping hidung

Mulut: tidak pucat, bibir lembab, bersih, idah tidak ada stomatitis ataupun caries

Leher: tidak ada pembesaran pada kelear limfe, dan kelenjar tiroid, tidak ada hiperpigmentasi, tidak teraba pembesaran pada vena jugularis

Dada: tidak Ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan

Payudara: Bersih ada pengeluaran colostrum, hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, tidak teraba massa atau oedema, tidak teraba benjolan pada daerah ketiak.

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, pada pemeriksaan *Leopold I* TFU Pertengahan prosesuxipodeus-pusat (35cm) , teraba bokong. *Leopold II* teraba punggung di

bagian kiri (PUKI). *Leopold III* Teraba kepala *Leopold IV* bagian terendah janin sudah masuk ke dalam PAP (*Divergent*). DJA terdengar jelas, teratur, frekuensi 131x/menit. HIS frekuensi 3x10' durasi 25-30 detik intensitas kuat. TBJ: (34-11) x 150 = 3.450 gram.

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

Pemeriksaan Dalam :

Tanggal : 26 April 2021 Pukul 10.35 WITA

Vagina :Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tebal dan lembut, pembukaan 4 cm, efficement 50%, ketuban (+), Hodge I, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung.

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

Ekstremitas:

Atas : Simetris, tidak *oedema*, *kapiler refill* baik, reflek *bisep* dan *trisep* positif.

Bawah : Simetris, tidak ada varises, tidak ada trombophlebitis, tidak teraba *oedema*, *kapiler refill* baik, *homan sign* negatif, dan patella positif.

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ hamil 38-39 minggu inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauteri

Masalah : KEK

Masalah Potensial : Partus Lama

Langkah Antisipasi: memberikan ibu makanan tambahan (PMT) , memberikan tablet fe, dan menganjurkan ibu untuk minum susu.

P :

Tabel 4.1
Implementasi Kunjungan INC Kala I

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|---------------|--|
| 1. | 10.40 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 6 cm dalam proses persalinan sendiri agar bayi dapat lahir harus menunggu hingga pembukaan 10 cm. Ibu mengetahui dan mengerti keadaannya saat ini |
| 2. | 11.40 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 |

| | | |
|----|---------------|---|
| | | <p>lengkap karena dapat menyebabkan pembengkakan di jalan lahir.</p> <p>Ibu paham serta telah mempraktikannya (Ibu menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut secara perlahan)</p> |
| 3. | 12.40 WITA | <p>Menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri agar janin mendapatkan oksigen secara maksimal dan detak jantung janin tetap stabil.</p> <p>Ibu paham dan telah mempraktikannya.</p> |
| 4. | 13.40 WITA | <p>Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak terjadi HIS.</p> <p>Ibu tidak mau makan, tetapi hanya meminum air putih dan teh manis agar tidak lemas.</p> |
| 5. | 14.40 WITA | <p>Dilakukan pemeriksaan dalam ulang, dengan hasil :</p> <p>Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah , tidak ada luka parut dari vagina, portio lembut dan tipis, pembukaan 8 cm, effecement 50 %, ketuban (+) , Hodge II, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menubung.</p> <p>DJJ 145 x/menit, irama teratur.</p> <p>His 4x dalam 10 detik lamanya 40-45 detik.</p> |
| 6 | 14.50 WITA | <p>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 <i>episiotomi</i> 1 buah, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa baju gaun, penutup kepala , kacamata google, sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia</p> <p>Keseluruhan alat dan bahan siap digunakan</p> |
| 7 | 15.00 WITA | <p>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).</p> <p>Sudah tersedia dan siap dipakai</p> |
| 8 | 15.05 WITA | <p>Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu;</p> <p>Ibu meminum teh dan air putih</p> |
| 9 | 15.10 WITA | <p>Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS;</p> <p>Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, portio tidak teraba, <i>effecement</i> 100%, pembukaan 10 cm, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, hodge III+ DJJ: 145 x/mneit, irama teratur, HIS 5x</p> |

| | | |
|----|---------------|--|
| | | dalam 10 menit lamanya 50-55 detik. |
| 10 | 15.11 WITA | Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi setengah duduk, tangan ibu 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 |

Tabel 4.2

Observasi Kala I

| Waktu | His | | | Dja | | | TD | VT |
|-------|------------|----------|-----------|---------|--------|---------|------------|----------|
| | Intensitas | interval | Frekuensi | Durasi | Jumlah | Irama | | |
| 10.40 | Sedang | 3x | 10' | 20-25'' | 135x | Teratur | 110/ | 4cm |
| 11.10 | Sedang | 3x | 10' | 20-25'' | 130x | Teratur | 70 | |
| 11.40 | Sedang | 3x | 10' | 20-25'' | 140x | Teratur | | |
| 12.10 | Kuat | 3x | 10' | 30-35'' | 146x | Teratur | | |
| 12.40 | Kuat | 3x | 10' | 30-35'' | 145x | Teratur | | |
| 13.10 | Kuat | 3x | 10' | 40-45'' | 135x | Teratur | | |
| 13.40 | Kuat | 4x | 10' | 40-45'' | 130x | Teratur | | |
| 14.10 | Kuat | 4x | 10' | 40-45'' | 140x | Teratur | | |
| 14.40 | Kuat | 4x | 10' | 50-55'' | 144x | Teratur | | 8cm |
| 15.10 | Kuat | 5x | 10' | 50-55'' | 145x | teratur | 110/ 80 | 10c m |

Asuhan Persalinana Kala II

S :

- Pukul 15.10 WITA ibu mengatakan perut mules-mules semakin kencang dan seperti ingin mengejan serta terasa ingin BAB, dan keluar air-air pervaginam

O :

- Anus tampak membuka, dan *perineum* tampak menonjol.

Vt :

Vulva/uteri tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah, tidak ada luka parut pada vagina, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, *effacement* 100%, ketuban (-) warna jernih, hodge III +, tidak teraba bagian kecil dan tidak ada tali pusat menumbung. DJJ 145 x/menit, irama teratur. His 4x dalam 10 detik lamanya 50-55 detik.

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ parturient kala II

P :

Tabel 4.3
Implementasi Kunjungan INC Kala II

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|------------|--|
| 1. | 15.12 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. | 15.13 WITA | Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan Ibu memilih posisi setengah duduk (<i>semi fowler</i>). |
| 3. | 15.14 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. | 15.15 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. | 15.16 WITA | 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. | 15.17 WITA | Memimpin ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran. Ibu meneran ketika ada HIS sesuai dengan yang telah diajarkan. |
| 7. | 15.18 WITA | Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu |
| 8. | 15.18 WITA | Melindungi <i>perineum</i> ibu ketika kepala tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan <i>defleksi</i> dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran. Perineum mengalami rupture derajat II |
| 9. | 15.19 WITA | Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan Tidak terdapat lilitan tali pusat, melakukan putaran paksi secara spontan |
| 10. | 15.20 WITA | Tunggu putaran paksi, kemudian pegang kepala bayi secara biparietal dengan lembut arahkan kepala bayi kebawah hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu untuk melahirkan bahu belakang. Melakukan sanggah susur, dengan memindahkan tangan penolong kebawah arah perineum ibu untuk menganggah |

| | | |
|-----|------------|--|
| | | <p>kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menyusuri dan memegang tangan serta siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah;</p> <p>Bayi lahir spontan, pukul 15.20 WITA, segera menangis, jenis kelamin laki-laki.</p> |
| 11. | 15.22 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, jenis kelamin laki-laki, segera menangis, kulit berwarnah kemerahan, tonus otot kuat, gerakan aktif dan tidak terdapat cacat bawaan.</p> |

Asuhan Persalinan Kala III

S :

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

O:

- Bayi lahir spontan cukup bulan, segera menangis kuat, bergerak aktif, jenis kelamin laki-laki, A/S 8/10, berat badan : 3500 gram, panjang badan : 51 cm lingkar kepala : 33 cm, lingkar dada : 31 cm, lingkar perut : 30 cm.
- TFU setinggi pusat, kontraksi baik, konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong, plasenta belum lahir, tampak tali pusat di vagina, terdapat semburan darah tiba – tiba.

A :

Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ *parturient* kala III

P :

Tabel 4.4
Implementasi Kunjungan INC Kala III

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|------------|--|
| 1. | 15.20WITA | Memeriksa <i>uterus</i> untuk memastikan tidak ada janin kedua dalam <i>uterus</i> . Tidak ada janin kedua didalam <i>uterus</i> . |
| 2. | 15.21 WITA | - Melakukan manajemen aktif kala III (pemberian oksitosin, PTT, masase) - Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik. Ibu bersedia untuk disuntikkan oksitosin. |
| 3. | 15.21 WITA | Menyuntikkan oksitosin 1 ampul 1 manit setelah bayi lahir secara IM di sepertiga paha atas. |
| 4. | 15.22 WITA | Menjepit tali pusat dengan klem umbilical 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah <i>distal</i> (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. |
| 5. | 15.23WITA | Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan menggantung tali pusat diantara 2 klem. Tali pusat telah digunting. |
| 6. | 15.25 WITA | Meletakkan bayi diatas dada ibu pakaikan selimut dan topi selama 1 jam. |
| 7. | 15.26 WITA | Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari <i>vulva</i> . |
| 8. | 15.27WITA | Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas <i>sympisis</i> untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain meregangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik. |
| 9. | 15.28 WITA | Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah <i>dorso kranial</i> . |
| 10. | 15.29WITA | Melakukan peregang tali pusat dan dorongan <i>dorso kranial</i> hingga plasenta terlepas, penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir. |

| | | |
|-----|------------|---|
| 11. | 15.30WITA | 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 15.30WITA |
| 12. | 15.35 WITA | Melakukan masasse uterus searah jarum jam segera setelah plasenta lahir dengan memegang <i>fundus uteri</i> secara <i>sirkuler</i> hingga kontraksi baik. Kontraksi <i>uterus</i> baik teraba keras. |
| 13. | 15.37 WITA | Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap dan memasukkan plasenta kedalam tempat yang tersedia. <i>Kotiledon</i> 20, selaput ketuban pada plasenta lengkap, <i>insersi</i> tali pusat <i>marginalis</i> , panjang tali pusat 60 cm, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm. |
| | 15.40 WITA | Melakukan penjahitan luka perineum dengan anastesi local lidokain Terdapat rupture perineum derajat dua |
| 14. | 15.50 WITA | Mengevaluasi perdarahan kala III Perdarahan ±200 cc |

Asuhan Persalinan Kala IV

S :

Ibu mengatakan lega telah melewati masa persalinan dan mengatakan perut masih terasa mules-mules serta nyeri pada luka jahitan.

O:

Plasenta lahir spontan, pukul 15.30 WITA Kotiledon 20, selaput ketuban pada plasenta lengkap, *insersi* tali pusat *marginalis*, panjang tali pusat 52 cm, tebal plasenta 2 cm diameter plasenta 20 cm. Terdapat ruptur perineum derajat 2

A :

Diagnosa : P₂₀₀₂ *Parturient* kala IV

P :

Tabel 4.5
Implementasi Kunjungan INC Kala IV

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|---------------|---|
| 1. | 15.52 WITA | Mengajarkan ibu cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi. Dengan cara menggosok fundus uteri secara sirkuler searah jarum jam menggunakan telapak tangan hingga teraba keras. Ibu dapat mempraktekkan cara memassase uterus dan uterus teraba keras. |
| 2. | 15.55 WITA | Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi. Alat direndam selama 10-15 menit |
| 3. | 15.57 WITA | Membersihkan ibu dan bantu ibu mengenakan pakaian. |
| 4. | 16.02 WITA | Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendanya dalam larutan klorin 0,5%. |
| 5. | 16.02 WITA | Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu tubuh 36°C, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ±30 cc. (Data |

| | | |
|-----|---------------|---|
| | | terlampir pada partograf) |
| 6. | 16.05 WITA | Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi. Alat telah bersih dan siap untuk di sterilkan kembali |
| 7. | 16.07 WITA | Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu memakan menu yang telah disediakan dan minum susu. |
| 8. | 16.08 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. |
| 9. | 16.12 WITA | KIE perawatan perineum; Perawatan luka perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi dengan cara menjaga kebersihan perineum dengan cara selalu mengganti pembalut setelah BAK dan BAB serta ketika pembalut terasa penuh. Serta membasuh dari arah depan kebelakang. |
| 10. | 15.20 WITA | Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Tekanan darah 100/90 mmHg, nadi 80x/menit TFU teraba setinggi pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus keras kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc (Data terlampir pada partograf). |
| 11. | 15.35 WITA | Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc. |
| 12. | 15.50 WITA | Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc. |
| 13. | 16.05WITA | Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. |

| | | |
|-----|---------------|---|
| 14. | 16.35 WITA | Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. |
| 15. | 17.05 WITA | Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan; tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. |
| 16. | 17.35 WITA | Melengkapi partograf |

Tabel 4.6
Observasi Kala IV

| Ja m ke | Wakt u | TD | N | R | S | TFU | Kontraks i uterus | Kand ung kemih | Perda rahan |
|------------------------|-------------------|------------|----------|----------|----------|---------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| 1 | 15.20 | 100/ 70 | 86 | 21 | 36,8 | 2 jr b/pst | Keras | Koson g | 50cc |
| | 15.35 | 110/ 70 | 84 | 20 | - | 2 jr b/pst | keras | koson g | 20cc |
| | 15.50 | 110/ 70 | 84 | 20 | - | 2 jr b/pst | Keras | koson g | 10cc |
| | 16.05 | 110/ 80 | 86 | 20 | - | 2 jr b/pst | Keras | Koson g | - |
| 2 | 16.20 | 110/ 80 | 85 | 20 | 36,5 | 2 jr b/pst | Keras | Koson g | - |
| | 16.50 | 110/ 70 | 86 | | - | 2 jr b/pst | Keras | Koson g | 10 cc |

DOKUMENTASI SOAP BAYI BARU LAHIR

Tanggal/Waktu Pengkajian: 26 April 2021/Pukul 15.20

Tempat : PMB WARTI Amd.Keb

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

S :

-

O :

a. Data Rekam Medis

1) Riwayat kelahiran

| N o. | Tahun Kelahiran | JK | BB Lahir | Keadaan Bayi | Komplikasi | Jenis Persalinan | Ket. |
|------|-----------------|-----------|----------|--------------|------------|------------------|-------|
| 1. | 2019 | Laki-laki | 3,300 gr | Sehat | Tidak ada | Spt | Hidup |
| 4 | 2021 | Laki-laki | 3,500 gr | Sehat | Tidak Ada | Spt | Hidup |

2) Riwayat persalinan sekarang

a) Jenis persalinan: Spontan

b) Komplikasi persalinan: tidak ada

b. Tindakan khusus saat persalinan: tidak ada

c. Keadaan bayi saat lahir

1) Waktu kelahiran:

Tanggal : 26 April 2021

Jam : 15.20 WITA

BB : 3.500 gr

Jenis kelamin : Laki-laki

Apgar Score :

| Kriteria | Jumlah | |
|----------------------------|---------|---------|
| | 1 menit | 5 menit |
| Warna kulit | 2 | 2 |
| Denyut jantung | 2 | 2 |
| Reaksi terhadap rangsangan | 1 | 2 |
| Tonus otot | 1 | 2 |
| Usaha nafas | 2 | 2 |
| Jumlah | 8 | 9 |

- 2) Keadaan plasenta : Berat ± 500 gr, ukuran diameter 20 cm, tebal 3 cm, kotiledon 16, kelainan: tidak ada
- 3) Keadaan tali pusat : Panjang ± 60 cm, kelainan: tidak ada, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada perdarahan tali pusat.
- 4) Tindakan resusitasi
 - a) Langkah awal : Tidak ada
 - b) Ventilasi : Tidak ada
 - c) Kompresi dada : Tidak ada
 - d) Intubasi endotrakeal : Tidak ada
 - e) Oksigen : Tidak ada
 - f) Terapi : Tidak ada

d.

Pola kesehatan BBL

| Pola | Keterangan |
|-----------|---|
| Nutrisi | Bayi telah mendapatkan ASI |
| Eliminasi | - BAB (+) ada - BAK (+) ada |
| Istirahat | Sejak lahir bayi tertidur pulas dan hanya bangun ketika Haus atau BAK/BAB |

e. Pemeriksaan umum BBL

Tanggal: 26 April 2021

Jam: 15.20 WITA

Keadaan umum: Baik

TTV : N : 140 x/menit, T : 36,5 °C, RR : 56 x/menit

Antropometri :

- 1) BB : 3500 gram
- 2) PB : 51 cm
- 3) LK : 33 cm
- 4) LD : 32 cm
- 5) LP : 33 cm
- 6) LL : 12 cm

Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

- 1) Kepala: simetris, tidak ada massa, tidak ada caput, tidak ada cephal, tidak ada molase
- 2) Ubun-ubun : Teraba ubun-ubun besar dan kecil. teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.
- 3) Mata: Simetris, tidak ada strabismus, tidak ada pengeluaran cairan ataupun perdarahan, gerak mata aktif, dan tidak oedema
- 4) Hidung: Simetris, bayi bernafas melalui hidung, tidak ada gerakan cuping hidung, Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- 5) Telinga: Simetris, Tidak ada kulit tambahan, Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- 6) Mulut: Tidak ada labio palatoskhizis, mukosa mulut lembab, tidak terdapat mukosa putih, dan warna lidah pink.
- 7) Leher : Bayi dapat menggerakkan leher kekanan dan kekiri, dan tidak ada lipatan kulit tambahan
- 8) Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi denyut jantung 140 x/menit.
- 9) Abdomen : Tali pusat bersih, tidak tampak tanda-tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, dan perut tidak adakembung.
- 10) Punggung : Normal, tidak ada kelainan seperti: skoliosis, meningokel, pembengkakan, spina bifida.

- 11) Genitalia :perempuan,tidak adatanda-tanda kelainan,labia mayora menutupi labia minora dan lubang uretra terpisah dengan lubang vagina
- 12) Anus : Positif(+),terdapatlubang anus.Yang telah diukur menggunakan thermometer
- a. Lanugo :Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung
 - b. Verniks :Tampak verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.
 - c. Ekstremitas
 - (1) Ekstermitas atas : Simetris kanan dan kiri, gerakan lengan bebas dan aktif, jari bayi lengkap tidak polindaktiliatau sindaktili, tidak ada penyeloputan diantara jari-jari.
 - (2) Ekstermitas bawah: Simetris kanan dan kiri, gerakan tungkaibebas dan aktif, tidak ada kelainan, tidak adaoedem kaki. Jumlah jari-jari kaki lengkap tidak polidaktili atau sindaktili, dan tidak ada penyeloputan diantara jari kaki.
 - f. Status neurologi (refleks)
 - 1) Refleks rooting (+) ujung mulut bayi mencari obkjek dengan menggerakkan kepala terus menerus ketika ujung mulutnya disentuh.
 - 2) Refleks sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap ketika memasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit bayi.
 - 3) Refleks Moro (+) bayi terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, dan menangkapkedua lengan dan kakinya ketengah badan ketika diberikan suara hentakan dengan tiba-tiba pada permukaan tersebut.

- 4) Refleksi Palmar Grasping (+) jari-jari bayi refleksi menggenggam ketika telapak tangannya disentuh.
- 5) Refleksi Glabella
Ketukan halus pada glabella (bagian dahi antara 2 alis mata) menyebabkan mata menutup dengan rapat.
- 6) Refleksi Babinski (menghilang usia 1 tahun) Jari-jari mencengkrum/hiperekstensi ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal.
- 7) Refleksi Blinking (menetap) Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan memejamkan matanya.

A :

Diagnosis : NCB-SMK usia 2 jam

Dasar : Bayi lahir tanggal 26 April 2021 pukul 15.20 WITA

P :

Tabel 4.7
Implementasi BBL

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|---------------|---|
| 1. | 15.20 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. | 15.25 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. | 17.30 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. | 17.35 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. | 17.40 WITA | Menjaga kehangatan bayi dengan cara membedong bayi, memakaikan topi, sarung tangan, sarung kaki dan menjaga suhu ruangan tetap hangat. 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. Bayi dalam kondisi hangat, T: 37,5 |
| 6. | 17.45 WITA | Melakukan rawat gabung Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (<i>early infant mother bonding</i>) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya. Dilakukan rawat gabung antara bayi dengan ibu |
| 7. | 17.50 WITA | Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-48 jam setelah persalinan Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang. |

Dokumentasi SOAP *Post Natal*

2. Asuhan Kebidanan *Post Natal Care* Kunjungan ke-I (2 hari PP)

Tanggal/waktu Pengkajian : 28 April 2021 /Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

Pembimbing : Nuur Wahidah STr.Keb

S :

- Ibu mengatakan lega atas kelahirannya dan masih merasa kelelahan dan mules pada perut serta nyeri pada jahitan.

O :

- Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. E baik, kesadaran *composmentis*, hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit BB: 50.

- Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak *oedema* dan tidak pucat

Mata : Tidak *oedema* pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis dan *sclera* tidak *ikterik*.

Payudara : Payudara simetris, bersih, terdapat pengeluaran ASI, ada *hiperpigmentasi* pada *areola*, *putting* susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

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

Genetalia : Vulva tidak *oedema*, tidak ada varises, terdapat pengeluaran *lochea rubra*, tidak terdapat luka parut, terdapat luka lecet pada perineum.

Anus : Tidak terdapat *hemoroid*

Ekstremitas

Atas : Simetris, tidak *oedema*, *kapiler refill* baik, reflek *bisep* dan *trisep* positif.

Bawah : Simetris, tidak ada varises, tidak ada trombophlebitis, tidak teraba *oedema*, *kapiler refill* baik, *homan sign* negatif, dan patella positif.

- Pola Fungsional

Tabel 4.8
Pola Fungsional

| Pola | Keterangan |
|-------------|--|
| Istirahat | Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur |
| Nutrisi | Ibu makan dengan menu : nasi, sayur, lauk-pauk, dan minum air putih |
| Terapi | Ibu mendapat vitamin A 2 tablet dan Fe 1x1. |
| Mobilisasi | Ibu sudah bisa BAK sendiri tanpa bantuan orang lain |
| Eliminasi | Ibu sudah BAK 1x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB |
| Menyusui | Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik. |

A :

Diagnosa : P2002 *post partum* fisiologis hari ke-2

P :

Tabel 4.9
Implementasi Kunjungan PNC I

| No. | Waktu | Tindakan |
|------------|---------------|--|
| 1. | 15.00 WITA | <p>Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik nifas.</p> <p>Dari hasil pemeriksaan TTV serta fisik yang dilakukan pada ibu, ibu dalam keadaan normal. Keadaan umum Ny. E baik, kesadaran <i>composmentis</i>, hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit BB: 50. Wajah: Tidak <i>oedema</i> dan tidak pucat, Mata :Tidak <i>oedema</i> pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis dan <i>sclera</i> tidak <i>ikterik</i>. Payudara : Payudara simetris, bersih, terdapat pengeluaran ASI, ada <i>hiperpigmentasi</i> pada <i>areola</i>, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Abdomen : TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong. Genetalia:Vulva tidak <i>oedema</i>, tidak ada varises, terdapat pengeluaran <i>lochea rubra</i>, tidak terdapat luka parut, terdapat luka lecet pada perineum. Anus: Tidak terdapat <i>hemoroid</i> Ekstremitas Atas:Simetris, tidak <i>oedema</i>, <i>kapiler refill</i> baik, reflek <i>bisep</i> dan <i>trisep</i> positif. Ekstermitas Bawah : Simetris, tidak ada varises, tidak ada trombophlebitis, tidak teraba <i>oedema</i>, <i>kapiler refill</i> baik, <i>homan sign</i> negatif, dan patella positif.</p> <p>Ibu mengetahui kondisinya dalam keadaan normal.</p> |
| 2. | 15.05 | Memberikan KIE mengenai pola istirahat pada masa nifas, pola istirahat |

| | | |
|----|---------------|--|
| | WITA | ibu mengikuti pola istirahat bayinya, di saat bayi tidur, di saat itulah ibu beristirahat. Ibu mengerti dari penjelasan yang diberikan. |
| 3. | 15.10 WITA | Memberikan KIE pada ibu bahwa nyeri pada daerah vagina adalah normal selama tidak diikuti dengan tanda – tanda infeksi. Serta ibu mengganti pembalut setiap sehabis BAK dan BAB atau saat terasa pembalut penuh. Ibu paham dan mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan. |
| 4. | 15.15 WITA | Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas (Marmi 2015), seperti perdarahan yang banyak dari jalan lahir ibu, bau yang tidak normal dari vagina, nyeri perut dan panggul yang hebat, pusing dan lemas berlebihan, demam dan apabila mengalami tanda-tanda tersebut segera melapor ke petugas kesehatan. Ibu paham penjelasan yang telah diberikan. |
| 5. | 15.20 WITA | KIE pola makan, dan pemenuhan nutrisi, tidak ada pantangan bagi ibu untuk makan apapun, kecuali jika ada alergi, menganjurkan ibu untuk makan makanan yang tinggi protein seperti telur, ikan gabus dll Ibu paham daengan penjelasan yang telah diberikan |
| 6. | 15.25 WITA | Menjelaskan kepada keluarga Ny. E untuk melakukan pemantauan konsistensi kontraksi uterus, dan memantau pengeluaran darah. Ibu paham dengan penjelasan yang telah diberikan dan bersedia melakukan pema ntauan. |
| 7. | 15.30 WITA | Memberikan KIE tentang posisi dan teknik menyusui yaitu : 1. bayi diletakan ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan putting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke putting susunya dan menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar. 2. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah putting susu. 3. Cara melekatkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bawah bayi 4. membuka lebar 5. Cara pengamatan teknik menyusui yang benar: a. Bayi tampak tenang |

| | | |
|----|-------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> b. Badan bayi menempel pada perut ibu c. Mulut bayi terbuka lebar d. Dagubayi menempel padapayudara ibu e. Sebagian areola masuk kedalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak yang masuk f. Bayi tampakmenghisap kuat dengan irama perlahan g. Putting susu tidak terasa nyeri h. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus i. Kepala bayi agak menengadah. <p>6. Personal Hygiene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjaga kebersihan diri Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit. 2) Kebersihan genetalia Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomi, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gentilah pembalut minimal 3 kali sehari. Pada persalinan yang terdapat jahitan, jangan khawatir untuk membersihkan vulva, justru vulva yang tidak dibersihkan dapat menyebabkan infeksi. Bersihkan vulva setiap buang air besar, buang air kecil dan mandi. 3) Pakaian Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat pada ibu nifas akan lebih banyak. Sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dibagian dada, sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea. 4) Kebersihan kulit Setelah persalinan, ekstra cairan dalam tubuh akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Usahakan mandi lebih sering dan menjaga agar kulit tetap dalam keadaan kering. <p>Ibu paham dengan penjelasan yang diberikan dan ibu mempraktekannya</p> |
| 8. | 15.35 | <p>Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai jadwal kunjungan selanjutnya yaitu pada hari ke 3-7</p> <p>Ibu setuju dilakukan kunjungan selanjutnya</p> |

3. Asuhan Kebidanan *Post Natal Care* Kunjungan ke-II (7 hari PP)

Tanggal/waktu Pengkajian : 2 Mei 2021 /Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. E

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

Pembimbing : Sekar Handayani M.Keb

S :

- Ibu mengatakan darah nifasnya masih keluar sedikit seperti darah haid berwarna merah kecoklatan.

O :

- Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. E baik, kesadaran *composmentis*, hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,6°C, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

- Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak *oedema* dan tidak pucat

Mata : Tidak *oedema* pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis dan *sclera* tidak *ikterik*.

Payudara : Payudara simetris, bersih, terdapat pengeluaran ASI, ada *hiperpigmentasi* pada *areola*, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

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

Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan

Anus : Tidak dilakukan pemeriksaan

Ekstremitas :

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

Bawah :Bentuk simetris, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, Tidak ada oedema pada tungkai kanan, kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif.

- Pola Fungsional

Tabel 4.10
Pola Fungsional

| Pola | Keterangan |
|-------------|--|
| Istirahat | Iu dapat tidur siang 2 jam dan tidur malam 6 jam (mengikuti pola tidur bayi) |
| Nutrisi | Ibu makan 3x sehari , jenis makanan nasi 1 centong sayur 1 mangkok , ikan, buah-buahan dan air putih. Ibu menatakan tidak ada pantangan makan. |
| Aktivitas | Ibu mengurus pekerjaan rumah tangga dengan mudah seperti memasak, menyapu dan membereskan rumah dan mengus anaknya. |
| Eliminasi | Ibu sudah BAK 1x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB |
| Menyusui | Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik. |

A :

Diagnosa : P 2002 *post partum* fisiologis hari ke -7

P :

Tabel 4.11
Implementasi Kunjungan PNC II

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|---------------|---|
| 1. | 15.15 WITA | Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik ibu dalam keadaan normal Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini |
| 2. | 15.20 WITA | Mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas seperti perdarahan yang banyak dari jalan lahir ibu, bau yang tidak normal dari vagina, nyeri perut dan panggul yang hebat, pusing dan lemas berlebihan, demam; Tidak terdapat tanda-tanda bahaya nifas. |
| 3. | 15.25 WITA | Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya terus menerus, minimal 2 jam sekali dan meningkatkan pada ibu pentingnya pemberian ASI pada awal kehidupan. Ibu paham dan mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan. |
| 4. | 15.30 WITA | KIE pola makan, dan pemenuhan nutrisi, tidak ada pantangan bagi ibu untuk makan apapun, kecuali jika ada alergi, menganjurkan ibu untuk makan makanan yang tinggi protein seperti telur, ikan gabus dll Ibu paham daengan penjelasan yang telah diberikan |
| 5. | 15.40 WITA | Mengajarkan ibu senam nifas sampai dengan gerakan hari ke 3-7 1. Gerakan Hari Ketiga Posisi tidur terlentang kedua tangan berada di samping badan kedua kaki ditekuk 45 bokong diangkat eatas kemudian kembali keposisi semula 2. Gerakan Hari Keempat Posisi tidur terlentang kaki ditekuk 45 tangan kiri disamping badan tangan anan duatas perut dan lutut diteku angkat kepala sampai menyentuh dada gerakan anus dikerutkan: kerutkan otot anus ketika mengempiskan perut atur pernapasan kepala turun pelan-pelan keposisi semula sambil mengendurkan otot sekitaranus merelaksasikan otot perut 3. Gerakan Hari Kelima Posisi terlentang kaki kiri ditekuk 45 gerakan tangan kanan menjangkau lutut kiri kepala ditekut sampai dagu menyentuh dada lakukan gerakan tersebut secara bergantian, kerutkan otot di sekitar anus dan kontraksikan perut atur pernapasan 4. Gerakan Hari Keenam Posisi tidur terlentang kaki lurus dan kedua tangan disamping badan lutut ditekuk kearah perut 90 lakukan gerakan tersebut secara |

| | | |
|----|---------------|---|
| | | bergantian antara kaki kiri dan tangan kiri lakukan secara perlahan jangan menghentak namun bertenaga 5. Gerakan Hari Ketujuh Posisi tidur terlentang kedua kaki lurus dan kedua tangan disamping badan kedua kaki diangkat keatas dalam keadaan lurus pada saat mengangkat kaki perut ditarik kedalam turunkan kaki secara perlahan atur pernapasan Ibu paham dan mampu mengulangi gerakan sampai hari ke 3-7 |
| 6. | 15.50 WITA | Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya. Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang. |

4. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III (28 hari PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 24 mei : 16.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. E

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

Nama Pembimbing : Nuur Wahidah STr.Keb

S :

a. Keluhan : Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

b.

Tabel 4.12

Pola fungsional kesehatan

| Pola | Keterangan |
|------------------|--|
| Nutrisi | Ibu makan 3x sehari. Jenis makanan nasi, sayur, ikan, buah dan air putih. Ibu mengatakan tidak ada pantangan makan. |
| Eliminasi | Ibu BAB 2x Sehari konsistensi lunak, warna berwarna kuning, dan tidak ada keluhan. Ibu BAK 5x sehari konsistensi cair, berwarna kuning, dan tidak ada keluhan. |
| Istirahat | Ibu tidur siang ± 2 jam dan tidur malam ± 6 jam. (mengikuti pola tidur bayinya) |
| Aktivitas | hari ke2 menyapu, dan membereskan rumah) dan mengurus anaknya dibantu suami. |
| Personal Hygiene | Ibu mandi 2 x sehari, mengganti pakaian 2 x sehari, dan mengganti celana dalam 3 x sehari atau apabila ibu merasa celana dalamnya basah |

O :

Pemeriksaan umum

KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/80 mmHg, N : 82 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,0°C

BB : 50 kg, TB : 149 cm, LILA : 22 cm

Pemeriksaan fisik

Wajah : Simetris, tidak pucat dan tidak oedema

Mata : Simetris, konjungtiva tidak pucat, sclera berwarna putih

Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, dan tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Pengeluaran ASI lancar, puting susu menonjol, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada benjolan dan radang atau lecet.

Abdomen : Simetris, luka operasi telah kering dan sudah tidak terbungkus perban, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genitalia : Tidak dilakukan pemeriksaan

Anus : Tidak dilakukan pemeriksaan

Ekstremitas

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

Bawah : Bentuk simetris, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, Tidak ada oedema pada tungkai kanan, kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif.

A :

P 2002 Post Partum Hari Ke-28

P :

Tabel 4.13

implementasi PNC kunjungan III

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|---------------|---|
| 1. | 16.30 WITA | Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, ku: baik, kes: composmentis, tanda-tanda vital dalam batas normal TD:110/80, N: 82 x/menit, R: 20 x/menit, T: 36,0°C, payudara normal dan adanya pengeluaran asi, , pelayanan kontrasepsi belum diberikan, tidak ada resiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas, BAB 1X, BAK 4-5X . Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal. |
| 2. | 16.35 WITA | Memberikan KIE pada ibu untu membawa bayinya imunisasi BCG Ibu bersedia untuk membawa anaknya untuk imunisasi di BPM |
| 4. | 17.00 WITA | Memberitahu ibu bahwa ini adalah kunjungan rumah terakhir dari penulis dengan dosen pembimbing; Ibu dan keluarga berterima kasih atas pelayanan yang telah diberikan. |

DOKUMENTASI SOAP *NEONATUS*

5. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-I (Hari ke-2)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 28 mei 2021 / Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

S :

-

O :

- Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 139 x/menit, pernafasan 44 x/menit, suhu 36,9°C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3400 gram, panjang badan 51 cm, lingkar kepala : 33 cm, lingkar dada 32cm, lingkar perut 30 cm.

2. Pemeriksaan Fisik Bayi

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

Wajah : Simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu telinga tidak terdapat kelainan.

Mata :Simetris, terdapat 2 bola mata, tidak ada *sekret*, tidak terdapat perdarahan dan tidak terdapat *strabismus*.

Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret.

Telinga: Simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan bersih tidak ada kotoran.

Mulut : Simetris, tidak tampak sianosis, tidak ada *labio palatoskhizis* dan *labio skhizis*, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, lidah terlihat bersih.

Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar *tiroid*, tidak ada pembesaran kelenjar *limfe*, tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak ada selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada simetris.

Payudara: Tidak ada pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran cairan.

Abdomen: Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.

Punggung : Tampak simetris, tidak teraba *skeliosis*, dan tidak ada *meningokel*, *spina bifida*.

Genetalia : Terdapat lubang penis

Anus : Tidak ada kelainan, terdapat lubang anus.

Kulit : Terlihat kemerahan, tidak ada ruam, bercak, memar,

pembengkakan, kulit mengelupas. Terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung. Terdapat *vernix* pada daerah lipatan leher dan selangkangan.

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

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

Abdomen : terdapat tali pusat dengan 2 vena 1 arteri, tali pusat tampak putih segar, tidak ada perdarahan tali pusat dan tidak ada tanda – tanda infeksi.

Kulit : Tampak berwarna kemerahan dan bagian tangan serta kaki mengelupas

Ekstremitas: Pergerakan tampak aktif, jari tangan dan kaki tampak simetris dan lengkap.

- Pola Fungsional

Tabel 4.14
Pola Fungsional

| Pola | Keterangan |
|------------------|--|
| Nutrisi | Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI. |
| Eliminasi | BAB 2-3kali/hari konsistensi lunak warna mekonium. Belum ada BAK konsistensi cair warna kuning jernih |
| Personal Hygiene | Bayi dimandikan 1 kali sehari pada pagi hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab. |
| Istirahat | Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab. |
| Perkembangan | Terdapat rooting reflek, reflek menghisap, reflek moro, tonic neck reflek, reflek babinski, reflek menggenggam |

A :

Diagnosis: Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke2

P :

Tabel 4.15
Implementasi Kunjungan Neonatus I

| No. | Waktu | Tindakan |
|------------|---------------|---|
| 1. | 16.00 WITA | Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam normal dan sehat. Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini. |
| 2. | 16.05 WITA | Memberikan KIE tentang ASI Eksklusif Bahwa nutrisi yang baik bagi bayi adalah ASI, dan dianjurkan untuk memberikan ASI hingga usia bayi 6 bulan tanpa disertai dengan makanan tambahan lainnya. Ibu paham dan berjanji akan memberikan ASI eksklusif. |
| 3. | 16.10 WITA | Menganjurkan ibu untuk sering-sering menyusui bayinya, minimal 2 jam sekali agar bayi tidak ke kurangan cairan. Ibu paham dan berjanji akan menyusui bayinya sesering mungkin. |
| 4. | 16.15 WITA | Menjelaskan dan mengajarkan pada ibu perawatan tali pusat, dengan menjaga tali pusat agar tetap kering dan tidak dibubuhi ramuan atau obat apapun. |

| | | |
|----|---------------|--|
| | | Ibu paham cara perawatan tali pusat. |
| 5. | 16.20 WITA | Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi dan tanda bahaya sianosis.. 1. Tanda bahaya pada bayi berupa bayi tidak mau menyusu, kejang, lemah, sesak nafas, merintih, pusar kemerahan, demam atau tubuh merasa dingin, mata bernanah banyak, kulit terlihat kuning. 2. Tanda bahaya sianosis pada bayi yaitu berupa kebiruan pada kulit dan selaput lendir, seperti pada mulut atau bibir. Ibu paham dan mengerti dengan tanda bahaya pada bayi. |
| 6. | 16.25 WITA | Melakukan KIE tentang pijat bayi dan cara memandikan bayi. Ibu dapat melakukan pijat bayi dan mampu memandikan bayinya sendiri. |
| 7. | 16.30 WITA | Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 3 hari selanjutnya. |

6. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II (Hari ke-7)

Tanggal/Waktu Pengkajian : Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. E

S :-

O :

- Pemeriksaan Umum :

KU :Baik.

TTV: N:138 x/menit R: 46 T: 36,7 °C.

BB: 3500 gr

PB : 51

- Pemeriksaan Fisik

1) Kepala: Simetris dan tampak bersih

- 2) Mata : *Sklera* tidak *ikterik* dan tidak ada pengeluaran yang abnormal.
 - 3) Hidung: Tidak ada pengeluaran cuping hidung dan tidak ada pengeluaran secret abnormal
 - 4) Mulut: Mukosa mulut lembab , reflek hisap (+)
 - 5) Telinga : tidak ada pengeluaran secret abnormal
 - 6) Leher : normal tidak ada kelainan dan tidak ada pembengkakan pada leher serta leher dapat digerakkan dengan bebas
 - 7) Dada : Tidak terdapat retraksi
 - 8) Abdomen : Tampak masih ada tali pusat, dan tidak ada tanda – tanda infeksi.
 - 9) Kulit : Kulit tampak terkelupas
 - 10) Ekstermitas: Pergerakan tampak aktif, jari tangan dan kaki tampak simetris dan lengkap
- Pola Fungsional

Tabel 4.16
Pola Fungsional

| Pola | Keterangan |
|------------------|---|
| Nutrisi | Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI. |
| Eliminasi | BAB 3-4kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih |
| Personal Hygiene | Bayi dimandikan 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab. |
| Istirahat | Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab. |
| Perkembangan | Dapat berkomunikasi lewat tangisan jika lapar, haus, mengantuk, dan popoknya basah |

A :

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

Tabel 4.17
Implementasi Kunjungan Neonatus II

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|---------------|--|
| 1. | 15.00 WITA | Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI pada bayinya sesering mungkin Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini. Memberikan KIE tentang menjaga kebersihan dan kehangatan bayi. Dianjurkan tempat tidur bayi selalu di bersihkan serta menghindarkan bayi terkena paparan kipas angin secara langsung. Ibu telah mengerti cara menjaga kebersihan dan kehangatan bayi |
| 2. | 15.15 WITA | Memberikan KIE tentang imunisasi Menjelaskan kepada ibu macam-macam imunisasi wajib yang harus dilaksanakan oleh ibu, yaitu BCG, Polio, DPT1, 2, 3, dan 4, Campak, dan IPV. |

7. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III (hari ke-28 hari)

Tanggal/Waktu Pengkajian : /Pukul : 16.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. E

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

S: -

O:

- a. Pemeriksaan umum: KU : Baik .TTV : N : 142 x/menit, R : 43 x/menit dan S : 36,6 °C.BB : 3.800 gram, PB: 51 cm

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala : Simetris, tampak bersih
- 2) Mata : Tidak ada tanda-tanda infeksi
- 3) Hidung : Tidak ada pergerakan cuping hidung dan tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- 4) Mulut : Mukosa mulut lembab, tidak terdapat mukosa putih, reflex hisap (+).
- 5) Telinga : Tidak ada pengeluaran secret abnormal
- 5) Leher : Normal, tidak ada kelainan dan tidak ada pembengkakan pada leher, leher dapat digerakkan bebas
- 6) Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi denyut jantung 142 x/menit, tidak terdengar suara nafas tambahan, puting susu menonjol.
- 7) Abdomen : Tali pusat telah lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi
- 8) Ekstermitas : Pergerakan tangan dan kaki Aktif

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 28 hari

P :

Tabel 4.18**Implementasi kunjungan neonatus ke III**

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|---------------|---|
| 1. | 16.30 WITA | Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat, BB Lahir: 3500 gram sedangkan BB Sekarang: 3800 gram, PB: 51 cm, Suhu: 36,6oC, Respirasi: 43x/menit, Nadi: 142x/menit, tidak adanya penyakit sangat berat atau infeksi bakteri, bayi tidak ikterus, tidak diare, berat badan normal dan tidak ada masalah saat diberikan asi, Vit K1 telah diberikan pada bayi, imunisasi HB-0 telah diberikan pada bayi. Ibu telah mengerti kondisinya saat ini. |
| 2. | 16.30 WITA | Memberikan KIE pada ibu untuk membawa bayinya imunisasi BCG. Ibu membawa bayinya ke BPM untuk dilakukan imunisasi. |
| 3. | 17.30 WITA | Memberitahu ibu bahwa ini adalah kunjungan rumah terakhir dari penulis dengan dosen pembimbing; Ibu dan keluarga berterima kasih atas pelayanan yang telah diberikan. |

DOKUMENTASI SOAP KB

8. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Tanggal/Waktu Pengkajian :04 Juni 2021

Tempat : Via Chat WA

Oleh : Resty Lolo Tangkelangi

S:

- Ibu mengatakan telah melahirkan pada tanggal 26 April 2021
- Ibu Mengatakan belum menggunakan KB dan setelah masa nifas tidak ingin menggunakan KB

O: Tidak Dilakukan Pemeriksaan

A: P 2002

P:

Tabel 4.19
Implementasi KB

| No. | Waktu | Tindakan |
|-----|-------------------|---|
| 1. | 15.00 WITA | Menjelaskan kepada ibu jenis-jenis kontrasepsi (MAL, kondom AKDR,AKBK) Ibu mengerti jenis-jenis kontrasepsi |
| 2. | 15.15 WITA | Menganjurkan pada ibu untuk memikirkan kembali keputusan ibu yang tidak ingin berKB dan segera membuat keputusan akan menggunakan KB apa jika ibu berubah pikiran Ibu bersedia memikirkan kembali dan akan segera membuat keputusan jika sewaktu-waktu berubah pikiran |

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. E G₂P₁₀₀₁ sejak kontak pertama pada tanggal 07 April 2021 yaitu dimulai pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Asuhan Kehamilan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. E pada tanggal 07 April, didapatkan bahwa Ny. E berusia 22 tahun G₂P₁₀₀₁ HPHT 21 Juli 2020 Tafsiran persalinan 28 April 2021 dan ibu memiliki masalah KEK. Dan hasil pemeriksaan pada kunjungan pertama didapatkan bahwa Lila ibu 20 cm dan dengan skor poedji rochjati 2. Selama kehamilan Ny. F memeriksakan kehamilannya di BPM sebab Ny. F tidak ingin terjadi masalah dengan faktor resiko yang terjadi pada kehamilannya serta menghindari masalah saat persalinan nanti. Pada trimester I Ny. E memeriksakan kehamilannya sebanyak 1 kali, pada trimester ke II sebanyak 1 kali, dan pada trimester III sebanyak 2 kali. Jadi selama kehamilan Ny. E memeriksakan kehamilannya sebanyak 4 kali.

Frekuensi pemeriksaan ini telah memenuhi standar sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa WHO menganjurkan sedikitnya ibu hamil melakukan 4 kali kunjungan ANC pada trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali, trimester III minimal 2x (Manuaba, 2011).

Pada kunjungan pertama dari hasil pengkajian awal ditemukan Ny E G2P₁₀₀₁ Usia Kehamilan 38-39. Pada kehamilan ini didapatkan masalah pada Ny. E yaitu KEK. Kunjungan awal pada Ny. E didapatkan hasil pengkajian ibu hamil anak kedua, berusia 22 tahun, Lila 20 cm memiliki masalah KEK.

Secara keseluruhan, penulis berpendapat bahwa kehamilan Ny. E berjalan dengan baik dan tidak terjadi faktor resiko. Hal ini terjadi karena dilakukannya asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. E.

a. Pemeriksaan

Pada kunjungan pertama didapatkan pengkajian pada ibu bahwa ibu berusia 22 tahun dengan lila 20 cm. Dengan data pengkajian tersebut ibu masuk dalam faktor yang mempengaruhi terjadinya KEK. Berdasarkan teori Yuliasuti (2014) Ibu hamil dengan KEK pada batas 23,5 cm mempunyai resiko 2,0087 kali untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang mempunyai LILA lebih dari 23,5 cm. Penulis berpendapat dari hasil pengkajian tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada kunjungan pertama didapatkan pemeriksaan lila 20 cm. Dengan pemeriksaan Lila dapat diketahui apakah seseorang dinyatakan tidak KEK. Berdasarkan teori Yuliasuti, (2014). Tanda dan gejala kekurangan energi kronis yaitu; Lingkar lengan atas (LILA) kurang dari 23,5cm, Badan kurus, dan Konjungtiva Pucat. Penulis berpendapat dari hasil pemeriksaan Lila pada kunjungan pertama Lila 20 cm masuk. Untuk mengatasinya penulis memberikan asuhan sesuai dengan teori

Yulistiawati (2014). Untuk melakukan pemenuhan nutrisi yang cukup dengan menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan tambahan berupa biscuit (makanan bergizi yang diperuntukkan bagi ibu hamil yang mengalami kekurangan energy kronis sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi), menganjurkan ibu untuk minum susu 2 kali sehari, makan sedikit-sedikit tapi sering dan menganjurkan ibu untuk rutin mengkonsumsi tablet FE (Lakip kemenkes 2014).

Pada Kunjungan kedua dilakukan pengukuran Lila dengan hasil pengukuran Lila 22 cm dan mengalami kenaikan Lila 2 cm tetapi masih dibawah batas nomal (23,5 cm). Dalam asuhan kehamilan ini penulis menyimpulkan bahwa penulis berhasil menaikkan ukuran lila dari 20cm – 22 cm (Tetapi masih dibawah batas normal) . Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada Kunjungan pada tanggal 24 april 2021 ibu mengeluh nyeri pinggang kemudian penulis menjelaskan kepada ibu bahwa nyeri pinggang yang terjadi pada TM III adalah keadaan yang normal bagi ibu hamil, penulis memberikan asuhan penyebab nyeri pinggang yaitu karna meningkatnya beban berat dari bayi didalam kandungan yang dapat mempengaruhi postur tubuh ibu sehingga menyebabkan tekanan kearah tulang belakang dan letak kepala yang sudah dibawah dan mulai mencari jalan lahir sehingga menekan tulang disekitar pinggang sehingga menyebabkan nyeri pada pinggang (sesuai dengan teori Varney 2011) dan Penulis juga menjelskan cara mengatasi nyeri pinggang yaitu: menganjurkan ibu tidak membungkuk saat mengambil

barang, saat tidur dianjurkan untuk miring ke kiri dan dapat menggunakan bantal untuk mengganjal, beritahu ibu untuk melakukan senam hamil untuk merenggangkan otot-otot yang tegang (sesuai dengan teori Lichayati 2013).

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek

b. KIE tanda bahaya pada kehamilan

Pada kunjungan pertama ibu ditemukan dengan masalah KEK. Dengan temuan tersebut seseorang yang mengalami masalah tersebut harus diberi KIE tanda bahaya pada kehamilan. Berdasarkan teori Manuaba (2011) tanda bahaya kehamilan yaitu perdarahan pervaginam, kpd, dan pre eklamsi. Asuhan yang diberikan adalah dengan pemberian KIE tanda bahaya pada kehamilan seperti perdarahan pervaginam, kpd, dan pre eklamsi. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

c. KIE Bahaya KEK Pada Kehamilan

Pada kunjungan pertama ditemukan masalah bahwa ibu dengan KEK. Dengan temuan tersebut seseorang yang mengalami masalah tersebut harus mengenali tanda bahanya yaitu Apabila makanan selama hamil tidak tercukupi maka dapat mengakibatkan kekurangan gizi sehingga ibu hamil mengalami gangguan. Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko dan komplikasi pada ibu hamil, antara lain anemia yang dapat berujung pada pendarahan pasca persalinan, berat badan tidak bertambah secara normal dan terkena infeksi. Pada saat persalinan gizi kurang dapat mengakibatkan

persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), serta operasi persalinan (Muliawati, 2013). Gangguan suplai makanan dari ibu mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan terjadinya keguguran (abortus), bayi lahir mati (kematian neonatal), cacat bawaan, lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) atau PJT (pertumbuhan janin terhambat) (Muliawati,2013).

Penulis berpendapat bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Asuhan Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. E yaitu 39-40 minggu. Menurut teori persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit dan komplikasi pada ibu serta janin (Ai, Yeyeh dkk 2014). Penulis sependapat dengan pernyataan tersebut karena Ny. E menunjukkan tanda-tanda persalinan saat usia kehamilan 39-40 minggu.

Resiko persalinan yang dapat terjadi pada ibu hamil dengan KEK adalah partus prematurus, persalinan sulit/lama, terjadinya keguguran (abortus), bayi lahir mati (kematian neonatal), cacat bawaan, lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) atau PJT (pertumbuhan janin terhambat) (Muliawati,2013). Ny. E tidak mengalami salah satu dari resiko diatas karena sejak masa kehamilan samapai sebelum bersalin ibu selalu mendengarkan KIE yang diberikan dan melaksanakannya untuk mengantisipasi.

Saat dimulainya his persalinan ibu tampak meringis dan cemas. Pada *multigravida* ada bayangan mengenai apa yang akan terjadi saat

bersalin sehingga ibu tidak banyak merasa ketakutan karena sudah berpengalaman melahirkan. Ibu mengerti dan percaya diri menghadapi persalinannya. Ketenangan jiwa penting dalam menghadapi persalinan, karena itu dianjurkan bukan saja melakukan latihan-latihan fisik namun juga latihan kejiwaan untuk menghadapi persalinan.

Untuk itu, penolong persalinan harus dapat menanamkan kepercayaan kepada ibu hamil dan menerangkan apa yang harus diketahuinya karena menangis, rasa takut, dan sebagainya dapat menyebabkan rasa sakit pada waktu persalinan tidak hilang dan ini akan mengganggu jalannya persalinan, ibu akan menjadi lelah dan kekuatan hilang (Baihatun, 2011).

Dengan usia Ny. E yang tidak memiliki resiko tinggi penulis tetap memberikan asuhan kebidanan berupa dukungan psikologis agar Ny. E tetap semangat dan kuat dalam menghadapi persalinan serta meminta keluarga memberi semangat serta perhatian-perhatian yang penuh agar Ny. E nyaman dan dapat mengendalikan emosinya demi kelancaran persalinan.

Penulis berpendapat persalinan Ny. E dengan resiko tinggi berjalan dengan baik dan normal tanpa disertai komplikasi karena Ny. E mengikuti anjuran yang diberikan oleh penulis dan bidan.

a. Kala I

Pada pemeriksaan fisik didapatkan pengukuran tanda – tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,5 °C TFU Ny. E yaitu 3 jari bawah PX (34 cm), dengan TBJ (34-11) x 150 = 3450 gram. Sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan

genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram (Muslihatun, 2011).

Kala I dimulai pada pukul 10.35 WITA tanggal 26 April 2021 Ny. E mengeluh perut mules dan keluar lender darah sejak pukul 07.35. Di BPM dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir, tidak ada luka parut dari vagina, portio tebal dan lembut, pembukaan 4 cm, *effacement* 50 %, ketuban (+), hodge I, letak kepala, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 131 x/menit, irama teratur, His 3x dalam 10 detik lamanya 25-30 detik. Lama fase aktif Ny.E adalah 6 jam terhitung sejak pukul 10. 40 WITA hingga 15.10 WITA pembukaan 10 cm. Penulis berpendapat hal ini sesuai dengan teori lama fase aktif berupa pembukaan serviks sampai ukuran 10 cm berlangsung dalam 6-12 jam (Prawirohardjo, 2011).

Pada pukul 15.10 WITA ibu mengeluh perut semakin mules, terasa ingin BAB dan ingin mengejan. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah dan air-air, tidak ada luka parut dari vagina, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, *effacement* 100%, ketuban (-) pecah spontan, warna ketuban jernih, hodge III, tidak teraba bagian janin dan tidak teraba bagian tali pusat menumbung. DJA 145x/menit, irama teratur, his 4x10 menit lamanya 50-55 detik. Kemajuan persalinan Ny. E dari fase aktif 4 cm ke pembukaan lengkap adalah 6 jam .

Kemajuan persalinan Ny. E dari kala I hingga pembukaan lengkap adalah 5 jam 30 menit. Inpartu di tandai dengan keluarnya lendir darah karena serviks mulai membuka (*dilatasi*) dan mendatar (*effacement*) kala dimulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan lengkap (10 cm) lamanya kala I untuk multigravida adalah \pm 8 jam (Prawirohardjo, 2011).

Sejalan dengan masalah KEK. Penulis berpendapat ada kesenjangan antara teori karena pada ibu dengan KEK itu dapat menyebabkan partus lama. Pada kenyataan yang terjadi pada Ny. E saat setelah dilakukan pemantauan ibu tidak mengalami partus lama, sehingga penulis menyimpulkan bahwa persalinan kala I Ny. E berjalan dengan normal.

b. Kala II

Pada pukul 14.30 WITA, ibu tampak ingin mengejan, perineum tampak menonjol, vulva dan *sfincter ani* tampak membuka. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah dan air-air, tidak ada luka parut dari vagina, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, effacement 100 %, ketuban (-) pecah spontan, warna ketuban jernih, hodge III, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 145 x/menit, irama teratur, His 4x dalam 10 detik lamanya 50-55 detik.

Hal tersebut sejalan dengan teori tanda – tanda persalinan berupa terjadinya HIS persalinan yang mempunyai ciri khas pinggang rasa nyeri yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval

makin pendek dan kekuatannya semakin besar, mempengaruhi terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas kekuatan semakin bertambah, dan pengeluaran lendir darah (Widyastuti, 2009).

Sejalan dengan teori tanda dan kala II persalinan ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Penulis sependapat, karena semakin kontraksi Ny. E meningkat atau adekuat semakin bertambah pembukaan serviksnya, bagian terendah janinpun terus turun melewati jalan lahir (Prawirohadjo, 2010).

Pada kala II persalinan Ny. E dilakukan tindakan Asuhan Persalinan Normal. Pembukaan lengkap Ny. E pada pukul 15.10 WITA dan bayi lahir pukul 15.20 WITA, lama kala II Ny. E berlangsung selama 10 menit, hal ini sesuai dengan teori pada multigravida kala II berlangsung rata-rata 1 jam (Saifuddin, 2011).

Sejalan dengan teori Muliawati (2013) bahwa Resiko persalinan yang dapat terjadi pada ibu hamil dengan KEK adalah partus prematurus, persalinan sulit/lama, terjadinya keguguran (abortus), bayi lahir mati (kematian neonatal), cacat bawaan, lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) atau PJT (pertumbuhan janin terhambat) . Penulis berpendapat bahwa ada kesenjangan antara teori karena pada teori menyebutkan bahwa akan terjadi partus lama. Pada kenyataannya bahwa tidak adanya hambatan yang terjadi pada kala II.

c. Kala III

Pukul 15.20 WITA bayi Ny. E telah lahir, plasenta belum keluar, penulis segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. E dimulai dari penyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta bidan melakukan PTT, lahirkan plasenta, kemudian melakukan masase uteri. Hal ini sesuai dengan teori, manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri (Prawiroharjo, 2011). Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Pukul 15.30 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat marginalis, panjang tali pusat ± 60 cm, tebal plasenta ± 2 cm, lebar plasenta ± 20 cm. Lama kala III Ny.F berlangsung ± 10 menit. Hal ini sesuai dengan teori bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Prawiroharjo, 2012). Kala III berlangsung rata-rata antara 5 sampai 10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit.

Perdarahan kala III pada Ny. F berkisar sekitar normal yaitu ± 200 cc. Hal tersebut didukung oleh teori, bahwa perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam <500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2011).

Penulis berpendapat, hasil observasi perdarahan kala III pada Ny. E dalam kondisi normal yaitu tidak melebihi 500 cc, yakni hanya berkisar ± 200 cc.

d. Kala IV

Pukul 15.30 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat robekan sehingga heacting. Penulis melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Bayi lahir dengan berat 3500 gram.

Dilakukan pemantauan Kala IV persalinan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke 2 dengan hasil keadaan Ny. F dalam keadaan baik. Hal ini sejalan dengan teori pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertamdengan alasan sudah berpisah dengan suami, sehingga penulis tidak bisa memaksa ny E untuk tetap berKB pasca persalinan (Saifuddin, 2011). Penulis berpendapat dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

3. Bayi Baru Lahir

Pukul 15.20 WITA bayi lahir spontan pervaginam, segera menangis, usaha napas baik, tonus otot baik, tubuh bayi tampak

kemerahan, jenis kelamin Laki-laki. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian selintas, didapatkan Bayi Laki-laki Ny. E dalam keadaan normal yaitu 8/10. Melakukan asuhan bayi baru lahir dan bayi dalam kondisi normal, serta Bayi Ny. E diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM, imunisasi hepatitis B 0 hari dan antibiotik berupa salep mata. Hal ini sesuai dengan teori, bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat tekanan pada dinding vagina, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR Depkes RI, 2011). Penulis berpendapat, karena kondisi bayi yang telah stabil penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL sebagai upaya untuk mencegah defisiensi vitamin K, memberikan kekebalan tubuh pada bayi terhadap penyakit hepatitis, dan mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi.

4. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. E sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 48 Jam, kunjungan kedua hari ke 7 hari. Pada kunjungan ke tiga pada hari ke 28 .Pada kunjungan nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-48 jam, kunjungan kedua 3-7 hari, kunjungan ketiga 7- 28 hari, dan kunjungan keempat 28 hari-40 hari post partum (Suherni, 2011). Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas. Sejalan dengan kebijakanProgram Nasional Masa Nifas dalam (Manuaba, 2011) yaitu paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan masa nifas dengan tujuan

untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul.

Tanggal 28 April 2021 pukul 15.00 WITA Kunjungan pertama nifas 48 jam post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi Ny. E saat dilakukan pemeriksaan ditemukan mules pada perut dan nyeri pada luka jahitan di perineum. Dan berdasarkan masalah yang dimiliki ibu yaitu KEK Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek, karena terdapat mules pada perut dan nyeri pada luka jahitan di perineum hal yang sering dialami ibu nifas selama tidak mengganggu aktifitas ibu namun untuk masalah yang dimiliki ibu terdapat kesenjangan dimana ibu tidak mengalami perdarahan yang banyak pada jalan lahir, pusing dan lemas secara berlebihan, penulis memberikan anjuran kepada Ny. E tentang pola istirahat, KIE tentang nyeri pada daerah vagina, tanda bahaya nifas, pola nutrisi, dan posisi serta teknik menyusui.

Pada kunjungan pertama 28 jam post partum didapat pengkajian pada ibu bahwa ibu berusia lebih dari 22 tahun. Dengan data pengkajian tersebut ibu tidak masuk dalam faktor yang mempengaruhi terjadinya anemia setelah post partum. Berdasarkan teori Purwoastuti (2015) faktor yang mempengaruhi anemia pada ibu nifas adalah umur ibu < 20 tahun dan > 35 tahun, paritas (primipara, multipara dan grandemultipara). Yang berakibat pada ibu nifas dapat terjadi anemia berat dan perdarahan.

Penulis berpendapat dari hasil pengkajian tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada pemeriksaan keadaan umum baik, tanda-tanda vital Td 110/70 mmHg suhu 36,5 °C, nadi 82 x/i, pernafasan 20 x/i, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, , lochea rubra, pendarahan masih batas normal, terdapat luka jahitan pada perineum, Ny. E mengganti pembalut setiap habis BAK/BAB. Penulis memberikan anjuran kepada Ny. E untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) untuk mempercepat proses penyembuhan luka jahitan pada perineum.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena penulis sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan yang di tetapkan dan telah memberikan masukan atau anjuran yang dibutuhkan oleh Ny. E pada 28 jam post partum.

Hal ini berdasarkan teori Menurut (Suherni, 2014) bahwa tujuan kunjungan pertama, waktu 2 jam setelah post partum : mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Serta Pemeriksaan TTV, payudara, uterus, kandung kemih, lochea dan ekstremitas.

Tanggal 02 Mei 2021 , pukul 15.00 WITA dilakukan kunjungan kedua yaitu asuhan 7 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan,

kondisi Ny. E secara umum dalam keadaan baik, tanda-tanda vital Td 110/70 mmHg suhu 36,6 °C, nadi 82 x/i, pernafasan 20 x/i. Pengeluaran ASI lancar, TFU ½ pusat *sympisis*, kontraksi uterus baik, lochea sanguelenta, tidak terlihat tanda-tanda infeksi, tanda homan sign negatif. Menurut (Sukarni, 2013) lochea pada hari ke 3-7 yaitu lochea sanguelenta berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek saat melakukan asuhan yang diberikan pada Ny. E yaitu menganjurkan klien agar menyusui bayinya sesering mungkin secara eksklusif dan mengevaluasi tanda-tanda bahaya nifas. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Suherni, 2014) tujuan pada asuhan kunjungan 7 hari yaitu mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum, personal hygiene, istirahat dan memberi ibu konseling pengasuhan bayi.

Penulis berpendapat tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek pada hasil pemeriksaan Ny. E

5. Asuhan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 28 jam, 7 hari dan 28 hari. Sesuai dengan teori, yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN 1 dilakukan 6-48 jam, KN 2 dilakukan 3-7 hari, KN 3 dilakukan 8-28 hari setelah bayi lahir (Walyani, 2014). Penulis berpendapat bahwa

pentingnya dilakukan kunjungan neonatus sebagai deteksi bila terdapat penyulit pada neonatus.

Tanggal 28 April 2021 WITA dilakukan kunjungan Neonatus I yaitu pada 48 jam setelah bayi lahir. Keadaan umum neonatus baik, neonatus menangis kuat, refleks bayi baik, tali pusat tampak putih segar, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI sebagai asupan nutrisi bayi. Penulis berpendapat, karena kondisi bayi yang telah stabil penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL yaitu menjaga kehangatan tubuh bayi, pemberian ASI eksklusif, dan merawat tali pusat.

Tanggal 02 Mei 2021), dilakukan kunjungan Neonatus II yaitu pada 7 hari setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan neonatus di temukan bayi tampak pada bagian tangan dan kaki terkelupas. Berdasarkan teori kunjungan neonatal ke -2 pelayanan yang diberikan kepada bayi yaitu menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan asi eksklusif, mencegah infeksi dan merawat tali pusat. Dengan itu pada kunjungan ini penulis memberi KIE menjaga kebersihan, menganjurkan untuk memberikan ASI secara eksklusif, menjaga kehangatan bayinya, mengetahui tanda-tanda infeksi pada bayi dan merawat tali pusat. Sehingga penulis berpendapat tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

6. Asuhan Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan yang bersifat sementara atau menetap yang dapat digunakan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat/alat, atau dengan operasi (Saiffudin,2015). Tujuan penulis memberikan penyuluhan kontrasepsi

kepada klien untuk membantu klien dalam memilih alat kontrasepsi yang tepat baginya.

Menurut penulis terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan pada saat kehamilan Ny. E tidak merencanakan untuk menggunakan KB. Tidak ingin menggunakan kontrasepsi adalah atas keinginan dari ibu sendiri. Akan tetapi penulis tetap memberikan penjelasan mengenai KB, dan Setelah mendapatkan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian KB, ibu tetap memilih untuk tidak menggunakan KB dengan alasan sudah berpisah dengan suami (Hubungan keduanya sudah lama renggang tetapi belum bercerai dan ketika bersalin pun Ny. E tidak ditemani Suami), sehingga penulis tidak bisa memaksa ny E untuk tetap berKB.

B. Keterbatasan Penelitian

Dalam menyusun laporan tugas akhir asuhan komprehensif terhadap Ny. E di temui beberapa hambatan yang menyebabkan hasilnya kurang maksimal. Keterbatasan- keterbatasan tersebut di antaranya :

1. Penyusunannya diantaranya sulitnya mencari referensi dasar teori sebagai penguat dalam penelitian ini.
2. Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PK III dan adanya pandemic covid 19 sehingga menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk konsultasi dengan pembimbing.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. E usia 22 tahun dengan masalah KEK sampai pelayanan kontrasepsi karena dilakukan pemantauan intensif kepada Ny E, 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.

Dengan Tercapainya:

1. Tercapainya asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
2. Tercapainya asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
3. Tercapainya kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
4. Tercapainya asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
5. Tercapainya asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP
6. Tercapainya asuhan kebidanan komprehensif pada keluarga berencana dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP

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 grande multipara, usia resiko tinggi dan KEK 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 pelaksanaan Laporan Tugas Akhir berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeyeh, 2014. *Asuhan Kebidanan I Kehamilan*, Jakarta : CV. Trans Info Media
- Ai Nursiah, dkk, 2014. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*, Bandung : PT. Refika Aditama
- Ambarwati, 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas*, Yogyakarta : Nuha Medika
- Amiruddin, 2017. *Determinan Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta : CV Trans Media
- Arisman, 2010. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- _____, 2012. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Asrinah dkk, 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*, Yogyakarta : Graha Ilmu
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementrian Kesehatan RI, 2018
- BKKBN, 2012. *Pelayanan Kontrasepsi*, Jakarta : BKKBN
- Bobak, dkk, 2010. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4*, Jakarta : EGC
- Cunningham, et, 2014. *Obstetri Wilams*, Jakarta : EGC
- Depkes RI, 2009. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- _____, 2010. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- _____, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- _____, 2013. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- _____, 2015. *Asuhan Persalinan Normal*, Jakarta : USAID
- Dewi Setiawati, dkk, 2012. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*, Jakarta : Salemba Medika
- _____, dkk, 2013. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*, Jakarta : Salemba Medika
- Doenges, 2012. *Asuhan Keperawatan Maternal/Bayi*, Jakarta : EGC
- Dwi Asri, dkk, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*, Yogyakarta : Medical Book

- Eastabrook, 2010. *The Origins and End-organ Consequence Of Pre Eclampsia*, Clinical Obstetrics and Gynaecology.
- Figueras. F & Gardosi. J, 2011. *Intrauterine Growth Restriction New Concepts In Antenatal Surveillance Diagnosis and Management*, YMOB
- Ina Kuswanti, 2014. *Askeb II Persalinan*, Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Jannah, Nurul. 2017. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar'ruz Media.
- JNPK, KR, 2010, *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Departemen Kesehatan Indonesia
- _____, 2010, *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Departemen Kesehatan Indonesia
- Karkata, Kristanto, 2012. *Panduan Penatalaksanaan Kasus Obstetri*, Jakarta : Pelawa Sari
- Kemenkes RI, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta : Kemenkes RI
- _____, 2017. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta : Kemenkes RI
- Kusmiyati, dkk, 2009. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*, Yogyakarta : Salemba Medika
- _____, 2012. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*, Yogyakarta : Salemba Medika
- Lam et al, Cuningham, 2014. *Hypertensive Disorder In Pregnancy*, New York : McGraw Hill Companies
- Ladewig, P. W., London, M.L., Olds. S. B. 2009. *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, 2010. *Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- _____. 2011. *Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- _____. 2012. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC, Penerbit buku kedokteran
- _____. 2013. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC, Penerbit buku kedokteran
- Mufdilah. 2011. *Panduan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Jogjakarta : Nuba Medika
- Muslihatun. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Firatmaya

- Prawiroharjo.2010.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- _____.2011.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- _____.2014.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Sulistiyawati.2012.*Pelayanan keluarga berencana*. Jakarta : Salemba Medica
- Sumarah.2012. *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin*. Yogyakarta : Fitramnya
- Varney,Helen.1997. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.Jakarta : EGC
- _____.2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.Jakarta : EGC
- _____.2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.Jakarta : EGC
- Wasnidar. 2010. *Anemia Pada Ibu Hamil*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wahyuni, S. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro.2010.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prowiroharjo
- _____.2011.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prowiroharjo
- _____.2012.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prowiroharjo
- Widia.2014. *Buku Ajar Persalinan Normal*, dilengkapi dengan soal-soal latihan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Widia.2015. *Buku Ajar Persalinan Normal*, dilengkapi dengan soal-soal latihan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Woods, S. L., Froelicher, E. S., Motzer, S. U., & Bridges, J. E. (2010). *Cardiac Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Yuhedi LT, Kurniawati T. *Buku Ajar Kependudukan dan Pelayanan KB*. Jakarta: EGC;

LAMPIRAN

INFORMASI

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "E" G2P1001

USIA KEHAMILAN 39 MINGGU DENGAN MASALAH KEK DI

PMB/KLINIK/PUSKESMAS KLANDASAN ILIRKOTA

BALIKPAPAN

.....FEBRUARI 2021 S.DJUNI 2021

Yang terhormat, Calon Klien Asuhan Kebidanan Komprehensif Di-
Tempat

Dengan hormat,

Saya yang memberikan informasi:

Nama : Resty Lolo Tangkelangi

NIM :P07224118030

Adalah mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan yang sedang melakukan penyusunan proposal dalam bentuk studi kasus asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu. Tujuan pemberian asuhan komprehensif. Asuhan kebidanan komprehensif dan berkesinambungan adalah memberikan asuhan yang menyeluruh, sesuai dengan keadaan dan kebutuhan ibu, yang dilaksanakan secara berkesinambungan sejak hamil, bersalin, sampai dengan masa nifas.

Mengapa Ibu terpilih? Ibu terpilih sebagai klien dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif karena ibu sedang hamil usia 8 sampai dengan 9 bulan (36 minggu) dan masuk dalam kategori kehamilan normal dan/atau masuk dalam kategori faktor risiko kelompok I (ada potensi gawat darurat obstetrik).

Prosedur:

Jika ibu bersedia menjadi peserta dalam pemberian asuhan ini, maka saya akan melakukan asuhan kebidanan pada ibu selama hamil, menolong ibu selama proses persalinan, dan asuhan kebidanan pada masa nifas termasuk perawatan pada bayi baru lahir. Kegiatan pemberian asuhan diberikan pada saat saya mengunjungi ibu dirumah atau pada saat mengunjungi fasilitas kesehatan dengan didampingi oleh saya.

Risiko dan ketidaknyamanan:

Risiko dan ketidaknyamanan secara fisik adalah menyita waktu ibu selama memberikan asuhan dengan perkiraan waktu 60 – 120 menit (atau sesuai dengan kebutuhan) pada saat 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 082293227014 dengan alamat rumah peru BDL II Blok G No.21 Sepinggian Baru.

**Surat Pernyataan Persetujuan Setelah
Penjelasan Untuk Ikut Serta Dalam Study
Kasus (Informed Consent)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. E

Umur :22 tahun

Alamat : JL.Jendral Sudirman RT 14

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa:

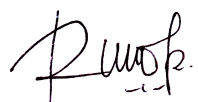
Setelah memperoleh penjelasan dan mendapat kesempatan bertanya, saya sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin timbul dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif, serta sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dan membatalkan dari keikutsertaan, maka saya (**setuju**/ [REDACTED] diikutsertakan dan bersedia berperan serta dalam studi kasus yang berjudul:

“Laporan Tugas Akhir asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.E
G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 33 minggu di Wilayah Kerja Puskesmas
Klandasan Ilir kota Balikpapan 2021”

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

Balikpapan, 07 April
2021

Mengetahui
Penanggungjawab asuhan



(RESTY L.T)

Yang Menyatakan ,
Peserta/Klien studi kasus



(ERSA)

Saksi



(MESY M)

Pemantauan Partograf

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : My E Umur : 22th G. 2 P. 1 A. 0
 No. Puskesmas Tanggal : 26/09/2021 Jam : 07.35 Alamat : Jl. Jendral
 Ketuban pecah Sejak jam 19.40 mules sejak jam 07.35 Suryama

Denyut Jantung Janin (/menit)

| Waktu (jam) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| Denyut Jantung Janin (/menit) | 135 | 140 | 145 | 140 | 135 | 140 | | | | | | | | | | |

Air ketuban Penyusupan

| |
|--|
| |
|--|

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x

Turunnya kepala beri tanda o

Balut labir sekitar sepertiga uterungis
jalan 15-20 kg
BB: 3500gr
PB: 51
PE: 32
GDA: 31/32

| Waktu (jam) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|------------------------|---|-----|---|-----|---|-----|----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| Pembukaan serviks (cm) | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | |
| Turunan kepala (cm) | 4 | 3.5 | 3 | 2.5 | 2 | 1.5 | 1 | | | | | | | | | |

Kontraksi tiap 0 Menit (dok)

| Waktu (jam) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|-----------------|-----|---|-----|---|-----|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| Kontraksi (dok) | 2.5 | 3 | 3.5 | 4 | 4.5 | 5 | | | | | | | | | | |

Oksitosin U/L tetes/menit

| |
|--|
| |
|--|

Obat dan Cairan IV

| |
|--|
| |
|--|

Nadi

| Waktu (jam) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|---------------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| Nadi (/menit) | 85 | 80 | 85 | 80 | 85 | 80 | | | | | | | | | | |

Tekanan darah

| Waktu (jam) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|----------------------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| Tekanan darah (mmHg) | 85 | 80 | 85 | 80 | 85 | 80 | | | | | | | | | | |

Suhu C

| | |
|----|----|
| 36 | 36 |
|----|----|

Urin

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Protein
Aseton
Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 26/09/2021
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

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

KALA II

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

KALA III

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

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

| Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | Tinggi Fundus Uteri | Kontraksi Uterus | Kandung Kemih | Perdarahan |
|--------|-------|---------------|------|---------------------|------------------|---------------|--------------|
| 1 | 15.20 | 100/70 | 86 | 36.8 | 2x b/pst | Keras | keban ± 50cc |
| | 15.35 | 110/70 | 84 | | 2x b/pst | Keras | keban ± 20cc |
| | 15.50 | 110/70 | 84 | | 2x b/pst | Keras | keban ± 10cc |
| 2 | 16.05 | 110/80 | 86 | | 2x b/pst | Keras | - |
| | 17.10 | 110/70 | 86 | 36.5 | 2x b/pst | Keras | keban ± 10cc |

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masese fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
27. Laserasi :
 - Ya, dimana : perineum
 - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3 / 4
 - Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 - Ya, tindakan
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
30. Jumlah perdarahan : ± 350cc ml
31. Masalah lain, sebutkan :
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 3500 gram
35. Panjang : 52 cm
36. Jenis kelamin : L/P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/emas/ tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI :
 - Ya, waktu : segera jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
40. Masalah lain, sebutkan :
- Hasilnya :

ANC Pengganti**DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN
KUNJUNGAN II**

Tanggal Pengkajian : 29 juni 2021
 Waktu Pengkajian : 10.30
 Tempat Pengkajian : Rumah Pasien
 Nama Pengkaji : Resty L Tangkelangi
 Pembimbing : Sekar Handayani M.Keb

LANGKAH I PENGKAJIAN

1. Identitas

| | |
|-------------------|---------------------------|
| Nama klien: Ny. N | Nama suami :Tn.A |
| Umur : 26Tahun | Umur :40 Tahun |
| Suku :Jawa | Suku : jawa |
| Agama | :Islam |
| Pendidikan:SMP | Pendidikan: SMP |
| Pekerjaan:IRT | Pekerjaan: Wirawasta |
| Alamat | :Jl. Gn.IV Rt 44 no.11 |

2. Anamnesa

Tanggal : 29 Juni 2021 Pukul :
 Oleh :Resty Lolo Tangkelangi

- a. Alasan kunjungan saat ini : Ingin memeriksakan Kehamilan
- b. Keluhan : Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan

c. Riwayat obstetric dan ginekologi

1) Riwayat menstruasi

- a) HPHT / TP : 15-10-2021 /24-07-2021
- b) Umur kehamilan: 36-37
- c) Lamanya : 7 hari
- d) Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut
- e) Konsistensi : Cair
- f) Siklus : 28 hari
- g) Menarche : 12 tahun
- h) Teratur / tidak : teratur
- i) Dismenorrhea : tidak ada
- j) Keluhan lain : tidak ada

2) Flour albus: Ibu mengatakan ada sedikit keputihan warna putih bening tidak berbau dan tidak gatal.

3) Tanda – tanda kehamilan

- a) Test kehamilan: dilakukan testpack
- b) Tanggal : oktober 2020
- c) Hasil : (+)
- d) Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu :
20 minggu
- e) Gerakan janin dalam 24 jam terakhir :> 10
- f) Riwayat penyakit/gangguan reproduksi: Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit/gangguan reproduksi.

g) Riwayat kehamilan

G2 P1A0

Ibu mengatakan ini adalah kehamilan ke 2, anak hidup
1, tidak pernah keguguran

h) Riwayat imunisasi

Ibu mengatakan status imunisasi lengkap (T5)

- d. Riwayat kesehatan :Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC, dan penyakit lain yang kronis yang dapat memperberat kehamilan. Tidak ada penyakit menular, dan didalam keluarga juga tidak ada riwayat terpapar covid 19, perjalanan jauh, dll.

Alergi

- 1) Makanan : tidak ada
- 2) Obat – obatan : tidak ada

e. Keluhan selama hamil

- 1) Rasa lelah : di awal kehamilan
- 2) Mual dan muntah : di awal kehamilan
- 3) Tidak nafsu makan : di awal kehamilan
- 4) Sakit kepala/pusing : tidak ada
- 5) Penglihatan kabur : tidak ada
- 6) Nyeri perut : ada
- 7) Nyeri waktu BAK : tidak ada
- 8) Pengeluaran cairan pervaginam : tidak ada
- 9) Perdarahan : tidak ada

10) Haemorrhoid : tidak ada

11) Nyeri pada tungkai : tidak ada

12) Oedema : tidak ada

13) Lain-lain : tidak ada

f. Riwayat persalinan yang lalu

| NO | Kehamilan | | | Persalinan | | | Anak | | | |
|----|----------------------|--------------|-----------------|-------------|--------------|--------------|-------|----|-----|-------------|
| | Thn/ Tgl Lahir | Tmp lahir | Masa gestasi | Peny lit | Peno long | Penyu lit | jenis | bb | pb | Kea daan |
| 1 | 2016 | BPM | 39 | - | Spt | Bdn | - | P | 3,7 | Hdp |
| 2 | Hamil Ini | | | | | | | | | |

g. Riwayat menyusui

Anak I : ASI Lamanya : 26 bulan Alasan :

h. Riwayat KB

1) Pernah ikut KB : Pernah

2) Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan : KB suntik 3
bulan

3) Lama pemakaian : 3 bulan

4) Keluhan selama pemakaian : Tidak ada

5) Tempat pelayanan KB : BPM

6) Alasan ganti metode : -

7) Ikut KB atas motivasi : diri sendiri

i. Kebiasaan sehari – hari

1) Ibu mengatakan tidak pernah merokok baik sebelum/selama hamil

2) Ibu mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan/jamu sebelum/selama hamil

3) Ibu mengatakan tidak pernah mengkonsumsi alcohol

4) Makan / diet

Ibu mengatakan jenis makanan bervariasi yaitu: Nasi, sayur, lauk pauk, buah-buahan, dengan porsi dihabiskan. Sehari 3 kali makan dan tidak ada pantangan.

5) Perubahan makan yang dialami : meningkat

6) Defekasi / miksi

Ibu mengatakan BAB sekali sehari, konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, dan tidak ada keluhan. BAK 7-8 kali sehari, konsistensi cair, warna kuning jernih serta tidak ada keluhan.

7) Pola istirahat dan tidur

Ibu mengatakan tidur siang selama 2 jam dan tidur malam 7 jam

8) Pola aktivitas sehari – hari

a) Di dalam rumah: bersihin rumah, menjaga anak, mencuci pakaian menyapu, dan mencuci piring

b) Di luar rumah : jalan-jalan sekitar rumah

9) Pola seksualitas

- a) Frekuensi : 1 kali dalam seminggu
- b) Keluhan : tidak ada keluhan

j. Riwayat Psikososial

- 1) Pernikahan: Ibu mengatakan ini pernikahan yang pertama status perkawinan sah, lama menikah 6 tahun, dan usia ibu pertama kali menikah 21 tahun
- 2) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : ibu cukup mengetahui perihal kehamilan karna sebelumnya sudah pernah melahirkan
- 3) Respon ibu terhadap kehamilan :sangat senang
- 4) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : Laki-laki
- 5) Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak :sangat senang
- 6) Keperayaan yang berhubungan dengan kehamilan : tidak ada
- 7) Pantangan selama kehamilan : tidak ada
- 8) Persiapan persalinan
Rencana tempat bersalin : BPM Siaga
Persiapan ibu dan bayi : Persiapan pakaian bayi dan Biaya

k. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat Penyakit jantung, Hipertensi, Hepar, DM, Anemia, PSM / HIV / AIDS , Campak,

Malaria, TBC, Gangguan mental , Operasi, Bayi lahir kembar Lain-lain.

1. Pemeriksaan

1) Keadaan umum

Berat badan

Sebelum hamil : 55 kg

Saat hamil : 61 kg

IMT sebelum hamil : $(55 : 1,49 \times 1,49) = 24,77$

(normal)

Tinggi badan : 149

Lila : 27

Kesadaran : Composmentis

Ekspresi wajah : bahagia dan adas kesan kesakitan dimana ibu sesekali mengerutkan wajah

Keadaan emosional: stabil

2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110/70

$(2(70)+110)/3 = (140+110)/3 = 250/3 = 83,33$ mmHg (normal)

Nadi: 80 kali/menit

Suhu : 36 c

Pernapasan : 20 kali/ menit

3) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

1. Kepala: Bersih tidak ada lesi, tidak ada ketombe, kontraksi rambut kuat, warna hitam, lurus, merata & tebal.
2. Mata: Tidak ada kelainan, tidak ada oedema, simetris, tidak tampak anemis, dan tidak ikterik
3. Muka: Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema, tidak pucat, dan simetris.
4. Mulut dan gigi: Gigi geligi lengkap, mukosa mulut lembab, tidak ada cariesdentis, geraham lengkap, lidah bersih dan papila tidak ada lesi
5. Leher: Tidak ada peradangan pada tonsil dan faring, tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid, serta tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.
6. Dada: Bentuk mammae tampak bulat, simetris, tidak ada retraksi, puting susu menonjol, dan areola hiperpigmentasi.
7. Punggung ibu: Bentuk /posisi lordosis
8. Perut: Tidak ada bekas operasi, tidak ada striae, pembesaran sesuai usia kehamilan.
9. Vagina: Tidak ada varises & oedema, ada pengeluaran sedikit keputihan warna putih bening tidak berbau dan tidak gatal
10. Ekstremitas: Tidak ada oedema & varises, turgor kembali dalam 2 detik
11. Kulit Lain – lain : tidak ada

Palpasi

1. Dada

Pada mammae terjadi pembesaran, konsistensi teraba kenyal, tidak keras & tidak ada pengeluaran colostrum.

2. Perut

Leopold I: TFU Pertengahan Pusat-PX (33cm), pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (Bokong)

Leopold II :

Teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kiri, dan teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kanan (puki)

Leopold III :

Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melentig (presentasi kepala)

Leopold IV :

Divergen (bagian terendah janin sudah masuk PAP)

Lain lain : TBJ : $(33-11) \times 155 = 3.400$ gram.

3. Tungkai

a. Oedema

- Tangan Kanan : tidak ada odema Kiri : tidak ada odema

- Kaki Kanan : tidak ada odema
Kiri : tidak ada odema

b. Varices Kanan : tidak ada odema Kiri : tidak ada odema

4. Kulit

a. Turgor : normal kembali kurang dari 2 detik

a. Lain – lain : tidak ada

Auskultasi

1. Paru – paru
 - a. Wheezing : tidak ada
 - b. Ronchi : tidak ada
2. Jantung
 - a. Irama : teratur
 - b. Frekuensi : 80 kali/menit
 - c. Intensitas : kuat
 - d. Lain-lain : tidak ada
3. Perut
 - Bising usus ibu : ada
 - DJJ
 - a. Punctum maksimum : kuadran IV
 - b. Frekuensi : 130 kali/menit
 - c. Irama : teratur
 - d. Intensitas : kuat
 - e. Lain – lain : tidak ada

Perkusi

1. Dada

Suara : tidak dilakukan
2. Perut : tidak dilakukan
3. Ekstremitas

Refleks patella : Kanan : +

Kiri : +
4. Lain – lain : tidak ada

Pemeriksaan Khusus

1. Pemeriksaan dalam: tidak dilakukan pemeriksaan
2. Pelvimetri klinik : tidak dilakukan pemeriksaan
3. Ukuran panggul luar: tidak dilakukan pemeriksaan

Pemeriksaan laboratorium

- a. Darah Tanggal : 15 Juni 2021 Tempat: PKM Margo Mulyo
- Hb : 13,6
 - Golongan darah : B
 - Lain – lain : -
- b. Urine: tidak dilakukan pemeriksaan
- c. Pemeriksaan penunjang : tidak dilakukan pemeriksaan

LANGKAH II INTERPRESTASI DATA DASAR

| Diagnosa | Dasar |
|---|--|
| G2P1001 Usia kehamilan 36 minggu janin tunggal intrauterine presentasi kepala | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan hamil anak kedua dan tidak pernah keguguran - Ibu mengatakan melakukan testpack pada tanggal September 2020 hasilnya (+) - HPHT 15-07-2021, HPL 24-7-2021 - Ibu mengatakan tidak ada keluhan <p>O:</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>1. Ku: Baik, kes: CM</p> <p>2. BB sebelum hamil 55 kg BB setelah hamil: 61 kg Penurunan : - IMT sebelum hamil : 55: $1,49 \times 1,49 = 20,77$ (Normal)</p> <p>3. TD: 110/70 mmHg MAP: $(2(70)+110)/3 =$ $(140+110)=250/3 = 83,33$ mmHg (normal)</p> <p>N: 80 kali/menit R: 20 kali/menit S: 36 c DJJ: 130 kali/ menit TBJ : $(33-13) \times 155 = 3.410$ gram.</p> <p>4. Dada: pada mamae terjadi pebesaran, konsistensi teraba kenyal, tidak keras dan tidak ada pengeluaran kolostrum Palpasi Leopold: L1: TFU Pertengahan Pusat-PX (33cm) pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>melenting(bokong)</p> <p>LII: teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kiri, dan teraba bagian kecil janin di sebelah kanan (PUKI)</p> <p>LIII: Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (presentasi kepala)</p> <p>LIV: Divergen (Bagian terendah janin sudah masuk PAP)</p> <p>TBJ: 2.790</p> |
|--|---|

LANGKAH III MENGIDENTIFIKASI DIAGNOSA ATAU MASALAH POTENSIAL

1. Masalah : tidak ada
2. Masalah Potensial: tidak ada

LANGKAH IV MENETAPKAN KEBUTUHAN TERHADAP TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V MENYUSUN RENCANA ASUHAN YANG MENYELURUH

1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan
2. KIE Tentang:

- a. Tanda bahaya kehamilan
- b. Pola Nutrisi
- c. Persiapan persalinan
- d. Menganjurkan ibu rutin mengkonsumsi tablet Fe
- e. Menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan kehamilannya

LANGKAH VI PELAKSANAAN LANGSUNG ASUHAN / IMPLEMENTASI

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu:

Ku: Baik, kes: CM

BB sebelum hamil 55 kg

BB setelah hamil: 61

Penurunan : -

TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36 c, DJJ: 130 kali/ menit

- Dada: pada mammae terjadi pembesaran , konsistensi teraba kenyal, tidak keras dan tidak ada pengeluaran kolostrum

- Palpasi Leopold:

L1: TFU Pertengahan Pusat-PX (30cm) pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong)

LII: Teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kanan,dan teraba bagian-bagian kecil janin disebelah kiri (PUKA)

LIII: Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (Presentasi Kepala)

LIV: Divergen (Bagian terendah janin sudah masuk PAP)

TBJ: 3.410 kg

2. KIE tentang:

a. Tanda bahaya kehamilan

Memberikan ibu KIE tentang bahaya kehamilan yaitu sakit kepala yang berlebihan, gangguan penglihatan, mual muntah berlebihan, odema pada wajah, nyeri epigastrium, pergerakan janin tidak seperti biasanya, perdarahan hebat. Ibu dianjurkan untuk segera ke klinik atau faskes terdekat apabila menemukan salah satunya bahaya tersebut.

b. Pola Nutrisi

Beritahu ibu bahwa dalam masa kehamilan ibu memerlukan tambahan gizi yang banyak serta lebih besar menjelang kelahiran dan menyusui. Anjurkan konsumsi buah-buahan, karbohidrat, yang banyak ditambah susu hamil serta tetapkan pola makan sedikit tetapi sering.

c. 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, rencanakanikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin. Tanyakan ke petugas kesehatan tentang cara ber-KB.

3. Mengajarkan ibu rutin mengkonsumsi tablet fe: untuk menambah asupan nutrisi pada janin, mencegah anemia, mencegah pendarahan pada saat persalinan.
5. Mengajarkan ibu untuk rutin memeriksakan kehamilannya untuk memastikan kehamilan sehat , dan persalinan yang aman baik untuk ibu maupun bayi.
6. menganjurkan ibu untuk Melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal : Pukul :

1. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan
2. Ibu mengerti dan memahami tentang tanda bahaya kehamilan
3. Ibu mengerti dan memahami tentang pola nutrisi ibu hamil
4. Ibu bersedia rutin mengkonsumsi tablet fe
5. Ibu bersedia memeriksakan kehamilannya dengan rutin
6. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan

DOKUMENTASI KEBIDANAN

S:

- Ibu mengatakan hamil anak kedua dan tidak pernah keguguran
- Ibu mengatakan melakukan testpack pada tanggal September 2020 hasilnya (+)
- HPHT 15-10-2020, HPL: 24-07-2021
- Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O:

- Ku: Baik, kes: CM
- BB sebelum hamil 55 kg
- BB setelah hamil: 61 kg
- Penurunan : -
- TTV:
 - TD: 110/70 mmHg
 - N: 80 kali/menit
 - R: 20 kali/menit
 - S: 36 c
 - DJJ: 130 kali/ menit
- Dada: pada mammae terjadi pembesaran , konsistensi teraba kenyal, tidak keras dan tidak ada pengeluaran kolostrum
- Palpasi Leopold:
 - L1: TFU Pertengahan Pusat-PX (33cm) pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong)
 - LII: Teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kiri,dan teraba bagian-bagian kecil janin disebelah kanan (PUKI)
 - LIII: Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (Presentasi Kepala)
 - LIV: Konvergen (Bagian terendah janin Belum masuk PAP)
 - TBJ: 3.410 kg

A:

G2P1001 Usia kehamilan 36-37 minggu janin tunggal intrauterine presentasi kepala

Masalah: tidak ada

Masalah Potensial: tidak ada

Antisipasi : tidak ada

P:

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu: Ku: Baik, kes: CM, TD: 110/70 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36 c, DJJ: 130 kali/ menit, BB: 52, LILA: 27 cm dalam keadaan normal
2. Memberikan ibu KIE tentang tanda bahaya kehamilan
Hasil: ibu mengerti dan memahami tanda bahaya kehamilan
3. Memberikan ibu KIE tentang pola nutrisi
Hasil: ibu mengerti dan memahami tentang pola utrisi ibu hamil
4. Memberikan ibu KIE tentang persiapan persalinan
Hasil: ibu mengerti dan memahami tentang persiapan persalinan
5. Menganjurkan ibu rutin mengkonsumsi fe
Hasil: ibu bersedia mengkonsumsi fe dengan rutin
6. Menganjurkan ibu memeriksakan kehamilannya secara rutin
Hasil: ibu beredia rutin memeriksakan kehamilannya
7. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan
Hasil: ibu bersedia melakkan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ada keluhan

DOKUMENTASI INC

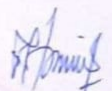
KUNJUNGAN INC



DOKUMENTASI LEMBAR KONSUL

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Resty Lolu Tangkelangi
 N I M : P07224118030
 JUDUL :

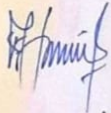
| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan Pembimbing |
|-----|------------------|--------------------------------|--|--|
| 1 | 19 Juli 2021 | BAB IV | 0. Tambahkan BB sebelum hamil Hitung lut ibu 2). tambahin Ean Referensi KIE tanda? Peralihan Nyeri Pengantar I Cara Mengatasi Nyeri 3). perbaiki kalimat pada data 0 Kain I 4). lengkapi Lempis pada Kain I 5). Menaruh lempid itu tidak mengemban dia 6). tidak perlu menyedot data dasar pada data A 7). perbaiki kembali jam pada data observasi 8). jika tidak ada tidak perlu ditulis napas saja. B). Dilas lagi dan diperbaiki data P pada Karyanya Kf III 9). Lengkapi Pempis Kf II 10). Pasang pengaman diluar dilampiran tersendiri dan masuk dalam lampiran | Pembimbing I  SEKAR Handayani M. Kela |

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA :

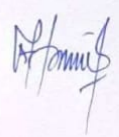
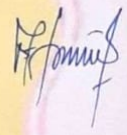
N I M :

JUDUL :

| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan Pembimbing |
|-----|------------------|--------------------------------|---|---|
| 2. | 18 Juli 2021 | LTA | 1. NIP Ibu Sekar Kelebihan 2). terdapat Kesalahan pada Nip Ibu Indah 3). Penulisan Proposal dengan LTA 4). Cet Kembali ke Direktur. 5). Periksa penulisan tabel yg benar 6). Referensi KIE tanda Bhy Kehamilan 7). Referensi KIE 8). tambahkan Lila 9). pada data A tidak perlu menaruh tanda dasar. 10). jika pada tabel di BAB (V) maka penulisan dimulai dari 4.1. 11). Baca kembali teori posisi pasien 12). judul tabel diperbaiki dan cet kembali. 13). tidak dicantumkan Rencana Kerja, Laporan. 14). hapus data dasar 15). JK bayi perempuan atau laki-laki 16). KIE harus memiliki Referensi 17). teknik copy paste apakah benar diupload di KIE II 18). tidak perlu diupload jika tidak ada referensi 19). Di mana letak sejak kapan pisah? | Rembimbing  Sekatkar Handayani: M. Irena |

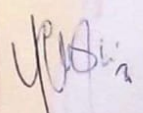
LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Resty Lolo Tangkelangi
 NIM : 107224118030
 JUDUL :

| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | TandaTangan Pembimbing |
|-----|------------------|--------------------------------|---|---|
| 3. | 18 Juli 2021 | LTA | <ul style="list-style-type: none"> - hal pengetahuan - kefu jurusan - kebidanan - balokapan dihapus - gelar Direktur - ditambahkan - dr. - yang lain - dileng kapi |  |
| 4. | 21 Juli 2021 | LTA | ACC |  |

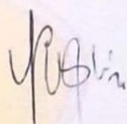
LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Resty Lolo Tangkelangi
 NIM : P07224118030
 JUDUL :

| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan Pembimbing |
|-----|------------------|--------------------------------|---|--|
| 1. | 5 Juli 2021 | BAB IV, BAB V dan BAB VI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosa Kala II Hanya G2P1001 Parturient. 2. Buat tabel observasi sendiri 3. Lampirkan Rontograf 4. Lampirkan tabel observasi kala IV 5. Identitas BBL tidak termasuk data S 6. Masukkan hasil pemeriksaan ISBL 7. Diagnosa pd BBL bukan Ohain tapi beberapa jam keadl sudah lewat 24 jam 8. Jelaskan Planning Personal Hygiene sesuai Febr 9. Lengkapi etimologi Kematian kedua. 10. Jelaskan omentum sesuai Nifas sesuai Febr Bab 2 11. Diagnosa BTU diganti PAPAH 12. Diagnosa flemit hani pertama diganti JAM 13. Sehar penatapan SWAP Negatif data S ditambahkan 4. 16 dai: Kesimpulan Bab G adalah sama dengan 15 dai tujutan di Bab I Hanya saja kata depahny diganti "tercapainya" | <p>PEMBIMBING II</p>  <p>Nuur Wahidah Str. Kel.</p> |

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Resty Lolo Tangkelangi
 N I M : P07224118030
 JUDUL :

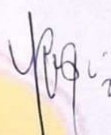
| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan Pembimbing |
|-----|------------------|--------------------------------|---|---|
| 2. | 12 Juli 2011 | BAB IV | <ol style="list-style-type: none"> 1). Keluhan sudah berapa lama? 2). Pada Leopold I Buktikan Kepala. Melenteng. 3). Langkapi ekstermitas 4). Dasar Masalah KEE 5). Penanganan masalah potensial 6). pada kala I data A : lengkapi diagnosa/masalah potensial. 7). perbaiki kalimat pada tabel IHC Kala II 8). Lengkapi hasil dan interpretasikan Mekanik Nafas paru-paru 9). Munculkan indikasi seperti apa yg dibuktikan 10). Lengkapi Apo Venocava. 11). Data S pada Bel/Neonatus ditunjukkan 12). pola Kesehatan. Pilei ditunjukkan ke data 0 13). Perbaiki Penulisan Diagnosa BBL. 14). Usaha yg dibuktikan untuk menganalisa hasil. 15). pada tabel PNC Keluarga I Reangkan hasil pemeriksaan 16). pada aspiros. waga. mptak. trochapat. keson. sakit/kelate 17). Lengkapi tanggal & tempat pengambilan Hb | <p align="center">Pembimbing II</p>  <p align="center">Nuur Wahidah Str. Keb.</p> |

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Resty Lolo Tangkelangi

NIM : 107224118030

JUDUL :

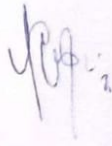
| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | TandaTangan Pembimbing |
|-----|------------------|--------------------------------|--|---|
| 3. | 19 Juni 2021 | BAB IV LTA | <p>hasil pengkajian umum digambarkan dalam satu paragraf - hasil pengkajian digambarkan dengan paragraf diatas</p> <p>Berapakah kerdor keimanan? - tentukan hasil pikiran MEB - hasil pengkajian selintas dipisahkan hasil kerdor dorenda berapa menit! - kerdor bukan masalah dari dardar - hasil mengapa kehaugatan bagi</p> <p>Nama Kerdor tadi dikata tenggalkan - kerdor BAB - tidak perlu dibalok - lampirkan informasi keserta rtd pasien - kerdor halqum - kerdor di posisi - kerdor - langsung ke tujuan kerdor</p> |  |

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Rasty Lolo Tangkelangi

N I M : 107224118030

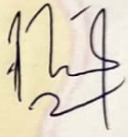
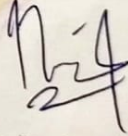
JUDUL :

| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | TandaTangan Pembimbing |
|-----|------------------|--------------------------------|---|--|
| 4. | 23 July 2021 | LTA | Perbaiki letak nomor halaman disesuaikan setiap per sub judul di letak Ekor, nomor halaman di bagian paling bawah sekitar tengah. ACC |  |

LEMBAR KONSULTASI PASCA SEMHAS

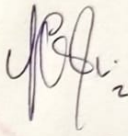
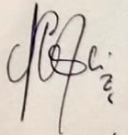
LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Resty Lolo Tangkelangi
 N I M : P07224118030
 JUDUL : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny-E G2P.001
 uk 33 minggu dgn masalah kek

| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan Pembimbing |
|-----|---------------------|--------------------------------|--|--|
| | Jumat 27/08/2021 | LTA | 1. Periksa Spas: Penulisan. 2. Perbaiki font Penulisan 3. pada pembahasan Peralihan d disesuaikan dengan yang didapat 4. Disesuaikan dengan teori yang ada. 5. kurang komunikasi dimasukkan dalam keterbatasan penelitian. |  Novi Basirani SST, M.Pd |
| | Senin 29/09/2021 | LTA | ACC |  Novi Basirani SST, M.Pd |

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Resty Lolo Tangkelangi
 N I M : P07224118030
 JUDUL : Asuhan kebidanan komprehensif pada ny. E G2P1001
 uk 33 minggu dengan masalah FEF

| No. | Hari/ Tanggal | Materi Yang Dikonsultasikan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan Pembimbing |
|-----|---------------------|--------------------------------|---|--|
| | Jumat 27/08/2021 | LTA | <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa penomoran halaman. 2. Informasi dimasukkan di lampiran. 3. Paragraf baru di tab. 4. Tambahkan no hal di daftar lampiran. 5. Rapikan tabelnya. 6. Jarak spasi 20 7. Perbaiki penulisan yang salah. 8. Diperhatikan nama yang perlu ditebalkan di Bold. 9. Tabel tidak boleh terputus, buat di halaman baru. 10. Periksa kembali jenis font. 11. Ubah dari remove ke add. 12. jenis font Times New Roman 13. Perbaiki size font 14. Perhatikan kalimat yang penulisannya miring 15. Penulisan sumber di kiri bawah. 16. Perbaiki ukuran tab 17. Perbaiki posisi penomoran. 18. enter 2 kali |  Nuur Wahidah, ST, Keb |
| | Rabu 29/09/2021 | LTA | ACC |  Nuur Wahidah, ST, Keb |