

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA NY."H" DENGAN ANEMIA
SEDANG DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GUNUNG
SAMARINDA KOTA BALIKPAPAN

01 MARET - 10 JUNI 2017



Oleh :

ANDI WAHYUNI

NIM : PO 7224114002

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

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI DIII KEBIDANAN BALIKPAPAN
2017

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul :Asuhan Kebidanan Komprehensif pada “Ny.H” Dengan
Masalah Anemia Sedang Di Wilayah Kerja Puskesmas
Gunung Samarinda Kota Balikpapan
Nama Mahasiswa : Andi Wahyuni
NIM : PO 7224114002

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Poltekkes Kemenkes Kaltim
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

Balikpapan,16 Juni 2017

MENYETUJUI

Pembimbing I

Sonya Yulia Sahetapy,S.Pd.,M.Kes

NIP.195507131974022001

Pembimbing II

Susarmi, S.ST

NIP. 197112171992032003

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.”H”

DENGAN MASALAH ANEMIA SEDANG DI WILAYAH

KERJA PUSKESMAS GUNUNG SAMARINDA

KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2017

ANDI WAHYUNI

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan

Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur

Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Pada Tanggal 16 Juni 2017

Penguji Utama

Ernani Setyawati, M.Keb
NIP. 198013052002322001

(.....)

Penguji I

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

(.....)

Penguji II

Susarmi, S,ST
NIP. 197112171992032003

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan

Ketua Prodi D-III Kebidanan

Balikpapan

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

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Andi Wahyuni

NIM : PO 7224114002

Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 06 Juni 1996

Agama : Islam

Alamat : Perum. BDS 2 Blok J No.12 RT. 25 Kelurahan
Sungai Nangka Balikpapan Selatan

Riwayat Pendidikan :

- TK 10 November Balikpapan, Lulus Tahun 2002
- SD Negeri 016 Balikpapan, Lulus Tahun 2008
- MTs Negeri 1 Balikpapan, Lulus Tahun 2011
- SMA Negeri 5 Balikpapan , Lulus Tahun 2014
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi
DIII Kebidanan Balikpapan Tahun 2014 -
Sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karuniaNya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada “Ny.H” Dengan Masalah Anemia Sedang Di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan.

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Tahun Akademik 2017.

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

1. Drs. H. Lamri, M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan dan selaku dosen pembimbing I serta penguji I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir.
3. Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes, selaku Ketua Prodi Kebidanan Balikpapan.
4. Susarmi, S.ST selaku dosen pembimbing II dan penguji II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir.
5. Ernani Setyawati, M.Keb selaku penguji utama yang telah memberikan masukan saran untuk menyempurnakan Proposal Laporan Tugas Akhir.

6. Para Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.
7. Orang tua, adik serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
8. Ny. H dan keluarga yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi klien saya untuk menyelesaikan LTA ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.
9. Rekan-rekan Mahasiswi Kebidanan yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
10. 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 Allah SWT memberikan balasan atas segala amal yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Balikpapan, Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB I (PENDAHULUAN)	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	9
F. Sistematika Penulisan.....	10

BAB II (TINJAUAN PUSTAKA)

A. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan.....	12
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif	
1. Asuhan Kebidanan Komprehensif.....	15
2. Kehamilan.....	16
3. Persalinan.....	38
4. BBL.....	63
5. Nifas.....	75
6. Neonatus.....	90
7. Metode Kontrasepsi.....	95

BAB III (METODELOGI PENELITIAN)

A. Rancangan Pelaksanaan Studi Kasus.....	100
B. Kerangka Kerja Penelitian.....	100
C. Subyek Studi Kasus.....	102
D. Pengumpulan dan Analisis Data.....	103

BAB IV (TINJAUAN KASUS)

A. Pengkajian.....	109
B. Interpretasi Data Dasar.....	126
C. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial.....	128
D. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera.....	129
E. Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh.....	129
F. Implementasi.....	129
G. Evaluasi.....	131

H. Dokumentasi SOAP ANC.....	132
I. Dokumentasi SOAP INC.....	141
J. Dokumentasi SOAP BBL.....	156
K. Dokumentasi SOAP PNC.....	161
L. Dokumentasi SOAP Neonatus.....	169
M. Dokumentasi SOAP KB.....	176

BAB V (PEMBAHASAN)

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan	
1. Kehamilan	178
2. Persalinanan.....	183
3. BBL.....	189
4. Nifas.....	191
5. Neonatus.....	193
6. KB.....	195
B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan.....	195

BAB VI (PENUTUP)

A. Kesimpulan.....	197
B. Saran	199

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester 3.....	19
Tabel 2.2 Indikator TFU dengan Usia Kehamilan.....	22
Tabel 2.3 Jadwal Pemberian Imunisasi TT.....	23
Tabel 2.4 Pertambahan Berat Badan Janin Sesuai Dengan Umur Kehamilan.....	29
Tabel 2.5 Peningkatan berat badan selama kehamilan.....	30
Tabel 2.6 Menu makanan untuk ibu hamil.....	34
Tabel 2.7 Skor Poedji Rochjati.....	37
Tabel 2.8 Apgar Skor.....	68
Tabel 2.9 Involusi Uterus Mengenai tinggi fundus uterus.....	82
Tabel 2.10 Kunjungan Nifas.....	83
Tabel 2.11 Kunjungan Neonatus.....	92

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Kerja Penelitian.....	101
------------------------------------------	-----

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Informasi Kepada Subjek Penelitian.....	1
Surat Persetujuan Setelah Penjelasan.....	2
Lembar Konsultasi.....	3
SAP dan Leaflet.....	4

DAFTAR SINGKATAN

A

AKI : Angka Kematian Ibu

AKB : Angka Kematian Bayi

AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

ANC : Antenatal Care

AS : Apgar Score

ASI : Air Susu Ibu

B

BAK : Buang Air Kecil

BAB : Buang Air Besar

BB : Berat Badan

BBLR : Berat Badan Lahir Rendah

D

DJJ : Denyut Jantung Janin

DKK : Dinas Kesehatan Kota

H

HB : Hemoglobin

I

INC : Intranatal Care

IMD : Inisiasi Menyusui Dini

IMT : Indeks Masa Tubuh

IM : Intra Muscular

K

KB : Keluarga Berencana

KBA : Keluarga Berencana Alamiah

KIA : Kesehatan Ibu dan Anak

KPD : Ketuban Pecah Dini

KU : Keadaan Umum

L

LD : Lingkar Dada

LK : Lingkar Kepala

LILA : Lingkar Lengan Atas

P

PAP : Pintu Atas Panggul

PB : Panjang Badan

PNC : Post Natal Care

PP : Post Partum

T

TB : Tinggi Badan

TBC : Tuberculosis

TBJ : Tafsiran Berat Janin

TFU : Tinggi Fundus Uteri

TM : Trimester

TP : Tafsiran Persalinan

TT : Tetanus Toxoid

TTV : Tanda-tanda Vital

U

USG : Ultra Sono Grafi

UUK : Ubun-ubub Kecil

W

WHO : World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Undang-undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, dimana yang dimaksud dengan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomis.

Derajat kesehatan yang optimal akan dilihat dari unsur kualitas hidup serta unsur-unsur mortalitas dan yang mempengaruhinya seperti morbiditas dan status gizi. Kualitas hidup yang digunakan sebagai indikator adalah angka kelahiran hidup, sedangkan untuk mortalitas adalah angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu per 100.000 kelahiran (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2015).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 didapatkan data Angka Kematian Ibu (AKI) meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007) menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu, AKI di Indonesia Tahun 2013 dan Tahun 2014 sebanyak 190 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014). Penyebab kematian ibu di Indonesia Tahun 2012 adalah 30,1% perdarahan, 26,9% hipertensi dalam kehamilan, 5,6% infeksi, 1,8% partus lama dan 1,6% abortus. Sedangkan pada tahun 2013 penyebab kematian ibu di Indonesia adalah 30,3% perdarahan, 27,1% hipertensi dalam kehamilan dan 7,3% infeksi (Depkes, 2014).

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup (SDKI,2012). Pada tahun 2013 AKB di Indonesia mencapai 25 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2014). Pada tahun 2015 AKB di Indonesia menurun menjadi 14 per 1.000 kelahiran hidup (Depkes,2014). Penyebab kematian bayi di Indonesia pada Tahun 2007 adalah 37% gangguan pernafasan, 34% prematuritas, 12% sepsis, 7% hipotermi, 6% kelainan darah/ikterus, 3% post matur, 1% kelainan kongenital(Riskesdas,2007). Sementara target yang harus dicapai sesuai kesepakatan MDGs pada tahun 2015 yaitu, AKI adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup, dan AKB adalah 23 per 1.000 kelahiran (Depkes,2012).

Data Angka Kematian Ibu (AKI) di Kalimantan Timur Tahun 2013 mencapai 113 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2014 AKI menjadi 104 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2015 AKI di Kalimantan Timur menurun menjadi 100 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2015).

Pada tahun 2013 AKB di Kalimantan Timur mencapai 414 kematian per 1000 kelahiran hidup, Tahun 2014 AKB di Kalimantan Timur itu menurun menjadi 329 kematian per 1.000 kelahiran hidup, Tahun 2015 AKB di Kalimantan Timur meningkat menjadi 762 kematian per 1.000 kelahiran hidup(Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2015).

Di Kota Balikpapan Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 2013 mencapai 79 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Pada Tahun 2014 AKI di Balikpapan menjadi 124 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Sedangkan pada tahun 2015 AKI di Balikpapan menurun menjadi 72 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan DKK Balikpapan, 2015).

Tahun 2013 Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Balikpapan mencapai 11 kematian per 1000 kelahiran hidup, Tahun 2014 AKB di Kota Balikpapan sebanyak 11 kematian per 1.000 kelahiran hidup, Tahun 2015 AKB di Kota Balikpapan menjadi 6 kematian per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan DKK Balikpapan, 2015).

Pada Tahun 2016 Angka Kematian Ibu (AKI) di Puskesmas Gunung Samarinda sebanyak 1 orang sedangkan pada tahun 2017 sampai bulan Februari tidak ada terdapat kematian ibu (Data Puskesmas Gunung Samarinda, 2017). Pada Tahun 2016 penyebab kematian ibu di Puskesmas Gunung Samarinda ialah Hemorogik Post Partum (HPP) dengan 1 kasus kematian ibu (Data Puskesmas Gunung Samarinda, 2017).

Pada Tahun 2016 Angka Kematian Bayi di Puskesmas Gunung Samarinda sebanyak 2 orang dan pada Tahun 2017 sampai dengan bulan Februari terdapat 1 orang kematian bayi (Data Puskesmas Gunung Samarinda, 2017). Pada tahun 2016 penyebab kematian bayi di Puskesmas Gunung Samarinda ialah 1 kasus dengan asfiksia dan 1 kasus dengan febris konvulsi (kejang demam), sedangkan di Tahun 2017 sampai dengan bulan Februari terdapat 1 kasus kematian bayi dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) (Data Puskesmas Gunung Samarinda, 2017).

Tahun 2016 jumlah ibu hamil di Puskesmas Gunung Samarinda sebanyak 647 orang dan kasus anemia pada ibu hamil sebanyak 11 orang.

Sedangkan di tahun 2017 sampai dengan bulan Februari jumlah ibu hamil di Puskesmas Gunung Samarinda sebanyak 98 orang dan terdapat 10 orang dengan kasus anemia pada ibu hamil (Data Puskesmas Gunung Samarinda,2017).

Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko perlu lebih ditingkatkan terutama di fasilitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Dengan cara pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan anak minimal empat kali pemeriksaan selama kehamilan (Hanafiah, 2006).

Dengan memberikan asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Selain itu, untuk membantu menurunkan AKI dan AKB bisa juga dengan menerapkan metode Continuity of care yang dalam bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai perawatan yang berkesinambungan. Bidan diakui sebagai seorang profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja dalam kemitraan dengan wanita selama kehamilan, persalinan dan periode postpartum dan untuk melakukan kelahiran merupakan tanggung jawab bidan dan untuk memberikan perawatan pada bayi baru lahir (Definisi ICM, 2005).

Selain itu, untuk menurunkan AKI dan AKB pemerintah Kota Balikpapan telah membuat suatu program yaitu diterbitkannya Perda KIBLA No. 9 tahun 2015, penguatan penggunaan Buku KIA, menjalankan kegiatan Audit

Maternal Perinatal, meningkatkan program kemitraan dengan Organisasi Profesi, Akademisi Kebidanan, PKK, swasta dan Lintas Sektor terkait, membuka HOTLINE 08115306555 dan juga melakukan akselerasi kegiatan promosi preventif kesehatan melalui program kunjungan rumah ibu hamil, ibu nifas, dan bantuan biaya Operasional Kesehatan (BOK) dari Kemenkes RI (**Profil Kesehatan DKK Balikpapan, 2015**).

Anemia atau lebih sering disebut kurang darah di mana kadar sel darah merah berada di bawah nilai normal. Penyebabnya bisa karena kurangnya zat gizi untuk pembentukan darah misalnya zat besi, asam folat dan vitamin B12, tetapi yang paling sering terjadi adalah anemia karena kekurangan zat besi (Rukiyah, 2010). Hal ini akan menimbulkan gangguan pertumbuhan hasil konsepsi, sering terjadi immaturitas, prematuritas, cacat bawaan atau janin lahir dengan berat badan yang rendah (Depkes RI, 2008).

Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman *dekompensasi kordis* dan ketuban pecah dini. Pada saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta dan perdarahan post partum karena *atonía uteri* (Manuaba, 2007).

Penulis melakukan pengkajian awal pada Ny.H tanggal 9 Maret 2017 ditemukan, ibu hamil usia 29 tahun G2P1001 usia kehamilan 33 minggu 1 hari dan pada saat pemeriksaan fisik ditemukan adanya gangguan mengenai Hb Ny.H yaitu 8,5 gr/dl. Hal tersebut tidak sesuai dengan batas normal kadar Hb pada ibu hamil yaitu > 11 gr%. Selain itu kenaikan berat badan pada Ny.H pada saat

kehamilan yaitu 18 kg yang dimana hal ini tidak sesuai dengan penambahan berat badan berdasarkan Indeks Masa Tubuhnya (IMT) yang seharusnya penambahan berat badan 11,3-15,9 kg (Sukarni, 2013).

Berdasarkan uraian masalah pada klien diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. H selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.H G2P1001 dengan Masalah Anemia Sedang Di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan Tahun 2017”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian) pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan pada Ny. H G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu 1 hari?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu memberikan asuhan kebidanan komprehensif baik pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi pada Ny. H G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu 1 hari di wilayah kerja

Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan dari tanggal 1 Maret – 10 Juni Tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kehamilan didokumentasikan dalam bentuk SOAP pada klien Ny. H G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu 1 hari di wilayah kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan dari tanggal 1 Maret – 10 Juni Tahun 2017.
- b. Mampu melakukan asuhan persalinan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. H G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu 1 hari di wilayah kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan dari tanggal 1 Maret – 10 Juni Tahun 2017.
- c. Mampu melakukan asuhan Bayi Baru Lahir (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. H G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu 1 hari di wilayah kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan dari tanggal 1 Maret – 10 Juni Tahun 2017.
- d. Mampu melakukan asuhan Nifas (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. H G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu 1 hari di wilayah kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan dari tanggal 1 Maret – 10 Juni Tahun 2017
- e. Mampu melakukan asuhan Neonatus (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan

pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. H G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu 1 hari di wilayah kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan dari tanggal 1 Maret – 10 Juni Tahun 2017.

- f. Mampu melakukan asuhan Pelayanan Kontrasepsi (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. H G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu 1 hari di wilayah kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan dari tanggal 1 Maret – 10 Juni Tahun 2017.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian yang telah dilakukan selama masa kehamilan yaitu pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi, dan pendokumentasian SOAP dapat dijadikan dasar untuk mengembangkan ilmu kebidanan serta asuhan secara komprehensif selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan

Membantu menjalankan program pemerintah untuk menurunkan aki dan akb di Balikpapan.

b. Bagi Puskesmas Gunung Samarinda

Membantu memberikan asuhan kebidanan komprehensif untuk mengurangi resiko yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, neonatus, nifas, dan KB.

c. Bagi institusi

Memberikan pendidikan dan pengalaman bagi mahasiswanya dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari masa kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi, dan pendokumentasian SOAP) sehingga dapat menumbuhkan dan menciptakan bidan terampil, profesional dan mandiri.

d. Bagi klien

Klien mendapatkan pelayanan secara komprehensif sesuai standar pelayanan kebidanan.

e. Bagi penulis

Memberikan pengalaman bagi penulis untuk dapat melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari masa kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi, dan pendokumentasian SOAP) sehingga dapat menumbuhkan dan menciptakan bidan terampil, profesional dan mandiri.

f. Bagi penulis selanjutnya

Memberikan semangat untuk terus menggali ilmu kebidanan untuk menyelesaikan kasus-kasus yang dialami oleh wanita.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun berdasarkan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan metode *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny."H" G2P1001

dengan Masalah Anemia Ringan Di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Samarinda Kota Balikpapan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan program KB pada periode 1 Maret - 10 Juni 2017.

F. Sistematika Penulisan

Dalam karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode narasi yang disertai dengan analisis data dan permasalahan yang timbul selama pelaksanaan asuhan kebidanan. Adapun metode pengumpulan data yang dipergunakan adalah:

1. Studi Kepustakaan

Dipergunakan untuk memperoleh data dasar ilmiah dari berbagai sumber berupa buku, tulisan ilmiah, bahan kuliah, internet, dan lain-lain yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah ini yaitu mengenai ilmu kebidanan diantaranya asuhan kehamilan, bersalin, perawatan nifas dan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana. Sumber-sumber tersebut dapat dijadikan penulis sebagai penunjang penulisan karya tulis ini.

2. Studi Kasus

Merupakan usaha pengamatan dan praktek langsung dengan klien melalui tahap-tahap proses asuhan kebidanan. Hal ini dapat dilakukan melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik.

3. Studi Dokumentasi

Sistematika pada penulisan proposal ini terbagi menjadi tiga bagian yaitu bagian awal bagian inti dan bagian akhir. Pada awal terdapat sampul, halaman judul, halaman persetujuan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel,

daftar bagan, dan daftar lampiran. Sampul memuat judul proposal, lambing Poltekkes Kemenkes Kaltim, nama, Nomor Induk Mahasiswa (NIM), institusi yang di tuju dan waktu pengajuan proposal.

Pada bagian inti memuat bab I, bab II, bab III, bab IV. Pada bab I dijelaskan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan yang terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, manfaat yang terdiri dari manfaat teoritis dan manfaat praktis, ruang lingkup dan sistematika penulisan. Pada bab II dijelaskan tentang konsep dasar teori dan konsep dasar manajemen asuhan kebidanan. Pada bab III dijelaskan tentang jenis karangan ilmiah, lokasi dan waktu penelitian, subyek kasus penelitian, teknik pengumpulan dan analisis data, instrument, kerangka kerja dan etika. Pada bab IV dijelaskan tentang tinjauan kasus dan hasil dari pengkajian awal.

Pada bagian akhir memuat daftar pustaka dan lembar lampiran. Daftar pustaka merupakan sumber informasi yang ada di dalam penulisan Proposal Laporan Tugas Akhir, referensi yang digunakan adalah referensi dengan tahun penerbitan atau yang dipublikasikan dalam 10 tahun terakhir minimal 10 pustaka dan menyertakan jurnal ilmiah minimal 3 referensi dengan tahun publikasi 5 tahun terakhir.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Manajemen kebidanan secara umum

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (IBI, 2007). 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 Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, yang dimulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah kedalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

2. Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney

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.

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. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan

dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV : Penetapan 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 : Penyusunan 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.

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 diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.
- A :menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis/masalah potensial, dan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi dan/atau rujukan sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney.
- P : menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan *assessment* sebagai langkah V, VI, dan VII Varney.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

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

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 Helen, Kriebs Jan M, 2007).

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan Trimester pertama atau kehamilan 3 bulan ketiga adalah kehamilan yang dimulai dari minggu ke 29 sampai minggu ke 40 dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

b. Pertumbuhan dan perkembangan janin serta perubahan-perubahan maternal (PUSDIKNAKES-WHO-JHPIEGO,2003).

1) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Perkembangan Janin → Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir. Bayi sudah tumbuh 38-43 cm. Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor.

Perubahan-perubahan Maternal → Fundus mencapai prosessus xiphoid, payudara penuh dan nyeri tekan. Sering kencing mungkin kembali terjadi. Kaki bengkak dan sulit tidur mungkin terjadi. Mungkin juga mengalami dyspnea.

2) Minggu ke-36 / bulan ke-9

Perkembangan Janin → Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak/berputar banyak. Antibody ibu ditransfer ke bayi. Hal ini akan memberikan kekebalan untuk 6 bulan pertama sampai system kekebalan bayi dapat bekerja sendiri

Perubahan-perubahan Maternal → Penurunan bayi ke dalam pelvis /panggul ibu (lightening). Plasenta setebal hamper 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering kencing meningkat. Braxton Hick meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

3) Minggu ke-37 :

Kepala bayi turun ke ruang pelvik. Bentuk bayi semakin membulat dan kulitnya menjadi merah jambu. Rambutnya tumbuh dengan lebat dan bertambah 5cm. Kuku terbentuk dengan sempurna. Bayi sudah bisa melihat adanya cahaya diluar rahim. Bayi pada saat ini

sedang belajar untuk mengenal aktifitas harian, selain itu bayi juga sedang belajar untuk melakukan pernafasan walaupun pernafasannya masih dilakukan di dalam air. Berat badan bayi di minggu ini 2700-2800 gram, dengan tinggi 48-49 cm.

4) Minggu ke-38 hingga minggu ke-40

Proses pembentukan telah berakhir dan bayi siap dilahirkan.

c. Perubahan Psikososial Pada Kehamilan Trimester III

Pada usia kehamilan 39-40 minggu seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya. Rasa tidak nyaman timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh, berantakan, canggung dan jelek sehingga memerlukan perhatian lebih besar dari pasangannya, disamping itu ibu mulai sedih karena akan terpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil, terdapat perasaan mudah terluka (sensitif) (Yuklandari,2012).

d. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III

N O	Ketidaknyamanan	Fisiologi	Intervensi
1	Rasa khawatir & cemas. (Trimester	Gangguan hormonal: penyesuaian hormonal,	Relaksasi, masase perut, minum susu hangat, tidur pakai ganjal bagian tubuh.

	3)	khawatir jadi ibu setelah kelahiran.	
2	Kontaksi Braxton Hick. (Trimester 3)	Kontraksi usus mempersiapkan persalinan.	Istirahat, teknik nafas.
3	Pusing	Pembesaran rahim menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah menurun.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat. 2. Hindari posisi terlalu lama dalam lingkungan yang hangat atau sesak. 3. Hindari berbaring dalam posisi terlentang.
4	Konstipasi.	Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot halus.	Mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung sedang kosong.
5	Sering buang air kecil	Tekanan kepala yang telah masuk panggul.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan mengenai penyebabnya. 2. Kosongkan saat terasa ada dorongan untuk buang air kecil. 3. Perbanyak minum pada siang hari. 4. Jangan kurangi minum pada malam hari untuk mengurangi nocturia kecuali jika nocturia

			<p>mengganggu tidur dan menyebabkan keletihan.</p> <p>5. Batasi minum bahan diuretik alamiah misalnya kopi, the, dan minuman bersoda.</p> <p>6. Jelaskan tentang tanda-tanda uti (infeksi saluran kemih) posisi berbaring miring kiri dengan kaki ditinggikan pada malam hari untuk meningkatkan diuresis.</p>
6	Edema atau Pembengkakan	Gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari menggunakan pakaian ketat 2. Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari 3. Posisi menghadap kesamping saat berbaring 4. Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan vena-vena panggul. 5. meninggikan kaki pada saat duduk atau istirahat
7	Nyeri punggung bawah (Nyeri Pinggang)	nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban 2. Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat 3. Gunakan sepatu bertumit rendah; sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis 4. Untuk istirahat atau tidur; gunakan kasur yang menyokong atau gunakan bantal dibawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan.

Tabel 2.1 Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III

Sumber: (Syafrudin, Karningsing, 2011)

e. Antenatal Care Pada Kehamilan Trimester III

1) Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester, yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau tiga bulan menurut hitungan kalender. Pada praktiknya, trimester pertama secara umum

dipertimbangkan berlangsung pada minggu pertama hingga 12 minggu, trimester ke dua pada minggu ke-13 hingga minggu ke-27 dan trimester ke tiga pada minggu ke-28 hingga ke-40 (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Jadwal pemeriksaan kehamilan, WHO menganjurkan sedikitnya ibu hamil melakukan 4 kali kunjungan. *Antenatal Care* (ANC) selama kehamilan yaitu dengan frekuensi pemeriksaan ANC pada trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali, trimester III minimal 2 kali (Kusmiyanti, 2009).

2) Asuhan Antenatal standar 10 T (Winkjosastro, 2010) :

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b) Pemeriksaan tekanan darah
- c) Nilai status gizi (ukur lingkaran atas)
- d) Ukur tinggi fundus uteri

Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai pengukuran Mc. Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simfisis ke fundus uteri.

Tinggi fundus uteri dapat menentukan usia kehamilan (Rukiyah, 2009).

UK	TFU (jari)	TFU (cm)
12 minggu	1/3 di atas simfisis	-
16 minggu	1/2 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

Tabel 2.2 Indikator TFU dengan Usia Kehamilan

Sumber: (Rukiyah, 2009)

- e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan
- g) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toxoid (TT).

Pemberian imunisasi tetanus toksoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali, imunisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian (Rukiyah, 2009 : 7).

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan	Perlindungan n
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80%
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95%
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	95%
TT5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/	99%

		seumur hidup	
--	--	--------------	--

Tabel 2.3 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Sumber : (Kusmiyati,2009)

- h) Pemeriksaan Laboratorium
- i) Tatalaksana kasus
- j) Temu wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan

f. Anemia Pada Kehamilan

1) Definisi

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar hemoglobin < 10,5 gr% pada trimester II (Depkes RI, 2009).

Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Selama kehamilan, indikasi anemia adalah jika konsentrasi hemoglobin kurang dari 10,50 sampai dengan 11,00 gr/dl (Varney, 2006).

2) Macam-macam Anemia

a) Anemia Defisiensi Besi

Adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah, artinya konsentrasi hemoglobin dalam darah berkurang karena

terganggunya pembentukan sel-sel darah merah akibat kurangnya kadar zat besi dalam darah. Jika simpanan zat besi dalam tubuh seseorang sudah sangat rendah berarti orang tersebut mendekati anemia walaupun belum ditemukan gejala-gejala fisiologis. Simpanan zat besi yang sangat rendah lambat laun tidak akan cukup untuk membentuk sel-sel darah merah di dalam sumsum tulang sehingga kadar hemoglobin terus menurun di bawah batas normal, keadaan inilah yang disebut anemia gizi besi (Masrizal, 2007).

b) Anemia Megaloblastik Dalam Kehamilan

Adalah anemia yang disebabkan karena defisiensi asam folat.

c) Anemia Hipoplastik Pada Wanita Hamil

Adalah anemia yang disebabkan karena sumsum tulang kurang mampu membuat sel-sel darah merah. Dimana etiologinya belum diketahui dengan pasti kecuali sepsis, sinar rontgen, racun dan obat-obatan.

d) Anemia Hemolitik

Yaitu anemia yang disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat, yaitu penyakit malaria (Wiknjosastro, 2005).

3) Penyebab Anemia Pada Ibu Hamil

Penyebab anemia umumnya adalah kurang gizi, kurang zat besi, kehilangan darah saat persalinan yang lalu, dan penyakit-penyakit kronik (Mochtar, 2004). Dalam kehamilan penurunan kadar hemoglobin yang dijumpai selama kehamilan disebabkan oleh karena dalam

kehamilan keperluan zat makanan bertambah dan terjadinya perubahan-perubahan dalam darah : penambahan volume plasma yang relatif lebih besar daripada penambahan massa hemoglobin dan volume sel darah merah. Darah bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut hidremia atau hipervolemia.

Namun bertambahnya sel-sel darah adalah kurang jika dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Di mana pertambahan tersebut adalah sebagai berikut : plasma 30%, sel darah 18%, dan hemoglobin 19%. Pengenceran darah dianggap sebagai penyesuaian diri secara fisiologi dalam kehamilan dan bermanfaat bagi wanita hamil tersebut. Pengenceran ini meringankan beban jantung yang harus bekerja lebih berat dalam masa hamil, karena sebagai akibat hipervolemia tersebut, keluaran jantung (cardiac output) juga meningkat. Kerja jantung ini lebih ringan apabila viskositas darah rendah. Resistensi perifer berkurang pula, sehingga tekanan darah tidak naik (Wiknjosastro, 2005).

Selama hamil volume darah meningkat 50 % dari 4 ke 6 L, volume plasma meningkat sedikit menyebabkan penurunan konsentrasi Hb dan nilai hematokrit. Penurunan ini lebih kecil pada ibu hamil yang mengkonsumsi zat besi. Kenaikan volume darah berfungsi untuk memenuhi kebutuhan perfusi dari uteroplasenta. Ketidakseimbangan antara kecepatan penambahan plasma dan penambahan eritrosit ke dalam sirkulasi ibu biasanya memuncak pada trimester kedua (Smith et al., 2010).

Volume darah Ibu akan meningkat secara progresif pada kehamilan 6 – 8 minggu dan akan mencapai maksimum pada kehamilan mendekati 32 – 34 minggu.. Peningkatan volume darah meliputi volume plasma, sel darah merah dan sel darah putih. Volume plasma meningkat 40 – 50 %, sedangkan sel darah merah meningkat 15 – 20 % yang menyebabkan terjadinya anemia fisiologis (keadaan normal Hb 12 gr% dan hematokrit 35 %). Oleh karena adanya hemodilusi, viskositas darah menurun kurang lebih 20%.

4) Gejala Anemia Pada Ibu Hamil

Ibu hamil dengan keluhan lemah, pucat, mudah pingsan, dengan tekanandarah dalam batas normal, perlu dicurigai anemia defisiensi besi. Dan secara klinis dapat dilihat tubuh yang pucat dan tampak lemah (malnutrisi). Guna memastikan seorang ibu menderita anemia atau tidak, maka dikerjakan pemeriksaan kadar hemoglobin dan pemeriksaan darah tepi. Pemeriksaan Hemoglobin dengan spektrofotometri merupakan standar (Wiknjosastro, 2005). Gejala lain adalah lemas, cepat lelah, letih, mata berkunang kunang, mengantuk, selaput lendir , kelopak mata, dan kuku pucat (Sin sin, 2008).

5) Derajat Anemia Pada Ibu Hamil

Menurut *World Health Organization* (WHO) anemia pada ibu hamil adalah kondisi ibu dengan kadar Hb < 11 % . Anemia pada ibu hamil di Indonesia sangat bervariasi, yaitu:

- a) Tidak anemia : Hb >11 gr%,
- b) Anemia ringan : Hb 9-10.9gr%

c) Anemia sedang: Hb 7-8.9gr%

d) Anemia berat : Hb < 7 gr% (Depkes, 2009).

6) Pengaruh Anemia Terhadap Kehamilan

Pengaruh anemia pada kehamilan Trimester II dan trimester III, berat badan kurang, plasenta previa, eklamsia, ketuban pecah dini, dapat menyebabkan terjadinya partus premature, perdarahan ante partum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai kematian, gestosis dan mudah terkena infeksi, dan dekompensasi kordis hingga kematian ibu (Mansjoer dkk, 2008).

7) Penanganan Anemia Pada Ibu Hamil

Tablet tambah darah adalah tablet besi folat yang setiap tablet mengandung 200 mg ferro sulfat dan 0,25 mg asam folat. Untuk ibu hamil, minumlah 1 (satu) tablet tambah darah paling sedikit selama 90 hari masa kehamilan dan 40 hari setelah melahirkan. (Proverawati, Atikah, 2011).

g. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil

1) Nutrisi ibu hamil

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari (Kusmiyati, 2009). Sebaiknya 55% didapatkan dari umbi-umbian serta nasi sebagai sumber karbohidrat, lemak nabati, dan hewani 35%, serta 10% berasal dari sayur dan buah-buahan. Kekurangan dan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita

hamil tersebut. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus partus prematurus, inersia uteri, hemoragic postpartum, sepsis puerperalis dan sebagainya (Winkjosastro, 2005).

Ada pemeriksaan antropometrik untuk mengetahui gizi ibu hamil berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supariasa I, 2002).

TFU (cm)	Usia Kehamilan	Taksiran Berat Janin
20	20 minggu	1240 gram
23	24 minggu	1705 gram
26	28 minggu	2170 gram
30	32 minggu	2790 gram
33	36 minggu	3225 gram

Tabel 2.4 Pertambahan berat badan janin sesuai dengan umur kehamilan

Sumber : (Supariasa I, 2002).

Selain ada pemeriksaan antropometrik, yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil, ada penilaian lain yang digunakan untuk menilai status gizi ibu hamil (Kusmiyati, 2008) yaitu berat badan dilihat dari quatelet atau Index Masa Tubuh (IMT).

Kenaikan berat badan tergantung dari berat badan sebelum kehamilan karena penting dari segi kesehatan bagi ibu dan bayi. Apabila mempunyai berat badan yang berlebihan sebelum kehamilan, maka pertambahan yang dianjurkan harus lebih kecil dari ibu dengan berat badan ideal, yaitu antara 12,5 - 17,5 kg hal ini dikarenakan akan mempunyai resiko untuk menjadi diabetes gestasional (kenaikan kadar gula darah karena adanya proses kehamilan) atau terjadinya

preeklampsia (keracunan kehamilan dimana terjadi peningkatan tekanan darah).

Demikian pula sebaliknya, pada wanita yang berat badannya sebelum hamil kurang, maka ketika hamil ia perlu menambah berat badan yaitu sebanyak 14 - 20 kg dari berat ibu hamil yang sebelum hamil memiliki berat badan normal. Apabila terjadi asupan gizi yang kurang sudah jelas akan menghambat pertumbuhan janin dalam kandungan seperti BBLR(berat badan lahir rendah) dan gangguan kehamilannya (Mintarsih, 2006).

Dengan adanya kehamilan maka akan terjadi penambahan berat badan yaitu sekitar 12,5 kg. Berdasarkan Huliana peningkatan tersebut adalah sebanyak 15% dari sebelumnya. Proporsi penambahan berat badan tersebut yaitu janin 25-27%, placenta 5%, cairan amnion 6%, ekspansi volume darah 10%, peningkatan lemak tubuh 25-27%, peningkatan cairan ekstra seluler 13%, pertumbuhan uterus dan payudara 11%.

Cara menghitung IMT.

$$\text{IMT} = \text{Berat badan (kg)} : (\text{Tinggi badan (cm)} / 100)^2$$

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

Obesitas (BMI > 30)	5,6 - 6,8 kg	0,2 kg/minggu
Bayi kembar	15,9-20,4 kg	0,7 kg/minggu

Tabel 2.5 Peningkatan berat badan selama kehamilan

Sumber: (Sukarni, 2013)

Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah, gangguan kekuatan rahim saat kelahiran (kontraksi), dan perdarahan setelah persalinan (Sukarni, 2013).

Sedangkan berat badan *overweight* meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan.

Nutrisi pada ibu hamil sangat menentukan status kesehatan ibu dan janinnya. Hal yang harus diperhatikan ibu hamil yaitu makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu seimbang, mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung (Saifuddin, 2010).

Di trimester III, ibu hamil membutuhkan bekal energy yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelak (Syafrudin, Karningsing, 2011).

Menurut (Syafrudin, Karningsing, 2011)Kebutuhan nutrisi pada ibu hamil trimester III secara garis besar adalah sebagai berikut :

a) Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kkal, dengan penambahan berat badan sekitar 12,5 kg. Pertambahan kalori ini diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir. Untuk itu, tambahan kalori yang diperlukan setiap hari sekitar 285-300 kkal.

Tambahan kalori diperlukan untuk pertumbuhan jaringan janin dan plasenta serta menambah volume darah serta cairan amnion (ketuban). Selain itu kalori juga berguna sebagai cadangan ibu untuk keperluan melahirkan dan menyusui.

Agar kebutuhan kalori terpenuhi, maka diperlukan konsumsi makanan dari sumber karbohidrat dan lemak. Karbohidrat bisa diperoleh melalui serealia (padi-padian), dan produk olahannya, kentang, gula, kacang-kacangan, biji-bijian dan susu. Sementara untuk lemak, bisa mengonsumsi mentega, susu, telur, daging, alpukat, dan minyak nabati.

b) Protein

Protein merupakan salah satu unsur gizi yang sangat dibutuhkan oleh ibu hamil guna memenuhi asam amino untuk janin. Penambahan volume darah dan pertumbuhan mammae serta jaringan uterus. Selain fungsi tersebut, protein juga berfungsi sebagai pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh, pengatur dan sumber energy. Sumber protein yaitu protein hewani (daging, ikan, telur, udang, kerang), protein nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan).

c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka.

d) Vitamin

Kebutuhan vitamin pada umumnya meingkat selama hamil, vitamin diperlukan untuk mengatur dan membantu metabolisme karbohidrat dan protein.

e) Zat Besi Fe

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil terutama pada trimester II, karena pada trimester ini memiliki kemampuan perkembangan yang semakin pesat yaitu terjadi perkembangan tumbuh kembang organ janin yang sangat penting. Pemberian tablet zat besi dimulai setelah rasa mual dan muntah hilang, satu tablet sehari selama minimal 90 hari yang bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan.

f) Asam Folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mg perhari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megalostik pada ibu hamil. Asam folat telah terkandung di dalam tablet Fe, 1 tablet mengandung zat besi 60 mg dan asam folat 500 µg.

g) Air

Air diperlukan tetapi sering dilupakan pada saat pengkajian.

Air untuk membantu sistem pencernaan makanan dan membantu proses transposisi

Tabel 2.6 Menu makanan untuk ibu hamil

Pagi	Siang	Malam	Selingan1(pagi atau siang)	Selingan2 (malam)
Nasi Uduk	Nasi 1 porsi	Nasi 1 porsi	Bubur kacang hijau 1 porsi sedang	Kue talam ubi Susu
Telur mata sapi	Ayam kecap	Ikan kakap asam manis		
Jus jeruk atau susu 1 gelas	Tempe goreng	Tahu bacem		
2) I m	Sayur bayam dan buah semangka	Capcay dan buah apel		

unisasi

Vaksinasi dengan toksoid tetanus dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus, vaksinasi TT dilakukan minimal dua kali selama hamil dan 5 kali seumur hidup (Manuaba, 2007).

3) Kebersihan dan Pakaian

Kebersihan harus dijaga selama hamil. Baju hendaknya longgar dan mudah dipakai. Sepatu atau alas kaki lain yang tumitnya tinggi sebaiknya jangan dipakai, karena tempat titik berat wanita hamil berubah sehingga mudah tergelincir atau jatuh. Mammae yang

bertambah besar juga membutuhkan BH yang lebih besar dan cukup menyangga payudara (Wiknjosastro, 2005).

4) Istirahat dan Rekreasi

Melakukan pekerjaan yang berlebihan disaat hamil memang menjadi salah satu penyebab dari berkurangnya kemampuan tubuh dalam memenuhi kebutuhan gizi untuk ibu dan janin yang dikandungnya. Cadangan energi terkuras habis untuk memenuhi aktivitas ibu hamil. Energi yang seharusnya bisa didapat dari konsumsi makanan ternyata tidak didapatkan, karena kehamilan dianggap biasa saja. Akibatnya, seorang ibu hamil bisa mengalami anemia dalam kehamilan (Daulay, 2007).

5) Perawatan Buah Dada

Ibu hamil hendaknya selalu merawat tubuhnya, khususnya dalam hal merawat payudara baik selama masa kehamilan maupun setelah bersalin selain akan menjaga bentuk payudara juga akan memperlancar pengeluaran ASI (Wiknjosastro, 2005). Karena pengeluaran ASI sangat berpengaruh untuk ibu yang ingin menyusui secara eksklusif.

h. Tanda Bahaya Kehamilan

1) Perdarahan pervaginam

Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu disebut perdarahan antepartum.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

3) Pengelihatn kabur

Yaitu pada perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat.

4) Bengkak di wajah dan jari tangan

Bengkak yang muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lain.

5) Keluar cairan pervaginam

Merupakan tanda bahaya karena dapat menyebabkan terjadinya infeksi langsung pada janin. Pecahnya selaput ketuban juga dapat diikuti dengan keluarnya bagian kacil janin seperti tali pusat, tangan, atau kaki. Oleh karena itu bila saat hamil ditemukan ada pengeluaran cairan apalagi bila belum cukup bulan harus segera datang ke rumah sakit dengan fasilitas memadai.

6) Gerakan janin tidak terasa

Bila gerakan janin mulai berkurang bahkan tidak ada sama sekali. Kemungkinan nya adalah kematian janin dalam rahim. Janin mati terlalu lama dalam menimbulkan gangguan pada ibu. Bahaya yang terjadi berupa gangguan pembekuan darah, disebabkan oleh zat-zat berasal dari jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu.

7) Nyeri perut yang hebat

Apabila perut ibu terasa sangat nyeri secara tiba-tiba bahkan jika disentuh sedikit saja dan terasa sangat keras seperti papan serta disertai

perdarahan pervaginam. Ini menandakan terjadinya solusio placenta (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

i. Skor Poji Rochyati

Tabel 2.7 Skor Poji Rochyati

I KEL F.R	II N O.	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan				
				I	II	III.1	III.2	
				Skor Awal Ibu Hamil				
			2	2	2	2	2	
I	1	Terlalu muda hamil I 16 Tahun	4					
	2	Terlalu tua hamil I 35 Tahun	4					
		Terlalu lambat hamil I kawin 4 Tahun	4					
	3	Terlalu lama hamil lagi 10 Tahun	4					
	4	Terlalu cepat hamil lagi 2 Tahun	4					
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4					
	6	Terlalu tua umur 35 Tahun	4					
	7	Terlalu pendek 145 cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9		Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4					
		c. diberi infus/transfuse	4					
10	Pernah operasi sesar	8						
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria, c. TBC Paru d. Payah Jantung	4					
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4					
		f. Penyakit Menular Seksual	4					
		12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
		13	Hamil kembar	4				
14	Hydramnion	4						
15	Bayi mati dalam kandungan	4						
16	Kehamilan lebih bulan	4						
17	Letak sungsang	8						
18	Letak Lintang	8						
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8					
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8					
		JUMLAH SKOR						

Cara Pemberian SKOR:

- 1) Skor 2: Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Untuk umur dan paritas pada semua ibu hamil sebagai skor awal

- 2) Skor 4: Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Untuk tiap faktor risiko

3) Skor 8: Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan pre-eklamsia berat / eklamsia (Poedji Rochjati, 2003).
(Poedji Rochjati, 2003).

Jumlah skor :

a) Jumlah skor 2 : KRR

b) Jumlah skor 6-10 : KRT

Jumlah skor >12 : KRST

3. Konsep Dasar Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Mansjoer, 2000 : 291). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin,2008).

b. Fisiologi Persalinan

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan:

1) Teori Penurunan Progesteron

Penuaan plasenta telah dimulai sejak usia kehamilan 30-60 minggu sehingga terjadi penurunan konsentrasi progesteron dan

estrogen pada saat hamil, terjadi perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron yang menimbulkan kontraksi Braxton Hicks, yang selanjutnya akan bertindak sebagai kontraksi persalinan. Kenyataan menunjukkan bahwa saat menjelang persalinan, tidak terjadi penurunan konsentrasi progesteron.

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terstimulasi saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus atau minimal melakukan kerjasama.

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Induksi persalinan dapat dilakukan dengan memecahkan ketuban sehingga keregangan otot rahim makin pendek dan kekuatan untuk berkontraksi makin meningkat.

4) Teori Janin

Sinyal yang diarahkan pada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir, belum diketahui dengan pasti. Kenyataan menunjukkan, bila terdapat anomaly hubungan hipofisis dan kelenjar supraneal, persalinan akan menjadi lebih lambat. Diduga bahwa

keutuhan hipofisis dan glandula suprarenal sangat penting walaupun bentuk diketahui bentuk sinyalnya.

5) Teori Prostaglandin

Menjelang persalinan, diketahui bahwa prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua. Diperkirakan bahwa terjadinya penurunan progesterone dapat memicu interleukin -1 untuk melakukan “hidrolisis gliserofosfolofid” sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2, dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Selain itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium desidua dan korion leave.

Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan dalam bentuk infuse, per os, atau secara intra vaginal. Oleh karena itu, dapat dikemukakan bahwa proses mulainya persalinan merupakan proses yang kompleks dan paling dominant, tetapi merupakan inisiasi pertama yang masih belum diketahui dengan pasti.

c. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Asuhan yang mendukung berarti bersifat aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sedang sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang

pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan (Saifudin,2002).

Lima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan :

1) Asuhan fisik dan psikologis

Asuhan ini berorientasi pada tubuh ibu selama dalam proses persalinan,hal ini juga yang akan menghindarkan ibu dari infeksi Adapun asuhan yang dapat diberikan diantaranya adalah:

a) Menjaga kebersihan diri

Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaga tetap bersih dan kering.Hal ini dapat menimbulkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi karena dengan adanya kombinasi antara bloody show,keringat,cairan amnion,larutan untuk pemeriksaan vagina dan juga veces dapat membuat ibu bersalin merasa tidak nyaman.

Mandi di bak / shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan santai, ibu tersebut dapat menjadi merasa sehat tetapi bila fasilitasnya tidak memungkinkan mandi di tempat tidur juga menyegarkan.

b) Berendam

Air telah dihubungkan dengan suatu perasaan sejahtera selam berabad-abad yang lalu. Ketertarikan dari air dalam persalinan dan kelahiran bayi kini telah berkembang. Beberapa wanita memilih untuk menggunakan kolam hanya untuk berendam pada kala satu dan beberapa wanita memilih untuk melahirkan didalam air.

Beberapa wanita telah memberikan komentar tentang betapa rileksnya mereka selama berada dalam air. (Rohana, Reny Saswita, Marisah.2011.42)

Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan. Bak yang diperlukan perlu cukup dalam agar air dapat menutup abdomennya.hal ini memberikan suatu bentuk hidrotherapy dan kegembiraan yang akan meredakan dan membantu terhadap kontraksi terhadap ibu bersalin.

c) Perawatan mulut

Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya mempunyai napas yang bau,bibir kering dan pecah-pecah,tenggorokan kering terutama jika dia dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut.Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang disekitarnya.Hal diatas dapat dihindari jika wanita mampu mencerna cairan selama persalinannya. (Rohana, Reny Saswita, Marisah.2011.42).

d) Pengipasan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat,bahkan pada ruang persalinan dengan kontrol suhu terbaikpun mereka akan mengeluh berkeringat pada beberapa waktu tertentu. jika tempat persalinan tidak menggunakan pendingin akan menyebabkan perasaan tidak

nyaman dan sangat menyengsarakan wanita tersebut. Untuk itu gunakan kipas atau bisa juga bila tidak ada kipas dengan kertas atau lap yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas. (Rohana, Reny Saswita, Marisah.2011.42)

2) Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus Hodneet (2002) dalam Chapman (2003) mengungkapkan bahwa ada beberapa keuntungan dalam dukungan yang berkesinambungan bagi ibu bersalin, antara lain :

- a) Berkurangnya kebutuhan analgesia farmakologis dan lebih sedikit epidural
- b) Berkurangnya kelahiran instrumental
- c) Pembedahan caesar untuk membantu kelahiran menjadi berkurang.
- d) Skore apgar < 7 lebih sedikit.
- e) Berkurangnya trauma perinatal

Dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping persalinan diantaranya adalah mengusap keringat, menemani membimbing jalan-jalan, memberikan minum, merubah posisi, dll

3) Pengurangan rasa sakit

Nyeri pada saat persalinan disebabkan oleh kontraksi rahim, dilatasi servik dan distensi perineum. Rasa nyeri yang terjadi saat persalinan dapat terjadi pada daerah-daerah tertentu saja terutama disekitar perut.

Pendekatan–pendekatan untuk mengurangi rasa sakit, menurut Varney 's Midwifery 2007 ialah seorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses / kemajuan dan prosedur, asuhan tubuh, sentuhan.

4) Penerimaan atas sikap dan perilakunya

Beberapa ibu mungkin berteriak pada puncak kontraksi dan ada pula yang berusaha untuk diam ada juga yang menangis. Itu semua merupakan tingkah laku yang pada saat itu hanya dapat dilakukannya. Sebagai seorang bidan yang dapat dilakukan adalah hanya menyemangatnya dan bukan memarahinya.

Penerimaan akan tingkah lakunya dan sikap juga kepercayaannya, apapun yang dia lakukan merupakan hal terbaik yang mampu dia lakukan pada saat itu

5) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

- a) Penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan
- b) Penjelasan semua hasil pemeriksaan
- c) Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut

d. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1) Passage

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina) (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

2) Power (His dan Tenaga ibu)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha involunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

3) Passanger

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

4) Psikologi ibu

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penanganan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk dukungan psikologis. (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar. Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang merah asuhan persalinan normal (Saifuddin, 2010).

e. Tanda dan Gejala Inpartu termasuk :

- 1) Penipisan dan pembukaan serviks
- 2) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- 3) Cairan lendir bercampur darah (“show”) melalui vagina (Wasposito, 2007:37).

f. Berlangsungnya Persalinan Normal

Persalinan dibagi menjadi 4 kala:

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase yaitu Fase Laten : Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lembab sampai mencapai ukuran diameter 3 cm . Fase Aktif : Dibagi dalam 3 fase lagi, yakni :

- a) Fase Akselerasi: Dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm tadi menjadi 4 cm
- b) Fase Dilatasi Maksimal : Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase Deselerasi : Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam sedangkan pada multipara kira-kira 8 jam (Winkjosastro,2013). Pada ibu yang mengalami Anemia berpengaruh pada fase kala 1. Pengaruh Anemia pada persalinan menurut Rustam Mochtar adalah:

(1) Persalinan Sulit dan Lama

(a) Pengertian

Persalinan (partus) lama ditandai dengan fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi, dan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf (winkjosastro, 2002).

(b) Etiologi

Sebab-sebab persalinan lama dapat digolongkan menjadi 3 (Sarwono, 2010):

1. Kelainan Tenaga (Kelainan His)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

Jenis-jenis kelainan his yaitu:

a. Inersia Uteri

Disini his bersifat biasa dalam arti bahwa fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu pada bagian lainnya. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak berbahaya bagi ibu maupun janin kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

b. Incoordinate Uterine Action

Disini sifat his berubah, tonus otot uterus meningkat, juga di luar his dan kontraksinya berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi. Tidak adanya koordinasi antara bagian atas, tengah dan bagian bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang menaik menyebabkan nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia janin.

(c) Dampak persalinan lama pada ibu dan janin (Prawirohardjo, 2008) antara lain:

1. Ibu

a. Infeksi intrapartum

Infeksi adalah bahaya yang serius mengancam ibu dan janinnya pada partus lama terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri dalam cairan amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia sepsis pada ibu dan janin.

b. Ruptur uteri

Penipisan abnormal segmen bawah uterus menimbulkan bahaya serius selama partus lama, terutama pada ibu paritas tinggi dan pada mereka dengan riwayat seksio sesarea.

c. Cincin retraksi patologis

Retraksi ring adalah batas pinggir antara SAR (segmen atas rahim) dan SBR (segmen bawah rahim), dalam keadaan persalinan normal tidak nampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal. Kontraksi uterus yang berlebihan, retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol di atas simpisis yang merupakan tandan dan ancaman rupture uterus. Cincin retraksi patologis terdapat pada pertengahan simpisis dengan pusat (Sumarah, 2009, p. 61–62).

Walaupun jarang, dapat timbul konstiksi atau cincin lokal uterus pada persalinan yang berkepanjangan. Tipe paling sering adalah cincin retraksi patologis bandl, yaitu pembentukan cincin retraksi yang berlebihan. Cincin ini sering timbul akibat persalinan yang terhambat, disertai peregangan dan penipisan berlebihan segmen bawah uterus.

2. Janin

Partus lama itu sendiri dapat merugikan. Apabila panggul ibu sempit dan juga terjadi ketuban pecah lama serta infeksi intrauterus, risiko janin dan ibu muncul. Infeksi intrapartum bukan saja merupakan penyulit yang serius pada ibu, tetapi juga penyebab penting kematian janin dan neonatus. Hal ini disebabkan bakteri di dalam cairan amnion menembus selaput amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion, sehingga terjadi bakteremia pada ibu dan janin. Pneumonia janin, akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi adalah konsekuensi yang serius.

Efek pada janin yang lainnya adalah:

- a. Terjadinya kaput suksedaneum, apabila panggul sempit sewaktu persalinan sering terjadi kaput suksedaneum yang besar di bagian bawah kepala janin.
- b. Molase kepala janin, akibat tekanan his yang kuat, lempeng– lempeng tulang tengkorak saling

bertumpang tindih satu sama lain di sutura–sutura besar, suatu proses yang disebut molase.

(d) Penanganan

Penanganan partus lama (Saifudin, 2007) adalah:

1. False labor (Persalinan Palsu/Belum inpartu)

Bila his belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, KPD dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan.

2. Prolonged laten phase (fase laten yang memanjang)

Diagnosis fase laten memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his berhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu. Bilamana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampai 3 cm, dan disebut fase laten. Dan apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dengan jalan melakukan pemeriksaan serviks. :

- a. Bila didapat perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose (atau NaCl) mulai dengan 8 tetes permenit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat (maksimal 40 tetes/menit) atau berikan preprat prostaglandin, lakukan penilaian ulang

setiap 4jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin, lakukan secsio sesarea.

- b. Bila tidak ada perubahan dalam penapisan dan pembukaan serviks serta tak didapat tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.
- c. Bila didapatkan tanda adanya *amnionitis*, berikan induksi dengan oksitosin 5U dan 500 cc dekstrose (atau NaCl) mulai dengan 8 tetes permenit, setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai adekuat (maksimal 40 tetes/menit) atau berikan preprat prostaglandin, serta obati infeksi dengan ampicilin 2 gr IV sebagai dosis awal dan 1 gr IV setiap 6 jam dan gentamicin 2x80 mg.

3. Prolonged *active phase* (fase aktif memanjang)

Bila tidak didapatkan tanda adanya CPD (*cephalo Pelvic Disporportion*) atau adanya obstruksi :

- a. Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.
- b. Bila ketuban intak, pecahkan ketuban. Bila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm/jam, lakukan penilaian kontraksi uterusnya.

2) Kala II

a) Pengertian

Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi (Waspodo, 2007 : 75).

b) Gejala dan Tanda Kala II Persalinan adalah :

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

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

- (1) Pembukaan serviks telah lengkap
- (2) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

d) Pengaruh Anemia Pada Persalinan Kala II

Persalinan lama adalah his tidak efisien (adekuat), faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar), faktor jalan lahir yaitu panggul sempit, kelainan serviks, vagina dan tumor. (Syarifuddin dkk, 2001). Salah satu faktor dari lama kala II adalah faktor tenaga dari ibu, kekuatan ibu meneran merupakan tenaga yang utama untuk mengeluarkan janin dari jalan lahir dan pimpinan persalinan yang benar sangat menentukan lamanya kala II persalinan. Terlebih lagi

jika ibu dalam keadaan anemia maka akan mempengaruhi lama kala II.

Kadar hemoglobin ibu inpartu berpengaruh pada lama Kala II persalinan, pada kadar hemoglobin rendah dapat menyebabkan gangguan his primer dan sekunder, gangguan kekuatan mengejan, terjadi partus terlantar, dapat terjadi kelelahan, data sering memerlukan tindakan, operasi kebidanan.

3) Kala III

Manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri (JNPK-KR, 2008).

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Kala III berlangsung sampai 6 sampai 15 menit setelah janin dikeluarkan (WHO,2013).

Akibat yang terjadi pada kala III karena anemia adalah retensio plasenta. Selama kehamilan rahim, plasenta dan janin memerlukan aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi. Jika hal ini tidak terpenuhi maka retensio plasenta dapat terjadi. (Shafa, 2010 ; Saifudin,2006).

4) Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih. Selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan (Saifuddin, 2010).

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

- a) Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan.
- c) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan.
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy). Klasifikasi laserasi perineum dibagi menjadi empat derajat (JNPK-KR, 2008) yaitu :

(1) Robekan derajat I

Meliputi mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum. Tidak perlu dilakukan penjahitan tetapi dipastikan bahwa luka tidak menimbulkan perdarahan dan luka masih baik dan beraturan.

(2) Robekan derajat II

Meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum. Perlu dilakukan penjahitan dengan anastesi lokal sebelumnya untuk mengurangi rasa nyeri pada klien, penjahitan secara jelujur ataupun dengan teknik tertentu yang dianjurkan untuk

menghentikan perdarahan dan membantu mempercepat penyembuhan luka.

(3) Robekan derajat III

Sebagaimana ruptur derajat II hingga otot sfingter ani

(4) Robekan derajat IV

Sebagaimana ruptur derajat III hingga dinding depan rektum. Sebagai tenaga kesehatan yang tidak dibekali keterampilan dan wewenang untuk menjahit pada laserasi derajat III dan IV maka perlu melakukan rujukan dirumah sakit karena resiko perdarahan terlalu besar.

e) Evaluasi keadaan umum ibu.

f) Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan

g. Partograf

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

Bagian-bagian partograf menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009) yaitu:

1) Kemajuan persalinan

Penilaian kemajuan persalinan terdiri dari 7 pembukaan serviks, turunnya bagian terendah dan kepala janin, kontraksi uterus.

2) Kondisi janin

Penilaian kondisi janin terdiri dari denyut jantung janin, warna dan volume air ketuban, moulase kepala janin.

3) Kondisi Ibu

Penilaian kondisi ibu terdiri dari tekanan darah, nadi, dan suhu badan, volume urine, obat dan cairan.

h. Mekanisme Persalinan

Menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009), dalam mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu:

1) Engangement

Engangement pada primi gravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multi gravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engangement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi.

2) Penurunan Kepala

Dimulai sebelum onset persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung menurut Cuningham dalam buku Obstetri William yang diterbitkan tahun 1995 dan Ilmu Kebidanan Varney 2002 :

a) Tekanan cairan amnion

b) Tekanan langsung fundus pada bokong

c) Kontraksi otot-otot abdomen

d) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.

3) Fleksi

- a) Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh servik, dinding panggul atau dasar panggul
- b) Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipitofrontalis 12 cm berubah menjadi sub oksipitobregmatika 9 cm.
- c) Posisi dagu bergeser ke arah dada janin.
- d) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.

4) Rotasi Dalam

Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar kedepan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

5) Ekstensi

Ekstensi terjadi sesudah kepala janin berada didasar panggul dan UUK berada dibawah simfisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi/ekstensi untuk dapat dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.

6) Putaran paksi luar

Terjadi setelah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi (putaran paksi luar), yaitu gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

7) Ekspultasi

Terjadi setelah kepala lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Menyusul trokhanter depan terlebih dahulu, kemudian trokhanter belakang. Maka lahirnya bayi seluruhnya (ekspulsi).

i. Preeklamsia

1) Pengertian

Pre-eklampsia adalah hipertensi disertai proteinuria yang abnormal yang timbul selama kehamilan, persalinan, atau masa nifas. (Datta, 2009, Hal 117).

2) Klasifikasi Preeklamsia

Beberapa sumber mengklasifikasikan preeklampsia dalam 2 kategori yaitu preeklampsia ringan dan preeklampsia berat, tetapi ada juga sumber yang mengklasifikasikan preeklampsia dalam 2 kategori yaitu preeklampsia ringan, dan berat.

a) Preeklampsia Ringan :

Protein urin positif 1-2, Kenaikan BB > 1Kg/mgg, kenaikan tekanan darah diastolik 15 mmHg atau > 90 mmHg dengan 2 kali pengukuran berjarak 1jam atau tekanan diastolik sampai 110mmHg, kenaikan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau > atau mencapai 140 mmHg, edema umum, kaki, jari tangan dan muka.

b) Preeklampsia berat :

Tekanan diastolik >110 mmhg, protein urin positif 3, Oliguria (urine, 5gr/L), hiperrefleksia, gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, terdapat edema dan sianosis, nyeri kepala, gangguan kesadaran,

3) Pengaruh Preeklampsia pada ibu dan janin

Akibat dari preeklampsia sangat besar pengaruhnya pada ibu maupun janin. Pada kondisi preeklampsia pada wanita hamil, berkurangnya aliran darah ke plasenta dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, lahir prematur, atau janin meninggal dalam kandungan. Plasenta dapat lepas sebelum waktunya yang lebih ekstrim adalah terjadi eklampsia, yaitu preeklampsia yang disertai kejang. Keadaan ini sangat berbahaya karena dapat menimbulkan kerusakan organ seperti hati, ginjal, dan otak, yang berakhir dengan kematian.

Sementara preeklampsia pada wanita hamil akan menyebabkan janin yang dikandung hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen di bawah normal. Keadaan ini bisa terjadi karena pembuluh darah yang menyalurkan darah ke plasenta menyempit. Karena buruknya nutrisi, pertumbuhan janin akan terhambat sehingga terjadi bayi dengan berat

lahir yang rendah. Bisa juga janin dilahirkan kurang bulan (prematuur), biru saat dilahirkan dan sebagainya (Sawitri, Ana Yuni, 2009)

4) Penanganan pre-eklampsia pada saat persalinan

Rangsangan untuk menimbulkan kejang dapat berasal dari luar dari penderita sendiri, dan his persalinan merupakan rangsangan yang kuat. Maka dari itu preeklampsia berat lebih mudah menjadi eklampsia pada waktu persalinan.

Pada persalihan diperlukan sedativa dan analgetik yang lebih banyak. Pada kala II, pada penderita dengan hipertensi bahaya perdarahan dalam otak lebih besar sehingga hendaknya persalinan diakhiri dengan cunam atau ekstraksi vakum dengan memberikan narkosis umum untuk menghindari rangsangan pada susunan saraf pusat. Anastesi lokal dapat diberikan bila tekanan darah tidak terlalu tinggi dan penderita masih sanmolen karena pengaruh obat.

Hindari pemberian ergometrin pada kala III karena dapat menyebabkan konstriksi pembuluh darah dan dapat meningkatkan pembuluh darah. Pemberian obat penennag diteruskan sampai dengan 48 jam postpartum karna ada kemungkinan setelah persalinan tekanan darah akan naik dan berlanjut menjadi eklampsia. (Winkjosastro, Hanifa, 2007, Hal. 294)

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

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

b. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1) Kebutuhan Fisik

a) Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir dapat dipenuhi melalui air susu ibu (ASI) yang mengandung komponen paling seimbang. Pemberian ASI eksklusif berlangsung hingga enam bulan tanpa adanya makanan pendamping lain, sebab kebutuhannya sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan oleh bayi. Selain itu sistem pencernaan bayi usia 0-6 bulan belum mampu mencerna makanan padat (Saifuddin,2002)

b) Kebutuhan Cairan

Bayi cukup bulan, mempunyai cairan di dalam paru – parunya.Pada saat bayi melalui jalan lahir selama persalinan, 1/3 cairan ini diperas keluar dari paru – paru. Seorang bayi yang dilahirkan melalui seksio sesaria kehilangan keuntungan dari kompresi dada ini dan dapat menderita paru – paru basah dalam jangka waktu lebih lama (Varney, Helen 2007).

Dengan beberapa kali tarikan nafas pertama, udara memenuhi ruangan trakea dan bronkus bayi baru lahir.Dengan sisa cairan di

dalam paru – paru dikeluarkan dari paru dan diserap oleh pembuluh limfe darah. Semua alveolus paru – paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu. Kebutuhan personal hygiene dalam menjaga kebersihan bayi baru lahir sebenarnya tidak perlu dengan langsung di mandikan, karena sebaiknya bagi bayi baru lahir di anjurkan untuk memandikan bayi setelah 6 jam bayi dilahirkan.

Hal ini dilakukan agar bayi tidak kehilangan panas yang berlebihan, tujuannya agar bayi tidak hipotermi. Karena sebelum 6 jam pasca kelahiran suhu tubuh bayi sangatlah labil. Bayi masih perlu beradaptasi dengan suhu di sekitarnya. BAB hari 1-3 disebut mekonium yaitu feces berwarna kehitaman, hari 3-6 feces transisi yaitu warna coklat sampai kehijauan karena masih bercampur mekonium, selanjutnya feces akan berwarna kekuningan. Segera bersihkan bayi setiap selesai BAB agar tidak terjadi iritasi di daerah genitalia. Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12-24 jam pertama kelahirannya, BAK lebih dari 8 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Setiap habis BAK segera ganti popok supaya tidak terjadi iritasi di daerah genitalia (Saifuddin, 2002).

2) Kebutuhan Tindakan Dasar

a) Pakaian

Seorang bayi yang berumur usia 0 – 28 hari memiliki kebutuhan tersendiri seperti pakaian yang berupa popok, kain

bedong, dan baju bayi. Semua ini harus di dapat oleh seorang bayi. Kebutuhan ini bisa termasuk kebutuhan primer karena setiap orang harus mendapatkannya. Perbedaan antara bayi yang masih berumur di bawah 28 hari adalah bayi ini perlu banyak pakaian cadangan karna bayi perlu mengganti pakaiannya tidak tergantung waktu. (Saifuddin,2002).

b) Perumahan

Suasana yang nyaman, aman, tentram dan rumah yang harus di dapat bayi dari orang tua juga termasuk kebutuhan terpenting bagi bayi itu sendiri. Saat dingin bayi akan mendapatkan kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya. Kebersihan rumah juga tidak kalah terpenting. Karena di rumah seorang anak dapat berkembang sesuai keadaan rumah itu. (Saifuddin,2002)

c) Lingkungan Baik

Terhidar dari pencemaran udara seperti asap rokok, debu, sampah adalah hal yang harus dijaga dan diperhatikan. Lingkungan yang baik akan membawa sisi yang positif bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Karena pada lingkungan yang buruk terdapat zat-zat kimia yang dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan mulai dari neonatus, bayi, balita, dan anak prasekolah. Sanitasi bayi masih memerlukan bantuan orang tua dalam mengontrol kebutuhan sanitasinya seperti kebersihan air yang digunakan untuk memandikan bayi,

kebersihan udara yang segar dan sehat untuk asupan oksigen yang maksimal. (Saifuddin,2002).

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

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

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

2) Penilaian Pada Bayi Baru Lahir(JNPK-KR Depkes RI, 2008).

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

- a) Apakah bayi cukup bulan ?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- c) Apakah bayi menaangis atau bernapas ?
- d) Apakah tonus otot baik

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

Skor	0	1	2
1. Appearance color(warna kulit)	1.Biru pucat	1.Badan merah muda,	1. tubuh merah muda
2.Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	2.Tidak ada	ekstremitas biru	2.>100x/menit
3.Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	3.Tidak ada	3.Lambat <100x/menit,merintih	3.Menangis dengan kuat, batuk/ bersin
4.Activity (tonus otot)	4.Lumpuh	4.Ekstremitas dalam fleksi sedikit	4.Gerakan aktif
5.Respiration (usaha nafas)	5.Tidak ada	5.Lemah, tidak teratur	5.Menangis kuat

Tabel. 2.8 Apgar Skor

Sumber : Saifuddin, 2006

Klasifikasi (Saifuddin, 2006):

- a) Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
- b) Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
- c) Asfiksia berat (apgar skor 0-3)
- d. Memotong dan merawat tali pusat

Ikut tali pusat 1cm dari perut bayi (pusat). Gunakan benang atau klem plastik DTT/ steril. Kunci ikatan tali pusat dengan simpul mati atau

kuncikan penjepit plastik tali pusat. Kemudian selimuti bayi dengan menggunakan kain yang bersih dan kering (Sumarah, dkk, 2009).

e. Mempertahankan suhu

Mekanisme pengaturan temperatur bayi baru lahir belum berfungsi sempurna oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia sangat berisiko mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian. Hipotermia sangat mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat (Sumarah, dkk, 2009).

1) Mekanisme kehilangan panas

Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui (Sukarni, 2013):

- a) Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- c) Konveksi, yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin (misalnya melalui kipas angin, hembusan udara, atau pendingin ruangan).
- d) Radiasi, yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

2) Mencegah Kehilangan Panas

Keringkan bayi segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernafasan), dan untuk tidak memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir untuk mencegah hipotermi (Depkes RI, 2004).

f. Kontak dini dengan ibu/IMD

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin, kontak dini diantara ibu dan bayi penting untuk (Saifuddin, 2006):

- 1) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir
- 2) Ikatan batin pemberian ASI

g. Pemberian Neo K dan Hb0

Berikan 1 jam setelah bayi lahir dilakukan penimbangan dan pemantauan antropometri serta pemberian tetes mata profilaksis dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, diberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan anterolateral (JNPK, 2008).

h. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

Pemeriksaan Umum :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital
 - a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)
 - b) Suhu tubuh (36,5°C-37°C)
 - c) Pernafasan (40-60 kali per menit)

2) Pemeriksaan antropometri (Saifuddin, 2010)

- a) Berat badan (2500-4000 gram)
- b) Panjang badan (44-53 cm)
- c) Lingkar kepala (31-36 cm)
- d) Lingkar dada (30-33 cm)
- e) Lingkar lengan (>9,5 cm)

i. Refleks Pada Bayi Baru Lahir

Refleks yaitu suatu gerakan yang terjadi secara otomatis dan spontan tanpa disadari pada bayi normal. Macam – macam refleks pada Bayi Baru Lahir :

1) Refleks menghisap (refleks rooting)

Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika Anda menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi. Refleks menghisap adalah suatu contoh refleks yang muncul saat lahir dan kemudian akan menghilang seiring dengan usia bayi. Hindari mengarahkan kepala ke payudara atau puting, biarkan bayi membuka mulutnya. Hilang setelah 3-4 bulan, tetapi dapat menetap sampai usia 1 tahun.).

2) Refleks menggenggam (palmar grasp reflex)

Grasping Reflex adalah refleks gerakan jari-jari tangan mencengkram benda-benda yang disentuhkan ke bayi, indikasi syaraf berkembang normal . Hilang setelah 3-4 bulan.

3) Refleks leher (tonic neck reflex)

Disebut juga posisi menengadah, muncul pada usia satu bulan dan akan menghilang pada sekitar usia 5 bln. Saat kepala bayi digerakkan kesamping, lengan pada sisi tersebut akan lurus dan lengan yang berlawanan akan menekuk (kadang – kadang pergerakan akan sangat halus atau lemah). 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.

4) Refleks mencari (rooting reflex)

Rooting reflex terjadi ketika pipi bayi diusap (dibelai) atau di sentuh bagian pinggir mulutnya. Refleks menghisap dan mencari menghilang setelah bayi berusia sekitar 3 hingga 4 bulan. Refleks digantikan dengan makan secara sukarela.

5) Refleks moro (moro reflex)

Refleks Moro adalah suatu respon tiba tiba pada bayi yang baru lahir yang terjadi akibat suara atau gerakan yang mengejutkan. Ketika dikagetkan, bayi yang baru lahir itu melengkungkan punggungnya, melemparkan kepalanya kebelakang, dan merentangkan tangan dan kakinya. Refleks ini merupakan keadaan yang normal bagi semua bayi yang baru lahir, juga cenderung menghilang pada usia 3 hingga 4 bulan.

6) Babinski Reflex

Refleks ditimbulkan pada telapak kaki, dimulai pada tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Hilang di usia 4 bulan.

7) Refleks menjulurkan lidah

Sentuh atau tekan ujung lidah. Bayi akan menjulurkan lidah keluar. Hilang pada sekitar usia 4 bulan.

8) Breathing Reflex

Refleks gerakan seperti menghirup dan menghembuskan nafas secara berulang-ulang – fungsi : menyediakan O₂ dan membuang CO₂. Permanen dalam kehidupan

9) Eyeblink Reflex

Refleks gerakan seperti menutup dan mengedipkan mata – fungsi : melindungi mata dari cahaya dan benda-benda asing – permanen dalam kehidupan. Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya.

10) Pupillary Reflex

Refleks gerakan menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap lingkungan gelap. – fungsi : melindungi dari cahaya terang, menyesuaikan terhadap suasana gelap.

11) Refleks tonic Labyrinthine / labirin

Pada posisi telentang, Reflek ini dapat diamati dengan mengangkat tungkai bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat, kemudian jatuh. Hilang pada usia 6 bulan.

12) Refleksi merangkak (crawling)

Jika ibu atau seseorang menelungkupkan bayi baru lahir, ia membentuk posisi merangkak karena saat di dalam rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

13) Refleksi berjalan dan melangkah (stepping)

Jika ibu atau seseorang menggendong bayi dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, ibu/orang tersebut akan melihat refleksi berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Refleksi berjalan ini akan hilang dan berbeda dengan gerakan berjalan normal, yang ia kuasai beberapa bulan berikutnya. Menurun setelah 1 minggu dan akan lenyap sekitar 2 bulan.

14) Reflek Plantar

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

15) Refleksi kaku leher

Jika kepala bayi baru lahir ditolehkan ke satu sisi sementara bayi beristirahat, maka refleksi kaku leher dapat diobservasi. Lengan dan

tungkai yang berada disamping tubuh kearah bayi menghadap memanjang sebagian atau seluruhnya, dan tungkai dan lengan yang berlawanan menekuk. Refleksi ini seharusnya menghilang sampai 4 bulan pertama, karena refleksi ini merupakan manifestasi lain dari sebelum sempurnanya sistem saraf bayi (Maryanti, 2011).

5. Konsep Dasar Nifas

a. Definisi

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

b. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Kualitas dan jumlah makanan yang akan dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Selama menyusui, ibu dengan status gizi baik rata-rata memproduksi ASI sekitar 800cc yang mengandung 600 kkal, sedangkan ibu yang status gizinya kurang biasanya akan sedikit menghasilkan ASI. Pemberian ASI sangatlah penting, karena bayi akan tumbuh sempurna sebagai manusia yang sehat dan pintar, sebab ASI mengandung DHA (Suherni, 2009)

a) Energy

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pasca post partum mencapai 500 kkal. Rata-rata produksi ASI sehari 800 cc yang mengandung 600 kkal. Sementara itu, kalori yang dihabiskan untuk menghasilkan ASI sebanyak itu adalah 750 kkal. Jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 bulan, selama itu pula berat badan ibu akan menurun, yang berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan.

Sesungguhnya, tambahan kalori tersebut hanya sebesar 700 kkal, sementara sisanya (sekitar 200 kkal) diambil dari cadangan endogen, yaitu timbunan lemak selama hamil. Mengingat efisiensi efisiensi energi hanya 80-90 % maka energi dari makanan yang dianjurkan (500 kkal) hanya akan menjadi energi ASI sebesar 400-500 kkal. Untuk menghasilkan 850cc ASI dibutuhkan energi 680-807 kkal energi. Maka dapat disimpulkan bahwa dengan memberikan ASI, berat badan ibu akan kembali normal dengan cepat. (Suherni, 2009)

b) Protein

Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Maka dari itu ibu dianjurkan makan makanan mengandung asam lemak omega 3 yang banyak terdapat di ikan kakap, tongkol, dan lemuru. Asam ini akan diubah menjadi DHA yang akan keluar sebagai ASI. Selain itu ibu dianjurkan makan makanan yang mengandung kalsium, zat besi, vitamin C, B₁, B₂, B₁₂, dan D.

Selain nutrisi, ibu juga membutuhkan banyak cairan seperti air minum. Dimana kebutuhan minum ibu 3 liter sehari (1 liter setiap 8 jam). Beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui antara lain :

- (1) Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kkal
- (2) Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin
- (3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari terutama setelah menyusui
- (4) Mengonsumsi tablet zat besi
- (5) Minum kapsul vitamin A agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya (Suherni, 2009).

2) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi dini ini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam dan keadaan lain yang membutuhkan istirahat. Keuntungannya yaitu :

- a) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat
- b) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia.

Ambulasi dini dilakukan secara perlahan namun meningkat secara berangsur-angsur, mulai dari jalan-jalan ringan dari jam ke jam

sampai hitungan hari hingga pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendamping sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi.

3) Eliminasi : Buang Air Kecil dan Besar

Biasanya dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah dapat buang air kecil. Semakin lama urine ditahan, maka dapat mengakibatkan infeksi. Maka dari itu bidan harus dapat meyakinkan ibu supaya segera buang air kecil, karena biasanya ibu malas buang air kecing karena takut akan merasa sakit. Segera buang air kecil setelah melahirkan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi post partum.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar. Buang air besar tidak akan memperparah luka jalan lahir, maka dari itu buang air besar tidak boleh ditahan-tahan. Untuk memperlancar buang air besar, anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat dan minum air putih (Suherni, 2009).

4) Kebersihan Diri

Bidan harus bijaksana dalam memberikan motivasi ibu untuk melakukan personal hygiene secara mandiri dan bantuan dari keluarga. Ada beberapa langkah dalam perawatan diri ibu post partum, antara lain :

- a) Jaga kebersihan seluruh tubuh ibu untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi.

- b) Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, yaitu dari daerah depan ke belakang, baru setelah itu anus.
- c) Mengganti pembalut minimal 2 kali dalam sehari.
- d) Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluan
- e) Jika mempunyai luka episiotomy, hindari untuk menyentuh daerah luka agar terhindar dari infeksi sekunder (Suherni, 2009).

5) Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang cukup untuk memulihkan kembali kekeadaan fisik. Kurang istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya :

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- c) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan diri sendiri.

Bidan harus menyampaikan kepada pasien dan keluarga agar ibu kembali melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan dan bertahap. Namun harus tetap melakukan istirahat minimal 8 jam sehari siang dan malam (Suherni, 2009).

6) Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Tetapi banyak budaya dan agama

yang melarang sampai masa waktu tertentu misalnya 40 hari atau 6 minggu setelah melahirkan. Namun keputusan itu tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Suherni, 2009)

7) Latihan / Senam Nifas

Agar pemulihan organ-organ ibu cepat dan maksimal, hendaknya ibu melakukan senam nifas sejak awal (ibu yang menjalani persalinan normal). Berikut ini ada beberapa contoh gerakan yang dapat dilakukan saat senam nifas :

- a) Tidur telentang, tangan disamping badan. Tekuk salah satu kaki, kemudian gerakkan ke atas mendekati perut. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali secara bergantian untuk kaki kanan dan kiri. Setelah itu, rileks selama 10 hitungan.
- b) Berbaring telentang, tangan di atas perut, kedua kaki ditekuk. Kerutkan otot bokong dan perut bersamaan dengan mengangkat kepala, mata memandang ke perut selama 5 kali hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.
- c) Tidur telentang, tangan di samping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.
- d) Tidur telentang, tangan di samping badan. Angkat kaki kiri lurus keatas sambil menahan otot perut. Lakukan gerakan sebanyak 15 kali hitungan, bergantian dengan kaki kanan. Rileks selama 10 hitungan.

- e) Tidur telentang, letakan kedua tangan dibawah kepala, kemudian bangun tanpa mengubah posisi kedua kaki (kaki tetap lurus). Lakukan gerakan sebanyak 15 kali hitungan, kemudian rileks selama 10 hitungan sambil menarik nafas panjang lewat hidung, keluarkan lewat mulut.
- f) Posisi badan nungging, perut dan paha membentuk sudut 90 derajat. Gerakan perut keatas sambil otot perut dan anus dikerutkan sekuat mungkin, tahan selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali, kemudian rileks selama 10 hitungan (Suherni, 2009).

c. Perubahan Sistem Reproduksi Fisiologis Masa Nifas

Terjadi kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar. Hal ini menyebabkan iskemia pada lokasi perlekatan placenta sehingga jaringan perlekatan antara placenta dan dinding uterus mengalami nekrosis dan lepas.

Ukuran uterus mengecil kembali setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi sekitar umbilikus, setelah 2 minggu masuk panggul, setelah 4 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil (Suherni, Widyasih Hesti, 2009).

Involusi	Tinggi Fundus uterus	Berat Uteru
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu Minggu	Pertengahan pusat	500 gram

	sympisis	
Dua Minggu	Tak teraba diatas sympisis	350 gram
Enam Minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan Minggu	Sebesar normal	30 gram

Tabel.2.9

Involusi Uterus Mengenai tinggi fundus uterus

Sumber : (Suherni, Widyasih Hesti, 2009)

Segera setelah persalinan bekas implantasi placenta berupa luka kasar dan menonjol kedalam cavum uteri. Penonjolan tersebut diameternya kira-kira 7,5 cm. Disamping itu, dari cavum uteri keluar cairan sekret disebut lochia. Menurut (Walyani, 2015) beberapa jenis lochea yang terdapat pada wanita masa nifas :

1) Lochea Rubra/merah (Cruenta)

Lochea rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.

2) Lochea Sangiolenta

Lochea sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lender yang keluar pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

3) Lochea Serosa

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

4) Lochea Alba

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

d. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan	Penatalaksanaan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk jika perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap hangat dengan mencegah hipotermia g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk jam pertama kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Memantau tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kantung kemih dan pendarahan pervaginam b. Mengajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan pendarahan uterus dan bagaimana melakukan pemijatan jika uterus lembek dengan cara memijat atau memutar perut selama 15 kali. c. Menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI pada bayinya d. Meenjaga kehangatan pada bayi dengan cara selimuti Bayi e. Menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI pada bayinya f. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini g. Menganjurkan ibu untuk menempatkan bayinya di tempat tidur yang sama
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal b. Menilai adanya tanda-tanda demam c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Memantau tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kantung kemih dan pendarahan pervaginam b. Memantau keadaan ibu suhu tubuh c. Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayuran dan buah-buahan dan minuman sedikitnya 3 liter air setiap hari

Kunjungan	Waktu	Tujuan	Penatalaksanaan
		<p>baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda pan kenyulit</p> <p>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari</p>	<p>d. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, siang malam dengan lama menyusui 10-15 menit di setiap payudara</p> <p>e. Menganjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.</p> <p>f. Menganjurkan ibu untuk menjaga payudara tetap bersih dan kering. Terutama putting susu, Menganjurkan ibu untuk memakai BH yang menyongkong payudara</p> <p>g. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, siang dan malam hari dengan lama menyusui 10-15 menit di setiap payudaranya.</p> <p>h. Melakukan imunisasi BCG</p>
3	2minggu setelah persalinan	a. Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)	<p>a. Memantau tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kantung kemih dan pendarahan pervaginam</p> <p>b. Memantau keadaan ibu suhu tubuh</p> <p>c. Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayuran dan buah-buahan dan minuman sedikitnya 3 liter air setiap hari</p> <p>d. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, siang malam dengan lama menyusui 10-15 menit di setiap payudara</p> <p>e. Menganjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.</p> <p>f. Menganjurkan ibu untuk menjaga payudara tetap bersih dan kering. Terutama putting susu, Menganjurkan ibu untuk memakai BH yang menyongkong payudara</p> <p>g. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, siang dan malam hari dengan</p>

Kunjungan	Waktu	Tujuan	Penatalaksanaan
			lama menyusui 10-15 menit di setiap payudaranya. h. Melakukan imunisasi BCG
4	6minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini	a. Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus dan pengeluaran pervaginam b. Memberitahukan pada ibu bahwa aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap c. Mengajukan ibu dan suami untuk memakai alat kontrasepsi dan menjelaskan kelebihan, kekurangan, dan efek sampingnya.

Tabel 2.10 Kunjungan Nifas

Sumber : Depkes RI,2009

e. Putting Susu Terbenam

1) Pengertian

Putting susu terbenam adalah putting susu yang tidak dapat menonjol dan cenderung masuk kedalam, sehingga ASI tidak dapat keluar dengan lancar. Pada kasus seperti ini biasanya bayi kesulitan dan mungkin tidak mau untuk menyusui. Putting susu yang dimaksud diatas terbagi menjadi 2 yaitu :

a) Dimpled Putting

Yang terlihat menonjol sebagian namun masih dapat ditarik keluar meski tidak dapat bertahan lama.

b) Unilateral

Hanya satu sisi payudara yang memiliki putting yang tertarik kedalam putting yang tertarik kedalam dibagi menjadi 3 grade.

(1) Grade 1

Puting tertarik kedalam tapi mudah untuk ditarik dan dapat bertahan cukup baik tanpa perlu tarikan. Sayangnya, tekanan lembut di sekitar areola atau cubit lembut pada kulit dapat menyebabkan puting mundur kembali.

(2) Grade 2

Puting yang tertarik kedalam dan masih bisa ditarik keluar, namun tidak semudah grade 1. Setelah tarikan dilepas, puting akan mundur kembali.

(3) Grade3

Puting jenis ini posisinya sangat tertarik kedalam dan sulit untuk ditarik keluar apalagi mempertahankan posisinya. Yang paling sering adalah akibat pendeknya saluran ASI (duktuslaktiferus). Kelainan ini merupakan bawaan sejak lahir. Puting tertarik kedalam juga bisa terjadi setelah menyusui. Penyebabnya bisa karena kulit payudara di sekitar puting menjadi longgar sehingga membuat puting terlihat masuk kedalam.

2) Penyebab puting terbenam

- a) Adanya perlekatan yang menyebabkan saluran susu lebih pendek dari biasanya sehingga menarik puting susu kedalam.
- b) Kurangnya perawatan sejak dini pada payudara.
- c) Penyusun yang tertunda
- d) Penyusun yang jarang dan dalam waktu singkat.

- e) Pemberian minum selain ASI
 - f) Ibu terlalu lelah dan tidak mau menyusui.
- 3) Cara penanganan puting susu terbenam
- a) Saat memasuki usia kehamilan ke tujuh bulan, biasakan diri menarik puting susu dengan jari tangan sampai menonjol.
 - b) Adanya kemauan ibu untuk menyusui.
 - c) Pijat areola ketika mandi selama 2 menit.
 - d) Tarang puting susu dengan 4 jari dibawah dan ibu jari diatas ketika akan menyusui.
 - e) Gunakan bantuan dengan menggunakan pompa payudara untuk menarik payudara yang terbenam.
 - f) Beberapa cara yang dapat digunakan untuk merangsang puting keluar:
 - (1) Nipplet

Pam ini khas perlu di letakan di atas bagian puting dan tarik pam perlahan-lahan di ikuti urutan untuk melembutkan puting. Keadaan ini perlu di lakukan setiap pagi sebelum menyusukan bayi.
 - (2) Urutan

Mereka boleh merangsang kepada puting dengan memicit bagian areola setiap kali ketika mandi. Buat selam satu dua menit. Pada masa sama letakan kain lembab atau di sejukan dengan air untuk meningkatkan rangsangan. Keadaan ini boleh mengatasi masalah puting terbenam secara perlahan-lahan dan wanita tidak perlu lagi bergantung pada nipple.
 - (3) Pam payudara

Wanita juga boleh menggunakan pam payudara untuk merangsang penggumpalan terlalu banyak susu, malah memudahkan bayi menyusu.

(4) Breast shell

Ia juga di turut di kenali sebagai cawan susu, cawan payudara dan membentuk puting. Alat ini perlu di pakai bersama coli dan seawal trimester ketiga untuk beberapa jam dalam sehari. Sekitarnya anda selesai, anda boleh meningkatkan jumlah waktu penggunaannya. Selepas bayi lahir, pakai alat ini 30 menit sebelum menyusukan bayi. Namun jika sesekali memakainya di waktu malam.

(5) Teknik Hoffman

Letakkan ibu jari di atas puting. Tolak perlahan-lahan kedalam tisu payudara anda dan pada masa yang sama tarik ibu jari anda. Dengan itu, anda melakukan regangan keatas puting dan melonggarkannya. Jadi puting mudah bergerak kedalam dan keluar. Lakukan teknik ini sekurang-kurangnya lima kali sehari

(6) Nipple shield

Teknik ini adalah langkah terakhir yang boleh lakukan jika cara-cara lain tidak menjadi. Caranya ialah menjadikan nipple shield sebagai pengganti puting anda yang tenggelam itu. Untuk mengelakkan bayi yang menyusu menggunakan nipple shield, anda perlu mengalihkannya sebaik sahaja bayi melekap pada payudara anda.

(7) Trik dengan menggunakan spuit

Sederhana sekali alatnya yang digunakan, mana bisa menggunakan alat spuit yang di balik. Caranya potong bagian alat suntik tempat dimana biasanya jarum bisa di masukan. Lalu pindahkan alat penghisapnya kebagian yang di potong letakan ujung yang lain di puting, lalu gerakan alat penghisapnya (Ambarwati, 2008).

f. Akibat Anemia Pada Masa Nifas

- 1) Terjadi sub involusi uteri meliputi perdarahan post partum
- 2) Memudahkan infeksi puerperium
- 3) Pengeluaran ASI berkurang
- 4) Terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan
- 5) Anemia kala nifas
- 6) Mudah terjadi infeksi mammae

6. Konsep Dasar Neonatus

a. Definisi

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

b. Perawatan Neonatus menurut (Walyani, 2014) yaitu :

1) Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi

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

Biasanya kalkulasi kebutuhan cairan dan kalori tidak diperlukan pada bayi cukup bulan yang sehat, terutama untuk bayi yang mendapat ASI. Pengkajian mengenai apakah bayi mendapatkan kebutuhannya dengan cukup diperkirakan dengan seberapa baik bayi menoleransi volume susu, seberapa sering bayi minum susu, apakah haluan feses dan urinnya normal, apakah bayi menjadi tenang untuk tidur setelah minum susu dan bangun untuk minum susu berikutnya.

2) Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat

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

3) Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal

Jika diberi susu dengan tepat, bayi harus berkemih minimal enam kali dalam setiap 24 jam dengan urin yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. Penurunan haluaran urin atau aliran urin yang berkaitan dengan bayi yang letargi, menyusu dengan buruk, mengalami peningkatan ikterus atau muntah harus diperiksa karena infeksi saluran kemih dan abnormalitas kongenital pada saluran genitourinari biasa terjadi (Walyani,2014).

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

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

4) Meningkatkan Hubungan Interaksi antara Orangtua dan Bayi

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

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

c. Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Penatalaksanaan
Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi 2. Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5 Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup 3. Pemeriksaan fisik bayi 4. Dilakukan pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan c. Telinga : Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala d. Mata :. Tanda-tanda infeksi e. Hidung dan mulut : Bibir dan langitPeriksa adanya sumbing Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu f. Leher :Pembekakan,Gumpalan g. Dada : Bentuk,Puting,Bunyi nafas,, Bunyi jantung h. Bahu lengan dan tangan :Gerakan Normal, Jumlah Jari

Kunjungan	Penatalaksanaan
	<ul style="list-style-type: none"> i. System syaraf : Adanya reflek moro j. Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ? tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan k. Kelamin laki-laki : Testis berada dalam skrotum, Penis berlubang pada letak ujung lubang l. Kelamin perempuan :Vagina berlubang,Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor m. Tungkai dan kaki : Gerak normal, Tampak normal, Jumlah jari n. Punggung dan Anus: Pembekakan atau cekungan, Ada anus atau lubang o. Kulit : Verniks, Warna, Pembekakan atau bercak hitam, Tanda-Tanda lahir 5. Konseling : Jaga kehangatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya <ul style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu : Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat > 60 x/m atau menggunakan otot tambahan, Letargi –bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan,Warna kulit abnormal – kulit biru (sianosis) atau kuning, Suhu-terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermi), Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, Ganggguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan b. Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat ,Jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar Gunakan tempat yang hangat dan bersih c. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan 6. Memberikan Imunisasi HB-0
<p>Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
<p>Kunjungan Neonatal ke-3 (KN-3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan fisik 2. Menjaga kebersihan bayi

Kunjungan	Penatalaksanaan
dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.	3. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya Bayi baru lahir 4. Memberikan ASI (Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan. 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG 9. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

Tabel 2.11 Kunjungan Neonatus

Sumber : Depkes RI,2009

d. Tanda-tanda bahaya pada neonatus (Kemenkes RI, 2010)

Tanda bahaya pada neonatus yaitu bayi tidak mau menyusu, kejang, lemah, sesak nafas, merintih, pusar kemerahan, demam atau tubuh merasa dingin, mata bernanah banyak, kulit terlihat kuning.

e. Penurunan Berat Neonatus

Jangka waktu 1-2 minggu setelah lahir, bobot si kecil memang umumnya menyusut. Karena tubuh si kecil cukup banyak mengandung air sebagai "oleh-oleh" yang dia bawa dari dalam rahim. Jadi dalam rentang waktu 1-2 minggu tersebut, cairan itu sedikit demi sedikit keluar melalui urine. Otomatis bobot bayi jadi turun. (M. Sholeh Kosim 2010)

7. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan

kemandulan dan penjarangan kehamilan. Tujuan utama program KB adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi alam dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Saifuddin, 2010).

Tujuan program penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas adalah untuk membina kemandirian dan sekaligus meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, serta pemberdayaan dan ketahanan keluarga terutama yang diselenggarakan oleh industry masyarakat di daerah perkotaan dan pedesaan sehingga membudidaya dan melembaganya keluarga kecil berkualitas (Manuba Ida Ayu, 2012).

b. Klasifikasi metode kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: metode amenorhoe laktasi (MAL), couitus interruptus, metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan, dan simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010).

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi

terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Handayani,2010).

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2010). AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Leunorgestrel yaitu Progestasert(Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Leunorgestrel (Hartanto, 2002).

c. Macam-macam Alat Kontrasepsi

1) Kontrasepsi Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

a) Pengertian

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT-380A), dapat digunakan oleh semua perempuan usia reproduksi, haid menjadi lama dan lebih banyak, namun tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (IMS) (Affandi, 2012).

b) Jenis AKDR

(1) AKDR CuT-380A, kerangka dari palstik yang fleksibel, berbentuk huruf T, diselubungi kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

(2) AKDR Indonesia yaitu NOVA T

a) Cara Kerja IUD

(1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.

(2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.

(3) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi (Sukarni, 2013).

b) Efektifitas

IUD sangat efektif, keefektifitasannya 92-94% dan tidak perlu diingat setiap hari halnya pil. Tipe Nova T dan Copper T 200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun, Cu T 380A dapat untuk 8 tahun. Kegagalan rata-rata 0,8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian.

c) Indikasi

Prinsip pemasangan adalah menempatkan IUD setinggi mungkin dalam rongga rahim(cavum uteri). Saat pemasangan yang paling baik adalah pada waktu mulut rahim masih terbuka dan rahim dalam keadaan lunak. Misalnya 40 hari setelah bersalin dan pada akhir haid (Sukarni, 2013).

Yang boleh menggunakan IUD, adalah usia reproduktif, keadaan nulipara, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, resiko rendah dari IMS, tidak menghendaki metode hormonal, tidak menyukai

mengingat-ingat minum pil setiap hari, perokok, gemuk ataupun kurus.

f) Kontra Indikasi

- (1) Adanya perkiraan hamil.
- (2) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti perdarahan yang tidak normal, perdarahan di leher rahim, dan kanker rahim.
- (3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis)
- (4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic.
- (5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim.
- (6) Diketahui menderita TBC pelvic.
- (7) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Sukarni, 2013).

g) Kerugian

Setelah pemasangan, beberapa ibu mungkin mengeluh merasa nyeri dibagian perut dan perdarahan sedikit-sedikit (spotting). Ini bisa berjalan selama 3 bulan setelah pemasangan. Tapi tidak perlu khawatir, karena biasanya setelah itu keluhan akan hilang dengan sendirinya. Tetapi apabila setelah 3 bulan keluhan masih berlanjut, dianjurkan untuk memeriksakan ke dokter. Ibu harus segera ke klinik, jika :

- (1) Mengalami keterlambatan haid yang disertai tanda-tanda kehamilan : mual, pusing, muntah-muntah.
- (2) Terjadi perdarahan yang lebih banyak (lebih hebat) dari haid biasa.

(3) Terdapat tanda-tanda infeksi. Misalnya keputihan, suhu badan meningkat, menggigil, dsb. Sakit, misalny diperut, pada saat melakukan senggama.

h) Efek samping

Efek samping yang umum terjadi,perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit (Sukarni, 2013).

Komplikasi lain, ibu merasa sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar).

i) Waktu Pemasangan

(1) 2 – 4 hari setelah melahirkan.

(2) 40 hari setelah melahirkan.

(3) Setelah terjadinya keguguran.

(4) Hari ke 4 haid sampai hari ke 10 dihitung dari haid pertama.

Menggantikan metode KB lainnya (Sukarni, 2013).

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian/ Penelitian Studi Kasus

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

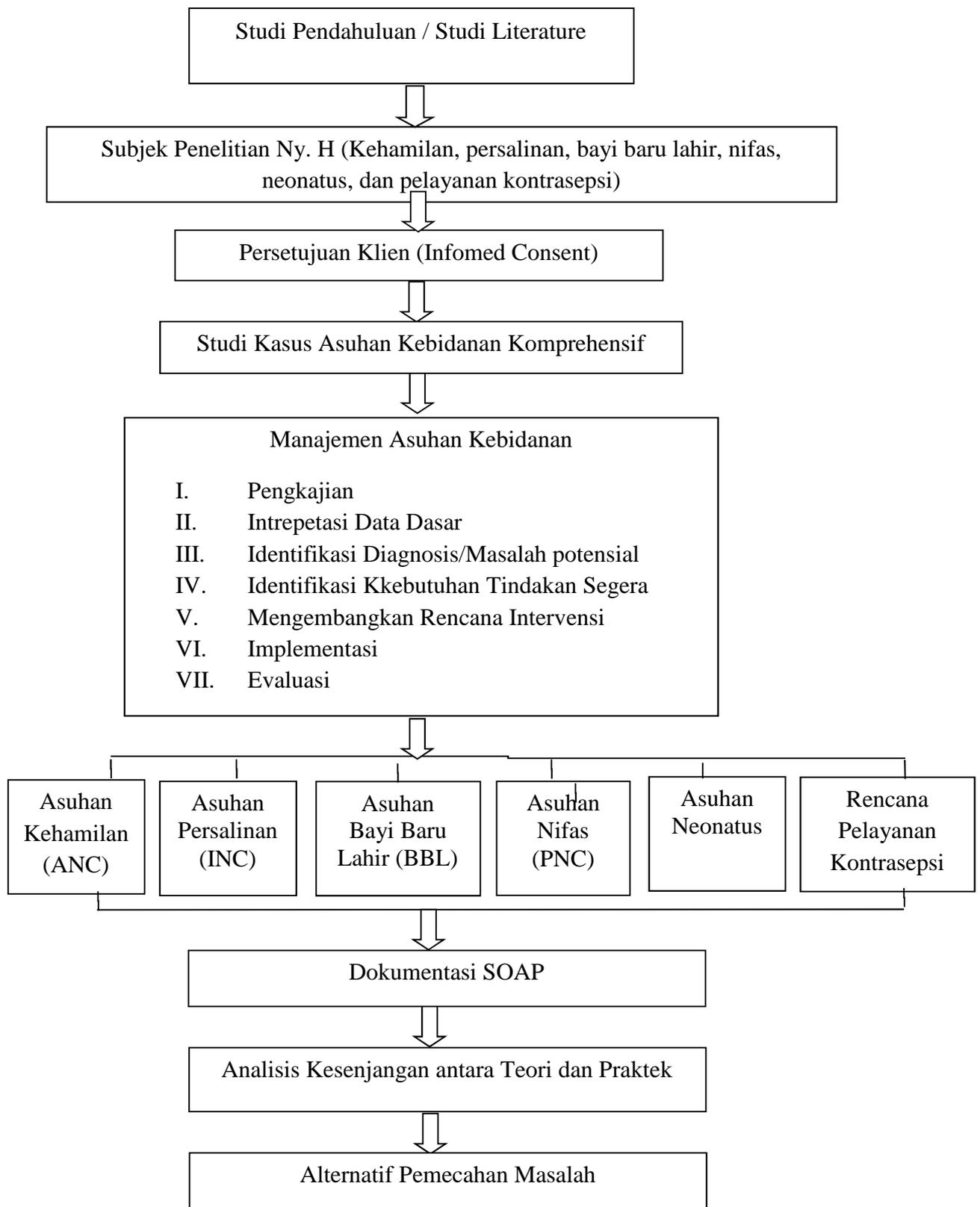
Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat deskripsi lengkap dari suatu fenomena yang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

Studi kasus atau *case study* pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

B. Kerangka Kerja Penelitian

Dalam kerangka kerja penelitian ini diuraikan dengan berfokus pada perempuan (woman centered care) secara berkelanjutan (Continuity of Care). Bidan memberikan asuhan komprehensif, mandiri dan bertanggung jawab terhadap asuhan yang berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan perempuan (ICM, 2005).

Kerangka kerja dalam penelitian ini diuraikan dalam bentuk skema di bawah ini:



Bagan 3.1 Krangka Kerja Penelitian

C. Subyek Penelitian

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi (Amirin,2009). Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau tanpa faktor risiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonats serta calon akseptor kontrasepsi.

Subjek penelitian adalah ibu hamil trimester III dengan usia kehamilan 36 minggu pada saat implementasi asuhan kebidanan, dengan atau tanpa faktor risiko menurut skor Puji Roechjati. Kelompok faktor risiko I merupakan kategori ada potensi gawat darurat obstetrik (APGO). Adapun ibu hamil yang termasuk dalam kelompok faktor risiko I/APGO antara lain:

1. Primigravida muda, terlalu muda, hamil pertama umur 16 tahun
2. Primigravida tua, dibagi menjadi 2, yaitu:
 - a. terlalu lambat hamil pertama, setelah menikah 4 tahun
 - b. terlalu tua hamil anak pertama, umur 35 tahun
3. Anak terkecil < 2 tahun, terlalu cepat punya anak lagi
4. Primigravida tua sekunder, terlalu lama punya anak lagi, anak terkecil usia 10 tahun
5. Grande multigravida, jumlah anak 4
6. Umur 35 tahun, terlalu tua untuk hamil
7. Terlalu pendek, tinggi badan 145 cm pada kehamilan pertama, kehamilan kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal, cukup bulan, hidup.

8. Riwayat obstetri jelek, pernah gagal kehamilan, hamil kedua, dengan riwayat kehamilan pertama gagal, atau kehamilan ketiga/lebih gagal 2 kali atau terakhir lahir mati.
9. Persalinan yang lalu dengan tindakan, bukan operasi Caesar, antara lain :
 - a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang atau vakum
 - b. Pernah melahirkan dengan uri dirogoh (manual plasenta)
 - c. Perdarahan postpartum diberikan infus
10. Bekas Operasi Caesar, pernah melahirkan bayi dengan operasi Caesar sebelum kehamilan ini. Pengumpulan data dilakukan selama proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif (continuity of care) berlangsung, dengan menggunakan cara wawancara maupun observasi.

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam LTA ini adalah ibu hamil G₂P₁₀₀₁ dengan usia kehamilan 33 minggu 1 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Pengumpulan dan Analisis Data

1. Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti dalam proposal ini sesuai metode yang digunakan dalam penelitian deskriptif, menurut (Arikunto, 2003) yaitu untuk mengumpulkan informasi mengenai status gejala, penelitian secara langsung pada objek penelitian untuk mendapatkan data yang diperlukan dengan mengadakan penelitian dilapangan (*field research*). Adapun teknik pengambilan datanya menurut (Arikunto, 2004:47)

a. Person

Yaitu sumber data berupa orang yang bisa memberikan data berupa jawaban lisan melalui wawancara ataupun pemeriksaan pada subjek yang diteliti. Dalam penelitian ini subjek penelitiannya adalah NY. H dengan teknik

1) Wawancara

Menurut Berger dalam Kriyantono (2008) 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.

a) Pemeriksaan fisik

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

b. Place

Yaitu sumber data berupa tempat atau sumber data yang menyajikan tampilan berupa keadaan diam dan bergerak meliputi lingkungan social dan lingkungan atau keadaan rumah yang dapat mempengaruhi keadaan ekonomi dari subjek penelitian.

1) Lingkungan social

Faktor yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin dan nifas adalah faktor lingkungan yaitu

pendidikan di samping faktor-faktor lainnya. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang mempengaruhi status kesehatan tersebut maka diharapkan masyarakat tidak melakukan kebiasaan/adat-istiadat yang merugikan kesehatan khususnya bagi ibu hamil, bersalin dan nifas.

a) Keadaan ekonomi

Hal ini sangat memengaruhi kehamilan ibu karena berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan ibu selama kehamilan antara lain makanan sehat, bahan persiapan kelahiran, obat-obatan, tenaga kesehatan dan transportasi/ sarana angkutan.

c. Paper

Yaitu berupa huruf, angka, symbol-simbol dan lain-lain. Dalam penelitian ini yang menjadi paper adalah buku KIA dan hasil USG.

1) Buku KIA

Adalah Buku kesehatan ibu dan anak yang berisi tentang catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin, dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi, dan anak balita) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak.

2) Hasil USG

USG atau ultrasonografi adalah pemeriksaan yang penting dilakukan saat hamil. Melalui USG, dokter dan ibu hamil dapat mengetahui kondisi janin dalam kandungan. Tidak hanya untuk melihat jenis kelamin bayi, tetapi juga bisa melihat pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan.

2. Analysis/Assessment

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjek dan objektif. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik, dan melakukan identifikasi masalah atau diagnose potensial dan mealakukan tindakan segera.

3. Planning/Perencanaan

Adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan memepertahankan kesejahtraannya.

4. Implementation/Implementasi

Adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien.

5. Evalution/evaluasi

Adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan focus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika criteria tujuan tidak tercapai proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternative sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

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 (2008) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah-langkah :

1. Respect for persons

Dalam penelitian ini Ny. H memiliki kebebasan untuk menentukan keikutsertaannya. Ny. H berhak menerima ataupun menolak ikut serta dalam studi kasus ini. Ny. H telah mendapatkan penjelasan mengenai asuhan yang akan diberikan secara komprehensif dan bersedia secara sadar dengan menandatangani lembar persetujuan untuk mengikuti penelitian ini.

2. Beneficence dan non maleficence

Tenaga kesehatan akan memberikan pengawasan kepada Ny. H dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan bahkan sampai bersalin, nifas serta KB. Penulis telah melakukan pengkajian, pemeriksaan sampai dengan dokumentasi unyuk meminimalkan terjadinya resiko, yaitu melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, memakai Alat Pelindung Diri (APD) untuk mencegah penularan infeksi seperti handscoon. Penulis juga memberikan dukungan emosional pada Ny. H agar lebih tenang.

3. Justice

Dalam penelitian ini Ny. H dapat mengetahui masalah yang dialami akan tetapi Ny. H akan mendapatkan pengawasan dari tenaga kesehatan sehingga dapat menimbulkan terjadinya bahaya resiko yang mungkin akan terjadi. Dalam penulisan penelitian ini, penulis mendapatkan data yang nyata tanpa di manipulasi. Semua data yang didapatkan berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan yang telah dilakukan.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I

Tanggal : 9 Maret 2017 Pukul : 12.00 WITA

Oleh : Andi Wahyuni

1. Data Subyektif

a. Identitas

Nama klien	:Ny.H	Nama suami	:Tn.T
Umur	:29Th	Umur	:28 Th
Suku	:Jawa	Suku	:Jawa
Agama	:Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	:Perguruan Tinggi	Pendidikan	:Perguruan Tinggi
Pekerjaan	:IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	:Jl. Satu gn. SMD RT 14 No20		

b. Anamnesa

Keluhan : Ibu mengatakan kadang pinggangnya sakit

Ibu mengatakan agak pusing karena tidur kurang

c. Riwayat obstetric dan ginekologi

1) Riwayat menstruasi

HPHT / TP :18-7-2016/25-4-2017

Umur kehamilan :33 mg 1 hari

Lamanya :7 hari
Banyaknya :3 kali ganti pembalut
Konsistensi :Cair,kadang bergumpal
Siklus :28 hari
Menarche :12 Th
Teratur / tidak :Teratur
Dismenorrhea :Tidak ada
Keluhan lain :Tidak ada

2) Flour albus

Banyaknya :Tidak ada
Warna :Tidak ada
Bau/gatal :Tidak ada

3) Tanda – tanda kehamilan

Test kehamilan :Ada
Tanggal :Tanggal lupa bulan Agustus tahun 2016
Hasil :Positif

Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu:Kehamilan 24 mg

Gerakan janin dalam 24 jam terakhir :>10kali

4) Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

Mioma uteri :Tidak Ada
Kista :Tidak ada
Mola hidatidosa :Tidak ada
PID :Tidak ada
Endometriosis :Tidak ada

KET :Tidak ada
Hydramnion :Tidak ada
Gemelli :Tidak ada
Lain – lain :Tidak ada

d. Riwayat kehamilan

G2 P1 A0

Kehamilan I : Tidak ada masalah

e. Riwayat imunisasi

Ibu mengatakan Imunisasi TT Lengkap.

- 1) Imunisasi I : Catin
- 2) Imunisasi II : 1 Bln setelah TT 1
- 3) Imunisasi III : Awal hamil (6 Bln setelah TT 2)
- 4) Imunisasi IV : 1 Th setelah TT 3
- 5) Imunisasi V :1 Th setelah TT 4

5) Riwayat kesehatan :

a) Riwayat penyakit yang pernah dialami

- (1) Penyakit jantung : Tidak ada
- (2) Hipertensi : Tidak ada
- (3) Hepar : Tidak ada
- (4) DM : Tidak ada
- (5) Anemia : Tidak ada
- (6) PSM/HIV/AIDS : Tidak ada
- (7) Campak : Tidak ada
- (8) Malaria : Tidak ada

- (9) TBC : Tidak ada
- (10) Gangguan Mental : Tidak ada
- (11) Operasi : Tidak ada
- (12) Hemorrhoid : Tidak ada
- (13) Lain-lain : Tidak ada

b) Alergi

Makanan :Kepiting,udang

Obat – obatan :Tidak ada

6) Keluhan selama hamil

- a. Rasa lelah : Tidak ada
- b. Mual dan muntah :3-4 bulan usia kehamilan
- c. Tidak nafsu makan : Tidak ada
- d. Sakit kepala/pusing : Tidak ada
- e. Penglihatan kabur : Tidak ada
- f. Nyeri perut : Tidak ada
- g. Nyeri waktu BAK : Tidak ada
- h. Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
- i. Perdarahan : Tidak ada
- j. Haemorrhoid : Tidak ada
- k. Nyeri pada tungkai : Tidak ada
- l. Oedema : Tidak ada
- m. Lain-lain : Tidak ada

7) Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	P B	Keadaan/ Usia
1	2006	Rs. Restu ibu	Aterm	-	SPT	Dokter	-	Laki-laki	3,1 Kg	?	Hidup/ usia 11 Th
2	Hamil Ini										

8) Riwayat menyusui

Anak I : Tidak Eksklusif Lamanya : <1Bln

Alasan : Putting Susu tenggelam

9) Riwayat KB

- a) Pernah ikut KB : Pernah
- b) Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan : Suntik 1 bln
- c) Lama pemakaian : 3Th
- d) Keluhan selama pemakaian : Tidak ada
- e) Tempat pelayanan KB : BPM
- f) Alasan ganti metode : Haid tidak lancar
- g) Ikut KB atas motivasi : Keluarga

10) Kebiasaan sehari – hari

- a) Merokok sebelum / selama hamil : Tidak ada
- b) Obat – obatan /jamu, sebelum / selama hamil : Tidak ada
- c) Alkohol : Tidak ada
- d) Makan / diet
Jenis makanan : Nasi.Sayur,Lauk pauk

Frekuensi :2-3x/hari
Porsi :Sedang ditambah
camilan
Pantangan :Udang,kepiting

e) Perubahan makan yang dialami : lebih sering dari pada sebelum hamil

f) Defekasi / miksi

(1) BAB

Frekuensi :1x/hari
Konsistensi :Padat
Warna :Kuning
Keluhan :Tidak ada

(2) BAK

Frekuensi :>5 kali/hari
Konsistensi :Cair
Warna :Kuning jernih
Keluhan : Tidak ada

g) Pola istirahat dan tidur

Siang :1,5jam (kadang-kadang)
Malam :6jam

h) Pola aktivitas sehari – hari

Di dalam rumah :Mengerjakan pekerjaan RT
Di luar rumah :Freelans (Asuransi)

i) Pola seksualitas

Frekuensi : 1x/minggu

Keluhan : Tidak ada

j) Personal Hygiene

Mandi berapa kali : 2x mandi/hari

Ganti baju berapa kali : 2x ganti baju/hari

Celana dalam berapa kali ganti : 3x (setiap sudah mulai dirasa tidak enak)

Ganti pembalut/ventiliner : Tidak memakai pembalut/ventiliner

11) Riwayat Psikososial, Kultur, Spritual

a) Psikososial

(1) Pernikahan

Status : Kawin

Yang ke : 2

Lamanya : 1 Th

Usia pertama kali menikah : 18 Th

(2) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : Sedang

(3) Respon ibu terhadap kehamilan : Senang

(4) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : Perempuan

(5) Persiapan persalinan

Rencana tempat bersalin : Rs. Pertamina

Persiapan ibu dan bayi : Jaminan kesehatan (dalam proses),
baju bayi, transportasi

Persiapan pendonor darah: Keluarga yang dengan golongan darah A

b) Sosial

(1) Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak :

Senang dan menerima

(2) Hubungan ibu dengan keluarga : Terjalin baik

(3) Respon keluarga terhadap kehamilan ibu : Senang

(4) Bahasa yang digunakan sehari-hari : Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa

c) Kultural

(1) Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak ada

(2) Pantangan selama kehamilan : Tidak ada

d) Spiritual

Keagamaan : Islam dan menjalankan sesuai dengan perintah agama seperti solat, berhijab, dll.

12) Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit jantung : Tidak Ada

Hipertensi : Tidak Ada

Hepar : Tidak Ada

DM : Tidak Ada

Anemia : Tidak Ada

PSM / HIV / AIDS : Tidak Ada

Campak : Tidak Ada

Malaria : Tidak Ada

TBC : Tidak Ada

Gangguan mental : Tidak Ada

Operasi : Tidak Ada

Bayi lahir kembar : Tidak Ada

Lain-lain : Tidak Ada

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum

Kesadaran : Composmentis

Ekspresi wajah : Tenang, santai

Keadaan emosional : Baik

(2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 100/70mmhg

Nadi : 80x/mnt

Suhu : 36,3⁰C

Pernapasan : 20x/mnt

(3) Antropometri

Berat badan

Sebelum hamil : 50 kg

Saat hamil : 68 kg

Kenaikan BB : 18 kg

IMT Sebelum Hamil : $(BB/(TB)^2) = (50/(1,58)^2) = 20$ (Normal)

Peningkatan BB yang disarankan 11,3-15,9 kg

Kenaikan BB : 18 kg (Kelebihan 2,1 kg dari peningkatan BB yang disarankan)

Penurunan : Tidak Ada

Tinggi badan : 158cm

Lila :26,5 cm

b. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

1) Kepala

Kulit kepala : Bersih, tidak ada lesi

Kontriksi rambut :Hitam

Distribusi rambut :Tebal

Lain – lain :Tidak Ada

2) Mata

Kelopak mata :Tidak oedema

Konjungtiva :Anemis

Sklera :Tidak ikterik

Lain – lain :Tidak Ada

3) Muka

Kloasma gravidarum :Tidak Ada

Oedema :Tidak Ada

Pucat / tidak :Tidak Pucat

Lain – lain :Tidak Ada

4) Mulut dan gigi

Gigi geligi :Lengkap

Mukosa mulut :Lembab

Caries dentis :Tidak Ada

Geraham :Lengkap

Lidah :Bersih

- | | |
|-------------|------------|
| Lain – lain | :Tidak Ada |
|-------------|------------|
- 5) Leher
- | | |
|-----------------------|------------------------|
| Tonsil | : Tidak Ada Peradangan |
| Faring | : Tidak Ada Peradangan |
| Vena jugularis | : Tidak Ada Pembesaran |
| Kelenjar tiroid | : Tidak Ada Pembesaran |
| Kelenjar getah bening | : Tidak Ada Pembesaran |
| Lain-lain | : Tidak Ada |
- 6) Dada
- | | |
|---------------|--------------------------|
| Bentuk mammae | :Simetris |
| Retraksi | :Tidak Ada |
| Puting susu | :Tenggelam |
| Areola | :Terjadi Hiperpigmentasi |
| Lain-lain | :Tidak Ada |
- 7) Punggung ibu
- | | |
|----------------|------------|
| Bentuk /posisi | :Lordosis |
| Lain-lain | :Tidak Ada |
- 8) Perut
- | | |
|---------------|------------------------|
| Bekas operasi | :Tidak Ada |
| Striae | :Tidak Ada |
| Pembesaran | :Sesuai usia kehamilan |
| Asites | :Tidak Ada |
| Lain-lain | :Tidak Ada |
- 9) Vagina

Varises	: Tidak Ada Varises
Pengeluaran	: Tidak Ada Pengeluaran Pervaginam
Oedema	: Tidak Ada Oedema
Perineum	: Tidak Ada
Luka parut	: Tidak Ada
Fistula	: Tidak Ada
Lain – lain	: Tidak Ada

10) Ekstremitas

Oedema Ekstermitas Atas Kanan	:Ada
Oedema Ekstermitas Atas Kiri	:Ada
Oedema Ekstermitas Bawah Kanan	:Ada
Oedema Ekstermitas Bawah Kiri	:Ada
Varises	:Tidak Ada
Lain – lain	:Tidak Ada

11) Kulit

Turgor	: Baik
Lain – lain	: Tidak Ada

Palpasi

1) Leher

Vena jugularis	:	Tidak	Teraba
----------------	---	-------	--------

Pembesaran

Kelenjar getah bening	:	Tidak	Teraba
-----------------------	---	-------	--------

Pembesaran

Kelenjar tiroid : Tidak Teraba

Pembesaran

Lain – lain : Tidak Ada

2) Dada

Mammae : Simetris

Massa : Tidak teraba massa

Konsistensi : Kenyal

Pengeluaran Colostrum : Ada pada payudara kanan dan kiri

Lain-lain : Tidak ada

3) Perut

L I = TFU $\frac{1}{2}$ pusat-px, bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak Melenting (bokong)

L II = Bagian perut ibu sebelah kiri teraba keras datar seperti papan (punggung), sebelah kanan teraba bagian kecil janin (ekstermitas).

L III = Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), belum masuk PAP

L IV = Konvergen

Mc. Donald : 29 cm

TBJ : $(TFU - 12/11) \times 155 = (29 - 12) \times 155 = 2.635$ gram

4) Genitalia

Oedema : Tidak ada oedema

Kelenjar Bartholintis : Tidak teraba pembesaran

5) Ekstremitas

Tangan Kanan : Oedema

Tangan Kiri : Oedema

Kaki Kanan : Oedema

Kaki Kiri : Oedema

Varices Kaki Kanan : Negatif

Varices Kaki Kiri : Negative

6) Kulit

Turgor : Baik kembali dalam waktu < 3 detik

Kapila Refil : Kembali dalam waktu < 3 detik

Pitting Oedem : Kembali dalam waktu > 3 detik

Lain – lain : Tidak ada

Auskultasi

1) Paru – paru

Wheezing : Tidak Terdengar

Ronchi : Tidak Terdengar

2) Jantung

Irama : Teratur

Frekuensi : 80x/menit

Intensitas : Kuat

Lain-lain : Tidak Ada

3) Perut

Bising usus ibu : 10x/menit

DJJ

- a) Punctum maksimum :1/3 kuadran kiri bawah
- b) Frekuensi :148x/mnt
- c) Irama :Teratur
- d) Intensitas :Kuat
- e) Lain – lain :Tidak Ada

Perkusi

- 1) Dada
 - Suara :Sonor/resonan-tympani
- 2) Perut :Pekak
- 3) Ekstremitas
 - Bisep Trisep Tangan Kanan :Positif
 - Bisep Trisep Tangan Kiri :Positif
 - Refleks patella Kaki Kanan :Positif
 - Refleks patella Kaki Kiri :Positif
 - Lain – lain :Tidak Ada

c. Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan dalam

- 1) Vulva / uretra :Tidak Dilakukan
- 2) Vagina :Tidak Dilakukan
- 3) Dinding vagina :Tidak Dilakukan
- 4) Porsio :Tidak Dilakukan
- 5) Pembukaan :Tidak Dilakukan
- 6) Ukuran serviks :Tidak Dilakukan

7) Posisi serviks :Tidak Dilakukan

8) Konsistensi :Tidak Dilakukan

Pelvimetri klinik

1) Promontorium :Tidak Dilakukan

2) Linea inominata : Tidak Dilakukan

3) Spina ischiadica : Tidak Dilakukan

4) Dinding samping : Tidak Dilakukan

5) Ujung sacrum : Tidak Dilakukan

6) Arcus pubis : Tidak Dilakukan

7) Adneksa : Tidak Dilakukan

8) Ukuran : Tidak Dilakukan

9) Posisi : Tidak Dilakukan

Ukuran panggul luar

1) Distansia spinarum : Tidak Dilakukan

2) Distansia kristarum : Tidak Dilakukan

3) Conjugata eksterna : Tidak Dilakukan

4) Lingkar panggul : Tidak Dilakukan

5) Kesan panggul : Tidak Dilakukan

d. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal :9-3-2017

1. Hb : 8,5gr/dl

2. Golongan darah : A

3. Urine Protein : (+-)

4. Urine Reduksin :Negatif (-)

5. USG : Ada (Pada bulan Desember 2016).

Hasil :Posisi kepala bayi dalam keadaan normal, letak plasenta normal dan air ketuban cukup.

6. X – Ray : Tidak dilakukan

7. Lain – lain : Tidak dilakukan

B. LANGKAH II (INTERPRESTASI DATA DASAR)

DIAGNOSA	DASAR
Ny.H G ₂ P ₁₀₀₁ Hamil 33 Minggu 1 Hari Janin Tunggal Hidup Intrauterine Presentasi Kepala	<p>S: Ibu mengatakan hamil anak ke 2 tidak pernah keguguran.</p> <p>Ibu mengatakan pinggang kadang sakit kepala pusing karena kurang tidur.</p> <p>Ibu mengatakan HPHT : 18-7-2016</p> <p>O: Ku = Baik Kesadaran= Composmentis</p> <p>TP= 25-4-2017</p> <p>TTV: TD= 110/70 mmHg Nadi= 80x/menit</p> <p>Pernafasan= 20x/menit Temp=36,3⁰c</p> <p>Antropometri: TB= 158 cm Lila= 26,5cm</p> <p>BB Sblm Hamil=50kg BB Sekarang= 68Kg</p> <p>IMT Sebelum Hamil:</p> <p>$(BB/(TB)^2)=(50/(1,58)^2)=20$(Normal) Peningkatan BB yang disarankan 11,3-15,9 kg</p> <p>Kenaikan BB : 18 kg (Kelebihan 2,1 kg dari peningkatan BB yang disarankan)</p> <p>Mata : Konjungtiva terlihat anemis</p> <p>Dada : Simetris, areola terjadi hiperpigmentasi, terlihat puting susu tenggelam, tidak teraba massa, pengeluaran ASI (+) kanan dan kiri</p> <p>Abdomen : L I = TFU ½ pusat-px (29cm), bagian fundus</p>

	<p>teraba bulat,lunak,tidak melenting</p> <p>L II = Bagian perut ibu sebelah kiri teraba keras datar seperti papan (punggung), sebelah kanan teraba bagian kecil janin.</p> <p>L III = Bagian terendah janin teraba bulat,keras, melenting (kepala), belum masuk PAP</p> <p>L IV = Konvergen</p> <p>TBJ : 2.635 gram</p> <p>DJJ (+) 148x/menit. Irama teratur, intensitas kuat</p> <p>Genitalia : Tidak ada oedema, tidak teraba pembesaran kelenjar bartholintis</p> <p>Ekstermitas : ada oedema di ekstermitas atas dan bawah, pitting oedem kembali >3detik</p> <p>Refleks Patella: Kaki kanan (+) Kaki Kiri (+)</p> <p>Bisep Trisep : Tangan Kanan (+) Tangan Kiri (+)</p> <p>Pemeriksaan Penunjang</p> <p>Hb = 8,5gr%</p> <p>Protein Urine = +- Glukosa Urine = -</p> <p>USG = Posisi kepala bayi dalam keadaan normal, letak plasenta normal dan air ketuban cukup</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MASALAH	DASAR
---------	-------

Anemia Sedang	<p>S :Ibu mengatakan kepala pusing karena kurang tidur.</p> <p>O : TTV TD= 110/70 mmHg Nadi= 80x/menit</p> <p>Pernafasan= 20x/menit Temp=36,3^oc</p> <p>Mata : Konjugtiva terlihat anemis</p> <p>Hb: 8,5gr%</p>
Kenaikan berat badan yang berlebih	<p>S: Tidak ada keluhan</p> <p>O : TB= 158 cm</p> <p>Lila= 26,5cm</p> <p>BB Sblm Hamil=50kg BB Sekarang= 68Kg</p> <p>IMT Sebelum Hamil:</p> <p>$(BB/(TB)^2) = (50/(1,58)^2) = 20$ (Normal) Peningkatan BB yang disarankan 11,3-15,9 kg</p> <p>Kenaikan BB : 18 kg (Kelebihan 2,1 kg dari peningkatan BB yang disarankan)</p>
Puting Susu Tenggelum	<p>S: Ibu mengatakan puting susu tenggelam</p> <p>O: Payudara terlihat simetris,ada hiperpigmentasi, puting susu tenggelam, pengeluaran ASI (+) kanan dan kiri.</p>
Riwayat ASI tidak eksklusif	<p>S: Ibu mengatakan anak pertama menyusui <1bln</p>

C. LANGKAH III (MENGIDENTIFIKASI DIAGNOSA ATAU MASALAH POTENSIAL)

Diagnosa Potensial : Anemia Berat, Hemoragik Antepartum

Masalah Potensial : Pada Ibu : Susah untuk menyusui bayinya

Pada Bayi: Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal, Cacat bawaan,Tidak mendapatkan ASI eksklusif

D. LANGKAH IV (MENETAPKAN KEBUTUHAN TERHADAP TINDAKAN SEGERA)

KIE : Dampak Hb kurang

Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Pentingnya tablet Fe pada kehamilan

E. LANGKAH V (MENYUSUN RENCANA ASUHAN YANG MENYELURUH)

1. Beritahu ibu tentang semua hasil pemeriksaan.
2. Berikan KIE tentang dampak Hb kurang, kebutuhan nutrisi ibu hamil, pentingnya tablet Fe pada kehamilan, perawatan payudara.
3. Konseling tentang kunjungan pemeriksaan ulang kehamilan

F. LANGKAH VI (PELAKSANAAN LANGSUNG ASUHAN/ IMPLEMENTASI)

1. Memberitahu ibu tentang semua hasil pemeriksaan.

Dari hasil pemeriksaan di dapatkan bahwa keadaan ibu dengan TD=110/70 mmHg, Nadi= 80x/menit, Pernafasan= 20x/menit, Temp= 36,3⁰c. Posisi bayi juga normal bagian teratas teraba bokong, bagian kanan teraba ekstermitas, bagian kiri teraba punggung, bagian bawah teraba kepala, dan belum masuk di PAP. Tetapi, ditemukan masalah pada kenaikan berat badan ibu yang berlebih dari batas kenaikan berat badan yang di anjurkan yaitu kelebihan 2 Kg. Serta pada bagian payudara di dapatkan masalah puting susu tenggelam dan pada pemeriksaan darah kadar Hb ibu 8,5gr/dl yang termasuk anemia sedang.

2. Memberikan KIE tentang

- a. Dampak Hb kurang

Dampak dari Hb kurang pada ibu hamil ialah bisa terjadi perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, serta pada saat bersalin dapat mengakibatkan janin lahir dengan anemia.

b. Pentingnya tablet Fe pada kehamilan

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil terutama pada trimester II, karena pada trimester ini memiliki kemampuan perkembangan yang semakin pesat yaitu terjadi perkembangan tumbuh kembang organ janin yang sangat penting. Pemberian tablet zat besi dimulai setelah rasa mual dan muntah hilang, satu tablet sehari selama minimal 90 hari yang bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan.

c. Kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi pada ibu hamil sangat menentukan status kesehatan ibu dan janinnya. Hal yang harus diperhatikan ibu hamil yaitu makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu seimbang, mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung

d. Perawatan payudara

Saat memasuki usia kehamilan ke tujuh bulan, biasakan untuk menarik puting susu dengan jari tangan sampai menonjol, adanya kemauan ibu untuk menyusui, pijat areola ketika mandi selama 2 menit, tarik puting susu dengan 4 jari dibawah dan ibu jari diatas ketika akan menyusui, gunakan bantuan dengan menggunakan pompa payudara untuk menarik payudara yang terbenam

3. Konseling tentang kunjungan pemeriksaan ulang kehamilan

Beritahu ibu untuk melakukan pemeriksaan ulang 1 minggu lagi (16 Maret 2017) di Puskesmas atau bidan praktik.

G. LANGKAH VII (EVALUASI)

Tanggal : 9 Maret 2017

Pukul : 12.00 Wita

1. Klien mengerti / mengetahui hasil pemeriksaan.
2. Klien mengerti dampak dari Hb rendah
3. Klien mengatakan akan makan makanan bergizi.
4. Klien mengatakan akan minum tablet zat besi.
5. Klien mengatakan akan melakukan perawatan payudara
6. Klien mengatakan akan melakukan kunjungan ulang.

Dokumentasi Kebidanan

S : Ibu mengatakan hamil anak ke 2 tidak pernah keguguran.

Ibu mengatakan pinggang kadang sakit dan kepala pusing karena kurang tidur.

Ibu mengatakan HPHT : 18-7-2016

O : Ku = Baik Kesadaran= Composmentis

TP= 25-4-2017

TTV : TD= 110/70 mmHg Nadi= 80x/menit

Pernafasan= 20x/menit Temp=36,3⁰c

Antropometri: TB= 158 cm Lila= 26,5cm

BB Sblm Hamil=50kg BB Sekarang= 68Kg

IMT Sebelum Hamil:

$(BB/(TB)^2) = (50/(1,58)^2) = 20$ (Normal) Peningkatan BB yang disarankan
11,3-15,9 kg.

Kenaikan BB : 18 kg (Kelebihan 2,1 kg dari peningkatan BB yang
disarankan)

Mata : Konjungtiva terlihat anemis

Dada : Simetris, areola terjadi hiperpigmentasi, terlihat puting susu
tenggelam, tidak teraba massa,konsistensi puting susu kenyal, pengeluaran
ASI (+) kanan dan kiri.

Abdomen :L I = TFU $\frac{1}{2}$ pusat-px (29cm), bagian fundus teraba
bulat,lunak,tidak melenting

L II = Bagian perut ibu sebelah kiri teraba keras datar seperti papan
(punggung), sebelah kanan teraba bagian kecil janin.

L III = Bagian terendah janin teraba bulat,keras, melenting (kepala), belum
masuk PAP

L IV = Konvergen

TBJ : $(mD-12/11) \times 155 = (29-12) \times 155 = 2.635$ gram

DJJ (+) 148x/menit. Irama teratur, intensitas kuat

Genitalia: Tidak ada oedema, tidak teraba pembesaran kelenjar bartholintis

Ekstermitas : Ada oedema di ekstermitas atas dan bawah

Refleks Patella: Kaki kanan (+) Tangan Kanan(+)

Kaki Kiri (+) Tangan Kiri (+)

Pemeriksaan Penunjang

Hb = 8,5gr%

Protein Urine = +-

Glukosa Urine = -

A : Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ usia kehamilan 33minggu 1 hari Janin tunggal
hidup intaruterine presentasi Kepala.

Masalah : Anemia Sedang, Kenaikan berat badan yang berlebih, Putting
Susu Tenggelam, Riwayat ASI tidak eksklusif.

Diagnosa Potensial : Anemia Berat.

Masalah Potensial :

Pada Ibu :Susah untuk menyusui bayinya

Pada Bayi: Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal,

Cacat bawaan, Tidak mendapatkan ASI eksklusif

Tindakan Segera :

1. Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang dampak yang dapat ditimbulkan dengan Hb kurang.
2. Memberikan KIE tentang kebutuhan nutrisi ibu hamil
3. Memberikan KIE tentang pentingnya tablet Fe pada kehamilan

P :

1. Memberitahu ibu tentang semua hasil pemeriksaan.

Dari hasil pemeriksaan di dapatkan bahwa keadaan ibu dengan TD=110/70 mmHg, Nadi= 80x/menit, Pernafasan= 20x/menit, Temp= 36,3⁰c. Posisi bayi juga normal bagian teratas teraba bokong, bagian kanan teraba ekstermitas, bagian kiri teraba punggung, bagian bawah teraba kepala, dan belum masuk di PAP. Tetapi, ditemukan masalah pada kenaikan berat badan ibu yang berlebih dari batas kenaikan berat badan yang di anjurkan yaitu kelebihan 2 Kg. Serta pada bagian payudara di dapatkan masalah puting susu tenggelam dan pada pemeriksaan darah kadar Hb ibu 8,5gr/dl yang termasuk anemia ringan; Klien mengerti / mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Memberikan KIE tentang

- a. Dampak Hb kurang

Dampak dari Hb kurang pada ibu hamil ialah bisa terjadi perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, serta pada saat bersalin dapat mengakibatkan janin lahir dengan anemia; Klien mengerti dampak dari Hb rendah.

- b. Pentingnya tablet Fe pada kehamilan

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil terutama pada trimester II, karena pada trimester ini memiliki kemampuan perkembangan yang semakin pesat yaitu terjadi perkembangan tumbuh kembang organ janin yang sangat penting. Pemberian tablet zat besi dimulai setelah rasa mual dan muntah hilang, satu tablet sehari selama minimal 90 hari yang bertujuan untuk

mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan; Klien mengatakan akan minum tablet zat besi.

c. Kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi pada ibu hamil sangat menentukan status kesehatan ibu dan janinnya. Hal yang harus diperhatikan ibu hamil yaitu makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu seimbang, mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung; Klien mengatakan akan makan makanan bergizi.

d. Perawatan payudara

Saat memasuki usia kehamilan ke tujuh bulan, biasakan untuk menarik puting susu dengan jari tangan sampai menonjol, adanya kemauan ibu untuk menyusui, pijat areola ketika mandi selama 2 menit, tarik puting susu dengan 4 jari dibawah dan ibu jari diatas ketika akan menyusui, gunakan bantuan dengan menggunakan pompa payudara untuk menarik payudara yang terbenam ; Klien mengatakan akan melakukan perawatan payudara.

3. Konseling tentang kunjungan pemeriksaan ulang kehamilan

Beritahu ibu untuk melakukan pemeriksaan ulang 1 minggu lagi (16 Maret 2017) di Puskesmas atau bidan praktik; Klien mengatakan akan melakukan kunjungan ulang.

Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/waktu pengkajian : 16 April 2017/16.00 WITA

Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni / Susarmi,S.ST

Tempat : Rumah Ny.H

S :Ibu mengatakan merasa kencang-kencang dan nyeri pada bagian punggung bawah.

Ibu mengatakan kaki masih bengkak tetapi pada saat pagi setelah bangun tidur kaki tidak bengkak.

Pola Fungsional :

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat ± 1 jam siang dan ± 7 jam malam
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari nasi,sayur,lauk pauk,susu,air putih. Diselingi dengan snack (ciki-ciki)
Mobilisasi	Ibu melakukan pekerjaan rumah tangga
Eliminasi	Ibu BAK >5x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1x

O :

KU : Baik Kesadaran : Compos Menttis

TTV= TD: 110/80 mmHg N:82 x/i T: 36,8°C R: 21 x/i

BB : 69 kg Hb: 12,2 gr/dl

Lila=27cm

Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat

Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan penglihatan baik tidak kabur.

Dada : Simetris, areola terjadi hiperpigmentasi, puting susu menonjol, tidak teraba massa, konsistensi puting susu kenyal, pengeluaran ASI (+) kanan dan kiri.

Abdomen

TFU : Mc donal : 32 cm

Leopold I :TFU 1 jari dibawah prosesus, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).

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

Leopold III :Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan ,melenting. Bagian ini sudah susah untuk digoyangkan (telah masuk PAP).

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk panggul (divergen)

DJJ : (+)138 x/menit, irama teratur, intenditas kuat

TBJ : $32-11 = 21 \times 155 = 3255$ gram

Ekstermitas :Ada oedema di ekstermitas atas dan bawah

A : Diagnosa : G₂P₁₀₀₁ Usia Kehamilan 38 minggu 6 hari Janin Tunggal Hidup Intrauterin Presentasi Kepala

Masalah :Nyeri punggung bawah

Diagnosa Potensial :Tidak Ada

Masalah Potensial :Tidak Ada

Tindakan Segera : KIE posisi tidur

P :Tanggal : 16 April 2017

Jam	Pelaksanaan	Paraf
16.20 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 9 bulan 2 minggu; ibu mengetahui kondisinya saat	

	ini.	
16.25 WITA	Memberikn penjelasan bahwa sakit pinggang belakang yang sekarang Ibu alami merupakan hal yang alamiah akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dengan postur tubuhnya. Dan menjelaskan bahwa bengkak pada kaki yang dialami merupakan hal yang alamiah akibat penekanan pembesaran uterus pada pembuluh vena mengakibatkan darah balik dari bagian bawah tubuh terhambat, sehingga menyebabkan kaki dan tungkai bawah menjadi edema. : ibu mengerti apa yang dijelaskan	
16.35 WITA	Menganjurkan Ibu untuk menggunakan kasur yang menyokong atau menggunakan bantal dibawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan, serta menganjurkan ibu untuk saat duduk dan istirahat meninggikan kakinya agar peredaran darah lancar : ibu mau melaksanakannya	
16.45 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai cara perawatan payudara; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
17.00 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 21 April 2017; ibu mengerti mengenai kunjungan ulang	

Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/waktu pengkajian : 21 April 2017/13.00 WITA

Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni/ Sonya Yulia S.S,Pd.,M.Kes

Tempat : Rumah Ny.H

S :

Ibu mengatakan merasa kencang-kencang dan nyeri pada bagian pinggang bawah.

Pola Fungsional :

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat \pm 1 jam siang dan \pm 7 jam malam
Nutrisi	Ibu makan 3x sehari di tambah susu dan snack
Mobilisasi	Ibu melakukan pekerjaan rumah tangga

Eliminasi	Ibu BAK >5x/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan . BAB 1x/hari
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------

O :

KU : Baik Kesadaran : Compos Menttis

TTV= TD: 120/90 mmHg N:84 x/i T: 36,7°C R: 20 x/i

BB : 70 kg Lila= 28cm Hb= 13,1gr/dl

Dada :Simetris, areola terjadi hiperpigmentasi, putting susu menonjol, tidak teraba massa, konsistensi putting susu kenyal, pengeluaran ASI (+) kanan dan kiri.

Abdomen

TFU :Mc donal : 33 cm

Leopold I :TFU 2 jari dibawah prosesus ,pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).

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

Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan ,melenting. Bagian ini sudah susah untuk digoyangkan (kepala).

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk panggul (divergen)

DJJ : (+)148 x/menit,irama teratur, intensitas kuat

TBJ : 33-11 = 22 x 155= 3.410 gram

Ekstermitas : Ada oedema di ekstermitas atas dan bawah

A : Diagnosa :G₂P₁₀₀₁ Usia Kehamilan 39 minggu 4 hari Janin

Tunggal Hidup Intrauterin Presentasi Kepala

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial :Tidak Ada

Masalah Potensial :Tidak Ada

Tindakan Segera :Tidak Ada

P :

Tanggal : 21 April 2017

Jam	Pelaksanaan	Paraf
13.00 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 9 bulan 3 minggu; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
13.10 WITA	Memberikan ibu support mental : ibu merasa lebih nyaman. Mengkaji kembali keluhan sebelumnya apakah sudah teratasi atau belum ; ibu mengatakan sakit pinggang belakangnya masih terasa hanya saja tidak sakit seperti yang sebelumnya.	
13.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai tanda-tanda persalinan : terjadinya his, pengeluaran lender darah dan pengeluaran cairan ; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
13.30 WITA	Melakukan KIE persiapan yang harus dibawa jika nanti ke RS meliputi foto copy BPJS, buku KIA, kartu keluarga fotocopy, serta fotocopy KTP suami istri serta perlengkapan Ibu dan bayi.	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intra Natal Care

Persalinan Kala I fase aktif

Tanggal/waktu pengkajian : 18 Mei 2017/ Pukul 23.10 WITA

Nama Pengkaji : Andi Wahyuni

Tempat : RSIA ASIH Balikpapan

S :

Ibu mengatakan mulai merasakan perut kencang-kencang sejak pukul 18.30 WITA. Tetapi,ibu belum mau memeriksakan keadaannya ke bidan karena ibu merasa sakitnya masih hilang timbul. Selain, itu ibu mengatakan ada pengeluaran cairan berupa lendir darah pukul 22.55 WITA maka keluarga segera membawa ibu ke RSIA ASIH Balikpapan pada pukul 23.10 WITA untuk menjalani pemeriksaan dan proses persalinan.

Pola fungsional:

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur 1 jam siang dan 7 jam malam
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu melakukan pekerjaan rumah tangga
Eliminasi	BAK >5kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.

O :

KU : Baik Kesadaran : Composmentis TTV: TD= 150/90 mmHg

suhu =36,6°C Nadi =80 x/menit pernafasan = 20 x/menit.

Abdomen : Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea alba; Tinggi fundus uteri 32 cm. Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan punggung ibu dan pada sebelah kiri teraba bagian kecil janin (punggung kanan), Leopold III pada segmen bawah rahim teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian ini tidak dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen); konsistensi keras; dan kandung kemih kosong; TBJ : (32-11) x 155 =

3255gram, kontraksi uterus : frekuensi : 3 x 10', durasi : 30-35 detik, Intensitas : sedang, penurunan kepala : 4/5. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 138 x/menit.

Genetalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina, ada pengeluaran cairan lendir bercampur darah, tidak tampak luka parut.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan tampak odema pada ekstermitas bawah.

Pemeriksaan Dalam (Data Berdasarkan Ruang VK RSIA ASIH)

Pukul : 23.10 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tidak ada luka parut pada vagina, portio tipis lunak, effacement 50%, pembukaan 5 cm, ketuban (+), presentasi belakang kepala, hodge 1+, tali pusat tidak teraba.

A :

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 39 minggu janin tunggal hidup intrauterine inpartu kala I fase aktif dengan Preeklamsia ringan

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Preeklamsia berat

Masalah Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : Kolaborasi dr.Obgyn

P :

Tanggal 18 Mei 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
23.20 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital pada TD tinggi, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 5 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
23.22 WITA	Memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan; Ibu merasa tenang dan ibu akan melakukan anjuran yang diberikan.	
23.25 WITA	Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti teknik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
23.27 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu meminum teh hangat yang telah disediakan.	
23.30 WITA	Melakukan advice dr.Dewa Ayu Sp.OG. Memasang infus RL 20 TPM, memberikan obat oral dopamet 250mg	
23.33 WITA	Melakukakn informed concent kepada Ny R dan keluarga hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah Ny R tinggi dan terdapat edema pada kaki yang dikhawatirkan dapat mengakibatkan eklamsia dan terjadi kejang pada ibu. Setelah di konsulkan dengan dokter obgyn, dokter menganjurkan untuk dilakukan pemasangan infus dan pemberian obat secara oral. Ny R dan keluarga setuju dengan tindakan yang akan di lakukan	
23.34	Infus RL 20 TPM telah terpasang pada tangan kiri dan obat dopamet 250mg telah diminum.	
23.35 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2buah, gunting tali pusat 1buah, gunting episiotomi 1	

	buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.	
23.40 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan gurita) dan pakaian bayi (lampir, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	
23.42 WITA	Memantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf); Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.	
23.45 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan mengejan saat ada HIS, tangan memegang mata kaki dan tarik kearah badan ibu, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.	
03.55 WITA	Ketuban pecah spontan warna jernih, bau khas ketuban, banyaknya $\pm 100\text{cc}$	
04.00 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effecement 100%, pembukaan 10cm, ketuban (-) , tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah jani, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III(+). DJJ : 150 x/mnt Observasi His Intensitas: kuat Frekuensi : “4x dalam 10 mnt” Durasi : 40-45 detik Interval : ± 1 menit	

Persalinan Kala II

Pukul: 04.00 WITA

S :

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

O :

KU: Sedang Kesadaran: Composmentis TTV: TD=120/80mmHg

Suhu=36,7°C Nadi= 84 x/menit Pernafasan= 21 x/menit.

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 150 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kanan bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 4 x 10' dengan durasi : "40-45" detik dan intensitas : kuat.

Genetalia :

Tanggal : 19 Mei 2017

Jam: 04.00 WITA

Perineum tampak menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah. Jam 04.00 WITA.

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

Pemeriksaan Dalam Pukul 04.00 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effecement 100%, pembukaan 10cm, ketuban (-) , tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah jani, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III(+).

A :

Diagnosis : G₃ P₂₀₀₂ inpartu kala II persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 19 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
04.00 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi kakaknya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan kakak mendampingi ibu selama bersalin.	
04.01 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
04.01 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
04.01 WITA	Menganjurkan kepada ibu untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	
04.01 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
04.01 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
04.01 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	

04.01 WITA	.Melindungi perineum dengan duk steril ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	
04.02 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar	
04.02 WITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 04.02 WITA.	
04.02 WITA	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil Meringkakan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering; Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 9/10 , jenis kelamin perempuan, air ketuban jernih	

Persalinan Kala III

Pukul: 04.02

S :

Ibu merasakan mules pada perutnya

O :

KU:Sedang Kesadaran: Composmentis.

Abdomen : TFU : 1 Jari bawah pusat, UC: keras

Kandung Kemih : Kosong

Genitalia : Terdapat semburan darah secara tiba-tiba, tali pusat memanjang.

Bayi lahir spontan segera menangis pukul 04.02WITA, JK : Perempuan,

A/S: 9/10

A :

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ inpartu kala III persalinan normal

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 19 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
04.03 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
04.03 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
04.03 WITA	Menyuntikkan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
04.04 WITA	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
04.04	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan	

WITA	menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
04.05 WITA	Meletakkan bayi dengan posisi terlentang dibawah lampu pemanas, pertahankan selimut yang melingkupi tubuh bayi. Memposisikan kepala dan leher bayi dengan posisi setengah ekstensi dengan mengganjal bahu bayi dengan lipatan kain untuk membuka jalan nafas. Melakukan pengisapan lendir menggunakan kanul suction, pada mulut terlebih dahulu < 5 cm lalu pada hidung < 3 cm. Mengeringkan tubuh bayi dan melakukan rangsang traktil dengan memberikan sedikit tekanan mulai darimuka, kepala keseluruh tubuh. Menggunakan telapak tangan untuk menggosok punggung, perut, dada.	
04.05 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	
04.05 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
04.06 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	
04.07 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
04.10 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 15.18 WITA.	
04.10 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	
04.11 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap,; Kotiledon lengkap, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada centralis pada plasenta, berat plasenta ±500gr, panjang tali	

	pusat ± 50 cm, tebal plasenta ± 2,5 cm, lebar plasenta ± 16 cm.	
--	-----------------------------------------------------------------	--

Persalinan Kala IV

Pukul: 04.10

S :

Ibu merasa senang atas kelahiran bayinya dan ibu merasakan perutnya terasa mules

O :

KU: Baik Kesadaran: Composmentis TTV: TD=120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,7 °C.

Payudara : Puting susu ibu menonjol, tampak pengeluaran ASI (+), dan konsistensi payudara tegang berisi.

Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu setinggi 2 jari bawah pusat, UC= keras, dan kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 04.10 WITA.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Kala IV Persalinan Normal

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 18 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
04.12 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat ruptur derajat II pada perinium ibu.	
04.13 WITA	Menyiapkan alat hecting set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.	
04.13 WITA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perinium, memasukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka. Melakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Menyuntikkan cairan lidokain 1% secukupnya sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perinium. Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik, anastesi daerah bagian dalam robekan dengan alur suntikan anastesi akan berbentuk seperti kipas : tepi perinium, dalam luka, tepi mukosa vagina. Menunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.	
04.15 WITA	Melakukan tindakan penjahitan luka. Melakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan. Meraba dengan ujung jari anda seluruh daerah luka. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, pasang tampon atau kassa ke dalam vagina (sebaiknya menggunakan tampon bertali). Menempatkan jarum jahit pada pemegang jarum, kemudian kunci pemegang jarum. Pasang benang jahit pada mata jarum. Lihat dengan jelas batas luka episiotomi. Peganglah pemegang jarum dengan tangan lainnya. Menggunakan pemegang jarum (pinset) untuk menarik jarum melalui jaringan. Mengikat jahitan pertama dengan simpul mati. Memotong ujung benang yang bebas (ujung benang tanpa jarum) hingga tersisa kira-kira 1 cm. Menjahit mukosa vagina dengan menggunakan jahitan jelujur hingga tepat di belakang lingkaran himen. Jarum kemudian akan menembus mukosa vagina, sampai kebelakang lingkaran himen, dan tarik keluar pada luka perineum. Memperhatikan seberapa dekatnya jarum ke puncak lukanya. Menggunakan teknik jahitan	

	<p> jelujur saat menjahit lapisan ototnya. Melihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya, menjahit otot ke otot. Merasakan dasar dari luka, ketika sudah mencapai ujung luka, pastikan jahitan telah menutup lapisan otot yang dalam. Setelah mencapai ujung luka yang paling akhir dari luka, putar arah jarum dan mulai menjahit ke arah vagina untuk menutup jaringan subcuticuler. Mencari lapisan subcuticuler umumnya lembut dan memiliki warna yang sama dengan mukosa vagina lalu membuat jahitan lapis kedua. Memperhatikan sudut jarumnya. Jahitan lapis kedua ini akan meninggalkan lebar luka kira-kira 0.5 cm terbuka. Luka ini akan menutup sendiri pada waktu proses penyembuhan berlangsung. Memindahkan jahitannya dari bagian luka perineal kembali ke vagina di belakang cincin himen untuk diamankan, mengikat dan memotong benang. Mengikat jahitan dengan simpul mati. Memotong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1 cm. Memasukkan jari anda ke dalam rektum. Merabalah puncak dinding rektum untuk mengetahui apakah ada jahitan. Memeriksa ulang kembali untuk memastikan bahwa tidak meninggalkan apapun seperti kassa, tampon, instrumen di dalam vagina ibu. Membersihkan alat kelamin ibu. Memberikan petunjuk kepada ibu mengenai cara pembersihan daerah perineum dengan sabun dan air 3 sampai 4 kali setiap hari. Memberitahu ibu agar menjaga perineumnya tetap kering dan bersih. Memberitahu ibu agar memperhatikan luka jahitannya jika ada bintik merah, nanah atau jahitan yang lepas atau terbuka, atau pembengkakan segera menghubungi petugas kesehatan; Telah dilakukan penjahitan perineum, ibu mengerti dan bersedia melaksanakan saran bidan. </p>	
04.20 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 250cc.	
04.21 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
04.23 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
03.25 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36,°C , TFU 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba	

	kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
04.26 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah di sediakan	
03.40 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 80x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
03.55 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 80x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC:keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
04.10 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
04.40 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 5 cc. (data terlampir pada partograf)	
05.10 WITA	Melengkapi Partograf	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 19 Mai 2017 /Pukul 04:02 WITA

Tempat : RSIA. ASIH Balikpapan

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. N dan Tn. R, alamat rumah berada di Kelurahan Karang Rejo Balikpapan, tanggal lahir bayi 20 April 2015 pada hari Kamis pukul 15.18 WITA dan berjenis kelamin perempuan.

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil kedua ini usia 24 tahun, tidak pernah mengalami keguguran.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Riwayat Persalinan Sekarang :

Keadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 81 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,7 °C. Jenis persalinan adalah spontan dan kondisi ketuban adalah jernih.

b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 20 April 2017

Jam : 15.18 WITA

Jenis kelamin perempuan, bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 8/10.

2. Nilai APGAR : 8/10

Kriteria	0	1	2	Jumlah
----------	---	---	---	--------

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

3. Tindakan Resusitasi :

Tidak dilakukan tindakan resusitasi karena bayi baru lahir segera menangis.

4. Pola fungsional kesehatan:

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

5. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 140 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu 36,7 °C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 2,680 gram, panjang badan 50 cm, lingkaran kepala : 33 cm, lingkaran dada 30 cm, lingkaran perut 32 cm dan lingkaran lengan atas 10 cm

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput *saucedaneum*, tidak tampak molase, tidak tampak *cephal hematoma*.

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

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran, tidak terdapat perdarahan, dan tidak terdapat strabismus.

- Hidung : Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan tidak tampak pernafasan cuping hidung
- Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan tidak tampak ada kotoran.
- Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, lidah tampak bersih.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe, tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak tampak selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris.
- Payudara : Tidak tampak pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran ASI.
- Abdomen : Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.
- Punggung : Tampak simetris, tidak teraba skeliosis, dan tidak tampak meningokel, spina bifida, pembengkakan, lesung, dan bercak kecil berambut..
- Genetalia : Perempuan, labia mayor menutupi labia minor.
- Anus : Tidak tampak adanya lesung atau sinus, tampak sfingter ani.

Kulit : Tampak kemerahan, tidak tampak ruam, bercak, tanda lahir, memar, pembengkakan. Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung. Tampak verniks kaseosa di daerah lipatan leher dan lipatan selangkangan.

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

c. Status neurologi (*refleks*)

Rooting (+) bayi tampak menoleh ke arah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, *sucking* (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat dimasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, *swallowing* (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, *morro* (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menagkupkan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentak, *palmar grasping* (+) bayi tampak menggengam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa
Kehamilan usia 1 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

P :

Tanggal : 20 April 2017

Jam	Tindakan	Paraf
16:20 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan ibu baik ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
16.21 WITA	Melakukan perawatan tali pusat. Membungkus tali pusat dengan kassa steril.	
16.21 WITA	Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa bayi akan di berikan suntikan neo-K pada paha kiri untuk mencegah terjadinya perdarahan pada otak dan diberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata; Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan setuju jika dilakukan injeksi neo-K dan diberikan salep mata	
16.22 WITA	Memberikan injeksi neo-k 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri, serta, salep mata tetrasiklin 1% pada mata kanan dan mata kiri bayi; Bayi telah di injeksi neo-k pada paha kiri dan telah diberi salep mata pada kedua matanya.	
16.28 WITA	Menggunakan pakaian/lampin bayi yang bersih dan kering, memasang topi pada kepala bayi serta mengkondisikan bayi di dalam ruangan atau tempat yang hangat dan memberikan bayi kepada ibu agar disusui kembali.	
16.30 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya 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 ; ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.	
16.35 WITA	Memberikan KIE tentang: ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bula, perawatan tali pusat, teknik menyusui ; ibu mengerti yang dijelaskan.	
16.38	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu	

WITA	bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	
16.58 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayi mau di imunisasi Hb0 untuk mencegah dari penyakit hepatitis; Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan setuju jika bayi di imunisasi.	
17.00 WITA	Memberi injeksi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan, dan kiri bayi; Bayi sudah di injeksi Hepatitis B	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 22 April 2017 /Pukul : 09.00 WITA

Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni/Susarmi,S.ST

Tempat : RS.Pertamina Bpp

S :

Ibu mengatakan melahirkan anak ke dua tanggal 21 April 2017

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitannya

Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar

Pola Fungsional :

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat ±1 jam siang dan ±7 jam malam
Nutrisi	Ibu sudah makan nasi dan minum the
Terapi	Ibu mendapat asam mefenamat dan ampicillin
Mobilisasi	Ibu sudah dapat melakukan aktifitas dan BAK sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	Ibu sudah BAK 3x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya namun ASI belum lancar dengan baik.

O :

KU= baik

Kesadaran= composmentis

TTV: TD= 110/70 mmHg Suhu= 36,4°C Nadi=84x/menit,
pernafasan=20 x/menit.

Dada :Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 ax/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara :Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI (+), tampak *hyperpigmentasi* pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak teraba massa.

Abdomen :TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.

Genetalia :Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, jumlah Perdarahan ± 5-10 cc, tidak terdapat luka parut, jahitan di perineum tampak basah, tidak ada tanda-tanda infeksi

Ekstremitas: Ada oedema di ekstermitas bawah

A :Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum spontan 6 jam

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial :Infeksi Luka

Masalah Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : KIE Perawatan luka jahitan

KIE tanda-tanda infeksi

P :

Tanggal 22 April 2017

Jam	Tindakan	Paraf

09.25 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan luka jahitan masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi. Kondisi ibu saat ini dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
09.45 WITA	Mengajarkan pada ibu cara merawat luka jahitan dengan menjaga vulva hygiene, sering mengganti pembalut dan harus tetap bersih dan kering, serta jangan menahan untuk BAB; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
09.45 WITA	Mengajarkan ibu mengenai perawatan tali pusat bayi. Tali pusat cukup dengan menjaga kebersihannya dengan cara saat mandi tali pusat di beri sabun dan di bilas dengan air sampai bersih, lalu keringkan biar tidak lembab, saat menggunakan popok atau pampers di bawah pusat agar pusat terkena udara tidak lembab ; ibu mengerti dan bersedia melakukannya dengan benar.	
09.55 WITA	Memberi KIE tentang mengenai; teknik menyusui, gizi ibu nifas dan tanda-tanda infeksi. Posisi bayi dalam satu garis lurus,ibu memegang bayi dengan nyaman,perut ibu dan bayi menempel atau bertemu, mulut bayi di depan puting. Pada masa nifas ibu tidak ada pantangan makanan, sebaiknya ibu banyak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein selain baik untuk ibu memperlancar produksi ASI juga bisa untuk mempercepat penyembuhan luka jahitan. Ibu harus tetap menjaga kebersihan genetalia, agar tidak terjadi infeksi pada luka jahitan. Harus sering mengganti pembalut setelah BAB dan BAK serta jangan menahan BAB; ibu mengerti dengan KIE yang di sampaikan.	
10.10 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya pada tanggal 27 April 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.	

Tanggal/Waktu Pengkajian : 27 April 2017/Pukul : 16.00 WITA

Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni/Sonya Yulia S.S,Pd.,M.Kes

Tempat : Rumah Ny. H

S : Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan utama, darah nifas masih keluar sedikit, warna merah dan kuning, nyeri sedikit didaerah jahitan dan pengeluaran ASI sudah lancar.

Pola Fungsional :

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur ± 1 jam siang dan ± 7 jam malam
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.

O :

KU= Baik kesadaran= Composmentis

TTV: TD= 110/80 mmHg suhu= 36,5°C nadi=84x/menit,

pernafasan=20 x/menit.

Payudara :ASI (+),putting susu menonjol,tidak ada lesi,tidak teraba pembengkakan.

Abdomen :TFU $\frac{1}{2}$ pusat-sympisis, UC: keras, dan kandung kemih kosong.

Genetalia :Tampak pengeluaran lochea sanguinolenta dengan perdarahan yang keluar $\pm 3-5$ cc, luka jahitan baik, tampak kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi..

Ekstremitas: Tampak sedikit oedema

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum normal hari ke-6

Masalah : Tidak Ada

Diagnosis Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 27 April 2017

Jam	Tindakan	Paraf
16.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal luka jahitan baik dan tampak kering; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini	
16.05 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai senam nifas hari ke-6. Senam nifas dilakukan pada hari pertama setelah melahirkan hingga hari kesepuluh setelah melahirkan. Senam nifas bertujuan untuk merelaksasikan keadaan ibu. Ibu telah melakukan senam nifas sesuai gerakan hari ke-6 dan bersedia melakukan sendiri senam nifas hari selanjutnya,	
16.10 WITA	Melakukan KIE tentang tanda-tanda bahaya ibu nifas yaitu : Demam, Perdarahan pasca persalinan, penciutan rahim yang tidak normal, rasa sakit merah, lunak dan pembengkakan kaki; Ibu mengerti tentang tanda bahaya ibu nifas.	
16.15 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya yaitu pada tanggal 5 Mei 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.	

Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 5 Mei 2017/Pukul :16.00 WITA

Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni/Sonya Yulia S,S.Pd.,M.Kes

Tempat : Rumah Ny. H

S :

Ibu tidak memiliki keluhan utama. Ibu mengatakan pengeluaran darah pervaginam kuning tapi kadang ada campur kecoklatan.

Pola Fungsional :

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.

O :

KU=Baik Kesadaran=Composmentis

TTV: TD=120/90 mmHg Suhu=36,3°C Nadi=80x/menit,

Pernafasan=20 x/menit.

Payudara :ASI (+),putting susu menonjol, dan tidak ada lesi, tidak teraba pembengkakan.

Abdomen :TFU tidak teraba, Kandung Kemih=Kosong

Genetalia :Tampak pengeluaran lochea serosa, jumlah perdarahan \pm 2-3 cc luka jahitan telah telah kering..

Ekstremitas : Tidak terdapat oedema pada ekstermitas atas dan bawah

A :

Diagnosis :P₂₀₀₂ post partus normal hari ke-2 minggu

Masalah : Tidak Ada

Diagnosis Potensial : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 5 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
16.05 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal luka jahitan tampak kering; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal	
16.10 WITA	Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat ; ibu cukup makan dan istirahat.	
16.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai pengenalan alat kontrasepsi. Menjelaskan pada ibu mengenai berbagai metode KB, kelebihan, kekurangan, cara kerja, efek samping dan prosedur pemakaian berbagai alat KB ; ibu dapat menyebutkan kembali metode KB yang telah dijelaskan beserta kekurangan dan kelebihanannya.	
16.25 WITA	Menganjurkan ibu menggunakan KB sebelum 40 hari setelah persalinan ; ibu bersedia untuk ber KB sebelum 40 hari pasca persalinan.	
16.30 WITA	Mengevaluasi kembali tentang pemberian asi eksklusif. Ibu dapat menjelaskan dan memahami sekali tentang asi eksklusif.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 22 April 2017/Pukul 09.00 WITA

Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni/Susarmi,S.ST

Tempat : RS.Pertamina Balikpapan

S :

Ibu mengatakan bayinya menetek kuat, sudah 4 kali BAK dan 2 kali BAB.

Pola Fungsional :

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya minimal setiap 2 jam.
Eliminasi	- BAB 2 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 4 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi sudah dimandikan. - Bayi diganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

O :

KU= Baik TTV: Nadi= 135 x/menit Pernafasan=40 x/menit

Suhu=36,7°C PB= 50 cm LK=33 cm LD= 32 cm LP=30cm

Lila=10cm. BB= 3.360 gram.

Kepala :Bentuk bulat, tidak tampak *caput saucedaneum*, tidak tampak

molase

Mata :Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sklera tampak berwarna putih.

Hidung :Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung

Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga, tulang rawan sudah matang dan tidak tampak ada kotoran.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, mukosa mulut lembab, bayi menangis, refleks rooting dan sucking baik.

Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.

Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, puting susu tampak menonjol warna coklat.

Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak tanda-tanda infeksi tali pusat, tidak teraba benjolan/massa.

Punggung : Tampak simetris, tidak tampak dan tidak tampak lesung

Genetalia : Perempuan, labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tidak Tampak verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.

Ekstremitas : Pergerakan tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

Reflek Fisiologis : Refleks rooting, refleks moro baik

A :

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

Masalah : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Diagnosis Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 22 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
09.20 WITA	Memberitahu ibu tentang kondisi bayinya dalam batas normal;Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
09.25 WITA	Memastikan bayi mendapat ASI yang cukup;Ibu bersedia memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin.	
09.30 WITA	Memberikan KIE ibu tentang perawatan tali pusat bayi dengan menjaga kebersihan tali pusat yaitu di beri sabun pada saat mandi dan membilasnya sampai bersih, mengeringkan tali pusat agar tidak lembab, tidak memberikan bedak pada tali pusat, tidak menutupi tali pusat saat memakai popok atau pampers; ibu mengerti penjelasan yang dibeikan.	
09.35 WITA	Memberikan KIE mengenai ASI Eksklusif, yaitu pemberian ASI yang di berikan dari usia bayi 0-6 bulan tanpa diberikan tambahan apapun;Ibu paham mengenai penjelasan yang disampaikan.	
09.40	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 6 hari selanjutnya di tanggal 27 April 2017 atau saat ada	

WITA	keluhan.	
------	----------	--

Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 27 April 2017/Pukul :16.00 WITA

Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni/Sonya Yulia S.S.,Pd.,M.Kes

Tempat : Rumah Ny. H

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan,bayi menyusu kuat dan sering.

Pola Fungsional :

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/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	Bayi dapat tersenyum spontan saat diajak bermain

O :

KU= Baik TTV: Nadi =136 x/menit Pernafasan=40 x/menit

Suhu=36 °C BB=4.000 gram PB=51 cm LK=34 cm LD=33cm

LP=31cm Lila=11 cm.

Mata :Tidak tampak ikhterik

Leher :Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.

Dada :Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.

Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak sudah puput, tidak teraba benjolan/massa.

Lanugo :Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Refleks : Refleks rooting, refleks moro baik

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan
hari ke-6
Masalah : Tidak Ada
Masalah Potensial : Tidak Ada
Diagnosis Potensial : Tidak Ada
Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 27 April 2017

Jam	Tindakan	Paraf
16.30 WITA	Menjelaskan keadaan bayinya saat ini bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan normal;ibu mengerti tentang keadaan bayinya saat ini	
16.45 WITA	Memberikan video tentang teknik menyusui yang benar; Ibu paham mengenai penjelasan yang di sampaikan.	
10.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 5 Mei 2017.	

Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 5 Mei 2017/Pukul :16.00 WITA
Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni/Sonya Yulia S,S.Pd.,M.Kes
Tempat : Rumah Ny. H

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya.

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan bayi makan dan minum kecuali ASI.

Eliminasi	BAB 5 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 6-10 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.
Perkembangan	Bayi dapat tersenyum spontan

O :

KU= Baik TTV:Nadi=138 x/menit Pernafasan=40 x/menit

Suhu=36,5°C BB= 3.890gram PB=52 cm LK= 34 cm LD=33cm

LP=32 cm Lila=12 cm. ASI (+)

Mata :Tidak tampak ikhterik

Leher :Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.

Dada :Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.

Lanugo :Tidak tampak lanugo

Refleks : Refleks rooting, refleks moro baik

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-14

Masalah : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 5 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
16.15 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat ; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
16.25 WITA	Memberikan motivasi ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan ; ibu bersemangat untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.	
16.30 WITA	Memberikan KIE tentang cara penyimpanan ASI yang benar yaitu dengan memerah ASI pada tempat ASI atau botol yang telah di sterilkan, lalu menyimpannya dalam lemari es, pada freezer ASI dapat bertahan sampai 2-4mg, dan saat mau di gunakan ASI harus di taruh dahulu pada bagian bawah freezer hingga ASI mulai mencair lalu keluarkan ASI dari lemari es dan rendam botol dalam mangkok yang berisi air hangat hingga ASI benar-benar mencair dan tidak dingin; Ibu paham dengan penjelasan yang diberikan.	
16.40 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya. Imunisasi pertama yaitu imunisasi BCG pada saat usia bayi 0-1 bulan; Ibu mengerti dan akan membawa bayinya untuk imunisasi	

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Calon Akseptor KB IUD

Tanggal/Waktu Pengkajian : 5 Mei 2017/Pukul :16.00 WITA

Nama Pengkaji/Pendamping : Andi Wahyuni/Sonya Yulia S,S.Pd.,M.Kes

Tempat : Rumah Ny. H

S :

Ibu tidak memiliki keluhan utama. Ibu mengatakan telah menentukan

pilihan

alat kontrasepsi yang akan digunakan

O :

KU= Baik Kesadaran=Composmentis TTV:TD=120/90mmHg,

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

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

1. Kehamilan

Selama kehamilannya, Ny. "H" telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 7 kali, di Puskesmas Gunung Samarinda yaitu pada trimester 1 Ny. "H" melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali, pada trimester II sebanyak 2 kali, pada trimester III sebanyak 3 kali. Frekuensi pemeriksaan ini telah memenuhi standar sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa WHO menganjurkan sedikitnya ibu hamil melakukan 4 kali kunjungan. *Antenatal Care* (ANC) selama kehamilan yaitu dengan frekuensi pemeriksaan ANC pada trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali, trimester III minimal 2 kali (Kusmiyanti, 2009).

Selama melakukan kunjungan hamil Ny. H telah mendapatkan standar asuhan pelayanan Antenatal Care 10 T Menurut Winkjosastro (2010) pelayanan/ standar minimal dalam asuhan kehamilan "10T", meliputi timbang

berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, menilai status gizi buruk (LILA), mengukur TFU, menentukan presentasi janin, menghitung denyut jantung janin, skrining status imunisasi TT, tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium, tata laksana kasus, dan temu wicara konseling. Dengan adanya ANC yang berstandar 10 T maka resiko atau penyulit pada ibu hamil dapat dideteksi sejak dini.

Dari data yang ada ditemukan keselarasan antara teori dengan kenyataan. Ny. H telah melakukan kunjungan sebanyak 7 kali yang sesuai dengan teori Kusmiyanti, 2009 kunjungan kehamilan minimal 4 kali. Selama kunjungan kehamilan Ny.H telah mendapatkan standar minimal ANC 10 T.

a. Kunjungan ANC Pertama

Pada kunjungan pertama tanggal 9 Maret 2017 Ny. "H" tidak ada mengalami keluhan yang berat pada kehamilan ini, keluhan yang dialami Ny. H hanyalah keluhan fisiologis seperti nyeri punggung dibagian bawah. Keluhan ini sesuai dengan teori yaitu nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring penambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya (Syafrudin, Karningsing, 2011).

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik, didapat keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital Ny H dalam batas normal yaitu tekanan darah 110/70, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,3⁰C. Berat badan Ny H sebelum hamil 50 Kg, dan berat badan saat ini 68 Kg. Pada bagian ekstermitas di dapatkan oedema pada ekstermitas atas dan bawah. Pada

saat di lakukan pemeriksaan penunjang didapatkan hasil Hb 8,5gr/dl, protein urine(+/-), dan glukosa urine (-).

Hasil kenaikan berat badan dari sebelum hamil dan saat hamil sebanyak 18Kg. Hal ini terjadi kesenjangan dengan teori Sukarni (2013) kenaikan berat badan yang di sarankan selama masa kehamilan sebesar 11,3-15,9 Kg. Sehingga didapatkan kesenjangan antara teori dengan praktek. Kenaikan berat badan yang melebihi batas normal, menurut penulis di sebabkan karena Ny H suka makan snack sehingga terjadi kenaikan berat badan yang melebihi dari kenaikan berat badan yang di anjurkan sesuai dengan teori Sukarni(2013). Penulis menganjurkan kepada Ny H untuk mengurangi mengkonsumsi snack dan mengganti snack dengan buah-buahan, perbanyaklah minum air putih minimal 8 gelas perhari, mengatur pola makan yang bergizi seimbang dan teratur.

Edema pada ekstermitas disebabkan karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah (Syafrudin, Karningsing, 2011). Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek bahwa edema pada ekstermitas termasuk dalam ketidaknyamanan pada TM III. Penulis memberi asuhan kepada Ny H untuk mengurangi edema pada ekstermitas yaitu dengan menganjurkan ibu untuk hindari menggunakan pakaian ketat, posisi menghadap kesamping kiri saat berbaring, berikan bantal pada bagian kaki saat tidur dan berikan tambahan kursi pada bagian kaki saat duduk, kurangi pengkonsumsian garam.

Dari hasil pemeriksaan Hb Ny H 8,5gr/dl yang menurut teori wiknjosastro(2005) pada usia kehamilan mendekati 32-34 minggu volume darah ibu akan meningkat sehingga mengakibatkan terjadinya anemia fisiologis karena adanya hemodilusi. Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek karena pada saat dilakukan pemeriksaan Ny H dalam usia kehamilan 33 minggu 1 hari. Penulis memberikan asuhan kepada Ny H untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi zat besi, menganjurkan untuk rutin mengkonsumsi tablet Fe.

b. Kunjungan ANC Kedua

Kunjungan ANC II tanggal 16 April 2017 Ny H mempunyai keluhan nyeri pada bagian punggung bawah. Keluhan ini sesuai dengan teori yaitu nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring penambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya (Syafrudin, Karningsing, 2011). Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek. Penulis menganjurkan kepada Ny H untuk memberikan alas atau bantal pada bagian punggung nya saat tidur untuk mengurangi rasa nyerinya.

Pada saat dilakukan pemeriksaan didapatkan keadaan umum ibu baik, hasil pemeriksaan fisik ibu dalam batas normal, berat badan ibu naik 1 kg (69 Kg), dan Hb Ny H 12,2gr/dl.

Hb Ny H sudah dalam batas normal yaitu 12,2gr/dl. Ini sesuai dengan teori Varney(2006) selama kehamilan,indikasi anemia adalah jika konsentrasi hemoglobin kurang dari 10,50-11 gr/dl. Sehingga tidak ada

kesenjangan antara teori dengan praktek. Penulis menganjurkan ibu untuk terus rutin mengkonsumsi tablet Fe.

Dari hasil pemeriksaan berat badan, Ny H mengalami kenaikan berat badan dari jumlah kenaikan sebelumnya 18Kg ditambah 1Kg sehingga jumlah kenaikan berat badan sekarang 19Kg. Hal ini terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek teori Sukarni (2013) kenaikan berat badan yang di sarankan selama masa kehamilan sebesar 11,3-15,9 Kg. Sehingga penulis memberi asuhan kepada Ny H untuk mengurangi mengkonsumsi snack dan mengganti snack dengan buah-buahan, perbanyaklah minum air putih minimal 8 gelas perhari, mengatur pola makan yang bergizi seimbang dan teratur, serta berolahraga seperti jalan kaki pada pagi hari.

c. Kunjungan ANC Ketiga

Pada kunjungan ANC III tanggal 21 April 2017 Ny H hasil pemeriksaan Ny H secara keseluruhan dalam batas normal. TFU 2 jari dibawah Px (32cm) sesuai dengan teori Rukiyah(2009) usia kehamilan 39minggu TFU 1-2 jari di bawah px (32-30cm). sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek. Penulis menganjurkan kepada Ny H untuk memperhatikan tanda-tanda persalinan.

Namun, Ny H mengalami kenaikan berat badan 1Kg (70Kg). Sehingga jumlah kenaikan berat badan Ny H dari kunjungan pertama sampai ke tiga 20 Kg. Hal ini terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek teori Sukarni (2013) kenaikan berat badan yang di sarankan selama masa kehamilan sebesar 11,3-15,9 Kg. Sehingga penulis memberi asuhan kepada Ny H untuk mengurangi mengkonsumsi snack dan

mengganti snack dengan buah-buahan, perbanyaklah minum air putih minimal 8 gelas perhari, mengatur pola makan yang bergizi seimbang dan teratur, serta berolahraga seperti jalan kaki pada pagi hari.

2. Persalinan

a. Kala I

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. R yaitu 39 minggu. Menurut (JNPK-KR, 2008) persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan (Benson, 2009) yaitu kehamilan cukup bulan (aterm) atau pematangan janin terjadi pada minggu 37-40 adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal. Penulis menyimpulkan bahwa tanda-tanda persalinan yang dialami Ny.R sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik.

Tanggal 18 Mei 2017 Ny.R mengatakan merasa kencang-kencang sejak pukul 18.30 WITA namun belum keluar lendir darah dan apabila dibawa berjalan sakitnya berhenti sehingga Ny R belum mau memeriksakan keadaannya ke pelayanan kesehatan. Tanggal 18 Mei 2017 pukul 23.10 WITA Ny.R memutuskan untuk segera memeriksakan diri ke RSIA Asih Balikpapan karena pukul 22.55 WITA Ny. R merasakan mules diperut dan kencang-kencang yang semakin sering serta ada keluarnya lendir darah. Ny.R mengeluh sakit dan nyeri di bagian pinggang menjalar hingga ke perut, yang kemudian diikuti

kencang-kencang yang semakin sering. Sesuai dengan teori (Waspodo,2007) bahwa tanda dan gejala inpartu termasuk penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks, adanya cairan lendir bercampur darah melalui vagina. Hal ini membuktikan bahwa Ny R saat ini dalam kondisi inpartu dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek. Penulis memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa saat ini Ny R dalam masa persalinan.

Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 150/90mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, terdapat oedema pada ekstermitas bawah. Sesuai dengan teori (Rukiyah dan Yulianti, 2010) Preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah umur kehamilan 20minggu atau segera setelah kehamilan dengan gejala yang meliputi kenaikan tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria secara kuantitatif >0,3 gr/l dalam 24 jam, edema pada pretibial, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan. Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek dan penulis memberikan asuhan kepada Ny R untuk melakukan relaksasi, dan menganjurkan untuk makan dan minum di sela-sela his serta melakukan kolaborasi dengan dr.Obgyn.

Pukul 23.30 Wita dr Dewa Ayu Sp.OG memberikan advice untuk memasang infus RL 20 TPM dan memberikan obat oral dopamet

250mg. Pukul 23.33 Wita melakukan informed consent kepada Ny R dan keluarga bahwa dari hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah Ny R tinggi dan terdapat edema pada kaki yang dikhawatirkan dapat mengakibatkan kejang pada ibu. Setelah di konsulkan dengan dokter obgyn, dokter menganjurkan untuk dilakukan pemasangan infus dan pemberian obat secara oral. Ny R dan keluarga setuju dengan tindakan yang akan di lakukan. Pukul 23.34 Infus RL 20 TPM telah terpasang pada tangan kiri dan obat dopamet 250mg telah diminum.

Pada saat dilakukan pemeriksaan dalam di dapatkan hasil tidak ada oedema dan varices pada vagina, tidak ada luka parut pada vagina, porsio tipis lunak, effacement 50%, pembukaan 5cm, ketuban (+), bagian terendah kepala, hodge I+, tali pusat tidak teraba.

Pukul 04.00 WITA tanggal 19 Mei 2017 ibu mengatakan ada terasa keluar air-air. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil portio tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10 cm, ketuban (-) pecah spontan warna jernih, presentasi kepala, hodge III+, DJJ (+)150x/menit irama teratur intensitas kuat, His 4x10 menit (40-45 detik) intensitas kuat dan sering. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Wiknjosastro,2013), kala I pada multigravida berlangsung selama 8 jam sehingga pada Ny R tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek kala I Ny R berlangsung selama 4 jam 50 menit. Penulis menganjurkan kepada Ny R untuk melakukan relaksasi saat ada his, dan mengajarkan cara meneran yang benar dengan mengejan saat ada his.

b. Kala II

Pukul 04.00 Wita tanggal 19 Mei 2017 ibu mengatakan ingin BAB dan merasakan nyeri melingkar kepinggang dan menjalar kebagian bawah. portio tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10 cm, ketuban (-) pecah spontan warna jernih, presentasi kepala, hodge III+, DJJ (+)150x/menit irama teratur intensitas kuat, His 4x10 menit (40-45 detik) intensitas kuat dan sering. Tampak adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, pada pukul 04.01 WITA kepala 5-6 cm didepan vulva.

Ny. R telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan klien berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik. Bayi lahir spontan pervaginam segera menangis pada pukul 04.02 WITA, apgar skor 9/10, jenis kelamin perempuan.

Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung diletakkan di dada Ny. R untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Menurut (Sumarah, dkk, 2012) sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting susu dang ibu. Menurut penulis IMD sangatlah penting karena mendatangkan manfaat yang sangat banyak bagi bayi khususnya, antara lain dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Hal ini akan menghindari bayi dari kedinginan atau *hypotermia*.

Kala II yang dialami Ny. R dari jam 04.00 WITA – 04.02 WITA berlangsung selama 2 menit. Menurut (Wiknjosastro,2013) lama kala II untuk primigravida berlangsung selama 2 jam sedangkan multigravida sekitar 1 jam. Menurut penulis selama proses persalinan dikala II tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan kenyataan, menurut (Wiknjosastro,2013), kala II pada multigravida berlangsung selama 2 jam sedangkan kala II Ny.R berlangsung selama 2 menit.

c. Kala III

Pada saat bayi lahir plasenta belum keluar, bidan pun segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. R 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 yang dikemukakan oleh (JNPK-KR, 2008), manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri.

Pukul 04.10 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat \pm 50 cm, tebal plasenta \pm 2,5 cm, lebar plasenta \pm 16 cm. Lama kala III Ny. R berlangsung \pm 8 menit, perdarahan \pm 150cc . Hal ini sesuai dengan pernyataan yang dikemukakan (JNPK-KR, 2008) bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala III berlangsung rata -rata antara 5 sampai 10

menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit. Selain itu didukung pula dengan teori yang menjelaskan bahwa biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (WHO, 2013). Penulis sependapat dengan pernyataan diatas karena plasenta Ny. H lahir tidak lebih dari 30 menit.

d. Kala IV

Pukul 04.10 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi yaitu mulai dari mukosa, kulit vagina dan otot perineum. Sesuai dengan pengkategorian laserasi menurut (Depkes RI, 2004) laserasi perineum derajat II yaitu yang luasnya mengenai mukosa, kulit vagina dan otot perineum, perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka.

Penulis berpendapat, dalam pelaksanaannya bidan segera melakukan penjahitan pada perineum agar tidak terjadi perdarahan dan infeksi. Sebelum penjahitan dilakukan pemberian anastesi lokal terlebih dahulu untuk meminimalkan nyeri pada saat proses penjahitan.

Setelah dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, bidan melanjutkan pemantauan TTV, kontraksi uterus, perdarahan pervaginam, pemeriksaan kandung kemih setiap 15 menit pada jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah melahirkan (Saifuddin, 2010).

Penulis berpendapat, dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

3. Bayi Baru Lahir

Kehamilan Ny. R usia kehamilan 39 minggu. Menurut (Dewi, 2012) mengemukakan bahwa normalnya bayi lahir dengan usia kehamilan 37- 42 minggu dengan berat lahir antara 2500- 4000 gram. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena saat bersalin usia kehamilan Ny.R aterm dan berat badan bayi Ny.R diatas 2500 gram.

Setelah bayi lahir dilakukan penilaian Apgar Score (AS), didapatkan hasil A/S bayi Ny.R yaitu 9/10. Penilaian ini termasuk dalam keadaan normal karena menurut (Saifuddin, 2006) bahwa bayi normal/asfeksia ringan apabila memiliki nilai AS 7-10, asfeksia sedang apabila nilai AS 4-6, dan bayi asfeksia berat apabila nilai AS 0-3. Sehingga penulis berpendapat bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena nilai AS bayi Ny.R dalam batas normal yaitu 9/10.

Kemudian dilakukannya pemotongan tali pusat dengan cara mengklem tali pusat 3 cm didepan dinding perut bayi dan memotong tali pusat. Dilakukannya perawatan tali pusat dengan cara membungkus tali pusat dengan kassa steril tanpa membubuhkan apapun serta menjaga agar tali pusat selalu kering. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan

(Sumarah,dkk 2010) perawatan umbilicus dimulai segera setelah bayi lahir dan tali pusat harus tetap kering.

Penulis sependapat dengan teori diatas perawatan tali pusat sangat penting dilakukan agar mencegah terjadinya infeksi pada potongan tali pusat yang tersisa pada bayi. Apabila perawatan tali pusat dapat dilakukan dengan prinsip bersih dan kering, maka tali pusat akan cepat mengering dan terlepas dengan sendirinya. Setelah dilakukan perawatan tali pusat kemudian bayi diberikan kepada ibu untuk dilakukan IMD.

Setelah 1 jam dilakukan IMD, dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi Ny.R dengan hasil yaitu BB : 2.680 gram, PB : 50 cm, LK : 33 cm, LD: 30 cm, lingkar perut 32 cm, caput (-), cephal (-), miksi (+),defekasi(-), cacat (-), reflek normal. Menurut (Depkes, 2005) bayi baru lahir normal memiliki ciri berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm dan lingkar kepala 33-35 cm. Penulis berpendapat, hasil dari pemeriksaan fisik bayi Ny.R dalam batas normal dan sesuai dengan teori. Pemeriksaan fisik awal pada bayi baru lahir dilakukan sesegera mungkin dengan tujuan untuk menentukan apakah terdapat kelainan atau tidak pada bayi serta memudahkan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.

Setelah pemeriksaan fisik, bayi Ny.R diberikan tetes mata dan injeksi vitamin K 0,5 cc secara Intra Muscular (IM) pada paha kiri anterolateral. Setelah satu jam kemudian bayi Ny.R diberikan imunisasi hepatitis B secara IM pada paha kanan anterolateral. Asuhan ini di berikan sesuai dengan teori (JNPK, 2008) bahwa 1 jam setelah bayi lahir dilakukan

penimbangan dan pemantauan antropometri serta pemberian tetes mata profilaksis dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, diberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan anterolateral.

Penulis berpendapat bahwa tujuan diberikannya salep mata pada bayi Ny. R yaitu untuk membersihkan mata dari air ketuban, lendir dan darah yang menempel pada bagian mata bayi Ny. R yang dapat mengganggu mata bayi melihat secara jernih karena bayi melalui jalan lahir yang terkontaminasi oleh cairan pervaginam, sedangkan tujuan diberikannya vit. K pada bayi Ny. R yaitu untuk mencegah terjadinya perdarahan pada otak bayi. Sehingga sangat penting bagi bayi baru lahir untuk mendapatkan salep mata dan pemberian vit.

4. Nifas

Pada masa nifas, Ny. H mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali yaitu saat 6 jam post partum (22 April 2017), 6 hari post partum (27 April 2017), dan 2 minggu post partum (5 Mei 2017). Hal ini sesuai dengan kebijakan program nasional bahwa kunjungan masa nifas dilakukan saat 6-8 jam post partum, 2-6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 4-6 minggu post partum (Depkes RI, 2009). Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas.

a. Kunjungan PNC I

Pada saat kunjungan PNC I (22 April 2017) dilakukan observasi keadaan umum baik, kesadaran composmentis, status emosi baik, TTV

dalam batas normal, ASI(+), kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, luka jahitan tampak masih basah tidak ada tanda-tanda infeksi, lochea rubra, perdarahan ± 5 cc. Asuhan yang diberikan pada Ny.H selama masa nifas meliputi pemberian KIE tentang nutrisi nifas, tanda-tanda infeksi, cara perawatan luka jahitan perineum. Menurut (Suherni,2009) bahwa kualitas dan jumlah makanan yang akan dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI dan membantu dalam penyembuhan luka pada perineum. Penulis sependapat dengan teori (Suherni,2009) sehingga penulis memberikan KIE agar Ny H tidak memantang makanan apapun.

b. Kunjungan PNC II

Kunjungan 6 hari PP (27 April 2017) pada saat dilakukan pemeriksaan Ny H tidak memiliki keluhan dan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan didapatkan hasil TTV dalam batas normal, putting susu menonjol, pengeluaran ASI (+), tidak ada lesi, TFU $\frac{1}{2}$ pusat-sympisis, UC baik, kandung kemih kosong, pengeluaran lochea sanguinolenta, perdarahan 3-5cc, luka jahitan baik dan tampak kering.

Dari hasil pemeriksaan di simpulkan bahwa keadaan Ny H dalam batas normal hal ini sesuai dengan teori (Suherni,Widyasih Hesti 2009) involusi uterus pada satu minggu PP ialah pertengahan pusat-sympisis. Menurut (Walyani,2015) lochea sangiolenta keluar pada hari ke 3-7 pasca persalinan. Penulis juga memberikan penkes mengenai senam nifas pada Ny H hal ini dilakukan agar organ-organ ibu cepat dan maksimal. Sesuai dengan teori (Suherni,2009) bahwa senam nifas sangat penting karena

pengaruh gerakan otot-otot pada ibu nifas dapat membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul serta dapat mempercepat kembalinya bagian- bagian tersebut kembali seperti saat sebelum hamil. Sehingga menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Kunjungan PNC III

Kunjungan 2 minggu PP tanggal 5 Mai 2017 pada saat dilakukan pemeriksaan Ny H tidak memiliki keluhan dan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan didapatkan hasil TTV dalam batas normal, puting susu menonjol, pengeluaran ASI (+), tidak ada lesi, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, pengeluaran lochea serosa, perdarahan 2-3cc, luka jahitan baik dan tampak kering.

Dari hasil pemeriksaan di simpulkan bahwa keadaan Ny H dalam batas normal hal ini sesuai dengan teori (Suherni,Widyasih Hesti 2009) involusi uterus pada dua minggu PP ialah tidak teraba diatas symphysis. Menurut (Walyani,2015) lochea serosa keluar pada hari ke 7-14 pasca persalinan. Penulis juga memberikan penkes mengenai macam-macam alat kontrasepsi,menjelaskan kelebihan, kekurangan,efek samping, dan cara pemakaian dari masing-masing alat kontrasepsi, mengingatkan ibu untuk membawa bayinya ke puskesmas untuk imunisasi BCG

5. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam (22 April 2017), 6 hari (27 April 2017), dan 2 minggu (5 Mai 2017). Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Depkes RI,

2010) 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.

Menurut penulis kunjungan pada neonatus penting dilakukan karena periode neonatus yaitu bulan pertama kehidupan. Bayi banyak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat signifikan. Begitu banyak perubahan yang terjadi dalam tubuh bayi dari ketergantungan pada saat didalam rahim menjadi tidak tergantung pada ibu saat bayi sudah melewati proses persalinan. Serta sebagai deteksi dini apabila terdapat penyulit pada neonatus.

Pada kunjungan pertama (22 April 2017) dilakukan pemeriksaan fisik pada Ny H dan dari hasil pemeriksaan tersebut dapat disimpulkan bahwa kondisi bayi dalam batas normal bayi juga telah BAK sebanyak 4x warna kuning jernih. Hal ini sesuai dengan teori (Walyani,2014) jika diberi susu dengan tepat, bayi harus berkemih minimal 6 kali dalam setiap 24 jam dengan urine yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. Sehingga menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena bayi telah BAK 4 kali dalam waktu 6 jam.

Kunjungan ke 2 (27 April 2017) Ny H mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya dan saat dilakukan pemeriksaan dapat disimpulkan bahwa kondisi bayi dalam batas normal. Kunjungan ke 3 (5 Mei 2017) Ny H mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya dan saat dilakukan pemeriksaan didapatkan berat badan bayi yang menurun. Hal ini termasuk masalah fisiologis sesuai dengan teori (M.Sholeh Kosim 2010) jangka waktu 1-2 minggu setelah lahir, bobot si kecil memang umumnya menyusut. Karena

tubuh si kecil cukup banyak mengandung air sebagai "oleh-oleh" yang dia bawa dari dalam rahim. Jadi dalam rentang waktu 1-2 minggu tersebut, cairan itu sedikit demi sedikit keluar melalui urine. Otomatis bobot bayi jadi turun.

Dari pernyataan diatas tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan praktek. Penulis sependapat dengan teori yang dikemukakan. Karena walaupun terjadi penurunan berat badan, tetapi berat badan bayi sekarang masih di atas BB lahir.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Pada asuhan kebidanan kontrasepsi Ny. H mengatakan berdasarkan riwayat dulu ber-KB Ny.H awalnya menggunakan KB suntik namun Ny.H haid tidak lancar. Berdasarkan riwayat ber-KB tersebut Ny.H memutuskan untuk menggunakan KB IUD setelah 40 hari masa nifas. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan dari ibu sendiri dan didukung oleh suami. Setelah mendapatkan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian kontrasepsi IUD, ibu tetap memilih kontrasepsi tersebut dan mengerti atas penjelasan yang telah diberikan.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. H di temui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan studi kasus adalah dalam hal penjarangan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

2. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PKK III dan PKL II terkadang menyebabkan kesulitan bagi peneliti untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang sangat terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.

3. MoU

Kesulitan yang dialami pada saat proses persalinan adalah tidak dapat mendampingi pasien karena tidak adanya MoU antara Poltekkes Kemenkes Kaltim dan Rs. Pertamina Balikpapan sehingga penulis hanya mendapat data sesuai yang ada pada rekam medis dan dari pernyataan klien.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. H selama hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya asuhan yang diberikan bidan terhadap ibu pada masa kehamilan hingga pelayanan kontrasepsi setelah melahirkan sebagai deteksi dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi dapat dihindari atau ditanggulangi.

1. *Antenatal Care (ANC)*

Mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dimana pada saat pemeriksaan terdapat kesenjangan yaitu keadaan Hb Ny. H yang kurang dari batas normal dan kenaikan berat badan melebihi dari yang di anjurkan pada kunjungan pertama saat usia kehamilan 33 minggu 1 hari tetapi sesuai dengan teori (Wiknjosastro 2005) bahwa anemia yang dialami Ny H termasuk anemia fisiologis.

Pada kenaikan berat badan terjadi kesenjangan dengan teori (Sukarni 2003) tentang kenaikan berat badan yang di anjurkan. Diberikan asuhan untuk meningkatkan Hb yaitu dengan istirahat yang cukup dan makan yang tinggi karbohidrat serta minum tablet Fe secara teratur tiap malam. Serta menganjurkan Ny H untuk mengurangi mengkonsumsi snack dan mengatur pola makanan. Pada kunjungan kedua dan ketiga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

2. *Intranatal Care* (INC)

Tidak bisa melakukan pertolongan persalinan karena pasien lahir di RS Pertamina. Pada Ny R (pasien pengganti) mampu melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif pada Ny. R berlangsung normal tanpa ada penyulit.

3. Bayi baru lahir (BBL)

Mampu melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif dan hasil pemeriksaan fisik bayi dalam batas normal. Dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

4. *Post Natal Care* (PNC)

Mampu melakukan asuhan nifas secara komprehensif. Kunjungan Masa nifas dilakukan sebanyak 3 kali. Pada kunjungan pertama, kedua dan ketiga Ny. H keluhan yang dirasakan Ny H masih termasuk dalam keluhan yang fisiologis dan dapat diatasi dengan baik tanpa adanya penyulit sesuai dengan teori yang ada. Sehingga antara teori dengan praktek tidak ada kesenjangan.

5. Neonatus

Mampu melakukan asuhan neonatus secara komprehensif pada By Ny H dengan melakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Pada kunjungan pertama dan kedua tidak ada masalah pada bayi Ny H. pada kunjungan ke tiga By Ny H mengalami penurunan berat badan. Tetapi, penurunan berat badan ini masih termasuk ke dalam fisiologis karena sesuai dengan teori (M. Sholeh Kosim 2010) jadi tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

6. Keluarga Berencana

Mampu memberikan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif sesuai kondisi Ny. H. Klien telah memilih menjadi akseptor KB IUD pada tanggal 5 Mei 2017.

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 Dinas Kesehatan Kota Balikpapan

Diharapkan dapat membantu dalam menjalankan program pemerintah untuk menurunkan aki dan akb di Balikpapan.

2. Bagi Puskesmas Gunung Samarinda

Diharapkan dapat membantu memberikan asuhan kebidanan komprehensif untuk mengurangi resiko yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, neonatus, nifas, dan KB.

3. Bagi Institusi

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif dan lebih mengajarkan kepada mahasiswa untuk menganalisis kasus-kasus yang terjadi dalam laporan tugas akhir yang dilakukan.

4. Bagi klien

Klien yang terpilih dalam pelaksanaan laporan tugas akhir ini memiliki manfaat yang sangat berguna, diantaranya :

- a. Kehamilan akan sehat
- b. Persalinan lebih dipantau oleh tenaga kesehatan
- c. Pengetahuan kehamilan dan persalinan lebih banyak
- d. Pada saat hamil lebih sering melakukan pemeriksaan terutama pada usia kehamilan yang tua, bilamana memungkinkan untuk melakukan pemeriksaan USG
- e. Pergi ke fasilitas kesehatan terdekat bila mengalami keluhan yang dirasakan

5. Bagi penulis

Bagi penulis diupayakan dapat manajemen waktu agar asuhan kebidanan komprehensif bisa dilakukan secara maksimal. Mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif melalui pendidikan dan penatalaksanaan serta mendapat pengalaman secara nyata di lapangan agar dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari, Saifuddin. (2008). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Adriaansz, Wiknjusastro dan Waspodo. (2007). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Materna dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Ambarwati, Retna Eny. (2008). *Asuhan Kebidanan (Nifas)*. Yogyakarta: Mitra Cendikia
- Depkes RI. (2007). *Pelayanan Antenatal*.
- _____. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia 2014*
- Dewi, V. (2012). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita* (1st ed.). Yogyakarta: Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur 2015*
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2015). *Profil Kesehatan Balikpapan 2015*.
- Direktorat Bina Kesehatan Ibu. (2015). *SDGs (Sustainable Development Goals). Target MDGs*.
- Handayani, Sri. (2010). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hartanto, Hanafi. (2004). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- JNPK-KR Depkes RI. (2008). *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal* (5th ed.).

- Jakarta: The National Clinic Training Network (JNPK-KR).
- Kemenkes RI. (2010a). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA (Japan International Cooperation Agency).
- Kemenkes RI. (2013). *Pelayanan Antenatal Care*.
- Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, S. (2008). *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya.
- _____. (2009). *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Manuba Ida Ayu, M. I. B. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. (M. Ester, Ed.) (2nd ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Manuaba, I.B.G., I.A. Chandranita Manuaba, dan I.B.G. Fajar Manuaba. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Mintarsih, S. (2006). *Berat Badan dan Nutrisi Pada Wanita Hamil*.
- Muslihatun, W.N. (2011). *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rukiyah Ai, Y. L. (2010). *Asuhan Kebidanan 4 Patologi* (1st ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.
- Saifuddin. (2006). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. (2010). *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Suherni, Widyasih Hesti, A. R. (2009a). *Perawatan Ibu Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.

- _____. (2009b). *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sukarni, I. dan W. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. (Isna, Ed.) (Pertama). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sumarah, Widyastuti Yani, N. W. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin* (3rd ed.). Yogyakarta: Fitramaya.
- Syafrudin, Karningsing, M. (2011a). *Untaian Materi Penyuluhan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- _____. (2011b). *Untaian Materi Penyuluhan KIA (Ibu dan Anak)* (1st ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.
- _____. (2011c). *Untaian Materi Penyuluhan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)*. (Jusirman, Ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.
- _____. (2011d). *Untaian Materi Penyuluhan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)*. (Jusirman, Ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.
- Tarwoto, Wasnidar. (2007). *Buku Saku Anemia Pada Ibu Hamil, Konsep dan Penatalaksanaan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Varney Helen, Kriebs Jan M, G. C. L. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. (E. Wahyuningsih, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Walyani, E. S. (2014). *Materi Ajar Kebidanan* (1st ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.
- _____. (2015). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal* (1st ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.
- Wiknjosastro, H. (2005). *Ilmu Kebidanan* Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.