

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “M”
G₂P₁₀₀₁ HAMIL 33 MINGGU DENGAN KEK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS DAMAI BALIKPAPAN
02 MARET – 01 JUNI 2017



Oleh

DWI FITRIYANA PUTRI

NIM: P07224114007

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

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR PROGRAM STUDI DIII
KEBIDANAN BALIKPAPAN

2017

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul :Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “M” G2P₁₀₀₁
Hamil 33 minggu dengan KEK di Wilayah Kerja Puskesmas
Gunung Bahagia

Nama : Dwi Fitriyana Putri

NIM : P07224114007

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa untuk dipertahankan
dihadapan Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan

Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan

Balikpapan, 5 Juni 2017

MENYETUJUI,

Pembimbing I

Dra. Meity Albetina, S.K.M., S.S.T., M.Pd.

NIP. 195708121979092001

Pembimbing II

Hj. Eny Sri Widayati, S.SiT., M.Kes.

NIP.196404161989032004

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “M” G₂P₁₀₀₁ HAMIL
33 MINGGU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DAMAI BALIKPAPAN 02**

MARET – 01 JUNI 2017

DWI FITRIYANA PUTRI

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Program Studi

DIII Kebidanan Balikpapan Tanggal Juni 2017

Penguji Utama

Farida Hariyani, M.Keb. (.....)

NIP. 198005132002122001

Penguji I

Dra. Meity Albetina, S.K.M., S.S.T., M.Pd. (.....)

NIP. 195708121979092001

Penguji II

Hj. Eny Sri Widayati, S.SiT., M.Kes. (.....)

NIP. 196404161989032004

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan

Ka. Prodi DIII Kebidanan Balikpapan

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

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dwi Fitriyana Putri

NIM : P07224114007

Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 11/12/1995

Agama : Islam

Alamat : Jalan M.T. Haryono Gang Pramuka II RT 30
Nomor 31 Kelurahan Damai, Kecamatan
Balikpapan Kota, Balikpapan, Kalimantan Timur,
Kode Pos 76114.

Riwayat Pendidikan :

1. TK ABA 24 Malang, Jawa Timur tahun 2000-2002
2. SD Negeri 017 Balikpapan Selatan tahun 2002-2008
3. SMP Negeri 2 Balikpapan tahun 2008-2011
4. SMA Negeri 1 Balikpapan tahun 2011-2014
5. Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi DIII Kebidanan Balikpapan tahun 2014 - sekarang



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayahnya maka penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan Judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “M” G₂P₁₀₀₁ Hamil 33 minggu dengan KEK di Wilayah Kerja Puskesmas Damai Kota Balikpapan 02 Maret 2017- 01 Juni 2017.

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 Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Hj. Eli Rahmawati, S.Si.T., M.Kes. selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan.
4. Farida Hariyani, M.Keb. selaku dosen penguji utama, yang memberikan kritik dan saran Laporan Tugas Akhir saya.
5. Dra. Meity Albetina, S.K.M., S.S.T., M.Pd. selaku dosen pembimbing I dan penguji I, yang telah memberikan saran hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

6. Hj. Eny Sri Widayati, S.SiT., M.Kes. selaku pembimbing II dan penguji II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Tersayang Keluarga saya, almarhumah Dra. Hj. Helnawati, M.Pd. almarhumah ibu saya, H. Marzani, S.Pd., M.M.Pd. bapak saya, Eko Nugraha Putra kakak kandung saya.
8. Klien Ny. M dan suami Tn. EW yang telah bersedia menjadi klien LTA dan sudah kooperatif dalam segala tindakan yang saya lakukan.
9. Hj. Nilawati, S.S.T. selaku CI dan bibi saya.
10. Teman-teman seperjuangan yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat dalam menyusun Laporan Tugas Akhir.
11. Serta semua pihak yang telah membantu penulis, yang tidak dapat diucapkan 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 sangat diharapkan kritik dan saran dari semua pihak bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang.

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, 4 Juni 2017

Penulis

Dwi Fitriyana Putri

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Daftar Riwayat Hidup	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan.....	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat.....	7
1. Manfaat Umum.....	7
2. Manfaat Khusus.....	7
E. Ruang Lingkup.....	8
F. Sistematika Penulisan.....	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	11
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	15
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	92
BAB IV TINJAUAN KASUS.....	97
BAB V PEMBAHASAN.....	220
BAB VI PENUTUP.....	256
DAFTAR PUSTAKA.....	122
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Halaman
2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid	29
2.3 Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu	32
2.4 Usia Kehamilan berdasarkan TFU.....	36
2.5 Taksiran Berat Janin sesuai Usia Kehamilan.....	37
2.6 Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil.....	45
2.7 Peningkatan Berat Badan selama Kehamilan.....	48
2.8 Frekuensi Minimal Penilaian & Intervensi Alam Persalinan Normal.....	56
2.9 Involusi Uterus mengenai TFU.....	63
4.1 Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang lalu.....	98
4.2 Diagnosa dan Dasar.....	106
4.3 Masalah dan Data Dasar.....	108
4.4 Planning Tanggal 8 Maret 2017.....	117

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Halaman
2.1 Perubahan Fisiologi Ibu Hamil.....	20
2.2 Senam Kaki.....	53
2.3. Senam Kaki.....	53
2.4 Senam Duduk Bersila.....	54
2.5 Cara Tidur Nyaman.....	54
2.6 Posisi Merangak.....	54
2.7 Posisi Terlentang.....	55
2.8 Gerakan Satu Lutut	55
2.9 Gerakan Dua Lutut	55
2.10 AKDR.....	88
3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus	93

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
Partograf.....	
Informed Consent.....	
Lembar Konsultasi Laporan Tugas Akhir.....	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Millenium Development Goals (MDGs) memiliki delapan tujuan untuk dicapai pada tahun 2015 yaitu tercapainya kesejahteraan rakyat. Akan tetapi melihat perkembangan hasil pembangunan di beberapa negara yang masih belum sesuai dengan target maka *Millennium Development Goals* (MDGs) telah diganti menjadi SDGs (*Sustainable Development Goals*). Angka kematian ibu dan bayi merupakan indikator dari tujuan ke 3 dari Sustainable Development Goal's (SDG's) tahun 2030. Target Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2030 adalah mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 KH (Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2015).

Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu di Kalimantan Timur yaitu 112 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 21 per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) di Kota Balikpapan mengalami penurunan dari tahun 2014 sebanyak 122/100.000 kelahiran hidup, tahun 2015 sebanyak 9/100.0000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) juga mengalami penurunan dari tahun 2014 sebanyak 11/1.000 kelahiran hidup, tahun 2015 sebanyak 6/1.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2016).

Dikutip dari hasil Rapat Koordinasi Teknis (Rakornis) tentang percepatan penurunan AKI dan AKB serta Perbaikan Gizi tahun 2016, jumlah kematian Ibu relative menurun pada tahun 2014 dan 2015 dibandingkan pada tahun 2013. Saat ini Angka Kematian Ibu mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup, sementara Target RPJMN pada tahun 2019 angka kematian ibu adalah 306 per 100 ribu kelahiran hidup, Angka kematian bayi pada tahun 2012 adalah 32 per 1000 kelahiran hidup dan target RPJMN yang ingin dicapai pada tahun 2019 nanti adalah 24 kematian setiap 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Masalah gizi menjadi penyebab kematian ibu dan anak secara tidak langsung yang sebenarnya masih dapat dicegah. Rendahnya asupan gizi dan status gizi ibu hamil selama kehamilan dapat mengakibatkan berbagai dampak tidak baik bagi ibu dan bayi. Salah satunya adalah bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), yaitu berat badan lahir di bawah 2500 gram. Penurunan kejadian BBLR dapat dicapai melalui pengawasan pada ibu hamil dengan

menemukan dan memperbaiki faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan neonatus(Suwoyo, 2011).

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). Salah satu tujuan asuhan antenatal adalah mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan. Semakin banyak ditemukan faktor risiko maka semakin tinggi risiko kehamilannya. Semakin cepat diketahui adanya risiko tinggi semakin cepat akan mendapatkan penanganan semestinya (Azizah, 2012).

Penelitian menunjukkan bahwa jumlah pertambahan berat badan selama kehamilan terutama untuk perempuan yang memulai kehamilannya dalam keadaan status gizi yang tidak menguntungkan. Kombinasi Antara berat badan pra-hamil yang rendah dan pertambahan berat badan selama kehamilan yang rendah menjadikan perempuan mempunyai resiko terbesar untuk melahirkan BBLR (Achadi E.L, 2005).

Masalah gizi yang sering dihadapi ibu hamil yaitu Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan anemia gizi. Menurut Depkes RI tahun 2013, prevalensi ibu hamil KEK yaitu 24,2%. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2010terdapat 13,91% ibu hamil KEK (Depkes, 2013)

Kekurangan energi Kronik (KEK) merupakan kondisi yang disebabkan karena adanya ketidakseimbangan asupan gizi antara energi dan protein, sehingga zat gizi yang dibutuhkan tubuh tidak tercukupi. Ibu hamil yang menderita KEK mempunyai resiko kematian ibu mendadak pada masa perinatal

atau resiko melahirkan bayi dengan berat bayi lahir rendah (BBLR). Berdasarkan data Departemen Kesehatan RI tahun 2013, sekitar 146.000 bayi usia 0 –1 tahun dan 86.000 bayi baru lahir (0 –28 hari) meninggal setiap tahun di Indonesia. Angka kematian bayi adalah 32 per 1000 Kelahiran Hidup, lima puluh empat persen penyebab kematian bayi adalah latar belakang gizi (Depkes, 2013).

Berdasarkan penelitian di Semarang, penambahan berat badan selama hamil, dari 7 ibu hamil yaitu sebanyak 5 (71,4%) yang memiliki penambahan berat badan yang tidak sesuai melahirkan bayi BBLR, sedangkan diantara ibu hamil yang memiliki penambahan berat badan yang sesuai, ada 2 (28,6%) yang melahirkan bayi BBLR (Trihardiani, 2011). Penelitian di Sumenep, sebagian besar yaitu 208 ibu hamil yang mengalami peningkatan berat badan selama kehamilan kurang dari 9 kg . Dan terdapat bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram dilahirkan oleh ibu yang memiliki penambahan berat kurang dari 9 kg sebesar 120 orang(57,7%) dan terdapat bayi dengan berat lahir normal >2500 gram dilahirkan oleh ibu yang memiliki penambahan berat badan kurang dari 9 kg sebesar 88 orang (42,3%) (Festy, 2009).

Kenaikan berat badan ibu hamil dapat digunakan sebagai indeks untuk menentukan status gizi ibu hamil, karena terdapat kesamaan dalam jumlah kenaikan berat badan saat hamil pada semua ibu hamil. Rata-rata total penambahan berat badan ibu hamil berkisar 10-15 kg yaitu 1 kg pada trimester I dan selebihnya pada trimester II dan III. Mulai trimester II sampai III rata-rata penambahan berat badan adalah 0,3-0,7 kg/minggu. Oleh karena itu, ibu dengan kondisi malnutrisi sepanjang minggu terakhir kehamilan akan cenderung

melahirkan bayi dengan berat badan rendah (<2500 g), karena jaringan lemak banyak ditimbun selama trimester III (Aritonang, 2010).

Beberapa penelitian yang dilakukan di Indonesia yaitu di Bogor pada ibu yang pertambahan berat badannya selama kehamilan kurang dari 10 kg, prevalensi bayi yang lahir dengan berat badan lahir <3000 gram lebih besar (52,6 %) dibandingkan dengan ibu yang pertambahan berat badan selama hamilnya lebih atau sama dengan 10 kg (12,8 %) (Fajrina, 2011). Penelitian di Rawalo bahwa bayi yang berat lahirnya kurang dari 2500 gram, sebagian besar pada ibu yang mengalami kenaikan berat badan selama kehamilan kurang dari 7 kg (60%), dan bayi yang berat lahirnya lebih dari 2500 gram dengan kenaikan berat badan selama kehamilan lebih dari 7 kg sebanyak 40 % (Puspitasari, Anasari, 2010).

Berdasarkan hasil pendataan dan pemeriksaan yang dilakukan, didapatkan Ny.M sampai usia kehamilan 33 minggu hanya mengalami peningkatan berat badan sebanyak 7 kg, dengan berat badan sebelum hamil 37 kg dan berat badan saat ini yaitu 44 kg dan dari perhitungan taksiran berat janin saat ini yaitu 2325 gram dan ibu juga mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) dengan Lingkar Lengan Atas (Lila) 22 cm. Maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny”M” G₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu.

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. M G₂P₁₀₀₁hamil 33 minggu?”

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. MG₂P₁₀₀₁hamil 33 minggu.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. M G₂P₁₀₀₁hamil 33 minggu.
- b. Mampu melakukan asuhan persalinan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. MG₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu.
- c. Mampu melakukan asuhan Bayi Baru Lahir (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. MG₂P₁₀₀₁hamil 33 minggu.
- d. Mampu melakukan asuhan Nifas (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. MG₂P₁₀₀₁hamil 33 minggu.

- e. Mampu melakukan asuhan Neonatus (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. MG₂P₁₀₀₁hamil 33 minggu.
- f. Mampu melakukan asuhan Pelayanan Kontrasepsi (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. G₂P₁₀₀₁hamil 33 minggu.

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 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.

b. 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.

c. Bagi klien

Klien mendapatkan pelayanan secara komprehensif sesuai standar pelayanan kebidanan.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus harus dapat mengetengahkan asuhan kebidanan mulai dari langkah pengkajian, analisis masalah, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasiannya, dan menggunakan metode *continuity of care*, mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan pelayanan kontrasepsi pada periode Maret-Mei 2017 pada Ny.MG₂P₁₀₀₁ hamil 33 minggu di wilayah kerja Puskesmas Damai Kota Balikpapan Tahun 2017.

F. SISTEMATIKA PENULISAN

- 1. JUDUL**
- 2. HALAMAN JUDUL**
- 3. HALAMAN PERSETUJUAN**
- 4. HALAMAN PENGESAHAN**
- 5. KATA PENGANTAR**
- 6. DAFTAR ISI**
- 7. DAFTAR TABEL**
- 8. DAFTAR GAMBAR**
- 9. DAFTAR LAMPIRAN**
- 10. BAB I PENDAHULUAN**
 - a. Latar Belakang
 - b. Rumusan Masalah
 - c. Tujuan
 - 1) Tujuan Umum.
 - 2) Tujuan Khusus
 - d. Manfaat
 - 1) Manfaat Praktis
 - 2) Manfaat Teoritis.
 - e. Ruang Lingkup
 - f. Sistematika Penulisan

11. BAB II TINJAUAN PUSTAKA

- a. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan (Manajemen Varney)
- b. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

12. BAB III METODOLOGI PENELITIAN**13. BAB IV TINJAUAN KASUS****14. BAB V PEMBAHASAN****15. BAB VI PENUTUP****16. DAFTAR PUSTAKA****17. LAMPIRAN-LAMPIRAN**

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

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

Melihat kembali penjelasan di atas maka proses manajemen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, maka seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba yang akan berdampak kurang baik untuk klien (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

a. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

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

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

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

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

Berikut ini daftar diagnosa nomenklatur kebidanan :

Persalinan Normal, Partus Normal, Syok, DJJ tidak normal, Abortus, Solusio Placenta, Akut Pyelonephritis, Amnionitis, Anemia Berat, Apendiksitis, Atonia Uteri, Infeksi Mammae, Pembengkakan Mammae, Presentasi Bokong, Asma Bronchiale, Presentasi Daggu, Disproporsi Sevalo Pelvik, Hipertensi Kronik, Koagilopati, Presentasi Ganda, Cystitis, Eklampsia,

Kelainan Ektopik, Ensephalitis, Epilepsi, Hidramnion, Presentasi Muka, Persalinan Semu, Kematian Janin, Hemoragik Antepartum, Hemoragik Postpartum, Gagal Jantung, Inertia Uteri, Infeksi Luka, Invertio Uteri, Bayi Besar, Malaria Berat Dengan Indikasi, Malaria Ringan Dengan Komplikasi, Mekonium, Meningitis, Metritis, Migrain, Kehamilan Mola, Kehamilan Ganda, Partus Macet, Posisi Occiput Posterior, Posisi Occiput Melintang, Kista Ovarium, Abses Pelvix, Peritonitis, Placenta Previa, Pneumonia, Pre-Eklampsia Ringan/Berat, Hipertensi Karena Kehamilan, Ketuban Pecah Dini, Partus Prematurus, Prolapsus Tali Pusat, Partus Fase Laten Lama, Partus Kala II Lama, Sisa Plasenta, Retensio Plasenta, Ruptura Uteri, Bekas Luka Uteri, Presentase Bahu, Distosia Bahu, Robekan Serviks dan Vagina, Tetanus, Letak Lintang.

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Langkah ketiga adalah langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. 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, 2008).

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah suatu peristiwa pertemuan dan persenyawaan antara sel telur dan sel sperma. Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan yang dimulai dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta serta tumbuh kembang hasil konsepsi sampai dilahirkan. (Manuaba, 2010)

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Saifuddin, 2010).

Trimester tiga adalah triwulan terakhir dari masa kehamilan yakni usia 7 bulan sampai 9 bulan atau 28 minggu – 40 minggu (Saifuddin, 2010).

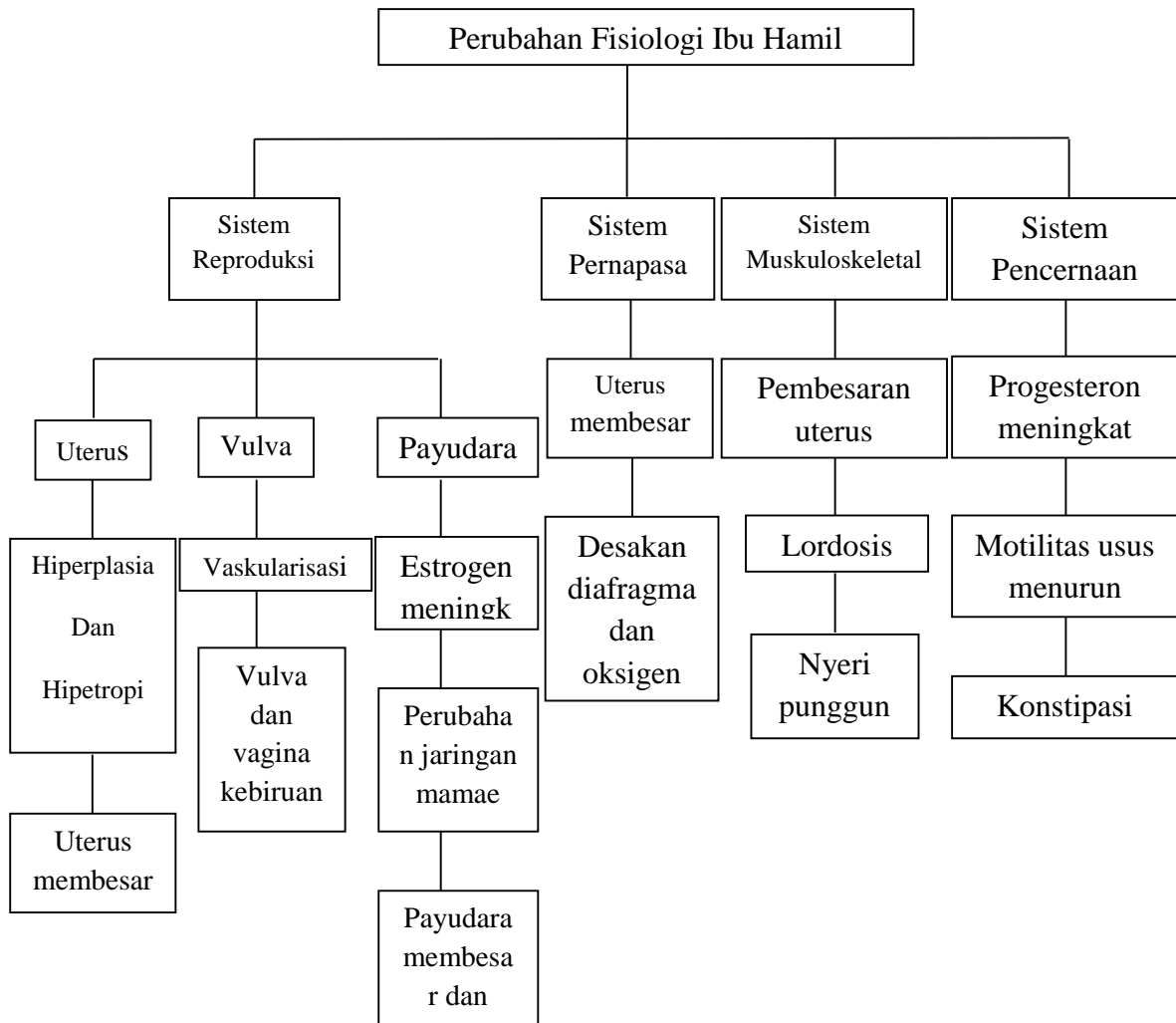
Trimester tiga adalah trimester terakhir kehamilan, pada periode ini pertumbuhan janin dalam rentang waktu 28-40 minggu. Janin ibu sedang berada di dalam tahap penyempurnaan (Manuaba,2010)

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penentuan. Pada periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk melihat bayinya.

(Kusmiyati, 2009)

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Bagan 2.1



c. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III menurut Syafrudin, Karningsing, 2011

1) Sakit Punggung

Sakit pada punggung, hal ini karena meningkatnya beban berat yang ibu bawa yaitu bayi dalam kandungan.

Pakailah sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, berdiri dan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak,

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

2) Payudara

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

3) Konstipasi

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

4) Napas Sesak

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

Penanganan →

1. Gunakan bantal tambahan di malam hari.
2. Duduklah ketika merasa sesak napas.
3. Untuk bantuan sementara, letakkan lengan di atas kepala.
4. Ketika berbaring, berbaringlah miring (miring kiri lebih baik).
5. Ambil vitamin prenatal atau pil besi, seperti yang ditentukan.
6. Makan-makanan kaya zat besi seperti daging merah tanpa lemak, hati, kacang kering, dan gandum atau roti diperkaya.
7. Dapat bernapas lebih leluasa pada bulan terakhir kehamilan jika bayi turun rendah di panggul.

5) Sering Kencing

Pembesaran rahim dan ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu.

6) Masalah Tidur

Setelah perut ibu besar ibu dan bayi ibu menendang di malam hari ibu akan menemukan kesulitan untuk dapat tidur nyenyak. Cobalah untuk menyesuaikan posisi tidur ibu.

7) Varises

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang menyebabkan vena menonjol. Dan pada akhir kehamilan kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul. Varises juga dipengaruhi faktor keturunan.

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

8) Kontraksi Perut

Braxton-Hicks kontraksi atau kontraksi palsu. Kontraksi berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk atau istirahat.

9) Bengkak

Pertumbuhan bayi akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu, kadang tangan bengkak juga. Ini disebut edema, disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan.

10) Kram Kaki

Ini sering terjadi pada kehamilan trimester ke 2 dan 3, dan biasanya berhubungan dengan perubahan sirkulasi, tekanan pada saraf dikaki atau karena rendahnya kadar kalsium.

11) Cairan Vagina meningkat

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan mendekati persalinan lebih cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan ibu. Hubungi dokter ibu bila cairan berbau, terasa gatal dan sakit

12) Rasa khawatir & cemas

Gangguan hormonal: penyesuaian hormonal, khawatir jadi ibu setelah kelahiran. Relaksasi, masase perut, minum susu hangat, tidur pakai ganjal bagian tubuh.

d. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010). Pada Kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Asrinah, 2010).

2) Sakit Kepala yang Berat

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

3) Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini

mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklampsia(Pantiawati,2010)

4) Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

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

5) Keluar Cairan per Vagina

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

6) Gerakan Janin Tidak Terasa

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

7) Nyeri Perut yang Hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalihan. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio placenta. Nyeri perut yang hebat bisa berarti apendiksitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio placenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Asrinah, 2010)

e. Standar Asuhan kebidanan

Standar asuhan minimal kehamilan termasuk dalam "14T".

1) Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1).

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

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

Prinsip dasar yang perlu diingat: berat badan naik perlahan dan bertahap, bukan mendadak dan drastis. Pada trimester II dan III perempuan dengan gizi

baik dianjurkan menambah berat badan 0,4 kg. Perempuan dengan gizi kurang 0,5 kg gizi baik 0,3 kg. Indeks masa tubuh adalah suatu metode untuk mengetahui penambahan optimal, yaitu: 20 minggu pertama mengalami penambahan BB sekitar 2,5 kg, 20 minggu berikutnya terjadi penambahan sekitar 9 kg, kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg. (Sari, Ulfa, & Daulay, 2015).

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

2) Ukur Tekanan Darah (T2)

Diukur dan diperiksa setiap kali ibu datang dan berkunjung. Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah. Tekanan darah yang normal 110/80 - 120/80 mmHg.

3) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

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

4) Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Tablet ini mengandung 200mg sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan

kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

5) Pemberian Imunisasi TT (T5)

a) Pengertian

Imunisasi Tetanus Toksoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus (Idanati, 2005). Vaksin Tetanus yaitu toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan kemudian dimurnikan (Setiawan, 2006).

b) Manfaat Imunisasi TT Ibu Hamil

Melindungi bayi baru lahir dari tetanus neonatorum (BKKBN, 2005; Chin, 2000). Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh *clostridium tetani*, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistem saraf pusat (Saifuddin dkk, 2001).

Melindungi ibu terhadap kemungkinan tetanus apabila terluka (Depkes RI, 2000).

c) Jumlah dan Dosis Pemberian Imunisasi TT untuk Ibu Hamil

Imunisasi TT untuk ibu hamil diberikan 2 kali dengan dosis 0,5 cc diinjeksikan intramuskuler/subkutan dalam (Depkes RI, 2000).

d) Waktu Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap. TT 1 dapat diberikan sejak diketahui positif hamil dimana biasanya diberikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan (Depkes RI, 2000).

e) Jarak Pemberian Imunisasi TT

Jarak pemberian (interval) imunisasi TT 1 dengan TT 2 minimal 4 minggu (Saifuddin dkk, 2001; Depkes RI, 2000).

f) Efek Samping Imunisasi TT

Biasanya hanya gejala-gejala ringan saja seperti nyeri, kemerahan dan pembengkakan pada tempat suntikan (Depkes RI, 2000). TT adalah antigen yang sangat aman dan juga aman untuk wanita hamil. Tidak ada bahaya bagi janin apabila ibu hamil mendapatkan imunisasi TT (Saifuddin dkk, 2001). Efek samping tersebut berlangsung 1-2 hari, ini akan sembuh sendiri dan tidak diperlukan tindakan/pengobatan (Depkes RI,2000).

g) Tempat Pelayanan untuk Mendapatkan Imunisasi TT

Puskesmas/ puskesmas pembantu, Rumah sakit pemerintah/ swasta, Rumah bersalin, Polindes, Posyandu, Dokter/ bidan praktik (Depkes RI, 2004).

h) Umur kehamilan mendapat imunisasi TT :

Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap (BKKBN, 2005). TT1 dapat diberikan sejak diketahui positif hamil dimana biasanya diberikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan (Depkes RI, 2000).

i) Jadwal Imunisasi TT :

Sesuai dengan WHO, jika seorang ibu yang tidak pernah diberikan imunisasi tetanus maka ia harus mendapatkan paling sedikitnya dua kali (suntikan) selama kehamilan (pertama pada saat kunjungan antenatal dan kedua pada empat minggu kemudian). Jarak pemberian (interval) imunisasi TT 1 dengan TT 2 minimal 4 minggu (Saifuddin dkk, 2001 ; Depkes RI, 2000) . (Sari, Ulfa, & Daulay, 2015).

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT 5	1 taun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber : (Saifuddin dalam Sari, Ulfa, & Daulay, 2015)

Upaya pencegahan tetanus neonatorum dilakukan dengan memberikan imunisasi TT (Tetanus Toksoid) pada ibu hamil. Konsep imunisasi TT adalah *life long*

immunization yaitu pemberian imunisasi TT 1 sampai dengan TT 5. Skema *life long immunization* adalah sebagai berikut:

TT 0, dilakukan pada saat imunisasi dasar pada bayi. TT 1, dilakukan pada saat imunisasi dasar pada bayi. TT 2, dilakukan pada saat imunisasi dasar pada bayi. TT 3, dilakukan pada saat BIAS (bulan imunisasi anak sekolah) pada kelas satu. TT 4, dilakukan pada saat BIAS (bulan imunisasi anak sekolah) pada kelas dua. TT 5, dilakukan pada saat BIAS (bulan imunisasi anak sekolah) pada kelas tiga.

- j) Kajian status imunisasi ibu hamil meliputi Skrining status imunisasi pada ibu hamil ketika melakukan pengkajian data ibu hamil. Melengkapi bila belum terlindungi imunisasi TT. Skrining status imunisasi TT pada calon pengantin.

6) Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquis dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil.

7) Pemeriksaan Protein urine (T7)

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki oedema. Pemeriksaan protein urin ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklampsia.

8) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) (T8)

Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/ penyakit menular seksual, antara lain *sypphilis*.

Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena \pm 2 cc. Apabila hasil tes dinyatakan positif, ibu hamil dilakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang terjadi adalah kematian janin pada kehamilan < 16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan premature, cacat bawaan.

9) Pemeriksaan urine reduksi (T9)

Untuk ibu hamil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya Diabetes Melitus Gestasioal. Diabetes Melitus Gestasioal pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa pre-eklampsia, polihidramnion, bayi besar.

10) Perawatan Payudara (T10)

Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

11) Senam Hamil (T11)

Senam hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.

12) Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia.

13) Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis

yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

14) Temu wicara / Konseling (T14).(Pantiawati & Suryono, 2010).

Pelayanan Standar Asuhan 17 T

Tabel 2.2 Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu

No	Jenis Pemeriksaan	Trimester I	Trimester II	Trimester III	Keterangan
1	Keadaan Umum	ü	ü	ü	Rutin
2	Suhu Badan	ü	ü	ü	Rutin
3	Tekanan Darah	ü	ü	ü	Rutin
4	Berat Badan	ü	ü	ü	Rutin
5	LILA	ü			Rutin
6	TFU		ü	ü	Rutin
7	Presentasi Janin		ü	ü	Rutin
8	DJJ		ü	ü	Rutin
9	Pemeriksaan HB	ü		ü	Rutin
10	Golongan Darah	ü			Rutin
11	Protein Urin	.	.	.	Rutin
12	Gula Darah/reduksi	.	.	.	Atas indikasi
13	Darah Malaria	.	.	.	Atas indikasi
14	BTA	.	.	.	Atas indikasi
15	Darah Sifilis	.	.	.	Atas indukasi
16	Serologi HIV	.	.	.	Atas indikasi
17	USG	.	.	.	Atas indikasi

Sumber : (Kementrian Kesehatan RI, 2015)

f. Pemeriksaan Ibu Hamil (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

1) Anamnesis

a) Anamnesa identitas istri dan suami

Nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat.

Dalam melakukan anamnesis diperlukan keterampilan berkomunikasi, karena pendidikan dan daya tangkap seseorang sangat bervariasi.

b) Anamnesis umum

Tentang keluhan-keluhan, nafsu makan, tidur, perkawinan. Tentang haid, menarche, lama haid, banyaknya darah dan kapan mendapat haid terakhir, serta teratur atau tidak. Tentang kehamilan, persalinan, nifas, jumlah, dan keadaan anak.

2) Pemeriksaan Umum meliputi:

a) Tanda-tanda vital

(1) Suhu

Suhu tubuh normal $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

(2) Denyut nadi ibu

Denyut nadi dalam keadaan normal 60-80 kali permenit. Apabila denyut nadi ibu 100 kali atau lebih permenit merupakan tanda-tanda kurang baik, kemungkinan ibu mengalami tegang, ketakutan, cemas akibat masalah tertentu (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

(3) Pernapasan

Pernapasan normal ibu hamil adalah 20-40 kali permenit (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

(4) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah normal 90/60 mmHg sampai 140/90 mmHg. Apabila darah ibu lebih dari 140/90 mmHg berarti tekanan darah ibu tinggi, dan itu adalah salah satu gejala preeklamsi (Kemenkes RI, 2015).

(5) Lingkar lengan atas (Lila)

Angka normal lingkar lengan atas ibu yang sehat yaitu 23,5-36 cm (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

Pengukuran Lila untuk Mengetahui adanya resiko kekurangan energi kronis (KEK) pada WUS, Menepis wanita yang mempunyai risiko melahirkan BBLR.

(6) Berat badan

Berat badan adalah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitive dengan perubahan perubahan yang mendadak misalnya karna terserang penyakit infeksi, menurun nya nafsu makan atau menurun nya jumlah makan yang di konsumsi.

(7) Tinggi badan

Diukur pada saat pertama kali datang. Ibu hamil yang tinggi badannya kurang dari 145 cm terutama pada kehamilan pertama, tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

3. Pemeriksaan khusus, meliputi :

a) Inspeksi

Muka, apakah ada cloasma gravidarum dan odema. Rambut dan kulit rambut terlihat bersih atau tidak. Kelopak mata terlihat bengkak atau tidak. Konjungtiva terlihat pucat atau tidak. Sclera terlihat kuning atau normal. Hidung terlihat bersih atau tidak. Mulut ada sariawan atau tidak. Gigi ada caries atau tidak. Leher Inspeksi pada leher adalah untuk melihat apakah ada pembesaran kelenjar tiroid. Payudara Apakah bentuknya simetris antara kanan dan kiri. Melihat apakah sudah terjadi pigmentasi puting dan areola. Keadaan puting susu apakah menonjol atau tidak. Apakah colostrum sudah keluar. Abdomen Membesar sesuai dengan umur kehamilan atau tidak. alba/nigra, striae gravidarum hiperpigmentasi atau tidak. Tampak gerakan janin atau tidak. Bentuk gravidarum apakah melintang atau memanjang. Vulva Apakah ada odema, pengeluaran cairan dan apakah nyeri.

b) Palpasi

Tujuan palpasi: Untuk menentukan bagian-bagian, presentasi dan letak janin dalam rahim serta usia kehamilan. Letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Jika pada trimester III menjelang persalinan bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin atau kelainan panggul sempit (Manuba Ida Ayu, 2012)

Tahap-tahap pemeriksaan menurut Leopold adalah sebagai berikut: Tahap persiapan pemeriksaan Leopold: Ibu tidur telentang dengan posisi kepala lebih tinggi, Kedudukan tangan pada saat pemeriksaan dapat dialas kepala atau membujur disamping badan ibu. Kaki ditekukkan sedikit sehingga dinding perut lemas. Bagian perut ibu dibuka seperlunya. Pemeriksa menghadap kemuka ibu saat melakukan pemeriksaan Leopold I sampai III, sedangkan saat melakukan pemeriksaan Leopold IV pemeriksa menghadap ke kaki ibu.

Manuver palpasi menurut Leopold, Leopold I Pemeriksa menghadap kearah muka ibu hamil, Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin dalam fundus, Konsistensi uterus. Leopold II Menentukan batas samping rahim kanan-kiri, Menentukan letak punggung janin, Pada letak lintang, tentukan di mana kepala janin

Leopold III Menentukan bagian terbawah janin, Apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau masih dapat digoyangkan. Leopold IV, Pemeriksa menghadap kearah kaki ibu hamil, Bisa juga menentukan bagian terbawah janin apa dan berapa jauh sudah masuk PAP.

c) Auskultasi

Sebelum melakukan pemeriksaan kaki ibu diluruskan sehingga punggung janin lebih dekat dengan dinding perut ibu. DJJ normal 120-160 kali permenit (Manuba Ida Ayu, 2012).

d) Perkusi

Refleks patella Caranya: pada tendon tepat dibawah tempurung lutut, ketuk menggunakan hammer, kalau reflek negatif, berarti pasien kekurangan kalsium (B1).

Cek ginjal Caranya: ibu dengan posisi duduk dan kaki membujur, pemeriksa mengetuk pada bagian pinggang ibu. Apabila terasa sakit berarti ginjal ibu bermasalah.

e) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

(1) Hb

Hb normal ibu hamil adalah 11 gr%, apabila kurang berarti ibu menderita anemia (Manuba Ida Ayu, 2012). Pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu trimester I dan III (Saifuddin, 2010).

(2) Albumin

(3) Reduksi

Pemeriksaan glukosa darah dapat dilakukan menggunakan alat secara otomatis.

Kadar gula darah sewaktu (GDS) yang normal yaitu 200 mg/dl (Saifuddin, 2007).

g. Risiko kehamilan menurut Poedji Rochjati:

Kehamilan dengan faktor resiko adalah kehamilan dimana ditemukaannya suatu keadaan yang mempengaruhi optimalisasi pada kehamilan yang dihadapi. (Manuaba, 2008)

1) Resiko

Resiko adalah suatu ukuran statistic dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, seperti kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan, atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan bayi. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi tiga kelompok:

a) Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Kehamilan tanpa masalah/ faktor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat

b) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang member dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat

c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor 12,

kehamilan dengan faktor resiko : ibu dengan faktor resiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis (Poedji Rochjati, 2003)

2) Batasan Faktor Resiko / Masalah

a) Ada Potensi Gawat Obstetri / APGO

Primi muda, Primi tua, Anak terkecil < 2 tahun, Primi tua sekunder, Grande multi, Umur 35 tahun atau lebih, Tinggi badan 145 cm atau kurang, Riwayat obstetric jelek (ROJ), Persalinan yang lalu dengan tindakan, Bekas operasi sesar

b) Ada Gawat Obstetri / AGO

Penyakit pada ibu hamil, Anemia (kurang darah), Tuberculosis paru, Payah jantung, Diabetes mellitus, HIV / AIDS, Toksoplasmosis, Pre-eklamsi ringan, Hamil kembar, Hidramnion / hamil kembar air, Janin mati dalam rahim, Hamil serotinus / hamil lebih bulan, Letak sungsang, Letak lintang

c) Ada Gawat Darurat Obstetri / ADGO

Perdarahan antepartum, Pre-eklamsia berat / eklamsia

h. Menentukan Usia Kehamilan

a) Metode Kalender (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009)

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

b) Tinggi Fundus

Tabel 2.4Usia kehamilan berdasarkan tinggu fundus uteri

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

(Sumber : Manuba Ida Ayu, 2012)

Berdasarkan palpasi abdominal menurut rumus Mc. Donald, fundus uteri dapat diukur dengan pita. Tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

Dengan menggunakan cara Mc. Donald dapat mengetahui taksiran berat janin. Taksiran ini hanya berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut : $(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \text{Berat (gram)}$. Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka $n = 12$. Bila kepala dibawah spina ischiadika, maka $n = 11$.

Tabel 2.5

Tafsiran Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan

Gestasional Age	Length (cm)	Mass (g)
8 weeks	1.6 cm	1 gram
9 weeks	2.3 cm	2 grams
10 weeks	3.1 cm	4 grams
11 weeks	4.1 cm	7 grams
12 weeks	5.4 cm	14 grams
13 weeks	7.4 cm	23 grams
14 weeks	8.7 cm	43 grams
15 weeks	10.1 cm	70 grams
16 weeks	11.6 cm	100 grams
17 weeks	13 cm	140 grams
18 weeks	14.2 cm	190 grams
19 weeks	15.3 cm	240 grams
20 weeks	25.6 cm	300 grams
21 weeks	26.7 cm	360 grams
22 weeks	27.8 cm	430 grams
23 weeks	28.9 cm	501 grams
24 weeks	30 cm	600 grams
25 weeks	34.6 cm	660 grams
26 weeks	35.6 cm	760 grams
27 weeks	36.6 cm	875 grams
28 weeks	37.6 cm	1005 grams
29 weeks	38.6 cm	1153 grams
30 weeks	39.9 cm	1319 grams
31 weeks	41.1 cm	1502 grams
32 weeks	42.4 cm	1702 grams
33 weeks	43.7 cm	1918 grams
34 weeks	45 cm	2146 grams
35 weeks	46.2 cm	2383 grams
36 weeks	47.4 cm	2622 grams
37 weeks	48.6 cm	2859 grams
38 weeks	49.8 cm	3083 grams
39 weeks	50.7 cm	3288 grams
40 weeks	51.2 cm	3462 grams
41 weeks	51.7 cm	3597 grams
42 weeks	51.5 cm	3685 grams

Sumber : Benson, dkk, 2009.

4. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009).

Perdarahan pervaginam, Sakit kepala yang hebat, Penglihatan kabur, Nyeri perut hebat, Bengkak di wajah dan jari-jari tangan, Keluar cairan pervaginam, Gerakan janin tidak terasa.

5. Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil Trimester III

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).

Makanan yang cukup mengandung zat-zat gizi selama hamil sangat penting, berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa apabila jumlah makanan dikurangi maka berat bayi yang akan dilahirkan menjadi lebih kecil. Oleh sebab itu, makanan pada ibu hamil harus cukup untuk berdua, yaitu untuk ibu sendiri dan untuk anaknya dalam kandungan. Gizi yang adekuat selama hamil akan mengurangi resiko dan komplikasi pada ibu hamil, menjamin pertumbuhan jaringan sehingga bayi baru lahir memiliki berat badan optimal.

Kebutuhan zat gizi ditentukan oleh kenaikan berat janin dan kecepatan mensintesa jaringan baru. Dengan demikian kebutuhan zat-zat gizi akan maksimum pada minggu-minggu mendekati kelahiran. Zat-zat gizi diperoleh janin dari simpanan makanan ibu sehari-hari sewaktu hamil.

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 serelia (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, 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 megaloblastik 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 transportasi.

h) Senam Hamil

(1) Pengertian

Senam hamil merupakan program kebugaran khusus yang diperuntukkan bagi ibu hamil. Dengan gerakan-gerakan yang dirancang khusus, senam hamil dapat membantu mempermudah ibu hamil dalam persalinan (Kushartanti.2004).

Tujuan Senam Hamil Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot perut ligamen-ligamen otot dasar panggul, Membentuk sikap tubuh, Memperoleh rileksasi tubuh yang sempurna dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi, Menguasai teknik pernafasan yang mempunyai peran dalam persalinan, Dapat menghadapi stres, baik dari dalam maupun dari luar.

(2) Manfaat Senam Hamil

Dalam beberapa halaman Barbara Holstein pada bukunya *Soping Up for a Healthy pregnancy* menyebutkan manfaat senam hamil yaitu memperbaiki sirkulasi, Meningkatkan keseimbangan otot-otot, Mengurangi bengkak-bengkak, Mengurangi gangguan gastro intestinal termasuk sembelit, Mengurangi kejang, Memperkuat otot perut, Mempercepat penyembuhan setelah persalinan

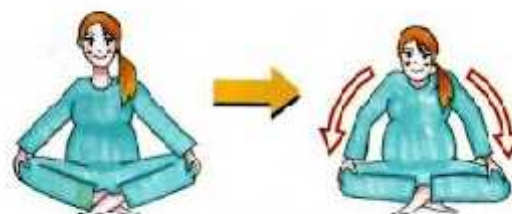
(3) Gerakan dalam senam hamil (Buku KIA, 2013):

Senam untuk kaki Duduklah dengan kaki diluruskan ke depan dengan tubuh bersandar tegak lurus (rileks), Tarik jari-jari ke arah tubuh secara perlahan-lahan lalu lipat ke depan. Lakukan sebanyak 10 kali. Tarik kedua telapak kaki ke arah tubuh secara perlahan-lahan dan dorong ke depan. Lakukan gerakan sebanyak 10 kali.



Gambar 2.2 Senam Kaki

Senam duduk bersila Duduk bersila Letakkan kedua telapak tangan di atas lutut, Tekan lutut ke bawah dengan perlahan-lahan, Lakukan sebanyak 10 kali. Lakukan senam duduk bersila ini selama 10 menit sebanyak 3 kali sehari.



Gambar 2.4 Senam Duduk Bersila

Cara tidur yang nyaman, Berbaring miring pada sebelah sisi dengan lutut ditekuk.



Gambar 2.5 Cara Tidur Nyaman

Senam untuk pinggang (posisi merangkak), Badan dalam posisi merangka, Sambil menarik nafas angkat perut berikut punggung ke atas dengan wajah menghadap ke bawah membentuk lingkaran, Sambil perlahan-lahan mengangkat wajah hembuskan nafas, turunkan punggung kembali dengan perlahan, Lakukan sebanyak 10 kali



Gambar 2.6 Posisi Merangkak

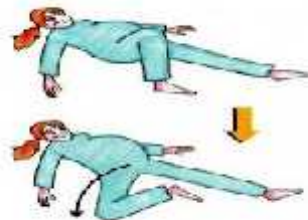
Senam untuk pinggang (posisi terlentang), Tidurlahterlentang dan tekuklah lutut jangan terlalu lebar, arah telapak tangan ke bawah dan



berada di samping badan, Angkatlah pinggang secara perlahan, Lakukan sebanyak 10 kali

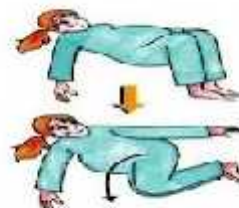
Gambar 2.7 Posisi Terlentang

Senam dengan satu lutut, Tidurlah terlentang, tekuk lutut ke kanan, Lutut kanan digerakkan perlahan ke arah kanan lalu kembalikan, Lakukan sebanyak 10 kali, Lakukan hal yang sama untuk lutut kiri



Gambar 2.8 Gerakan Satu Lutut

Senam dengan kedua lutut, Tidurlah terlentang, kedua lutut diteguk dan kedua lutut saling ditempelkan, Kedua tumit dirapatkan, kaki kiri dan kanan saling menempel, Kedua lutut digerakkan perlahan-lahan ke arah kiri dan kanan, Lakukan sebanyak 8 kali



Gambar 2.9 Gerakan Dua Lutut

c. Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil

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 penambahan 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 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%

Periode kehamilan dibedakan menjadi 3 trimester yaitu masa kehamilan trimester I : 0-12 minggu, masa kehamilan trimester II : 13-27 minggu, masa kehamilan trimester III : 28-40 minggu. Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut:

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

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

Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) berat badan ibu masih dalam batas normal dengan kalkulasi sebagai berikut, IMT Dengan nilai rujukan sebagai berikut.

Tabel 2.7 peningkatan berat badan selama kehamilan

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

Sumber: (Sukarni, 2013).

Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah. Sedangkan berat badan *overweight* meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan. Penilaian indeks masa tubuh (BMI) diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Perencanaan gizi untuk wanita hamil sebaiknya mengacu pada RDA (Recommended Daily Allowance atau asupan harian yang dianjurkan). Dibandingkan ibu yang tidak hamil, kebutuhan ibu hamil akan protein meningkat sampai 68%, asam folat 100%, kalsium 50%, dan zat besi 20-30%. Bahan makanan yang dianjurkan harus meliputi 6 kelompok yaitu makanan yang mengandung protein (hewani dan nabati), susu dan olahannya, roti dan biji-bijian, buah dan sayuran yang kaya akan vitamin C, sayuran berwarna hijau, buah dan sayuran lain.

Seorang ibu yang sedang hamil mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10-12 kg. pada trimester I kenaikan berat badan seorang ibu tidak mencapai 1 kg, namun setelah mencapai trimester ke II penambahan berat badan semakin banyak yaitu 3 kg dan pada trimester ke III sebanyak 6 kg. kenaikan tersebut disebabkan karena adanya pertumbuhan janin, plasenta dan air ketuban. Kenaikan berat badan yang ideal untuk seorang ibu yang gemuk adalah 7 kg dan 12,5 kg untuk ibu yang tidak gemuk. Jika berat badan ibu tidak normal maka akan memungkinkan terjadinya keguguran, lahir premature, BBLR, gangguan kekuatan rahim saat kelahiran (kontraksi), dan perdarahan setelah persalinan (Sukarni, 2013).

3. Konsep Dasar Persalinan

a. Definisi

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

b. Tanda-tanda persalinan

Tanda persalinan menurut (Manuba Ida Ayu, 2012) yaitu :

1) Terjadinya his persalinan.

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

2) Pengeluaran lender darah

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

3) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang

pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Seorang bidan harus mampu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab persalinan sehingga diharapkan dalam memberikan asuhan kebidanan pada proses persalinan yaitu passage (jalan lahir), power (his dan tenaga mengejan), dan passanger (janin, plasenta dan ketuban), serta factor lain seperti psikologi dan paktor penolong.

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 involunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha involunteer 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).

d. Tahapan Persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala I berlangsung tidak terlalu kuat sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Manuba Ida Ayu, 2012).

Kala I persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten pada kala satu persalinan

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

b) Fase Aktif pada kala satu persalinan

Frekuensi dan lama kontraksi terus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per

jam (nulipara atau primigravida) aatau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Kala II (kala pengeluaran janin)

2) Kala II Persalinan

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

Gejala dan tanda kala II persalinan (JNPK-KR Depkes RI, 2008) yaitu Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum/pada vaginanya, Perineum menonjol, Vulva-vagina dan sfingter ani membuka, Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3) Kala III (kala uri)

Kala III yaitu waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan ataupengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Tanda-tanda lepasnya plasenta yaituAdanya perubahan bentuk dan tinggi fundus, Tali pusat memanjang, Semburan darah mendadak dan singkat

Manajemen aktif kala III, yaituPemberian suntikan oksitosin, Melakukan peregangan tali pusat terkendali, Massase fundus uteri, Evaluasi perdarahan kala III. Perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam 500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 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 setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan (Saifuddin, 2010).

e. Asuhan Persalinan Normal

1) Kala I

Ibu sudah dalam persalinan kala I jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan kontraksi terjadi teratur minimal 3 kali dalam 10 menit selama 30-40 detik. Dalam persalinan kala I penanganan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah Memberikan dukungan dan yakinkan dirinya, Memberikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan, Lakukan perubahan posisi, yaitu posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi jika ibu ingin di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri, Hadirkan pendamping agar menemaninya (suami atau ibunya), untuk memijat atau menggosok punggungnya atau membasuh mukanya diantara kontraksi.

Mengajarkan kepada ibu teknik pernapasan, ibu diminta untuk menarik napas panjang, menahan napasnya sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup udara keluar sewaktu terasa kontraksi. Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan. Menganjurkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah buang air kecil/besar. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi, berikan cukup minum. Mengosongkan kandung kemih ibu. Melakukan pemantauan. Tabel berikut menguraikan frekuensi minimal penilaian dan intervensi.

Tabel 2.8

Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

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

Sumber : (Manuba Ida Ayu, 2012)

a) Penilaian yang dilakukan pada setiap pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I pada persalinan, dan setelah selaput ketuban pecah. Gambarkan temuan-temuan pada partogram. Pada setiap pemeriksaan dalam, catat hal-hal yaitu Warna cairan amnion, Dilatasi serviks, Penurunan kepala (yang dapat dicocokkan dengan periksa luar), Jika serviks belum membuka pada pemeriksaan dalam pertama, mungkin diagnosis inpartu belum dapat ditegakkan, Jika terdapat kontraksi yang menetap, periksa ulang wanita tersebut setelah 4 jam untuk melihat perubahan pada serviks (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

2) Kala II

Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva. Penanganan adalah Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan menghadirkan pendamping ibu agar merasa nyaman, Menjaga kebersihan diri, Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara Menjaga privasi ibu, Penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, Penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu, Membantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman pada saat meneran, Memastikan kandung kemih tetap kosong, Membantu membimbing saat meneran selama his, Periksa DJJ pada saat tidak ada kontraksi, Kemajuan persalinan dalam kala II, yaitu

dengan Penurunan yang teratur dari janin di jalan lahir, Dimulainya fase pengeluaran, yaitu kelahiran kepala bayi, Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat. Menahan perineum dengan satu tangan lainnya.

Mengusap muka bayi untuk membersihkannya dari kotoran lendir/darah. Memeriksa ada/tidaknya lilitan tali pusat pada bayi. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar. Kelahiran bahu dan anggota seluruhnya, dengan melakukan sangga susur. Letakkan bayi tersebut di atas perut ibunya. Secara menyeluruh, keringkan bayi, bersihkan matanya, dan nilai pernapasan bayi. Pemotongan tali pusat. Pastikan bahwa bayi tetap hangat dan memiliki kontak kulit dengan kulit dengan dada si ibu. Bungkus bayi dengan kain yang halus dan kering, tutup dengan selimut, dan pastikan kepala bayi terlindungi dengan baik untuk menghindari hilangnya panas tubuh.

Lakukan IMD setelah 1 jam lakukan injeksi vitamin K 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

3) Kala III

Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindarkan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penatalaksanaan aktif kala III yaitu Pemberian oksitosin 1 menit segera

setelah lahir, Pengendalian tarikan pada tali pusat, dan Masase uterus segera setelah plasenta lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

4) Kala IV

Kala IV adalah mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 2 jam. Dalam kala ini diamati, apakah tidak terjadi perdarahan postpartum, yaitu dengan penatalaksanaan Melakukan rangsangan taktil (masase) uterus, untuk merangsang uterus dalam berkontraksi. Evaluasi tinggi fundus uteri, dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan, Melakukan estimasi kehilangan darah secara keseluruhan, Periksa kemungkinan adanya laserasi dan perdarahan dari laserasi tersebut. Evaluasi keadaan umum ibu. Dokumentasikan semua asuhan ke dalam partograf (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

f. 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).

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

1) Menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009), tujuan partograf adalah Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan

memeriksa pembukaan serviks berdasarkan periksa dalam, Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama.

2) Bagian-bagian partograf

Bagian-bagian partograf menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009) yaitu Kemajuan persalinan yaitu Pembukaan serviks, Turunnya bagian terendah dan kepala janin, Kontraksi uterus. Kondisi janin yaitu Denyut jantung janin, Warna dan volume air ketuban, Moulase kepala janin. Kondisi Ibu yaitu Tekanan darah, nadi, dan suhu badan, Volume urine, Obat dan cairan.

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. 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 yaitu Apakah bayi cukup bulan ? Apakah air ketuban

jernih, tidak bercampur mekonium ? Apakah bayi menaangis atau bernapas ? Apakah tonus otot baik.

Jika bayi tidak cukup bulan, air ketuban bercampur mekonium, tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan tonus otot tidak baik, segera lakukan tindakan resusitasi. Namun, apabila bayi dalam kondisi baik maka lakukan penanganan asuhan bayi baru lahir normal.

c. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal

Menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008), asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal yaitu Jaga kehangatan bayi, Bersihkan jalan napas (bila perlu), Keringkan dan tetap jaga kehangatan, Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir, Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu, Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata, Beri suntikan vitamin K 1 mg intramuscular, di paha kairi anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD), Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 mL intramuskuar, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K.

d. Asuhan pada BBLR

Tindakan Bidan dalam menghadapi BBLR menurut Wiknjastro (2007) adalah Melakukan pemantauan terhadap kondisi bayi, Melakukan pemantaun terhadap tanda-tanda vital yaitu : suhu, respirasi dan heart rate, Mengkaji reflek menghisap, Mempertahankan kehangatan, Berkolaborasi dengan dokter spesialis anak, Memberitahukan hasil kolaborasi, Memberi nutrisi sesuai dengan kebutuhan bayi, Melakukan perawatan tali pusat,

Melakukan penimbangan secara ketat, Memberikan informasi pada ibu/keluarga tentang keadaan bayinya

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, Widyasih Hesti, 2009).

b. 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).

Tabel2.9

Involusi Uterus Mengenai tinggi fundus uterus

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

Sumber : (Suherni, Widyasih Hesti, 2009b)

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 Sanguiolenta

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.

c. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) frekuensi kunjungan waktu kunjungan dan tujuan kunjungan masa nifas yaitu:

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

Tujuan Mencegah perdarahan masa nifas, Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, Memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, Mobilisasi dini, Pemberian asi awal, Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum

Tujuan Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, Evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, Memeberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi

3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum

Tujuansama dengan kunjungan hari ke 6, Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum, Menanyakan penyulit-penyulit yang ada, Memberikan konseling untuk KB secara dini

e. Tanda Bahaya Masa Nifas menurut (Prawirohardjo, 2010)

Pengeluaran vagina yang baunya membusuk, Rasa sakit di bagian bawah abdomen/punggung, Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik, Gangguan masalah penglihatan/penglihatan kabur, Pembengkakan di wajah atau tangan, Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK atau merasa tidak enak badan, Payudara yang berubah menjadi merah, panas atau terasa sakit, Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama, Rasa sakit, merah, lunak, atau pembengkakan pada kaki, Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri, Merasa sangat letih atau nafas terengah-engah.

f. Bendungan ASI pada Masa Nifas.

1) Pengertian

Bendungan ASI adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan bendungan ASI dan rasa nyeri disertai kenaikan suhu badan (Rukiyah Ai, 2010).

2) Faktor Penyebab

Faktor-faktor penyebab menurut (Rukiyah Ai, 2010) adalah :

a) Pengosongan mammae yang tidak sempurna

Dalam masa laktasi terjadi peningkatan produksi ASI. Pada ibu yang produksi ASI nya berlebihan, apabila bayi sudah kenyang dan selesai menyusui, dan payudara tidak dikosongkan, maka masih terdapat sisa ASI di dalam payudara. Sisa ASI tersebut jika tidak dikeluarkan dapat menimbulkan bendungan ASI.

b) Faktor hisapan bayi yang tidak aktif.

Pada masa laktasi, bila ibu tidak menyusukan bayinya sesering mungkin atau jika bayi tidak aktif menghisap, maka akan menimbulkan bendungan ASI.

c) Faktor posisi menyusui bayi yang tidak benar

Teknik yang salah dalam menyusui dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan menimbulkan rasa nyeri pada saat bayi menyusui. Akibatnya ibu tidak mau menyusui bayinya dan dapat terjadi bendungan ASI.

d) Puting susu terbenam.

Puting susu yang terbenam akan menyulitkan bayi dalam menyusui. Karena bayi tidak dapat menghisap puting dan areola, bayi tidak mau menyusui dan akibatnya dapat terjadi bendungan ASI.

e) Puting susu terlalu panjang

Puting susu yang panjang menimbulkan kesulitan saat bayi menyusui karena bayi tidak dapat menghisap areola dan merangsang

sinus laktiferus untuk mengeluarkan ASI. Akibatnya ASI tertahan dan menimbulkan bendungan ASI.

3) Tanda dan Gejala Bendungan ASI

Menurut (Rukiyah Ai, 2010) bendungan ASI ditandai dengan Mamae panas serta keras, pada saat perabaan nyeri, Putting susu bisa mendarat sehingga bayi sulit menyusui, Pengeluaran susu kadang terhalang oleh duktus laktiferus yang menyempit, Payudara bengkak, keras dan panas, Nyeri bila ditekan, Warnanya kemerahan dan mengkilap, Suhu tubuh mencapai 38°C.

3) Penanganan Bendungan ASI

Menurut (Rukiyah Ai, 2010) penanganan yang dilakukan yang paling penting adalah dengan mencegah terjadinya payudara bengkak, yaitu Susukan bayi segera setelah lahir, Susukan bayi tanpa dijadwal, Keluarkan sedikit ASI sebelum menyusui agar payudara lebih lembek, Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi melebihi kebutuhan ASI, Laksanakan perawatan payudara setelah melahirkan.

Untuk mengurangi rasa sakit pada payudara berikan kompres dingin dan hangat dengan handuk secara bergantian kiri dan kanan, Untuk memudahkan bayi menghisap atau menangkap putting susu berikan kompres sebelum menyusui, Untuk mengurangi bendungan di vena dan pembuluh getah bening dalam payudara lakukan pengurutan yang dimulai dari putting ke arah korus mamae, ibu harus rileks. Perawatan payudara, Gunakan BH yang sesuai dengan pembesaran

payudara yang sifatnya menyokong payudara dari bawah suspension bukan menekan dari depan.

Bagi ibu menyusui dan bayi tidak menetek bantulah memerah air susu dengan tangan atau pompa. Jika ibu menyusui dan bayi mampu menetek : bantu ibu agar meneteki lebih sering pada kedua payudara tiap kali menetek. Berikan penyuluhan cara menyusui yang baik. Kemudian mengurangi nyeri sebelum menyusui : berikan kompres hangat pada payudara sebelum meneteki atau mandi air hangat, pijat punggung dan leher, memerah susus secara manual sebelum meneteki dan basahi puting susu agar bayi mudah menetek. Mengurangi nyeri setelah menyusui : gunakan bebat atau kutang , kompres dingin pada dada untuk mengurangi bengkak, terapi paracetamol 500 mg peroral.

Bagi ibu yang tidak menyusui. Berikan bebat dan kutang yang ketat, kompres dingin pada payudara untuk mengurangi bengkak dan nyeri. Berikan paracetamol 500mg per oral. Evaluasi 3 hari.

g. ASI Eksklusif

1) Pengertian

ASI eksklusif adalah bayi hanya di beri ASI selama 6 bulan tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, teh, dan air putih, serta tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, bubur susu, biskuit,

bubur nasi, dan nasi tim, kecuali vitamin, mineral dan obat (Prasetyono, 2009).

2) Manfaat

Menurut Prasetyono (2009), manfaat ASI eksklusif dapat mendatangkan keuntungan bagi bayi dan ibu

a) Manfaat ASI bagi bayi

Ketika bayi berusia 6-12 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Setelah berumur 1 tahun, meskipun ASI hanya bisa memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, pemberian ASI tetap dianjurkan, Para dokter menyepakati bahwa pemberian ASI dapat mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit serta alergi.

Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit daripada bayi yang tidak memperoleh ASI, ASI selalu siap sedia ketika bayi menginginkannya. Apabila bayi sakit, ASI adalah makanan yang terbaik untuk diberikan kepadanya, Bayi yang lahir premature lebih tumbuh cepat jika diberi ASI, IQ pada bayi yang memperoleh ASI lebih tinggi 7-9 poin daripada bayi yang tidak diberi ASI.

b) Manfaat ASI bagi Ibu

Isapan bayi dapat membuat rahim mengecil, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa prahamil, serta mengurangi resiko perdarahan. Lemak disekitar panggul dan yang ditimbun pada masa kehamilan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing

kembali. Resiko terkena kanker rahim dan kanker payudara lebih rendah. Menyusui bayi lebih menghemat waktu. ASI lebih praktis, ASI lebih murah, ASI selalu bebas kuman, ASI dalam payudara tidak pernah basi.

c) Manfaat ASI bagi Negara

Menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, Mengurangi subsidi untuk rumah sakit, Mengurangi devisa dalam pembelian susu formula, Meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa.

h. Perawatan Payudara

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

Adapun langkah-langkah dalam perawatan payudara adalah (Anggraini Y., 2010). Tangan dilicinkan dengan minyak kelapa / baby oil. Pengurutan payudara mulai dari pangkal menuju arah puting susu selama 2 menit (10kali) untuk masing-masing payudara. Handuk bersih 1-2 buah. Air hangat dan air dingin dalam baskom. Waslap atau sapu tangan dari handuk.

1) Langkah-langkah pengurutan payudara:

a) Pengurutan yang pertama.

Licinkan kedua tangan dengan minyak tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara lakukan pengurutan, dimulaidari arah atas lalu arak sisi samping kiri kemudian kearah kanan, lakukan terus pengurutan kebawah atau melintang. Lalu kedua tangan dilepas dari payudara, ulangi gerakan 20-30 kali untuk setiap satu payudara.

b) Pengurutan yang kedua

Menyokong payudara kiri dengan tangan kiri, kemudian dua atau tiga jari tangan kanan mulai dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu. Lakukan tahap mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi kearah putting susu. Lakukan gerakan 20-30 kali.

c) Pengurutan yang ketiga

Menyokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan lain mengurut dan menggenggam dari pangkal menuju ke putting susu. Langkah gerakan 20-30 kali.

d) Pengompresan

Alat-alat yang disiapkan adalah 2 buah kom sedang yang masing-masing diisi dengan air hangat dan air dingin dan 2 buah waslap. Caranya Kompres kedua payudara dengan waslap hangat selama 2 menit, kemudian ganti dengan kompres dingin selama 1 menit. Kompres bergantian selama 3 kali berturut-turut dengan kompres air hangat. Menganjurkan ibu untuk memakai BH khusus untuk menyusui.

i. Perawatan puting susu

Puting susu memegang peranan penting pada saat menyusui. Air susu ibu akan keluar dari lubang-lubang pada puting susu oleh karena itu puting susu perlu dirawat agar dapat bekerja dengan baik, tidak semua wanita mempunyai puting susu yang menonjol (normal). Ada wanita yang mempunyai puting susu dengan bentuk yang mendatar atau masuk kedalam, bentuk puting susu tersebut tetap dapat mengeluarkan ASI jika dirawat dengan benar. Langkah - langkah yang perlu dilakukan untuk merawat puting susu:

Setiap pagi dan sore sebelum mandi puting susu (daerah areola mammae), satu payudara diolesi dengan minyak kelapa sekurang-kurangnya 3-5 menit, lama 4-5 kali. Jika puting susu normal, lakukan perawatan dengan oleskan minyak pada ibu jari dan telunjuk lalu letakkan keduanya pada Puting susu dengan gerakan memutar dan ditarik-tarik selama 30 kali putaran untuk kedua puting susu.

Jika puting susu datar atau masuk kedalam lakukan tahapan sebagai berikut Letakkan kedua ibu jari disebelah kiri dan kanan puting susu, kemudian tekan dan hentakkan kearah luar menjahui puting susu secara perlahan. Letakkan kedua ibu jari diatas dan dibawah puting susu lalu tekan serta hentakkan kearah puting susu secara perlahan. Kemudian untuk masing-masing puting digosok dengan handuk kasar agar kotoran-kotoran yang melekat pada puting susu dapat terlepas. Akhirnya payudara dipijat untuk mencoba mengeluarkan ASI.

Lakukan langkah-langkah perawatan diatas 4-5kali pada pagi dan sore hari, sebaiknya tidak menggunakan alkohol atau sabun untuk membersihkan puting susu karena akan menyebabkan kulit kering dan lecet. Pengguna pompa

ASI atau bekas jarum suntik yang dipotong ujungnya juga dapat digunakan untuk mengatasi masalah pada puting susu yang terbenam.

6. Konsep Dasar Neonatus

a. Definisi

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

b. Periode Neonatal

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

c. Pelayanan Kesehatan Neonatus

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

Pelaksanaan pelayanan neonatal adalah :

1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN1)

Dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah Jaga kehangatan tubuh bayi, Berikan ASI eksklusif, Rawat tali pusat.

2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir. Jaga kehangatan tubuh bayi, Berikan ASI eksklusif, Cegah infeksi, Rawat tali pusat

3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit. Lakukan asuhan berupa Jaga kehangatan tubuh bayi, Berikan ASI eksklusif dan Rawat tali pusat.

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

1) Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi

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

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

2) Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat

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

3) Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal

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

Dengan menganggap bahwa bayi diberi susu dengan tepat, warna dan konsistensi feses akan berubah, menjadi lebih terang, lebih berwarna kuning-hijau dan kurang lengket di bandingkan mekonium. Setiap gangguan pada pola ini atau dalam karakteristik feses harus diperiksa dan penyebabnya ditangani, abnormalitas pada saluran GI, seperti stenosis atau atresia, malrotasi, volvulus, atau anus imperforata, akan memerlukan intervensi pembedahan.

4) Meningkatkan Hubungan Interaksi antara 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.

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

Bayi tidak mau menyusu, Kejang, Lemah, Sesak Nafas, Merintih, Pusar Kemerahan, Demam atau Tubuh Merasa Dingin, Mata Bernanah Banyak, Kulit Terlihat Kuning

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).

1) 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).

Ibu perlu ikut KB setelah persalinan agar ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Kontrasepsi yang dapat digunakan pada pasca persalinan dan paling potensi untuk mencegah mis opportunityberKB adalah Alat Kontrasepsi Dalam rahim (AKDR) atau IUD pasca plasenta, yakni pemasangan dalam 10 menit pertama sampai 48 jam setelah plasenta lahir (atau sebelum penjahitan uterus/rahim pada pasca persalinan dan pasca keguguran di fasilitas kesehatan, dari ANC sampai dengan persalinan terus diberikan penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi. Sehingga ibu yang setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi (BkkbN, 2014).

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



Gambar 2.2 AKDR

c) Cara Kerja IUD

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri. 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).

d) 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.

e) 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

Adanya perkiraan hamil, Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti perdarahan yang tidak normal, perdarahan di leher rahim, dan kanker rahim. Perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya. Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim. Diketahui menderita TBC pelvic. 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 Mengalami keterlambatan haid yang disertai tanda-tanda kehamilan : mual, pusing, muntah-muntah. Terjadi perdarahan yang lebih banyak (lebih hebat) dari haid biasa. 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

Pemasangan IUD sebaiknya dilakukan pada saat 2 – 4 hari setelah melahirkan, 40 hari setelah melahirkan, Setelah terjadinya keguguran, Hari ke 4 haid sampai hari ke 10 dihitung dari haid pertama, Menggantikan metode KB lainnya (Sukarni, 2013).

8. Konsep Dasar KEK

1) KEK dalam Kehamilan

Kekurangan Energi Kronis Pada Ibu Hamil Merupakan keadaan dimana seorang wanita atau ibu hamil mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein). Ibu hamil dikatakan menderita KEK bila LILA kurang dari 23,5 cm (Winkjosastro, 2007)

a. Gejala KEK

Berat badan kurang dari 45 kg atau tampak kurus dan LILA kurang dari 23,5 cm, tinggi badan kurang dari 145 cm, mudah lelah letih lesu lemah lunglai, bibir tampak pucat, nafas pendek, denyut jantung meningkat, susah buang air besar, nafsu makan berkurang, kadang kadang pusing dan mudah mengantuk (Supariasa, 2010)

b. Etiologi KEK

Keadaan KEK terjadi karena tubuh kekurangan satu atau beberapa jenis zat gizi yang dibutuhkan. Beberapa hal yang dapat menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi antara lain: jumlah zat gizi yang dikonsumsi kurang, mutunya rendah atau keduanya. Zat gizi yang dikonsumsi juga mungkin gagal untuk diserap dan digunakan untuk tubuh (Helena, 2013).

Faktor Faktor yang mempengaruhi KEK (Surasih, 2005) antara lain :

1) Jumlah asupan makanan

Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari pada kebutuhan wanita yang tidak hamil. Upaya mencapai gizi masyarakat yang baik atau optimal dimulai dengan penyediaan pangan yang cukup. Penyediaan pangan dalam negeri yaitu : upaya pertanian dalam menghasilkan bahan makanan

pokok, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan. Pengukuran konsumsi makanan sangat penting untuk mengetahui kenyataan apa yang dimakan oleh masyarakat dan hal ini dapat berguna untuk mengukur gizi dan menemukan faktor diet yang menyebabkan malnutrisi.

2) Umur

Semakin muda dan semakin tua umur seseorang ibu yang sedang hamil akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan. Umur muda perlu tambahan gizi yang banyak karena selain digunakan pertumbuhan dan perkembangan dirinya sendiri, juga harus berbagi dengan janin yang sedang dikandung. Sedangkan untuk umur tua perlu energi yang besar juga karena fungsi organ yang melemah dan diharuskan untuk bekerja maksimal, maka memerlukan tambahan energi yang cukup guna mendukung kehamilan yang sedang berlangsung. Sehingga usia yang paling baik adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun, dengan diharapkan gizi ibu hamil akan lebih baik.

3) Beban Kerja atau Aktifitas

Aktifitas dan gerakan seseorang berbeda-beda, seorang dengan gerak yang otomatis memerlukan energi yang lebih besar dari pada mereka yang hanya duduk diam saja. Setiap aktifitas memerlukan energi, maka apabila semakin banyak aktifitas yang dilakukan, energi yang dibutuhkan juga semakin banyak. Namun pada seorang ibu hamil kebutuhan zat gizi berbeda karena zat-zat gizi yang dikonsumsi selain untuk aktifitas/ kerja zat-zat gizi juga digunakan untuk perkembangan janin yang ada dikandung ibu hamil tersebut. Kebutuhan energi rata-rata pada saat hamil dapat ditentukan sebesar 203 sampai 263

kkal/hari, yang mengasumsikan penambahan berat badan 10-12 kg dan tidak ada perubahan tingkat kegiatan

4) Penyakit atau Infeksi

Malnutrisi dapat mempermudah tubuh terkena penyakit infeksi dan juga infeksi akan mempermudah status gizi dan mempercepat malnutrisi, mekanismenya yaitu Penurunan asupan gizi akibat kurang nafsu makan, menurunnya absorpsi dan kebiasaan mengurangi makanan pada waktu sakit. Peningkatan kehilangan cairan atau zat gizi akibat diare, mual, muntah dan perdarahan yang terus menerus. Meningkatnya kebutuhan, baik dari peningkatan kebutuhan akibat sakit atau parasit yang terdapat pada tubuh.

5) Pengetahuan Ibu tentang Gizi

Pemilihan makanan dan kebiasaan diet dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap terhadap makanan dan praktek/ perilaku pengetahuan tentang nutrisi melandasi pemilihan makanan. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai asosiasi yang positif dengan pengembangan pola-pola konsumsi makanan dalam keluarga. Beberapa studi menunjukkan bahwa jika tingkat pendidikan dari ibu meningkat maka pengetahuan nutrisi dan praktek nutrisi bertambah baik. Usaha-usaha untuk memilih makanan yang bernilai nutrisi semakin meningkat, ibu-ibu rumah tangga yang mempunyai pengetahuan nutrisi akan memilih makanan yang lebih bergizi dari pada yang kurang bergizi.

6) Pendapatan Keluarga

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Pada rumah tangga berpendapatan rendah, sebanyak 60 persen hingga 80 persen dari pendapatan riilnya dibelanjakan untuk membeli makanan.

Artinya pendapatan tersebut 70-80 persen energi dipenuhi oleh karbohidrat (beras dan penggantinya) dan hanya 20 persen dipenuhi oleh sumber energy lainnya seperti lemak dan protein. Pendapatan yang meningkat akan menyebabkan semakin besarnya total pengeluaran termasuk besarnya pengeluaran untuk pangan.

c. Patofisiologi KEK

Kebutuhan Nutrisi meningkat selama hamil. Masukan gizi pada ibu hamil sangat menentukan kesehatan nya dan janin yang di kandung nya. Kebutuhan gizi pada saat kehamilan berbeda dengan sebelum hamil, peningkatan gizi ibu hamil sebesar 15%, karna di butuhkan untuk pertumbuhan janin, payudara, volume darah, placenta, air ketuban dan Pertumbuhan janin. (Lubis, 2003)

d. Pencegahan KEK

Menurut Chinue (2009) Cara pencegahan KEK antara lain :

1) Pencegahan KEK

Meningkatkan Konsumsi makanan yang bergizi yaitu :

- a) Makan makanan yang mengandung banyak zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam dan telur) dan bahan makanan nabati (sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan dan tempe)
- b) Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin c (daun katuk, bayam, singkong, jambu, tomat, jeruk dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi di usus
- c) Menambah pemasukan zat besi dalam tubuh dengan minum tablet penambah darah

2) Pengaruh KEK

Kurang energi kronik pada saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun pada janin yang dikandungnya (Waryono, 2010, p.46).

a) Terhadap ibu : dapat menyebabkan resiko dan komplikasi antara lain : anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi.

b) Terhadap janin : menimbulkan keguguran/abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

3) Penatalaksanaan KEK

Menurut Waryana (2010) Penatalaksanaan KEK adalah :

a) Peningkatkan suplementasi tablet fe pada ibu hamil dengan memperbaiki system distribusi dan monitoring secara terintergrasi dengan program lain nya seperti pelayanan ibu hamil dll

b) Rutin memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama hamil untuk mendapatkan pelayanan yang maksimal

c) Pengaturan Konsumsi Makanan

Penambahan kebutuhan untuk memperbaiki jaringan tubuh dengan mengkonsumsi gizi seimbang. Bahan makanan yang terdapat dalam tiap kelompok bahan makan sebagai sumber energy atau tenaga yaitu padi-padiantepung, umbi-umbian, sagu, pisang. Sumber pengatur yaitu Sayur-sayuran dan Buah-buahan. Sumber zat pembangun yaitu daging, ikan, telur, susu, kacang-kacangan dan hasil olahannya yaitu tahu, tempe dan oncom.

d) Istirahat yang cukup

e) Pemantauan berat badan dan Pengukuran LILA

Pengukuran dilakukan dengan pita LILA dan ditandai dengan centimeter, dengan ambang batas 23,5 cm (batas antara merah dan putih). Berat badan adalah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitive dengan perubahan-perubahan yang mendadak misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makan yang dikonsumsi.

f) Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Pemberian makanan tambahan yang tinggi kalori dan tinggi protein yang dipadukan dengan penerapan porsi kecil tapi sering, pada faktanya memang berhasil menekan angka kejadian BBLR di Indonesia. Penambahan 200-450 Kalori dan 12-20 gram protein dari kebutuhan ibu adalah angka yang mencukupi untuk memenuhi gizi janin.

Contoh Makanan tambahan antara lain : Susu Ibu hamil, Makanan yang berprotein (hewani dan nabati), susu, roti, biji-bijian, buah dan sayuran yang kaya akan vitamin C, sayuran berwarna hijau tua, buah dan sayuran lain (Nanin Jaja, 2007)

g) Apabila terjadi atau timbul masalah medis maka hal yang perlu dilakukan menurut Saifudin (2007) adalah Rujuk atau Konsultasi, Perencanaan sesuai Kondisi ibu hamil, Minum Tablet besi atau tambah darah. Ibu hamil hari harus minum satu tambah darah (60 mg) selama 90 hari mulai minggu ke 20.

Periksa Kehamilan secara teratur. Setiap wanita hamil mengalami resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Ibu hamil sebaiknya memeriksakan kehamilannya secara teratur kepada tenaga kesehatan agar resiko pada waktu melahirkan dapat dikurangi.

2) Konsep Dasar Persalinan dengan KEK

Ibu dengan kondisi kekurangan nutrisi beresiko persalinan sulit atau lama, melahirkan bayi dalam kondisi premature (lahir belum cukup bulan), terjadinya perdarahan pada ibu sesudah melahirkan, Dan biasanya saat persalinan ibu juga kekurangan tenaga untuk mengejan saat terjadinya proses persalinan sehingga melahirkan dengan cara operasi cenderung tinggi bagi ibu hamil yang kekurangan nutrisi.

Pengaruh KEK pada persalinan menurut (Waryono, 2010, p.46), adalah Persalinan Sulit dan Lama, Persalinan Premature, Perdarahan

3) Konsep Dasar Bayi baru lahir dengan KEK

Data fokus yang dikaji pada kasus ini meliputi jam berapa bayi lahir, apakah bayi lahir cukup bulan, apakah bayi lahir segera menangis, apakah bayi bergerak aktif, kemudian melakukan antropometri pada bayi baru lahir meliputi berat badan, panjang badan, lingkar dada dan kepala bayi. Asuhan yang dapat diberikan bidan disesuaikan dengan apa yang dialami bayi, pengaruh KEK terhadap bayi baru lahir menurut Waryono (2010, p.46), salah satunya adalah kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, dan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. Status gizi ibu hamil

sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan, apabila status gizi ibu buruk, baik sebelum kehamilan atau pada saat kehamilan akan menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR). Mengakibatkan terlambatnya pertumbuhan otak janin, anemia pada bayi baru lahir, bayi baru lahir mudah terinfeksi, abortus dan sebagainya. Kondisi anak yang terlahir dari ibu yang kekurangan gizi dan hidup dalam lingkungan yang miskin akan menghasilkan generasi kekurangan gizi dan mudah terkena penyakit infeksi. Keadaan ini biasanya ditandai dengan berat dan tinggi badan yang kurang optimal (Supariasa, 2001).

Faktor penyebab

Ada beberapa faktor – faktor yang dapat menyebabkan bayi berat lahir rendah yaitu :

1) Faktor Ibu

a) Gizi saat hamil yang kurang (Anemia)

Kurang gizi pada saat hamil apabila tidak mendapatkan penanganan dengan baik secara intensif akan mengakibatkan anemia.

b) Faktor Pekerjaan

Pekerjaan terkait pada status sosial ekonomi dan aktifitas fisik ibu hamil. Dengan keterbatasan status sosial ekonomi akan berpengaruh terhadap keterbatasan dalam mendapatkan pelayanan antenatal yang adekuat, pemenuhan gizi, sementara itu ibu hamil yang bekerja cenderung cepat lelah sebab aktifitas fisiknya meningkat karena memiliki tambahan pekerjaan/kegiatan diluar rumah (Depkes RI, 2003).

2) Faktor Kehamilan

a) Hamil dengan Hidramnion

b) Perdarahan antepartum

3) Faktor Janin

a) Cacat bawaan

b) Infeksi dalam rahim

4) Konsep Dasar Nifas dengan KEK

Saat nifas, ibu memerlukan banyak nutrisi dimana nutrisi tersebut digunakan sebagai tenaga pemulihan sesudah melahirkan. Biasanya ibu yang kekurangan nutrisi diwaktu nifas akan mengalami pusing, mata berkunang – kunang, lemah, letih, lesu, demam, mudah terkena infeksi, terhambat proses kembalinya kandungan dalam ukuran semula dan juga terhambatnya penyembuhan luka saat terjadi persalinan. Dimasa ini ibu nifas dilarang untuk berpantang dalam mengkonsumsi makanan karena bisa mengakibatkan hal – hal tersebut dan juga bisa berdampak kematian pada ibu nifas. Pada saat nifas ini protein yang tinggi lah yang dibutuhkan untuk proses penyembuhan luka, protein tersebut antara lain: daging, telur, ikan, susu, tahu, tempe, dll. Selain itu ibu nifas juga memerlukan bnyak vitamin dan mineral yang terkandung dalam sayur – sayuran dan buah – buahan untuk menjaga stamina atau kondisi ibu nifas saat pemulihan dan agar susu yang diproduksi oleh ibu nifas berkualitas tinggi.

5) Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi *inpartu* terjadi pada pembukaan < 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu (Wiknjosastro, 2011; Mansjoer, 2010; Manuaba, 2009). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD *preterm* adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

b. Etiologi

Penyebab ketuban pecah dini masih belum dapat diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan ada faktor-faktor yang berhubungan erat dengan ketuban pecah dini, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Adapun yang menjadi faktor risiko menurut (Rukiyah, 2010; Manuaba, 2009; Winkjosastro, 2011) adalah : infeksi, *serviks yang inkompeten*, ketegangan *intra uterine*, trauma, kelainan letak janin, keadaan sosial ekonomi, peninggian tekanan *intrauterine*, kemungkinan kesempitan panggul, *korioamnionitis*, faktor keturunan, riwayat KPD sebelumnya, kelainan atau kerusakan selaput ketuban dan *serviks* yang pendek pada usia kehamilan 23 minggu. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban dari *vagina* atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Ketegangan *intra uterin* yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi uterus*) misalnya trauma, *hidramnion*, *gemelli*. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan *intrauterin* atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari *vagina* dan

serviks. Selain itu ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetrik (Rukiyah, 2010).

Inkompetensi serviks (leher rahim) adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (*serviks*) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. *Inkompetensi serviks* adalah *serviks* dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan *laserasi* sebelumnya melalui *ostium uteri* atau merupakan suatu kelainan kongenital pada *serviks* yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Manuaba, 2009).

Tekanan *intra uterin* yang tinggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya : Trauma (hubungan seksual, pemeriksaan dalam, *amniosintesis*), *Gemelli* (Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih). Pada kehamilan *gemelli* terjadi distensi *uterus* yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah. *Makrosomia* adalah berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan *makrosomia* menimbulkan *distensi uterus* yang meningkat atau *over distensi* dan menyebabkan tekanan pada *intra uterin* bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis,

dan kekuatan membran menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah. *Hidramnion* atau *polihidramnion* adalah jumlah cairan amnion >2000mL. *Uterus* dapat mengandung cairan dalam jumlah yang sangat banyak. *Hidramnion* kronis adalah peningkatan jumlah cairan amnion terjadi secara berangsur-angsur. *Hidramnion* akut, volume tersebut meningkat tiba-tiba dan *uterus* akan mengalami distensi nyata dalam waktu beberapa hari saja (Winkjosastro, 2011).

c. Faktor Risiko ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini

1. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan atau aktivitas responden sehari-hari, namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya hendaklah dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin. Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan dalam bekerja. Hal ini dapat dijadikan pelajaran bagi ibu-ibu hamil agar selama masa kehamilan hindari/kurangi melakukan pekerjaan yang berat (Abdul, 2010).

Pekerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan dan kehidupan keluarga .pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan,berulang dan banyak tantangan. Bekerja pada umumnya membutuhkan waktu dan tenaga yang banyak aktivitas yang berlebihan mempengaruhi kehamilan ibu untuk menghadapi proses persalinannya.

Menurut penelitian Abdullah (2012) Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dan dengan lama kerja melebihi tiga jam perhari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja menyebabkan lemahnya *korion amnion* sehingga timbul ketuban pecah dini. Pekerjaan merupakan suatu yang penting dalam kehidupan, namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya sebaiknya dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Huda (2013) yang menyatakan bahwa ibu yang bekerja dan lama kerja 40 jam/ minggu dapat meningkatkan risiko sebesar 1,7 kali mengalami KPD dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hal ini disebabkan karena pekerjaan fisik ibu juga berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi. Pada ibu yang berasal dari strata sosial ekonomi rendah banyak terlibat dengan pekerjaan fisik yang lebih berat.

2. Paritas

Multigravida atau *paritas* tinggi merupakan salah satu dari penyebab terjadinya kasus ketuban pecah sebelum waktunya. *Paritas* 2-3 merupakan *paritas* paling aman ditinjau dari sudut kematian. *Paritas* 1 dan *paritas* tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, risiko pada *paritas* 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada *paritas* tinggi dapat dikurangi/ dicegah dengan keluarga berencana (Wiknjosastro, 2011).

Menurut penelitian Fatikah (2015) konsistensi *serviks* pada persalinan sangat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini pada *multipara* dengan konsistensi *serviks* yang tipis, kemungkinan terjadinya ketuban pecah dini lebih besar dengan adanya tekanan *intrauterin* pada saat persalinan. konsistensi *serviks* yang tipis dengan proses pembukaan *serviks* pada *multipara* (mendatar sambil membuka hampir sekaligus) dapat mempercepat pembukaan *serviks* sehingga dapat beresiko ketuban pecah sebelum pembukaan lengkap. *Paritas* 2-3 merupakan *paritas* yang dianggap aman ditinjau dari sudut insidensi kejadian ketuban pecah dini. *Paritas* satu dan *paritas* tinggi (lebih dari tiga) mempunyai resiko terjadinya ketuban pecah dini lebih tinggi. Pada *paritas* yang rendah (satu), alat-alat dasar panggul masih kaku (kurang elastik) daripada *multiparitas*. *Uterus* yang telah melahirkan banyak anak (*grandemulti*) cenderung bekerja tidak efisien dalam persalinan (Cunningham, 2006). Menurut penelitian Abdullah (2012) *Paritas* kedua dan ketiga merupakan keadaan yang relatif lebih aman untuk hamil dan melahirkan pada masa reproduktif, karena pada keadaan tersebut dinding uterus belum banyak mengalami perubahan, dan serviks belum terlalu sering mengalami pembukaan sehingga dapat menyanggah selaput ketuban dengan baik (Varney, 2010). Ibu yang telah melahirkan beberapa kali lebih berisiko mengalami KPD, oleh karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan (Cunningham. 2006).

3. Umur

Adalah umur individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang

dalam berfikir dan bekerja (Santoso, 2013). Dengan bertambahnya umur seseorang maka kematangan dalam berfikir semakin baik sehingga akan termotivasi dalam pemeriksaan kehamilan untuk mencegah komplikasi pada masa persalinan.

Menurut Mundi (2007) umur dibagi menjadi 3 kriteria yaitu < 20 tahun, 20-35 tahun dan > 35 tahun. Usia reproduksi yang aman untuk kehamilan dan persalinan yaitu usia 20-35 tahun (Winkjosastro, 2011). Pada usia ini alat kandungan telah matang dan siap untuk dibuahi, kehamilan yang terjadi pada usia < 20 tahun atau terlalu muda sering menyebabkan komplikasi/ penyulit bagi ibu dan janin, hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, dimana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik, selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Sedangkan pada usia yang terlalu tua atau > 35 tahun memiliki resiko kesehatan bagi ibu dan bayinya (Winkjosastro, 2011). Keadaan ini terjadi karena otot-otot dasar panggul tidak elastis lagi sehingga mudah terjadi penyulit kehamilan dan persalinan. Salah satunya adalah perut ibu yang menggantung dan serviks mudah berdilatasi sehingga dapat menyebabkan pembukaan serviks terlalu dini yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

Cunningham et all (2006) yang menyatakan bahwa sejalan dengan bertambahnya usia maka akan terjadi penurunan kemampuan organ-organ reproduksi untuk menjalankan fungsinya, keadaan ini juga mempengaruhi proses embryogenesis, kualitas sel telur juga semakin menurun, itu sebabnya kehamilan pada usia lanjut berisiko terhadap perkembangan yang janin tidak normal, kelainan bawaan, dan juga kondisi-kondisi lain yang mungkin mengganggu kehamilan dan persalinan seperti kelahiran dengan ketuban pecah dini. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian

Kurniawati (2012) yang membuktikan bahwa umur ibu <20 tahun organ reproduksi belum berfungsi secara optimal yang akan mempengaruhi pembentukan selaput ketuban menjadi abnormal. Ibu yang hamil pada umur >35 tahun juga merupakan faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini karena pada usia ini sudah terjadi penurunan kemampuan organ-organ reproduksi untuk menjalankan fungsinya, keadaan ini juga mempengaruhi proses embryogenesis sehingga pembentukan selaput lebih tipis yang memudahkan untuk pecah sebelum waktunya.

4. Riwayat Ketuban Pecah Dini

Riwayat KPD sebelumnya berisiko 2-4 kali mengalami KPD kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya KPD aterm dan KPD preterm terutama pada pasien risiko tinggi. Wanita yang mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih berisiko mengalaminya kembali antara 3-4 kali dari pada wanita yang tidak mengalami KPD sebelumnya, karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Cunningham, 2006).

Menurut penelitian Utomo (2013) Riwayat kejadian KPD sebelumnya menunjukkan bahwa wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya, hal ini dikemukakan oleh Cunningham et all (2006). Keadaan yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan janin dalam kandungan juga juga dapat meningkatkan resiko kelahiran dengan ketuban pecah dini. Preeklampsia/ eklampsia pada ibu hamil mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas dan keadaan janin

karena terjadi penurunan darah ke plasenta yang mengakibatkan janin kekurangan nutrisi.

5. Usia Kehamilan

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden *Sectio Caesaria*, atau gagalnya persalinan normal. Persalinan prematur setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.

Usia kehamilan pada saat kelahiran merupakan satu-satunya alat ukur kesehatan janin yang paling bermanfaat dan waktu kelahiran sering ditentukan dengan pengkajian usia kehamilan. Pada tahap kehamilan lebih lanjut, pengetahuan yang jelas tentang usia kehamilan mungkin sangat penting karena dapat timbul sejumlah penyulit kehamilan yang penanganannya bergantung pada usia janin. Periode waktu dari KPD sampai kelahiran berbanding terbalik dengan usia kehamilan saat ketuban pecah. Jika ketuban pecah trimester III hanya diperlukan beberapa hari saja hingga kelahiran terjadi dibanding dengan trimester II. Makin muda kehamilan, antar terminasi kehamilan banyak diperlukan waktu untuk mempertahankan hingga janin lebih matur. Semakin lama menunggu, kemungkinan infeksi akan semakin besar dan membahayakan janin serta situasi maternal (Astuti, 2012).

6. *Cephalopelvic* Disproportion(CPD)

Keadaan panggul merupakan faktor penting dalam kelangsungan persalinan,tetapi yang tidak kurang penting ialah hubungan antara kepala janin dengan panggul ibu.Partus lama yang sering kali disertai pecahnya ketuban pada pembukaan kecil, dapat menimbul dehidrasi serta asdosis,dan infeksi intrapartum. Pengukuran panggul (pelvimetri) merupakan cara pemeriksaanyang penting untuk mendapat keterangan lebih banyak tentang keadaan panggul (Prawirohardjo, 2011).

d. Patogenesis KPD

Prawirohardjo (2011), mengatakan Patogenesis KPD berhubungan dengan

hal-hal berikut:

1. Adanya *hipermotilitis* rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah dini. Penyakit-penyakit seperti *pielonefritis*, *sistitis*, *sevisitis*, dan *vaginitis* terdapat bersama-sama dengan hipermotilitas rahim ini.
2. Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan ketuban)
3. Infeksi (amnionitis atau koroamnionnitis)
4. Faktor-faktor lain yang merupakan predisposisi ialah:
multifara,malposisi, servik inkompeten,dan lain-lain.
5. Ketuban pecah dini artificial (amniotomi),di mana berisi ketuban dipecahkan terlalu dini.

e. Cara Menentukan KPD

Menurut Prawirohardjo (2011) cara menentukan terjadinya KPD dengan : (a) Memeriksa adanya cairan yang berisi nekrosis, verniks kaseosa, rambut lanugo atau bila telah terinfeksi berbau, (b) Inspekulo: lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis serviks dan apakah ada bagian yang sudah pecah, (c) Gunakan kertas lakmus (litmus) : bila menjadi biru (basa) berarti air ketuban, bila menjadi merah (merah) berarti air kemih (urine), (d) Pemeriksaan pH fornix posterior pada KPD pH adalah basa (air ketuban), (e) Pemeriksaan histopatologi air ketuban.

f. Pengaruh KPD

Pengaruh KPD menurut Prawirohardjo (2011) yaitu:

1. Terhadap janin

Walaupun ibu belum menunjukkan gejala-gejala infeksi tetapi janin mungkin sudah terkena infeksi, karena infeksi intrauterin lebih dahulu terjadi (aminionitis, vaskulitis) sebelum gejala pada ibu dirasakan, jadi akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal. Dampak yang ditimbulkan pada janin meliputi prematuritas, infeksi, mal presentasi, prolaps tali pusat dan mortalitas perinatal.

2. Terhadap ibu

Karena jalan telah terbuka, maka dapat terjadi infeksi intrapartum, apa lagi terlalu sering diperiksa dalam, selain itu juga dapat dijumpai infeksi peupuralis (nifas), peritonitis dan seftikamia, serta dry-labor. Ibu akan merasa lelah karena terbaring ditempat tidur, partus akan menjadi lama maka suhu tubuh naik, nadi cepat dan nampaklah gejala-gejala infeksi. Hal-hal di atas akan meningkatkan angka kematian

dan angka morbiditas pada ibu. Dampak yang ditimbulkan pada ibu yaitu partus lama, perdarahan post partum, atonia uteri, infeksi nifas.

g. Prognosis

Prognosis ketuban pecah dini ditentukan oleh cara penatalaksanaan dan komplikasi-komplikasi dari kehamilan (Mochtar, 2011). Prognosis untuk janin tergantung pada :

1. Maturitas janin: bayi yang beratnya di bawah 2500 gram mempunyai prognosis yang lebih jelek dibanding bayi lebih besar.
2. Presentasi: presentasi bokong menunjukkan prognosis yang jelek , khususnya kalau bayinya premature.
3. Infeksi intra uterin meningkat mortalitas janin.
4. Semakin lama kehamilan berlangsung dengan ketuban pecah , semakin tinggi insiden infeksi.

h. Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC, atau gagalnya persalinan normal (Mochtar, 2011).

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini premature,

infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten (Mochtar, 2011).

Pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat. Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonal (Mochtar, 2011).

Adapun pendapat yang lain (Mochtar, 2011):

i. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ketuban pecah dini yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma ketuban berbau amis dan tidak berbau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah, cairan ini tidak akan berhenti atau kering kerana tersu diproduksi sampai kelahiran tetapi bila anda duduk atau berdiri kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya mengganjal. Kebocoran untuk sementara, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat, merupakan tanda infeksi yang terjadi (Nugroho, 2012).

j. Diagnosis

Penegakkan diagnosis menurut Abadi (2008) adalah sebagai berikut : bila air ketuban banyak dan mengandung mekonium verniks maka diagnosis dengan inspeksi mudah ditegakkan, tapi bila cairan keuar sedikit maka diagnosis harus ditegakkan pada :

1. Anamnesa : kapan keluar cairan, warna, bau, adakah partikel-partikel di dalam cairan (lanugo serviks)
2. Inpeksi : bila fundus di tekan atau bagian terendah digoyangkan, keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada forniks posterior
3. Periksa dalam : ada cairan dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi
4. Pemeriksaan laboratorium : Kertas lakmus : reaksi basa (lakmus merah berubah menjadi biru), Mikroskopik : tampak lanugo, verniks kaseosa (tidak selalu dikerjakan)
5. Pemeriksaan penunjang

Menurut Abadi (2008), pemeriksaan penunjang pada kasus ketuban pecah dini meliputi pemeriksaan leukosit/ WBC(bila $>15.000/ml$) kemungkinan telah terjadi infeksi. Ultrasonografi (sangat membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak atau presentasi janin, berat janin, letak dan gradasi plasenta serta jumlah air ketuban), dan monitor bunyi jantung janin dengan fetoskop Laennec atau Doppler atau dengan melakukan pemeriksaan kardiokografi (bila usia kehamilan >32 minggu).

k. Diagnosa Banding

Diagnosa banding yang dikemukakan oleh Abadi (2008) ada dua cara yaitu cairan dalam vagina (bisa urine/flour albus) dan *hand water* dan *fore water* rupture of membrane (pada kedua keadaan ini tidak ada perbedaan penatalaksanaan)

l. Penyulit

Ada beberapa penyulit ketuban pecah dini antara lain infeksi intra uterin (kematian perinatal meningkat dari 17% menjadi 68% apabila ketuban sudah pecah 48 jam sebelum anak lahir), tali pusat menumbung, persalinan preterm, dan amniotik band syndrome yakni kelainan bawaan akibat ketuban pecah sejak hamil muda (Abadi, 2008).

m. Penatalaksanaan

Menurut Abadi (2008) membagi penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan aterm, kehamilan preterm, ketuban pecah dini yang dilakukan induksi, dan ketuban pecah dini yang sudah inpartu.

1. Ketuban pecah dengan kehamilan aterm

Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm yaitu : diberi antibiotika, Observasi suhu rektal tidak meningkat, ditunggu 24 jam, bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi. Bila saat datang sudah lebih dari 24 jam, tidak ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.

6) Konsep Dasar Ikterus

a) Definisi

Ikterus adalah gambaran klinis berupa pewarnaan kuning pada kulit dan mukosa karena adanya deposisi produk akhir katabolisme *heme* yaitu bilirubin. Secara klinis, ikterus pada neonatus akan tampak bila konsentrasi bilirubin serum $>5\text{mg/dL}$ (Cloherty, 2004). Ikterus lebih mengacu pada gambaran klinis berupa pewarnaan kuning pada kulit, sedangkan hiperbilirubinemia lebih mengacu pada gambaran kadar bilirubin serum total.

b) Klasifikasi

Terdapat 2 jenis ikterus: ikterus fisiologis dan patologis (Mansjoer, 2002).

Ikterus fisiologis memiliki karakteristik sebagai berikut: Timbul pada hari kedua-ketiga, Kadar bilirubin indirek (larut dalam lemak) tidak melewati 12mg/dL pada neonatus cukup bulan dan 10mg/dL pada kurang bulan, Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak melebihi 5mg/dL per hari, Kadar bilirubin direk (larut dalam air) kurang dari 1mg/dL , Gejala ikterus akan hilang pada sepuluh hari pertama kehidupan, Tidak terbukti mempunyai hubungan dengan keadaan patologis tertentu.

Ikterus patologis memiliki karakteristik seperti berikut: Ikterus yang terjadi pada 24 jam pertama kehidupan Ikterus dengan kadar bilirubin melebihi 12mg/dL pada neonatus cukup bulan dan 10mg/dL pada neonates lahir kurang bulan/*premature*, Ikterus dengan peningkatan bilirubin lebih dari 5mg/dL per hari, Ikterus yang menetap sesudah 2 minggu pertama, Ikterus yang mempunyai hubungan dengan proses hemolitik, infeksi atau keadaan patologis lain yang telah diketahui, Kadar bilirubin direk melebihi 1mg/dL .

c) Etiologi

Penyebab ikterus dapat dibagi kepada tiga fase yaitu:

Ikterus Prahepatik yaitu Produksi bilirubin yang meningkat yang terjadi pada hemolisis sel darah merah. Peningkatan pembentukan bilirubin dapat disebabkan oleh: Kelainan sel darah merah, Infeksi seperti malaria, sepsis, Toksin yang berasal dari luar tubuh seperti: obat – obatan, maupun yang berasal dari dalam tubuh seperti yang terjadi pada reaksi transfuse dan eritroblastosis fetalis.

Ikterus Pascahepatik yaitu Bendungan pada saluran empedu akan menyebabkan peninggian bilirubin konjugasi yang larut dalam air. Akibatnya bilirubin mengalami akan mengalami regurgitasi kembali kedalam sel hati dan terus memasuki peredaran darah, masuk ke ginjal dan di eksresikan oleh ginjal sehingga ditemukan bilirubin dalam urin. Sebaliknya karena ada bendungan pengeluaran bilirubin kedalam saluran pencernaan berkurang sehingga tinja akan berwarna dempul karena tidak mengandung sterkobilin.

Ikterus Hepatoseluler yaitu Kerusakan sel hati menyebabkan konjugasi bilirubin terganggu sehingga bilirubin direk akan meningkat dan juga menyebabkan bendungan di dalam hati sehingga bilirubin darah akan mengadakan regurgitasi ke dalam sel hati yang kemudian menyebabkan peninggian kadar bilirubin konjugasi di dalam aliran darah. Kerusakan sel hati terjadi pada keadaan: hepatitis, sirosis hepatic, tumor, bahan kimia, dll.

f) Patofisiologi

Peningkatan kadar bilirubin tubuh dapat terjadi pada beberapa keadaan . Kejadian yang sering ditemukan adalah apabila terdapat penambahan beban bilirubin pada sel hepar yang berlebihan. Hal ini dapat ditemukan bila terdapat peningkatan penghancuran eritrosit, polisitemia. Gangguan pemecahan bilirubin plasma juga dapat menimbulkan peningkatan kadar bilirubin tubuh. Hal ini dapat terjadi apabila kadar protein Y dan Z berkurang, atau pada bayi hipoksia, asidosis. Keadaan lain yang memperlihatkan peningkatan kadar bilirubin adalah apabila ditemukan gangguan konjugasi hepar atau neonatus yang mengalami gangguan ekskresi misalnya sumbatan saluran empedu. Pada derajat tertentu bilirubin ini akan bersifat toksik dan merusak jaringan tubuh. Toksisitas terutama ditemukan pada bilirubin indirek yang bersifat sukar larut dalam air tapi mudah larut dalam lemak. Sifat ini memungkinkan terjadinya efek patologis pada sel otak apabila bilirubin tadi dapat menembus sawar darah otak. Kelainan yang terjadi pada otak disebut Kernikterus. Pada umumnya dianggap bahwa kelainan pada saraf pusat tersebut mungkin akan timbul apabila kadar bilirubin indirek lebih dari 20 mg/dl. Bilirubin indirek akan mudah melalui sawar darah otak apabila bayi terdapat keadaan berat badan lahir rendah , hipoksia, dan hipoglikemia.

g) Gejala Klinis

Gejala Hiperbilirubinemia dikelompokkan menjadi 2 fase yaitu akut dan kronik: (Surasmi, 2003). Gejala akut: Lethargi (lemas), Tidak ingin mengisap, Feses berwarna seperti dempul, Urin berwarna gelap. Gejala kronik: Tangisan yang melengking (high pitch cry), Kejang, Perut membuncit dan pembesaran hati,

Dapat tuli, gangguan bicara dan retardasi mental, Tampak matanya seperti berputar-putar

h) Diagnosis

Pendekatan menentukan kemungkinan penyebab. Menetapkan penyebab ikterus tidak selamanya mudah dan membutuhkan pemeriksaan yang banyak dan mahal, sehingga dibutuhkan suatu pendekatan khusus untuk dapat memperkirakan penyebabnya.

Ikterus yang timbul pada 24 jam pertama yaitu Penyebab ikterus yang terjadi pada 24 jam pertama menurut besarnya kemungkinan dapat disusun sebagai berikut : Inkompatibilitas darah Rh, ABO atau golongan lain, Infeksi intrauterin (oleh virus, toxoplasma, dan kadang-kadang bakteri).

Ikterus yang timbul 24-72 jam sesudah lahir yaitu Biasanya ikterus fisiologis, Masih ada kemungkinan inkompatibilitas darah ABO atau Rh atau golongan lain. Hal ini dapat diduga kalau peningkatan kadar bilirubin cepat, misalnya melebihi 5 mg% per 24 jam, Polisitemia, Hemolisis perdarahan tertutup (perdarahan subaponeurosis, perdarahan hepar subkapsuler dan lain-lain), Hipoksia, Sferositosis, elipsitosis, dan lain-lain, Dehidrasi asidosis, Defisiensi enzim eritrosit lainnya.

Ikterus baru dapat dikatakan fisiologis sesudah observasi dan pemeriksaan selanjutnya tidak menunjukkan dasar patologis dan tidak mempunyai potensi berkembang menjadi *kern icterus*.

WHO dalam panduannya menerangkan cara menentukan ikterus dari inspeksi, sebagai berikut: Pemeriksaan dilakukan dengan pencahayaan yang cukup (di siang hari dengan cahaya matahari) karena ikterus bisa terlihat lebih parah bila dilihat dengan pencahayaan buatan dan bisa tidak terlihat pada pencahayaan yang kurang. Tekan kulit bayi dengan lembut dengan jari untuk mengetahui warna di bawah kulit dan jaringan subkutan. Tentukan keparahan ikterus berdasarkan umur bayi dan bagian tubuh yang tampak kuning.

Tabel 2.10 Hubungan Kadar Bilirubin (mg/dL) dengan Daerah Ikterus Menurut Kramer

Daerah ikterus	Penjelasan	Kadar bilirubin (mg/dL)	
		Prematur	Aterm
1	Kepala dan leher	4 – 8	4 – 8
2	Dada sampai pusat	5 – 12	5 – 12
3	Pusat bagian bawah sampai lutut	7 – 15	8 – 16
4	Lutut sampai pergelangan kaki dan bahu sampai pergelangan tangan	9 – 18	11 – 18
5	Kaki dan tangan termasuk telapak kaki dan Telapak tangan	> 10	> 15

(Sumber: Arif Mansjoer. Kapita Selekta Kedokteran jilid 2, Edisi III Media Aesculapius FK UI.2007:504)

i) Penatalaksanaan

1) Ikterus Fisiologis

Bayi sehat, tanpa faktor risiko, tidak diterapi. Perlu diingat bahwa pada bayi sehat, aktif, minum kuat, cukup bulan, pada kadar bilirubin tinggi,

kemungkinan terjadinya kernikterus sangat kecil. Untuk mengatasi ikterus pada bayi yang sehat, dapat dilakukan beberapa cara berikut:

- Minum ASI dini dan sering
- Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya paling sedikit 8 – 12 kali/ hari untuk beberapa hari pertama.
- Tidak memberikan cairan tambahan rutin seperti dekstrose atau air pada bayi yang mendapat ASI dan tidak mengalami dehidrasi.
- Terapi sinar, sesuai dengan panduan WHO.

Pada bayi yang pulang sebelum 48 jam, diperlukan pemeriksaan ulang dan kontrol lebih cepat (terutama bila tampak kuning). Bilirubin serum total 24 jam pertama $> 4,5$ mg/dL dapat digunakan sebagai faktor prediksi hiperbilirubinemia pada bayi cukup bulan sehat pada minggu pertama kehidupannya. Hal ini kurang dapat diterapkan di Indonesia karena tidak praktis dan membutuhkan biaya yang cukup besar.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

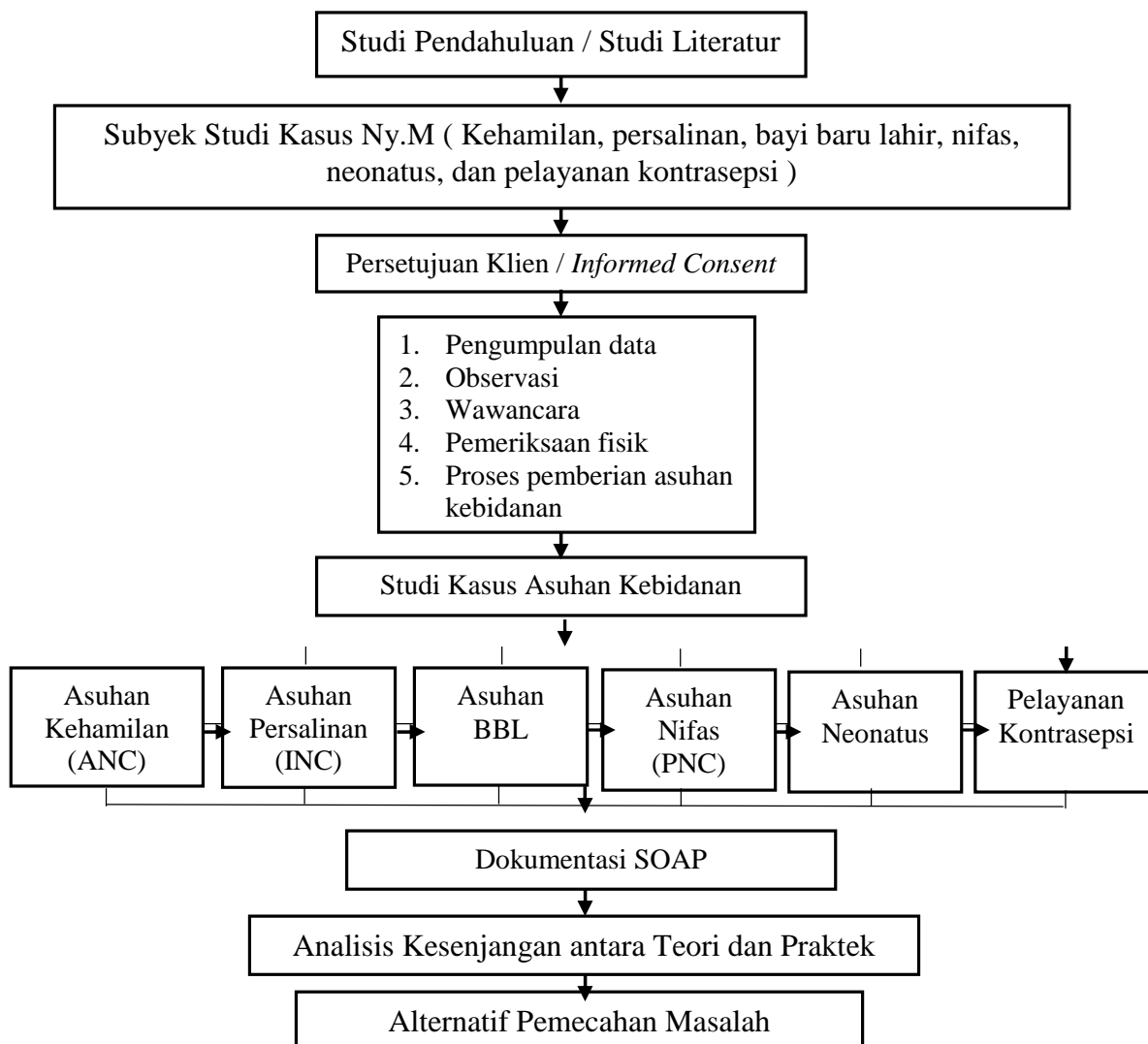
A. Rancangan Studi Kasus

Rancangan studi kasus adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan studi kasus itu (Nasution, 2007). Rancangan dalam studi kasus ini adalah studi kasus yang secara menyeluruh berisi hasil wawancara yang menggunakan pertanyaan-pertanyaan terbuka dengan menanyakan kelengkapan identitas, riwayat perkawinan, riwayat penyakit, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, data yang didapat dalam wawancara digunakan untuk pengkajian awal terhadap Ny. M dan observasi yang dilakukan dengan melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh pada kunjungan masa kehamilan trimester III serta pemeriksaan yang berkesinambungan pada proses persalinan, nifas, neonatus dan KB pada subjek yang dipilih saat memberikan asuhan berkesinambungan (*continuity of care*). Studi kasus atau *case study* pada laporan tugas akhir ini adalah studi kasus yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

B. Kerangka Kerja Studi Kasus

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

Kerangka kerja penulisan studi kasus dimulai dari penjaringan dan pengkajian subjek studi kasus, pengambilan kesimpulan diagnosa, penyusunan rencana asuhan, implementasi asuhan, dan evaluasi hasil asuhan. Kerangka kerja dalam studi kasus ini diuraikan dalam bentuk skema di bawah



Gambar. 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus

C. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda, ataupun lembaga organisasi (Nursalam, 2009). Pada studi kasus ini subyek yang diteliti adalah ibu hamil trimester III dengan atau tanpa resiko.

Subyek studi kasus yang akan dibahas dalam LTA ini adalah ibu hamil G₃P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 34 minggu 3 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

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

a. Observasi

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

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan fisik

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

d. Studi Dokumentasi

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

2. Analisis Data

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

E. Etika Studi Kasus

1. Respect for person

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

2. *Beneficence dan non maleficence*

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

3. *Justice*

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

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu pengkajian : 8 Maret 2017/Pukul:10.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. M

Oleh : Dwi Fitriyana Putri

Langkah I (Pengkajian)

a. Identitas

Nama klien: Ny. M, Umur: 27 tahun,Suku: Jawa, Agama: Islam
Pendidikan: DI,Pekerjaan: IRT>Nama suami: Tn. EW, Umur: 28 tahun,
Suku: Jawa, Agama: Islam, Pendidikan: SMP, Pekerjaan: Buruh
Bangunan, Alamat: Jalan M.T.Haryono RT38 No.J24 Gunung Bahagia,
Balikpapan Selatan.

b. Keluhan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

c. Riwayat obstetric dan ginekologi

Tabel 4.1 Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ Tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keada- -an
1	2011	BPM	Aterm	Tidak ada	Spt	Bidan	Induksi	Lk	2700	54	Hidup
2	HAMIL INI										

d. Riwayat menstruasi

HPHT / TP: 20 Juli 2016 / 26 April 2017, Umur kehamilan: 33 minggu, Lamanya: 7 hari, Banyaknya: 3 kali ganti pembalut, Konsistensi: Cair, Siklus: 35 hari, Menarche: 11 tahun, Teratur / tidak: teratur, Dismenorrhea: Ada, Keluhan lain: Nyeri Pinggang saat menstruasi

e. Flour albus

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

f. Tanda – tanda kehamilan

Ibu mengatakan melakukan test kehamilan pada bulan September dengan hasil positif. Ibu merasakan gerakan janin pertama kali pada usia kehamilan 6 bulan. Dan ibu merasakan gerakan janin aktif kurang lebih 10 kali dalam 24 jam.

g. Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

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

h. Riwayat imunisasi

Imunisasi TT : TT1

i. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu pernah menderita penyakit seperti hipertensi, campak, hemoroid, dan pernah operasi tumor di leher dan operasi patah tulang tetapi tidak pernah menderita seperti jantung hepar, DM, PMS/HIV/AIDS, TBC.

2) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga ibu dan suami ada yang pernah menderita penyakit seperti Hipertensi, DM, tetapi tidak ada yang pernah menderita penyakit seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, serta penyakit keturunan seperti buta warna dan penyakit kelainan darah.

3) Alergi

Ibu tidak memiliki alergi terhadap makanan atau pun obat-obatan.

j. Keluhan selama hamil

Selama hamil ibu mengatakan mengalami kelelahan mual, muntah, pusing, keputihan, nyeri tungkai tetapi tidak sampai mengganggu aktivitas sehari-hari dan lelah hanya dirasakan sedikit mengganggu pada 3 bulan pertama kehamilan.

k. Riwayat menyusui

Ibu mengatakan memberikan ASI pada anak pertama hanya 1 minggu karena puting susu datar dan terbelah lalu payudara ibu pernah mengalami pembengkakan setelah 1 minggu ASI tidak keluarnya maka ibu memberikan bayinya susu formula.

l. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB, yaitu suntik 3 bulan dengan lama pemakaian kurang lebih 5 tahun. Dan pernah mencoba suntik 1 bulan selama 1 bulan. Dengan keluhan selama pemakaian flek-flek saja.

Ibu mendapatkan pelayanan pelayanan KB di BPM.

Ibu berhenti berKB dengan alasan ingin mempunyai anak lagi.

m. Kebiasaan sehari – hari

1) Merokok dan penggunaan alcohol sebelum / selama hamil

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

2) Obat- obatan atau jamu sebelum / selama hamil

Selama hamil ibu kadang –kadang mengonsumsi jamu seperti kunyit, beras kencur, dan obat-obatan tablet penambah darah (Fe) dari puskesmas, kalsium, dan asam folat.

3) Makan / diet

Makan / diet ibu selama hamil yaitu sehari 2-3 kali porsi sedang yaitu satu piring tidak penuh dengan takaran nasi 1 centong, lauk pauk seperti ikan, ayam, telur, tempe, sayur, dan kadang buah-buahan. Ibu

mengatakan saat hamil TM I ibu sering makan makanan bersantan dan digoreng.

4) Defekasi / miksi

a) BAB

Frekuensi: 1x 2 hari, Konsistensi: Lunak, Warna: Kuning kecoklatan, Keluhan: Tidak ada.

b) BAK

Frekuensi: >/6 x/hari, Konsistensi: Cair, Warna: Kuning jernih, Keluhan: Tidak ada

n. Pola istirahat dan tidur

Siang: \pm 1 jam, Malam: \pm 8 jam

o. Pola aktivitas sehari – hari

Selama ibu hamil, ibu masih dapat melakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa. Memasuki kehamilan trimester III ibu mulai mengurangi pekerjaan sehari-harinya.

p. Pola seksualitas

Frekuensi: 1x selama hamil ini, Keluhan: Perut kencang saat coitus TM I

q. Riwayat Psikososial

1. Pernikahan

Status: Menikah, Yang ke: 1, Lamanya: 6 tahun, Usia pertama kali menikah: 21 tahun

2. Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan :Cukup, ibu memahami pentingnya memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan

3. Respon ibu terhadap kehamilannya :

Ibu merasa senang dengan kehamilannya saat ini.

4. Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak :

Ibu mengatakan perempuan atau laki-laki sama saja

5. Respon suami/keluarga terhadap jenis kelamin anak :

Senang, suami mengatakan perempuan atau laki – laki sama saja

6. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : Ibu tidak ada suatu kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan.

r. Pantangan selama kehamilan : Tidak ada

s. Persiapan persalinan:Rencana tempat bersalin:BPM Nilawati, Persiapan ibu dan bayi: Ada, Ibu telah mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi.

t. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : Baik

Berat badan Sebelum hamil: 37 kg, Saat hamil: 44 kg,
Penurunan: Tidak ada. Tinggi badan: 147 cm, Lila: 22 cm. IMT :
 $37/(1,47)^2 = 37/2,1609 = 17.1224$, IMT masuk dalam kategori kurus.

Kesadaran: Compos Mentis, Ekspresi wajah :Senang, Keadaan emosional: Stabil.

Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 100/70 mmHg, Nadi: 80 x/menit,
Suhu: 36°C, Pernapasan: 20x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a. Kepala

Kulit kepala: Bersih, Kontriksi rambut: Kuat, Distribusi rambut: Merata, Lain – lain: Tidak ada.

b. Mata

Kelopak mata: Tidak oedema, Konjungtiva: tidak anemis, Sklera: Tidak ikterik, Lain – lain : Tidak ada

c. Muka

Kloasma gravidarum: Tidak ada, Oedema: Tidak ada, Pucat / tidak: Tidak pucat, Lain – lain: Tidak ada

d. Mulut dan gigi

Gigi geligi: Lengkap, Mukosa mulut: Lembab, Caries dentis: Ada, Geraham: Lengkap, Lidah: Bersih, Lain – lain: Tidak ada

e. Leher

Tonsil: Tidak ada peradangan, Faring: Tidak ada peradangan, Vena jugularis: Tidak ada pembesaran, Kelenjar tiroid: Tidak ada pembesaran, Kelenjar getah bening: Tidak ada pembesaran, Lain-lain: Bekas operasi tumor saat SD

f. Dada

Bentuk mammae: Simetris, Retraksi: Tidak ada, Puting susu: Kiridatar terbelah dan kanan menonjol, Areola: Terjadi hiperpigmentasi, Lain-lain: Tidak ada

g. Punggung ibu

Bentuk /posisi: Hiperlordosis : tidak Ada, Lain-lain: Tidak ada

h. Perut

Bekas operasi: Tidak ada, Striae: Tidak ada, Pembesaran: kecil dari usia kehamilan, Asites: Tidak ada, Lain-lain: Tidak ada

i. Vagina

Varises: Tidak Ada, Pengeluaran: Tidak Ada, Oedema: Tidak Ada

j. Perineum: Riwayat episiotomi, Luka parut: Tidak Ada,

Fistula: Tidak Ada,,Lain – lain : Tidak Ada

k. Ekstremitas

Oedema: Tidak ada, Varises: Tidak ada, Turgor: Baik, Lain – lain: Bekas Operasi Patah tulang akibat kecelakaan motor saat SD

Palpasi

a) Leher

Vena jugularis: Tidak ada pembesaran, Kelenjar getah bening: Tidak ada pembesaran, Kelenjar tiroid: Tidak ada pembesaran, Lain – lain: Tidak ada

b) Dada

Mammae: Simetris, Massa: Tidak ada, Konsistensi: Kenyal, Pengeluaran Colostrum: Belum ada, Lain-lain: Tidak ada

c) Perut

Leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ pusat px (27 cm), bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting. Tafsiran berat janin (TBJ) = $(27 - 12) \times 155 = 2326,5$ gram. Leopold II : Bagian perut ibu

sebelah kiri teraba keras datar seperti papan (punggung), sebelah kanan teraba bagian kecil janin. Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), belum masuk PAP. Leopold IV : Konvergen. Lain – lain: Tidak ada.

d) Tungkai

(1) Oedema

Tangan Kanan: Tidak oedema Kiri: Tidak oedema

Kaki Kanan: Tidak oedema, Kiri: Tidak oedema

(2) Varices

Kanan: Tidak ada varices, Kiri: Tidak ada varices

e) Kulit

Turgor: Baik, Lain – lain : Tidak ada

Auskultasi

a) Paru – paru

Wheezing: Tidak ada, Ronchi: Tidak ada

b) Jantung

Irama: Teratur, Frekuensi: 88 x/menit, Intensitas: Baik, Lain-lain: Tidak ada

c) Perut

Bising usus ibu: (+)DJJ : Punctum maksimum: 1/3 kuadran kiri bawah, Frekuensi: 132x/ menit, Irama: Teratur, Intensitas: Kuat, Lain-lain: Tidak ada

Perkusi

a) Dada: Tidak dilakukan

- b) Perut: Tidak dilakukan
- c) Ekstremitas: Refleks patella Kanan: Positif (+), Kiri: Positif (+),
Lain – lain: Tidak ada
- d) Pemeriksaan laboratorium

(1) Darah

Hb: 18/10/16: 14.8 gr%, 8/3/2017: 12,3 gr%, Golongan darah:
B Rhesus (+), Lain – lain: 18/10/16 Sifilis (-), HIV: (-),
HbsAg: (-), 2/3/17 Asam Urat: 5,7 gr%, Kolesterol: 253 gr%,
8/3/17 Kolesterol: 221 gr%

(2) Urine

Tanggal: 18/10/16, Protein: (-), Albumin: Tidak dilakukan
pemeriksaan, Reduksi: (-), Lain – lain: Tidak ada.

(3) Pemeriksaan penunjang

USG: 28/2/2017 TP: 26/4/207 HPHT: 20/7/2016, TBJ: 1741.61
gr, UK: 33mg 6 hr, X – Ray: Tidak dilakukan, Lain – lain:
Tidak ada

Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Tabel 4.2

Diagnosa dan Dasar

Diagnosa	Dasar
G ₂ P ₁₀₀₁ hamil 33 minggu Janin tunggal hidup intrauterine.	S : Ibu mengatakan hamil anak kedua, pernah 1 kali melahirkan cukup bulan, tidak pernah melahirkan prematur,

	<p>tidak pernah keguguran, dan jumlah anak hidup 1 orang. HPHT : 20 Agustus 2016. Ibu mengatakan PP test (+) bulan Oktober. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.</p> <p>O: Ku : Baik Kes : Compos mentis TP : 26 April 2017 TB : 147 cm, LILA 22 cm TTV : TD : 100/ 70 mmHg Nadi : 88x/ menit, Pernafasan : 20x/ menit, Temp : 36⁰C.</p> <p>Inspeksi : Wajah dan konjungtiva tidak tampak pucat</p> <p>Palpasi : Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (-) puting susu sebelah kiri terbelah.</p> <p>Ekstermitas : Tidak ada oedema</p> <p>Palpasi Leopold :</p> <p>Leopold I : TFU: ½ pusat px (27cm), bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting .</p> <p>TBJ : (TFU dalam cm) – n) x 155 = (27- 12) x 155 = 2325 gram. Leopold II : Bagian perut ibu sebelah kiri</p>
--	---

<p>Kenaikan berat badan tidak sesuai dengan IMT</p> <p>TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan</p> <p>Status TT1</p> <p>Riwayat tidak ASI Eksklusif</p>	<p>IMT : $37 / (1,47)^2 : 37 / 2,1609 = 17,1224$.</p> <p>IMT <18,5 kategori kurus</p> <p>BB ibu sebelum hamil : 37 kg, BB ibu saat ini : 44 kg.</p> <p>Kenaikan BB ibu: 7 kg</p> <p>Total kenaikan BB yang disarankan 12,7 s.d. 18,1 kg selama TM II dan TM III 0,5 kg/minggu</p> <p>UK ibu 33 minggu TFU: 27cm</p> <p>Usia Kehamilan berdasarkan TFU seharusnya 33 minggu TFU: 30 cm</p> <p>Ibu mengatakan belum pernah imunisasi TT saat pranikah, hamil pertama, dan saat balita orang tua ibu, saat SD ibu pernah imunisasi 1 kali. tidak membawa ke fasilitas kesehatan untuk diimunisasi tetapi pernah 1 kali saat SD.</p> <p>Ibu mengatakan memberikan ASI kepada anak pertama hanya 1 minggu karena putting susu ibu terbelah dan datar lalu bengkak dan kemudian ASI</p>
--	--

Kolesterol Tinggi	<p>tidak keluar sehingga ibu memberikan susu formula</p> <p>S: ibu mengatakan saat hamil TMI sering makan makanan bersantan dan berminyak</p> <p>O: 2/3/2017 Kolestrol : 253 gr%</p> <p>8/3/2017 Kolestrol : 223 gr%</p> <p>O: TD 100/60 mmhg Nilai Rujukan 120/80 mmHg</p>
-------------------	---

Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial)

Diagnosa Potensial

Pada Bayi: Tetanus Neonatorum

Pada Ibu: Persalinan premature, Partus Macet, Tetanus, Hipertensi kehamilan

Masalah Potensial

Pada Bayi: IUGR, IUFD, Berat bayi lahir rendah (BBLR)

Tindakan Antisipasi :

1. Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang dampak yang dapat ditimbulkan dengan kenaikan berat badan yang kurang pada saat hamil.
2. Melakukan pemantauan kenaikan berat badan ibu secara berkala.
3. Melakukan Perawatan payudara
4. Melakukan pemantauan kadar kolesterol secara berkala.

Langkah IV (Menetapkan Terhadap Tindakan Segera)

Tidak Ada

Langkah V (Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh)

1. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Rasional : Penjelasan mengenai hasil pemeriksaan merupakan hak klien dan keluarga (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

2. Berikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang masalah ukuran LILA yang masih dibawah normal.

3. Berikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang masalah BB ibu termasuk kategori kurus.

4. Berikan komunikasi, informasi dan edukasitentang masalah kenaikan berat badan yang kurang pada ibu.

Rasional : Berat badan ibu harus memadai (10 kg), bertambah sesuai umur kehamilannya. Memasuki trimester ketiga dibutuhkan vitamin dan mineral untuk mendukung pesatnya pertumbuhan janin dan pertumbuhan otak (Albugis, 2008).

5. Berikan komunikasi, informasi dan edukasitentang masalah tinggi Rahim yang tidak sesuai dengan usia kahamilan pada ibu.

6. Dampingi ibu ke puskesmas untuk melengkapi status imunisasi TT.

7. Berikan komunikasi, informasi dan edukasitentang masalah ibu yang sedang mengalami kolesterol tinggi.

8. Berikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang ASI Eksklusif pada ibu

9. Lakukan perawatan payudara pada ibu.

10. Dampingi ibu ke BPM Nilawati untuk senam hamil rutin.
11. Lakukan pemantauan kadar kolesterol secara berkala.
12. Lakukan pemantauan kenaikan berat badan ibu secara berkala.
13. Berikan KIE tentang tanda-tanda bahaya kehamilan
14. Berikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang asupan nutrisi pada ibu.

Rasional : Pada kehamilan trimester ke 3, asupan zat gizi yang baik dapat membantu ibu mempersiapkan proses persalinan dan melahirkan bayi yang sehat dan cerdas(Syafrudin, Karningsing, 2011).

15. Lakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini dan Ahli Gizi di puskesmas untuk mengatur pola nutrisi agar peningkatan berat badan yang sesuai IMT dan Lila yang melebihi batas minimal.

Rasional : Perlunya menetapkan kebutuhan tindakan segera bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

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

Rasional : Pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting selama kehamilan, karena dapat mencegah secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menetapkan resiko kehamilan, menyiapkan persalinan, menuju ibu dan bayi sehat(Manuba Ida Ayu, 2012).

Dokumentasi SOAP

ANC minggu ke 33 minggu

Tanggal / waktu pengkajian : Rabu, 8 Maret 2017

Pukul : 10.30 WITA

Nama Pengkaji : Dwi Fitriyana Putri

Tempat : Jalan M.T. Haryono Gang PLN RT 38 Nomor J24,
Gunung Bahagia, Balikpapan Selatan.

S : Ibu mengatakan hamil anak kedua, pernah 1 kali melahirkan cukup bulan, tidak pernah melahirkan prematur, tidak pernah keguguran, dan jumlah anak hidup 1 orang, BB Sebelum hamil 37 kg, HPHT: 20 Juli 2016, Ibu mengatakan PP test (+) positif bulan Oktober, Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/70 mmHg, suhu tubuh 36°C, nadi 88 x/menit, pernafasan 20 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 44 Kg, TP: 26 April 2017, Tinggi badan: 147 cm, Lila: 22 cm

b. Pemeriksaan fisik

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

- Wajah: Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema tidak pucat.
- Mata: Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, tampak putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.
- Telinga: Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.
- Hidung: Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Mulut: Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah bersih.
- Leher: Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada: Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 88 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara: Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri datar terbelah dan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen: Simetris; tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, tinggi fundus uteri 27 cm.

Pada pemeriksaan Leopold I yaitu TFU $\frac{1}{2}$ pusat px, pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.

Pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Pada Leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini dapat digoyangkan.

Pada Leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen).

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 132 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(27-12) \times 155 = 2325$ gram.

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada varices, reflek patella positif.

Pemeriksaan Laboratorium: Hb : 12,3 gr%, Kolesterol: 221 gr%

A:

Diagnosis: G₂P₁₀₀₁ Usia kehamilan 33 minggu Janin tunggal hidup intrauterine.

Masalah: KEK, IMT kategori kurus, Kenaikan berat badan tidak sesuai dengan IMT, TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, Status TT1, Riwayat tidak ASI Eksklusif, Kolesterol Tinggi, Hipotensi

Dasar :

- Lila: 22 cm. KEK Lila <23.5 cm, ibu pernah kurang nafsu makan saat TMI
 - BB sebelum hamil : 37 kg, TB ibu : 147 cm, IMT : $37 / (1,47)^2$: $37 / 2,1609=17,1224$, IMT <18,5 kategori kurus
 - BB ibu sebelum hamil : 37 kg, BB ibu saat ini : 44 kg, Kenaikan BB ibu: 7 kg, Total kenaikan BB yang disarankan 12,7 s.d. 18,1 kg selama TM II dan TM III 0,5 kg/minggu
 - UK ibu 33 minggu TFU: 27cm, Usia Kehamilan berdasarkan TFU seharusnya 33 minggu TFU: 30 cm
 - Ibu mengatakan belum pernah imunisasi TT saat pranikah, hamil pertama, dan saat balita orang tua ibu tidak membawa ke fasilitas kesehatan untuk diimunisasi tetapi pernah 1 kali saat SD.
 - Ibu mengatakan memberikan ASI kepada anak pertama hanya 1 minggu karena puting susu ibu terbelah dan datar lalu bengkak dan kemudian ASI tidak keluar sehingga ibu memberikan susu formula
 - S: ibu mengatakan saat hamil TM I sering makan makanan bersantan dan berminyak
- O: 8/3/2017 Kolestrol : 253 gr% 8/3/2017 Kolestrol : 223 gr%

Antisipasi:

- Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang dampak yang dapat ditimbulkan dengan kenaikan berat badan yang kurang pada saat hamil.
- Melakukan pemantauan kenaikan berat badan ibu secara berkala.
- Melakukan Perawatan payudara
- Melakukan pemantauan kadar kolesterol secara berkala.

P:

Tabel 4.4

Planning Tanggal 8 Maret 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	11.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal tetapi terdapat masalah ukuran LILA yang masih dibawah normal, BB ibu termasuk kategori kurus, tinggi Rahim yang tidak sesuai dengan usia kahamilan pada ibu,ibu yang sedang mengalami kolesterol tinggi, hipotensi. Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	
2.	11.35	Memberikan KIE mengenai :	

	WITA	<p>Gizi pada kehamilan</p> <p>Bahwa ibu hamil dianjurkan makan makanan yang beraneka ragam dengan porsi makan 1 piring lebih banyak dari biasa.</p> <p>Dampak bila kekurangan gizi pada kehamilan yaitu pada ibu : lemas dan kurang nafsu makan, anemia, kemungkinan terkena infeksi tinggi. Pada saat persalinan : persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya, perdarahan setelah persalinan, dan persalinan dengan operasi cenderung meningkat. Pada janin : pertumbuhan terhambat, BBLR, serta cacat bawaan.</p> <p>Ibu mengerti dan berjanji akan makan sesering mungkin dan lebih banyak dari porsi sebelum hamil.</p>	
3.	11.40 WITA	<p>Memberi KIE mengenai :</p> <p>Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)</p> <p>BBLR adalah bayi baru lahir dengan berat lahir kurang dari 2500 gram. Masalah yang dapat terjadi pada BBLR adalah hipotermi.</p> <p>Perawatan yang dapat ibu lakukan untuk menjaga kehangatan tubuh bayi yaitu dengan</p>	

		<p>metode kanguru, perawatan bayi yang diletakkan dalam dekapan ibu dengan kulit menyentuh kulit agar bayi mendapatkan sumber panas alami terus menerus langsung dari kulit ibu.</p> <p>Ibu mengerti tentang BBLR dan dapat menyebutkan kembali perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru.</p>	
4.	11.45 WITA	<p>Memberi KIE mengenai :</p> <p>Tanda bahaya kehamilan</p> <p>Tanda bahaya kehamilan (gerakan janin berkurang, sakit kepala hebat, sakit perut hebat, bengkak pada wajah dan jari tangan)</p> <p>Merupakan keadaan darurat yang mengharuskan ibu hamil untuk segera memeriksakan diri. Antara lain adalah ibu demam tinggi, gerakan janin berkurang atau menghilang, terjadi pengeluaran abnormal, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, sakit perut mendadak, dan bengkak pada wajah dan jari tangan.</p> <p>Ibu dapat menyebutkan kembali 4 tanda bahaya kehamilan dan ibu berjanji untuk</p>	

		segera memeriksakan diri bila mengalami salah satu tanda-tanda tersebut.	
5.	11.50W ITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu lagi dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan. Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.	
6.	11.55 WITA	Melakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini dan Ahli Gizi di puskesmas untuk mengatur pola nutrisi agar peningkatan berat badan yang sesuai IMT dan Lila yang melebihi batas minimal. Ibu sudah pernah USG dengan dr.Ketut Rama Wijaya, Sp.O.G. di BPM Nilawati saat hamil TM II keadaan umum janin dalam batas normal TBJ 1700 gr dan ibu telah konsultasi dengan Ahli Gizi di PKM Gunung Bahagia saat pembagian sembako ibu hamil program pak Jokowi.	

6.	12.05 WITA	Memberikan KIE tentang ASI Eksklusif Pengertian ASI Eksklusif, Manfaat ASI bagi bayi, Keuntungan ibu menyusui ASI,	
7.	12.10 WITA	Merencanakan melakukan perawatan payudara pada ibu	
8.	12.15 WITA	Melakukan pemantauan Berat Badan secara rutin	
9.	12.20 WITA	Melakukan pemantauan kadar kolestrol secara rutin	
10.	12.25 WITA	Kontrak waktu untuk mendampingi ibu ke puskesmas untuk melengkapi status imunisasi TT.	
11.	12.30 WITA	Kontrak waktu untuk mendampingi ibu ke BPM Nilawati untuk senam hamil rutin.	

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu pengkajian : 5 April 2017/Pukul:17.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.M

Oleh : Dwi Fitriyana Putri

S : ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah, nyeri punggung, dansesak nafas.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 90/60 mmHg, suhutubuh 36,9°C, nadi 96 x/menit, pernafasan 20 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 44 Kg, Lila 22cm.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada lesi, konstruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.

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

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.

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

Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

- Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 96 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara : Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri datar terbelah dan kanan menonjol, tidak ada retraksi, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra. Pada pemeriksaan Leopold I tinggi fundus uteri 28 cm pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.
- Padaleopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.
- Leopold III pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.
- Pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen).
- Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 122 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(28-11) \times 155 = 2635$ gram.

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak adavarices,
reflekatellapositif.

c. Pemeriksaan penunjang

8/4/2016 Hb : 13,1 gr/dl

A:

Diagnosa :G₂ P₁₀₀₁ Usia Kehamilan 36 minggu Janin tunggal
hidup intrauterine.

Masalah : KEK, Kenaikan berat badan tidak sesuai dengan IMT,
TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, Putting susu datar terbelah, nyeri
punggung, nyeri perut bagian bawah dan sesa nafas.

Dasar:

- Lila: 22 cm. KEK Lila <23.5 cm, ibu pernah kurang nafsu makan saat TMI
- BB ibu sebelum hamil : 37 kg, BB ibu saat ini : 44 kg, Kenaikan BB ibu: 7 kg, Total kenaikan BB yang disarankan 12,7 s.d. 18,1 kg selama TM II dan TM III 0,5 kg/minggu
- UK ibu 36 minggu TFU: 27cm, Usia Kehamilan berdasarkan TFU seharusnya 36 minggu TFU: 33 cm
- Saat pemeriksaan putting susu ibu sebelah kiri terlihat datar dan terbelah
- ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah, nyeri punggung, dan sesak nafas.

Masalah Potensial :

- Pada Ibu : Partus Lama, Tetanus, Hipertensi.

- Pada Janin : Tetanus Neonatorum.

Antisipasi :

- Melakukan pemantauan kenaikan berat badan ibu secara berkala.
- Melakukan Perawatan payudara

P:

Tabel 4.5

Planning Tanggal 5 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal tetapi terdapat masalah ukuran LILA yang masih dibawah normal, BB ibu termasuk kategori kurus, tinggi Rahim yang tidak sesuai dengan usia kahamilan pada ibu, mengalami hipotensi dan putting susu kiri terbelah dan datar. Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	
2.	17.05 WITA	Memberi KIE mengenai : Tanda bahaya kehamilan Tanda bahaya kehamilan (gerakan janin berkurang, sakit kepala hebat, sakit perut	

		<p>hebat, bengkak pada wajah dan jari tangan)</p> <p>Merupakan keadaan darurat yang mengharuskan ibu hamil untuk segera memeriksakan diri. Antara lain adalah ibu demam tinggi, gerakan janin berkurang atau menghilang, terjadi pengeluaran abnormal, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, sakit perut mendadak, dan bengkak pada wajah dan jari tangan.</p> <p>Ibu dapat menyebutkan kembali 4 tanda bahaya kehamilan dan ibu berjanji untuk segera memeriksakan diri bila mengalami salah satu tanda-tanda tersebut.</p>	
3.	17.10 WITA	<p>Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu lagi dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan.</p> <p>Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.</p>	
4.	17.15 WITA	<p>Melakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan</p>	

		<p>janinnya saat ini dan Ahli Gizi di puskesmas untuk mengatur pola nutrisi agar peningkatan berat badan yang sesuai IMT dan Lila yang melebihi batas minimal.</p> <p>Ibu sudah pernah USG saat hamil TM II dan sudah pernah konsultasi dengan Ahli Gizi.</p>	
5.	17.20 WITA	<p>Memberikan KIE tentang ASI Eksklusif</p> <p>Pengertian ASI Eksklusif, Manfaat ASI bagi bayi, Keuntungan ibu menyusui ASI,</p>	
6.	17.25 WITA	<p>Merencanakan melakukan perawatan payudara pada ibu</p>	
7.	17.30 WITA	<p>Melakukan pemantauan Berat Badan secara rutin</p>	
8.	17.40	<p>Kontrak waktu untuk mendampingi ibu ke puskesmas untuk melengkapi status imunisasi TT.</p>	
9.	17.45 WITA	<p>Kontrak waktu untuk mendampingi ibu ke BPM Nilawati untuk senam hamil rutin.</p> <p>Ibu telah melakukan senam hamil tanggal 8/4/2017</p>	
10.	17.50 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai :</p> <p>Gizi pada kehamilan Trimester III yaitu pada kehamilan trimester ini, ibu hamil butuh bekal</p>	

		<p>energy yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelak. Zat-zat gizi yang sebaiknya diperhatikan adalah kebutuhan kalori, protein, vitamin, asam folat, zat besi, yodium, kalsium dan mineral. Dapat diperoleh dari sumber makanan seperti sayuran berwarna hijau seperti bayam, hati, daging, ikan, telur, udang, tahu, tempe, dll.</p> <p>Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan dapat menyebutkan beberapa makanan yang baik dikonsumsi pada kehamilan trimester III.</p>	
11.	17.50 WTA	<p>Memberikan KIE mengenai ketidaknyamanan yang ibu alami yaitu terkadang merasa pusing, pusing merupakan keluhan yang sering dialami pada ibu hamil trimester III karena dengan pembesaran dari rahim ibu menekan pembuluh darah besar sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menurun.</p> <p>Cara untuk meringankan atau mencegahnya yaitu bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari posisi terlalu lama dalam</p>	

		lingkungan yang sesak, dan hindari berbaring dengan posisi terlentang. Ibu mengerti dan akan melakukan yang disarankan agar dapat meringankan keluhannya.	
12.	17.55 WITA	Menganjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi vitamin dan tablet penambah darah; Ibu bersedia untuk melanjutkan mengkonsumsi tablet tambah darahnya	
13.	18.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan; Ibu mengerti dan bersedia untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan.	

3. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu pengkajian : 10 April 2017/Pukul: 13.30 WITA

Tempat : Rumah Ny.M

Oleh : Dwi Fitriyana Putri

S : Nyeri punggung, dan sesak nafas.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 100 x/menit, pernafasan 18 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 44.2 Kg, Lila 22cm.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada lesi, konstruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.

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

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.

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

Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 100 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.

Payudara : Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri datar terbelah dan kanan menonjol, tidak ada retraksi, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra. Pada pemeriksaan Leopold I tinggi fundus uteri 29 cm pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.

Pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Leopold III pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

Pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen).

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 120 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(29-11) \times 155 = 2790$ gram.

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada varices,
reflek patella positif.

c. Pemeriksaan penunjang

Glukosa : 95 gr%

Kolesterol : 250 gr%

A:

Diagnosis : G₃ P₂₀₀₂ Usia Kehamilan 36 minggu 5 hari
Janin tunggal hidup intrauterine.

Masalah : KEK, Kenaikan berat badan tidak sesuai dengan IMT, TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, Kolesterol Tinggi, Puting susu datar dan terbelah, Nyeri punggung, sesak nafas.

Dasar :

- Lila: 22 cm. KEK Lila <23.5 cm, ibu pernah kurang nafsu makan saat TMI
- BB ibu sebelum hamil : 37 kg, BB ibu saat ini : 44.2 kg, Kenaikan BB ibu: 7.2 kg, Total kenaikan BB yang disarankan 12,7 s.d. 18,1 kg selama TM II dan TM III 0,5 kg/minggu
- UK ibu 36 minggu 5 hari TFU: 29 cm, Usia Kehamilan berdasarkan TFU seharusnya 36 minggu TFU: 33 cm
- Kolesterol: 250 gr% termasuk kategori tinggi, nilai rujukan adalah <200 gr%
- Saat pemeriksaan puting susu ibu sebelah kiri terlihat datar dan terbelah ibu mengatakan nyeri punggung dan sesak nafas.

Antisipasi :

- Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang dampak yang dapat ditimbulkan dengan kenaikan berat badan yang kurang pada saat hamil.
- Melakukan pemantauan kenaikan berat badan ibu secara berkala.
- Melakukan Perawatan payudara

Masalah Potensial :

- Pada Ibu : Partus Lama, Tetanus, Hipertensi.
- Pada Janin : Tetanus Neonatorum.

P:

Tabel 4.5

Planning Tanggal 10 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	13.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal tetapi terdapat masalah ukuran LILA yang masih dibawah normal, BB ibu termasuk kategori kurus, tinggi Rahim yang tidak sesuai dengan usia kahamilan pada ibu, kadar kolesterol ibu termasuk tinggi dan kadar glukosa ibu termasuk kategori rendah, hipotermi, putting	

		<p>susu ibu sebelah kiri datar dan terbelah</p> <p>Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.</p>	
2.	13.35 WITA	<p>Memberi KIE mengenai :</p> <p>Tanda bahaya kehamilan</p> <p>Tanda bahaya kehamilan (gerakan janin berkurang, sakit kepala hebat, sakit perut hebat, bengkak pada wajah dan jari tangan)</p> <p>Merupakan keadaan darurat yang mengharuskan ibu hamil untuk segera memeriksakan diri. Antara lain adalah ibu demam tinggi, gerakan janin berkurang atau menghilang, terjadi pengeluaran abnormal, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, sakit perut mendadak, dan bengkak pada wajah dan jari tangan.</p> <p>Ibu dapat menyebutkan kembali 4 tanda bahaya kehamilan dan ibu berjanji untuk segera memeriksakan diri bila mengalami salah satu tanda-tanda tersebut.</p>	
3.	13.40 WITA	<p>Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu</p>	

		<p>lagi dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan.</p> <p>Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.</p>	
4.	13.45 WITA	<p>Melakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini dan Ahli Gizi di puskesmas untuk mengatur pola nutrisi agar peningkatan berat badan yang sesuai IMT dan Lila yang melebihi batas minimal.</p> <p>Ibu sudah pernah USG saat hamil TM II dan sudah pernah konsultasi dengan Ahli Gizi.</p>	
5.	13.50 WITA	<p>Melakukan perencanaan perawatan payudara pada ibu</p>	
6.	13.55 WITA	<p>Melakukan pemantauan Berat Badan secara rutin</p>	
7.	14.00 WITA	<p>Kontrak waktu untuk mendampingi ibu ke puskesmas untuk melengkapi status imunisasi TT.</p> <p>Tanggal 15/4/2017 Ibu telah diimunisasi TT2</p>	
8.	14.05 WITA	<p>Kontrak waktu untuk mendampingi ibu ke BPM Nilawati untuk senam hamil rutin.</p>	

		Tanggal 16/4/2017 ibu telah mengikuti senam hamil yang kedua	
9.	14.10 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai :</p> <p>Gizi pada kehamilan Trimester III yaitu pada kehamilan trimester ini, ibu hamil butuh bekal energy yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelak. Zat-zat gizi yang sebaiknya diperhatikan adalah kebutuhan kalori, protein, vitamin, asam folat, zat besi, yodium, kalsium dan mineral. Dapat diperoleh dari sumber makanan seperti sayuran berwarna hijau seperti bayam, hati, daging, ikan, telur, udang, tahu, tempe, dll.</p> <p>Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan dapat menyebutkan beberapa makanan yang baik dikonsumsi pada kehamilan trimester III.</p>	
10.	14.15 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai ketidaknyamanan yang ibu alami yaitu terkadang merasa pusing, pusing merupakan keluhan yang sering dialami pada ibu hamil trimester III karena dengan pembesaran dari rahim ibu menekan</p>	

		<p>pembuluh darah besar sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menurun. Cara untuk meringankan atau mencegahnya yaitu bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari posisi terlalu lama dalam lingkungan yang sesak, dan hindari berbaring dengan posisi terlentang.</p> <p>Ibu mengerti dan akan melakukan yang disarankan agar dapat meringankan keluhannya.</p>	
11.	14.20 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi vitamin dan tablet penambah darah;</p> <p>Ibu bersedia untuk melanjutkan mengkonsumsi tablet tambah darahnya</p>	
12.	14.30 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan;</p> <p>Ibu mengerti dan bersedia untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan.</p>	

4. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-IV

Tanggal/Waktu pengkajian : 20 April 2017/Pukul: 12.30 WITA

Tempat : Rumah Ny.M

Oleh : Dwi Fitriyana Putri

S : Nyeri punggung, dan perut kencang- kencang.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 90/60 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 76 x/menit, pernafasan 20 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 44.5 Kg, Lila 22cm.

b.Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada lesi, konstruksi rambut kuat,distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.

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

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi

geraham lengkap dan lidah bersih.

- Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 76 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara : Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri datar terbelah dan kanan menonjol, tidak ada retraksi, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra. Pada pemeriksaan Leopold I tinggi fundus uteri 30 cm pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.
- Pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.
- Leopold III pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.
- Pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen).

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 122
x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah
 $(30-11) \times 155 = 2945$ gram.

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak adavarices,
Reflekatellapositif.

c. Pemeriksaan penunjang

Glukosa : 95 gr%

Kolestrol : 258 gr%

A:

Diagnosis :G₂ P₁₀₀₁Usia Kehamilan 38 minggu 6 hari
Janintunggal hidup intrauterine.

Masalah : KEK, Kenaikan berat badan tidak sesuai
dengan IMT, TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, Kolesterol Tinggi,
Puting susu datar terbelah, Nyeri punggung, Perut kencang-kencang.

Dasar :

- Lila: 22 cm. KEK Lila <23.5 cm, ibu pernah kurang nafsu makan saat TMI
- BB ibu sebelum hamil : 37 kg, BB ibu saat ini : 44.5 kg, Kenaikan BB ibu:
7.5 kg, Total kenaikan BB yang disarankan 12,7 s.d. 18,1 kg selama TM II
dan TM III 0,5 kg/minggu
- UK ibu 38 minggu 6 hari TFU: 30cm, Usia Kehamilan berdasarkan TFU
seharusnya 38 minggu TFU: 32-31 cm

- Kolestrol: 265 gr% termasuk kategori tinggi, nilai rujukan adalah <200 gr%
- Saat pemeriksaan puting susu ibu sebelah kiri terlihat datar dan terbelah
ibu mengatakan Nyeri punggung, Perut kencang-kencang.

Masalah Potensial :

- Pada Ibu : Partus Lama, Hipertensi.

Antisipasi:

- Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang dampak yang dapat ditimbulkan dengan kenaikan berat badan yang kurang pada saat hamil.
- Melakukan pemantauan kenaikan berat badan ibu secara berkala.
- Melakukan Perawatan payudara

P:

Tabel 4.6

Planing Tanggal 20 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	12.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal tetapi terdapat masalah ukuran LILA yang masih dibawah normal, BB ibu termasuk kategori kurus, tinggi Rahim yang tidak sesuai dengan usia kahamilan pada	

		<p>ibu, kadar kolesterol ibu termasuk tinggi dan kadar glukosa ibu termasuk kategori rendah.</p> <p>Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.</p>	
2.	12.50 WITA	<p>Memberi KIE mengenai :</p> <p>Tanda bahaya kehamilan</p> <p>Tanda bahaya kehamilan (gerakan janin berkurang, sakit kepala hebat, sakit perut hebat, bengkak pada wajah dan jari tangan)</p> <p>Merupakan keadaan darurat yang mengharuskan ibu hamil untuk segera memeriksakan diri. Antara lain adalah ibu demam tinggi, gerakan janin berkurang atau menghilang, terjadi pengeluaran abnormal, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, sakit perut mendadak, dan bengkak pada wajah dan jari tangan.</p> <p>Ibu dapat menyebutkan kembali 4 tanda bahaya kehamilan dan ibu berjanji untuk segera memeriksakan diri bila mengalami salah satu tanda-tanda tersebut.</p>	
3.	12.55 WITA	<p>Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu</p>	

		<p>minggu lagi dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan.</p> <p>Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.</p>	
4.	13.00 WITA	<p>Melakukan perawatan payudara pada ibu</p> <p>Ibu</p> <p>Ibu telah dilakukan perawatan payudara dengan teknik spuit dan teknik hoffman</p>	
5.	13.05 WITA	<p>Melakukan pemantauan Berat Badan secara rutin</p>	
6.	13.10 WITA	<p>Kontrak waktu untuk mendampingi ibu ke BPM Nilawati untuk senam hamil rutin.</p> <p>Tanggal 12/4/2017 ibu telah mengikuti senam hamil yang ketiga</p>	
7.	13.15 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai :</p> <p>Gizi pada kehamilan Trimester III yaitu pada kehamilan trimester ini, ibu hamil butuh bekal energy yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelak. Zat-zat gizi yang sebaiknya diperhatikan adalah kebutuhan kalori, protein, vitamin, asam folat,</p>	

		<p>zat besi, yodium, kalsium dan mineral. Dapat diperoleh dari sumber makanan seperti sayuran berwarna hijau seperti bayam, hati, daging, ikan, telur, udang, tahu, tempe, dll.</p> <p>Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan dapat menyebutkan beberapa makanan yang baik dikonsumsi pada kehamilan trimester III.</p>	
8.	13.20 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai ketidaknyamanan yang ibu alami yaitu terkadang merasa pusing, pusing merupakan keluhan yang sering dialami pada ibu hamil trimester III karena dengan pembesaran dari rahim ibu menekan pembuluh darah besar sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menurun.</p> <p>Cara untuk meringankan atau mencegahnya yaitu bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari posisi terlalu lama dalam lingkungan yang sesak, dan hindari berbaring dengan posisi terlentang.</p> <p>Ibu mengerti dan akan melakukan yang disarankan agar dapat meringankan keluhannya.</p>	

9.	13.25 WITA	Menganjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi vitamin dan tablet penambah darah; Ibu bersedia untuk melanjutkan mengkonsumsi tablet tambah darahnya	
10.	13.30 WITA	Menganjurkan ibu untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan; Ibu mengerti dan bersedia untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan.	

5. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-V

Tanggal/Waktu pengkajian : 24 April 2017/Pukul: 13.45 WITA

Tempat : Rumah Ny.M

Oleh : Dwi Fitriyana Putri

S : Nyeri punggung, nyeri saat BAK dan perut kencang- kencang.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 44.5 Kg, Lila 22cm.

b. Pemeriksaan fisik

- Kepala : Tidak ada lesi, konstruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.
- Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.
- Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.
- Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.
- Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah bersih.
- Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara : Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri datar terbelah dan kanan menonjol, tidak ada retraksi, tidak teraba

massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra. Pada pemeriksaan Leopold I tinggi fundus uteri 30 cm pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.

Pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Leopold III pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

Pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen).

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 137 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(30-11) \times 155 = 2945$ gram.

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada varices, Reflek patella positif.

A:

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ Usia Kehamilan 38 minggu 6 hari Janin tunggal hidup intrauterine.

Masalah : KEK, Kenaikan berat badan tidak sesuai dengan IMT, TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, puting susu kiri datar terbelah Nyeri pinggang, Perut kencang-kencang.

Dasar :

- Lila: 22 cm. KEK Lila <23.5 cm, ibu pernah kurang nafsu makan saat TMI
- BB ibu sebelum hamil : 37 kg, BB ibu saat ini : 45 kg, Kenaikan BB ibu: 8 kg, Total kenaikan BB yang disarankan 12,7 s.d. 18,1 kg selama TM II dan TM III 0,5 kg/minggu
- UK ibu 39 minggu 4 hari TFU: 30cm, Usia Kehamilan berdasarkan TFU seharusnya 39 minggu TFU: 31-32 cm
- Saat pemeriksaan puting susu kiri terbelah dan datar
- ibu mengatakan nyeri BAK, nyeri punggung, dan perut kencang-kencang.

Masalah Potensial :

- Pada Ibu : Partus Lama

Antisipasi:

- Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang dampak yang dapat ditimbulkan dengan kenaikan berat badan yang kurang pada saat hamil.
- Melakukan pemantauan kenaikan berat badan ibu secara berkala.
- Melakukan Perawatan payudara

P:

Tabel 4.5

Planning Tanggal 24 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	13.25 WITA	<p>Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal tetapi terdapat masalah ukuran LILA yang masih dibawah normal, BB ibu termasuk kategori kurus, tinggi Rahim yang tidak sesuai dengan usia kahamilan pada ibu, kadar kolesterol ibu termasuk tinggi dan kadar glukosa ibu termasuk kategori rendah.</p> <p>Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.</p>	
2.	13.30 WITA	<p>Memberi KIE mengenai :</p> <p>Tanda bahaya kehamilan</p> <p>Tanda bahaya kehamilan (gerakan janin berkurang, sakit kepala hebat, sakit perut hebat, bengkak pada wajah dan jari tangan)</p> <p>Merupakan keadaan darurat yang mengharuskan ibu hamil untuk segera memeriksakan diri. Antara lain adalah ibu demam tinggi, gerakan janin berkurang atau menghilang, terjadi pengeluaran abnormal, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri</p>	

		<p>ulu hati, sakit perut mendadak, dan bengkak pada wajah dan jari tangan.</p> <p>Ibu dapat menyebutkan kembali 4 tanda bahaya kehamilan dan ibu berjanji untuk segera memeriksakan diri bila mengalami salah satu tanda-tanda tersebut.</p>	
3.	13.35 WITA	<p>Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu lagi dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan.</p> <p>Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.</p>	
4.	13.40 WITA	<p>Melakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini</p>	
5.	13.45 WITA	<p>Melakukan perawatan payudara pada ibu</p> <p>Putting ibu telah tampak sedikit menonjol</p>	
6.	13.50 WITA	<p>Melakukan pemantauan Berat Badan secara rutin</p>	
7.	13.55 WITA	<p>Kontrak waktu untuk mendampingi ibu ke BPM Nilawati untuk senam hamil rutin.</p>	

		Tanggal 12/4/2017 ibu telah mengikuti senam hamil yang ketiga	
8.	14.00 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai :</p> <p>Gizi pada kehamilan Trimester III yaitu pada kehamilan trimester ini, ibu hamil butuh bekal energy yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelak. Zat-zat gizi yang sebaiknya diperhatikan adalah kebutuhan kalori, protein, vitamin, asam folat, zat besi, yodium, kalsium dan mineral. Dapat diperoleh dari sumber makanan seperti sayuran berwarna hijau seperti bayam, hati, daging, ikan, telur, udang, tahu, tempe, dll.</p> <p>Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan dapat menyebutkan beberapa makanan yang baik dikonsumsi pada kehamilan trimester III.</p>	
9.	14.05 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai ketidaknyamanan yang ibu alami yaitu terkadang merasa pusing, pusing merupakan keluhan yang sering dialami pada ibu hamil trimester III karena dengan pembesaran dari rahim ibu</p>	

		<p>menekan pembuluh darah besar sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menurun.</p> <p>Cara untuk meringankan atau mencegahnya yaitu bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari posisi terlalu lama dalam lingkungan yang sesak, dan hindari berbaring dengan posisi terlentang.</p> <p>Ibu mengerti dan akan melakukan yang disarankan agar dapat meringankan keluhannya.</p>	
10.	14.10 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi vitamin dan tablet penambah darah;</p> <p>Ibu bersedia untuk melanjutkan mengkonsumsi tablet tambah darahnya</p>	
11.	14.15 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan;</p> <p>Ibu mengerti dan bersedia untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan.</p>	

1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 April 2017/Pukul: 17.00 WITA

Tempat :BPM Nilawati

Persalinan Kala I Fase Laten

S :

Ibu datang ke BPM Nilawati mengatakan keluar air-air saat senam hamilsejakjam 16.45 WITA dan menjalani pemeriksaan dan proses persalinan.

Pukul 17.15 WITA ibu mengatakan kencang-kencang terasa semakin sering.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik, kesadaran composmentis.

Hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu: tekanan darah 120/90 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

Hasil pengukuran berat badan saat ini 45 Kg.

2. Pemeriksaan fisik

Kepala :Tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat,distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidakada ketombe.

Wajah :Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dantidak pucat.

Mata :Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidakanemis, skleraputih, danpenglihatan ibutidak kabur.

Telinga :Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

Hidung :Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidakada

- pernapasan cuping hidung
- Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tidak tremor.
- Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit.
- Payudara : Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiri terbelah dan kanan menonjol, dan tidak ada retraksi.
- Adapembesaran payudara, tidak teraba massa/oedema abnormal, adapengeluaran ASI, dan tidak adapembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra dan striae livide, tinggi fundus uteri 27 cm.
- Pada pemeriksaan Leopold I, 3 jari bawah px, pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.
- Pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.
- Leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini sudah tidak dapat digoyangkan,

Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen), dan kandung kemih teraba kosong.

TBJ: $(27-11) \times 155 = 2480$ gram, kontraksi uterus: frekuensi: $2 \times 10'$, durasi: 5-10 detik,

Intensitas : sedang. Auskultasi DJJ: terdengar jelas, teratur, frekuensi 120x/menit.

Genitalia: Tidak ada oedema dan varices pada vulva dan vagina, Ada pengeluaran cairan lendir, tidak ada luka parut, tidak tampak fistula.

Anus: Tidak ada hemoroid

Ekstremitas: Simetris, tidak varises dan tidak oedema pada tungkai. Ekstremitas atas tidak ada oedema dan kapiler refill kembali dalam waktu ≤ 2 detik dan ekstremitas bawah tidak oedema, kapiler refill kembali dalam waktu 2 detik.

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 16.50 WITA

Vagina : Tidak ada oedema dan varices, tidak ada pengeluaran lendir, ada pengeluaran air ketuban warna jernih, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lembut, effacement 50%, pembukaan 3 cm, ketuban sudah pecah spontan, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge I.

A :

Diagnosis :G₂P₁₀₀₁Usia Kehamilan 40 minggu 3 hari
 Inpartukala I fase laten
 janin tunggal hidup intrauterinedengan KPD

Diagnosa Potensial :

Pada Bayi :Prolaps tali pusat, Fetal Distress, Infeksi luka Neonatorum.

Pada Ibu : Infeksi luka IntaUterin, partus fase laten lama,

Masalah Potensial :

Pada Bayi : Mortalitas perinatal, mobiditas perinatal

Pada Ibu : Lelah berbaring di tempat tidur

P :

Tabel 4.8

Planning Tanggal 29 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 3 cm dan ketuban utuh; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	
2.	17.35	Memberikan ibu support mental, bahwa proses	

	WITA	<p>persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan;</p> <p>Ibu tampak merasa lebih tenang dan lebih bersemangat menghadapi persalinannya.</p>	
3.	17.45 WITA	<p>Memberikan KIE pada ibu tentang fisiologi persalinan dan cara mengatasi nyeri persalinan bahwa persalinan adalah proses yang alamiah yang berakhir dengan lahirnya hasil konsepsi. Beberapa hal yang menyebabkan nyeri pada saat bersalin adalah kerja keras yang dilakukan oleh otot-otot rahim selama kontraksi, pembukaan leher rahim, dan tekanan dan peregangan pada jalan lahir. Cara mengurangi nyeri pada persalinan adalah dengan relaksasi, mobilisasi, beristirahat serta makan dan minum disela his.</p> <p>Ibu mengerti tentang kie yang diberikan.</p>	
4.	18.00 WITA	<p>Mengajari ibu teknik nafas dalam atau relaksasi pada saat HIS yaitu dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung saat merasakan sakit dan menghembuskannya</p>	

		<p>melalui mulut;</p> <p>Ibu dapat mengikuti teknik nafas yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.</p>	
6.	18.10 WITA	<p>Menganjurkan ibu makan dan minum disela his; Ibu memakan berupa nasi, sayur, lauk-pauk, buah, dan teh manis.</p>	
7.	18.15 WITA	<p>Menganjurkan ibu untuk istirahat sambil miring kiri, agar aliran oksigen dari ibu ke janin lancar dan mengurangi pengeluaran air ketuban.</p> <p>Ibu mau melakukan anjuran bidan untuk istirahat sambil miring kiri.</p>	
8.	18.30 WITA	<p>Mengobservasi DJJ dan his setiap 30 menit sekali,</p> <p>(Hasil observasi terlampir)</p>	
9.	19.00 WITA	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital dan kemajuan persalinan</p> <p>(Hasil observasi terlampir)</p>	

Tabel 4.9

Lembar Observasi Kala I

Jam	Kontraksi			DJJ	TTV			
	Intensitas	Frekuensi	Durasi		TD	N	R	T
17.00	Adekuat	2	30-40	120	120/90	80	24	36,5
18.00	Adekuat	2	40-45	138		60	20	
19.00	Adekuat	4	40-45	104		82	20	36,5
20.00	Adekuat	2	40-45	134		82	22	

Persalinan Kala I Fase Aktif

S :

Ibu mengatakan ada kencang-kencang semakin sering dan lama

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/60 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 78 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 136 x/menit, Kontraksiuterusmemiliki frekuensi: 4 x 10' dengan durasi: 40-45 detik dan intensitas: kuat.

Genetalia :Adanya pengeluaran lendir darah.

Pemeriksaan Dalam

Tanggal: 29Mei 2016

Jam: 19.30 WITA

Vagina : Tidak ada oedema dan varices, ada pengeluaranlendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lembut, effacement 90%, pembukaan 9 cm, ketuban negatif, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II.

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

A :

Diagnosis : G₂P₁₀₀₁ hamil 40 minggu 3 hari inpartu kala I fase aktif dengan KPD

Janin tunggal hidup intrauterine

Masalah : ketidaknyamanan berupa nyeri atau kencangkencang yang menjalar hingga pinggang.

Diagnosa Potensial :

Pada Bayi : Prolaps tali pusat, Fetal Distress, Infeksi luka Neonatorum.

Pada Ibu : Infeksi luka Intrauterin, partus lama

Masalah Potensial :

Pada Bayi : Mortalitas perinatal, morbiditas perinatal

Pada Ibu : Lelah berbaring di tempat tidur

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tabel 4.10

Planning Tanggal 29 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	19.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 9 cm dan ketuban sudah pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2.	19.10 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu minum susu beruang, air mineral dan sari kurma.	
3.	19.15 WITA	Mengajari ibu teknik nafas dalam atau relaksasi pada saat HIS yaitu dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung saat merasakan sakit dan menghembuskannya melalui mulut; Ibu dapat mengikuti teknik nafas yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
4.	19.20 WITA	Memantau kemajuan persalihan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 9	

		jam (hasil observasi terdapat pada partograf); Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.	
5.	19.25 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set telah tersedia, alat dalam partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, Waskom berisi air dtt, pispot, Waskom besar, kendi, klem tali pusat, tempat pakaian kotor, 2 handuk, 2 duk non steril. Keseluruhan siap digunakan.	
6.	19.35 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan) dan pakaian bayi (lampin, baju, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	
7.	20.00 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS;	

		<p>Vagina : Tidak ada oedema dan varices, ada pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lembut tipis, effacement 85 %, pembukaan 8 cm,</p> <p>ketuban pecah spontan, warna jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III.</p> <p>DJJ : 134 x/mnt</p> <p>HIS : 4 x 10' 40-45"</p>	
8.	17.00 WITA	<p>Ibu terlihat mengejan, terdapat tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka.</p> <p>Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan his :</p> <p>Vagian : Tidak ada oedema dan varices, ada pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan 10 cm,</p> <p>Ketuban(-), sisa ketuban jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III.</p> <p>DJJ : 136 x/mnt</p>	

		HIS : 4 x 10' durasi 45''	
9.	17.05 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benardengan posisi kaki dorsal recumbent,tangan memegang mata kaki, 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.	

Persalinan Kala II

S :

Ibu mengatakan pinggangnya sakit hingga menjalar ke perut dan merasakan ingin BAB.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/60 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen :DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 132 x/menit,

interval teratur terletak di kuadran kanan bawah umbilicus.

Kontraksi uterus memiliki frekuensi: 4 x 10' dengan durasi: >45 detik dan intensitas: kuat.

Genetalia : Adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah.

Pemeriksaan Dalam

Tanggal: 29 Mei 2017

Jam: 20.00 WITA

Vagina : Tidak oedema dan varices, adanya pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina,

portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan 10 cm, ketuban (-), sisa ketuban jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III.

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

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 40 minggu 3 hari
in partu kala II

janin tunggal hidup intrauterine

Masalah : ketidaknyamanan nyeri pinggang menjalar hingga perut.

Diagnosa Potensial :

Pada Bayi : Fetal Distress, Infeksi luka Neonatorum.

Pada Ibu : Infeksi luka Intra Uterin

Masalah Potensial :
 Pada Bayi : Mortalitas perinatal, morbiditas perinatal
 Pada Ibu : Lelah berbaring di tempat tidur
 Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tabel 4.11

Planning Tanggal 29 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	20.00 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	
2.	20.02 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin.	
3.	20.03 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk(semi fowler).	
4.	20.04	Menganjurkanibu minum disela his untuk	

	WITA	menambah tenaga saat meneran; Ibu minum teh manis.	
5.	20.05 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN. Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
6.	20.06 WITA	Meletakkan kain dan handuk, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada satu tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set lalu memakai sarung tangan steril dibagian tangan satunya.	
7.	20.07 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
8.	20.08 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
9.	20.08 WITA	Melindungi perineum ibu 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.	
10.	20.23 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.	
11.	20.25 WITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 20.30 WITA.	
12.	20.32 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, bayi segera menangis, A/S: 7/8, jenis kelamin laki-laki, sisa ketuban jernih	
--	--	---	--

Persalinan Kala III

S :

Ibu mengatakan masih merasa mules pada perutnya.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen :TFU setinggi pusat, kontraksi baik.

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

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ Parturient kala III

Masalah : tidak ada.

Diagnosa/Masalah Potensial :Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tabel 4.12

Planning Tanggal 29 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	20.19 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
2.	20.20 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin	
3.	20.22 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
4.	20.23 WITA	Menjepit tali pusat dengan klem umbilical 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
5.	20.24 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
6.	20.25 WIA	Meletakkan bayi diatas perut ibu pakaikan selimut dan topi	

7.	20.26 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cmdari vulva	
8.	20.27 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 sedang, terdapat pengeluaran darah \pm 100 cc	
9.	20.28 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	
10.	20.29 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.	
11.	20.30 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 10 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 17.20 WITA.	
12.	20.31 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri	

		secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus lemah, uterus teraba lembek.	
13.	20.32 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon \pm 20, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada marginalis pada plasenta, panjang tali pusat \pm 45 cm, tebal plasenta \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 20x18 cm. Mengevaluasi laserasi jalan lahir. Terdapat laserasi jalan lahir, derajat II yaitu di perineum.	
14	20.33 WITA	Melakukan pemasangan IUD Nova T Pasca Plasenta	
14.	20.35 WITA	Melakukan penjahitan pada perineum, sebelumnya dilakukan anastesi dengan lidokain. Perineum telah diheacting dengan 3 heacting. Betadine (+)	
15.	20.36 WITA	Mengevaluasi perdarahan Kala III; Perdarahan \pm 150 cc.	

Persalinan Kala IV

S : Ibu merasakan perutnya masih terasa mules, dan ibu mengatakan masih merasa lelah setelah proses persalinannya.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis.

Tanda-tanda Vital : tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 60 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,5 °C.

2. Pemeriksaan fisik

Payudara : Puting susu ibu kiri terbelah dan kanan menonjol, telah ada pengeluaran ASI, dan konsistensi payudara tegang berisi.

Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu 1 jari bawah pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Adanya pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 20.30 WITA. Pengeluaran darah yang terus menerus sebanyak ± 50 cc.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ Parturient kala IV

Masalah : Robekan perineum derajat II, ibu merasa kelelahan pasca persalinannya, mules dan nyeri pinggang

Diagnosa Potensial : Infeksi luka perineum

Masalah Potensial : Disposisi IUD

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tabel 4.14

Planning Tanggal 29 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	20.37 WITA	Mengajarkan ibu cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi. Dengan cara menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan telapak tangan hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras); Ibu ikut mempraktekkan cara me-masase uterus dan uterus teraba keras	
2.	20.38 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10menit).	
3.	20.39 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu mengenakan pakaian	
4.	20.40 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%	
5.	20.45	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus,	

	WITA	kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36, °C, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 30 cc (data terlampir pada partograf).	
6.	20.46 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi	
7.	20.47 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu memakan menu yang telah disediakan dan minum susu.	
8.	21.00WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 10/60 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc (data terlampir pada partograf).	
9.	21.15 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus	

		baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc (data terlampir pada partograf).	
10.	21.30 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc (data terlampir pada partograf).	
11.	22.00 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,9 °C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc (data terlampir pada partograf).	
12.	22.30 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba sepusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba penuh dan perdarahan \pm 10 cc (data terlampir pada partograf).	

13.	22.30 WITA	Melengkapi partograf	
-----	---------------	----------------------	--

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 Mei 2017/Pukul: 22.30 WITA

Tempat : BPM Hj. Nilawati, SST

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. M dan Tn. ES, alamat Jalan M.T. Haryono Gang PLN RT 38 No. J24, Kelurahan gunung bahagia, tanggal lahir bayi 29 Mei 2017 pada hari Senin pukul 20.30 WITA dan berjenis kelamin laki-laki.

2. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Saat ini.

Ibu hamil ketiga dengan usia kehamilan aterm yaitu 40 minggu 3 hari, tidak pernah mengalami abortus, dan jenis persalinan yaitu partus spontan pervaginam pada tanggal 29 Mei 2017.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 29 Mei 2016 Jam : 20.30 WITA

Jenis kelamin laki-laki, 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 7/8.

2. Nilai APGAR : 7/8

Tabel 4.15
 Nilai APGAR

Kriteria	0	1	2	Jumlah	
				1 menit	5 menit
Frekuensi Jantung	tidak ada	< 100	> 100	2	2
Usaha Nafas	tidak ada	lambat/tidak teratur	menangis dengan baik	1	2
Tonus Otot	tidak ada	beberapa fleksi ekstremitas	gerakan aktif	1	1
Refleks	tidak ada	Menyeringai	menangis kuat	1	1
Warna Kulit	biru/ pucat	tubuh merah muda, ekstremitas biru	merah mudaseluruhnya	2	2
Jumlah				7	8

2. Pola fungsional kesehatan:

Tabel 4.16
 Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI)

Eliminasi	<ul style="list-style-type: none"> - BAB (+) warna: hijau kehitaman, Konsistensi: lunak - BAK (+) warna: kuning jernih, Konsistensi: cair
-----------	---

4. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 139 x/menit, pernafasan 44 x/menit, suhu 36,9°C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 2500 gram, panjang badan 45 cm, lingkar kepala : 33 cm, lingkar dada 34 cm, dan lingkar lengan atas 12 cm.

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

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

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

Mata: Simetris, tidak ada kotoran, tidak terdapat perdarahan, dan tidak terdapat strabismus.

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

Telinga: Simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah

matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan bersih tidak ada kotoran.

Mulut: Simetris, tidak ada sianosis, tidak ada labio palatoskhizis dan labio skhizis, mukosamulut lembab, bayi menangis kuat, lidah terlihat bersih.

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

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

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

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

Punggung: Tampak simetris, tidak teraba skeliosis, dan tidak ada meningokel, spina bifida, pembengkakan, lesung, dan bercak kecil berambut.

Genitalia: Penis tampak turun, terdapat skorotum

Anus: Tidak adanya lesung atau sinus, terdapat sfingterani.

Kulit: Terlihat kemerahan, tidak ada ruam, bercak, tandalahir, memar, pembengkakan. Terdapat lanugo di daerah lengan

dan punggung. Terdapat verniks kaseosa di daerah lipatan leher dan lipatan selangkangan.

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

c. Status neurologi (refleks)

Glabella (+) bayi berkedip saat diketuk perlahan 4-5 kali pada dahinya, mata boneka (+) bayi membuka matanya dengan lebar saat ditolehkan kepala bayi ke satu sisi kemudian ditegakkan kembali, blinking (+) bayi menutup kedua matanya saat di hembuskan udara, rooting (+) bayi menoleh ke arah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, tonic asymetris (+) bayi menghadap ke sisi kiri, lengan dan kaki tampak lurus, sedangkan lengan dan tungkainya akan berada dalam posisi fleksi saat ditelentangkan, kemudian kepala dimiringkan ke sisi tubuh sebelah kiri, tonic neck (+) bayi berusaha mempertahankan lehernya untuk tetap tegak saat bayi ditelentangkan kemudian menarik bayi ke arah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya, morro (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menangkap kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan

suara hentakkan, palmar grasping (+) bayi menggengam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, magnet (+) kedua tungkai bawah bayi tampak ekstensi melawan saat pemeriksa memberi tekanan pada telak kaki bayi, walking (+) kaki bayi menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuhnya condong kedepan saat tubuh bayi diangkat dan diposisikan berdiri diatas permukaan lantai dan telapak kakinya menapak di lantai, babinski (+) jari-jari bayi membuka saat disentuh telapak kakinya, plantar (+) jari-jari kaki bayi berkerut rapat ketika disentuh pangkal jari kaki bayi, galant (+) tubuh bayi fleksi dan pelvis diayunkan ke arah sisi yang terstimulasi saat punggung bayi digoreskan menggunakan jari kearah bawah, refleks swimming tidak dilakukan karena bayi belum dimandikan.

d. Terapi yang diberikan :

Injeksi Neo-K sebanyak 0,5 cc

A :

Diagnosis : Bayi baru lahir SMK usia 1 jam

Masalah : Tidak Ada

Diagnosis/Masalah Potensial: Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tabel 4.17

Planning Tanggal : 29 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	22.30 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi ibu baik. Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini.	
2.	22.31 WITA	Meminta persetujuan orang tua untuk pemberian imunisasi hepatitis B dan injeksi vitamin K dan orang tua bersedia untuk dilakukan imunisasi pada bayinya.	
3.	22.32WITA	<p>Memberi injeksi vitamin K pada paha sebelah kiri, vaksin hepatitis B pada paha kanan, dan salep mata</p> <p>Kejadian perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara IM. Serta pemberian imunisasi HB0 dalam waktu 0-7 hari agar bayi memperoleh kekebalan dari penyakit hepatitis B.</p>	

		<p>Salep mata diberikan sebagai profilaksis, mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi baru lahir; Telah diberikan injeksi vitamin K, hepatitis B, dan salep pada mata.</p>	
4.	22.33 WITA	<p>Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam.</p> <p>Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya, dan tidak dapat digantikan oleh orang lain. Keadaan ini juga memperlancar produksi ASI, karena refleks let-down bersifat psikosomatis; Ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.</p>	
5.	22.34 WITA	<p>Menjaga kehangatan bayi.</p> <p>Ketika bayi lahir, bayi berada pada lingkungan bersuhu lebih rendah dari pada dalam rahim ibu. Bila dibiarkan dalam suhu kamar, maka bayi akan kehilangan panas dan terjadi hipotermi.</p>	
6.	22.35 WITA	<p>Melakukan rawat gabung</p> <p>Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (early infant mother bonding) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya;</p>	

		Dilakukan rawat gabung antara bayi dengan ibu	
7.	22.35 WITA	Memberi KIE mengenai : Teknik menyusui Dilakukan untuk mengajarkan ibu bagaimana teknik menyusui yang benar, sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan baik dan tanpa hambatan; Ibu dapat mempraktikkan teknik menyusui yang benar	
8.	22.40 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 30 Mei 2017/Pukul : 06.30 WITA

Tempat : BPM Hj. Nilawati, SST

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Kedadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis;

hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/70 mmHg,

suhu tubuh 36°C, nadi 92 x/menit, pernafasan 16 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

- Wajah: Tidak oedema dan tidak pucat
- Mata: Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis dan sclera tidak ikterik.
- Leher: Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada peradangan tonsil dan faring, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada: Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dindingdada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.
- Payudara: Payudara simetris, bersih, terdapat pengeluaran ASI, ada hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol dan terbelah, dan tidak ada retraksi.
- Abdomen : Simetris, posisi membujur, tidak ada bekas operasi, Terdapat linea nigra, tidak tampak asites, TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.
- Genetalia: Vulva tidak oedema, tidak ada varices, terdapat pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak ada fistula, terdapat heacting jelujur pada perineum.
- Anus : Tidak terdapat hemoroid
- Ekstremitas
- Atas: Simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, reflex bisep

dan trisep positif.

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

c. Pola Fungsional

Tabel 4.18

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu memakan menu yang telah disediakan BPM yaitu nasi, sayur, lauk-pauk, dan minumteh manis
Terapi	Ibu mendapat vitamin A 1 tablet dan tablet Fe1x1, asam nefenamat 1x1, antibiotic 3x1.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa BAK sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	Ibu sudah BAK 1x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

A :

Diagnosis :P₂₀₀₂ post partum fisiologis 12 jam

Masalah : Puting Susu datar dan terbelah

Diagnosa/Masalah Potensial : Bendungan ASI

KebutuhanSegera :KIE tentang tanda bahaya nifas.

P :

Tabel 4.19

Planning Tanggal 29 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.30 WITA	<p>Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik.</p> <p>Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 3 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal, terdapat jahitan pada perineum. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal;</p> <p>Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.</p>	
2.	06.45 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas, seperti perdarahan yang banyak dari jalan lahir ibu, bau yang tidak normal dari vagina, nyeri perut dan panggul yang hebat, pusing dan lemas berlebihan, demam dan apabila mengalami tanda-tanda tersebut segera melapor ke petugas kesehatan;</p> <p>Ibu mengerti penjelasan yang diberikan</p>	

		oleh bidan.	
3.	07.00 WITA	Melakukan senam Nifas	
4.	08.00WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai jadwal kunjungan selanjutnya yaitu pada 10 hari selanjutnya di tanggal 9 Mei 2016 atau saat ada keluhan	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 9 Mei 2017/Pukul :08.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. M

S :

Ibu mengatakan ASI terasa penuh.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis;
hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/60 mmHg,
suhu tubuh 37°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema tidak pucat.

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

Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak terdapat peradangan

- tonsil dan faring, tidak terabapembesaranvena jugularis, kelenjar tiroid, dankelenjar getah bening.
- Dada :Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.
- Payudara :Simetris, terdapat pengeluaran ASI, terdapat hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol dan kiri terbelah, tidak ada retraksi.
- Abdomen :Simetris, tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra dan striae livide, tidak asites, TFU pertengahan pusat symphysis, kontraksi baik dan kandung kemih kosong.
- Genetalia :Vulva tidak oedema, tidak ada varices, terdapat Pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka parut, tidak ada fistula, heacting terlihat kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- Anus : Tidak ada hemoroid.
- Ekstremitas
- Atas :Simetris, tidak oedema, kapiler refill baik.
- Bawah :Simetris, tidak teraba oedema, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, kapiler refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

c. Pola Fungsional

Tabel 4.20

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 ½ 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/2 hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum fisiologis hari ke-9

Masalah : Bendungan ASI

Diagnosis/Masalah Potensial : Payudara Bengkak

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tabel 4.21

Planning Tanggal 9 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	08.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini sedang mengalami bendungan ASI	
2.	08.40 WITA	Mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas seperti perdarahan yang banyak dari jalan lahir ibu, bau yang tidak normal dari vagina, nyeri perut dan panggul yang hebat, pusing dan lemas berlebihan, demam; Tidak terdapat tanda-tanda bahaya nifas.	
3.	08.45 WITA	Mengevaluasi adanya tanda-tanda kesulitan dalam menyusui dan menganjurkan ibu sering menyusui bayinya, bila bayi sudah kenyak maka tamping ASI agar tidak penuh. Ibua mengatakan nyeri saat isapan pertama kali tetapi lama-kelamaan hilang nyerinya, payudara sebelah kanan penuh tetapi ibu teradang memerah danterkadang menyusui	

		ke bayinnya, bayi menyusui sesering mungkin secara on demand tanpa dijadwal.	
5.	09.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya yaitu pada tanggal 29 Mei 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : Senin, 29 Mei 2017/Pukul :WITA

Tempat : Rumah Ny. M

S :

Ibu mengatakan payudaranya terasa penuh, panas dan nyeri tetapi ASI masih keluar dan masih dapat menyusui bayinya.

Ibu mengatakan demam sejak tadi malam.

Ibu mengatakan sudah tidak ada pengeluaran darah pervaginam.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 90/70 mmHg, suhu tubuh 39°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah :Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidakpucat.

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

Leher :Tidak ada hyperpigmentasi, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

Dada :Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : terlihat tidak simetris, pengeluaran ASI sedikit, terdapat hyperpigmentasi pada areola, puting susu kiri kurang menonjol, tidak ada retraksi, teraba pembengkakan karena ASI yang penuh.

Abdomen :Simetris, tampak linea nigra dan striae livide, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba.

Genitalia:Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tidak tampak pengeluaran lochea, tidak terdapat luka parut, luka heacting telah sembuh.

Anus : Tidak ada hemoroid.

Ekstremitas

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

Bawah :Simetris, tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, kapiler refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

c. Pola Fungsional

Tabel 4.21
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 ½ 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 sedikiy kesulitan dalam menyusui bayinya.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum hari ke 30

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa/ Masalah Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tabel 4.22

Tanggal 29 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	15.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal	
2	15.10 WITA	Menjelaskan pada ibu bahwa yang ibu alami saat ini adalah bendungan asi yaitu ibu merasa payudara terasa berat , panas dan keras. Bila payudara penuh, maka ibu harus menyusui bayi sesering mungkin tanpa jadwal (on demand) dengan posisi dan perlekatan yang benar. Kemudian jika bayi sudah disusui, dan payudara masih terasa penuh maka ibu harus memerah ASI agar payudara mengalami pengosongan yang sempurna sehingga tidak menjadi bengkak dan ASI tidak keluar.	
3.	15.15 WITA	Melakukan perawatan payudara sambil mengajarkan pada ibu yaitu dengan mengompres hangat pada payudara yang	

		<p>terasa penuh agar melancarkan peredaran darah dan bergantian dengan kompres air dingin untuk mengurangi rasa sakit pada payudara.</p> <p>Ibu mengerti dan berjanji akan melakukan perawatan payudara secara rutin.</p>	
4.	15.30 WITA	<p>Memberikan KIE pada ibu mengenai posisi yang benar saat menyusui.</p> <p>Ibu mengerti dan telah mempraktikkan posisi menyusui yang baik dan benar pada bayinya.</p>	
6.	15.55 WITA	<p>Menganjurkan ibu Imunisasi TT ke 3 sesuai jadwal sampai status imunisasi TT lengkap, menganjurkan ibu kontrol IUD dengan USG sesuai jadwal dan apabila ada keluhan, menganjurkan Ibu memberikan bayinya ASI Eksklusif 6 bulan s.d. 2 tahun</p>	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 30 April 2017/Pukul : 6.30 WITA

Tempat :BPM Hj. Nilawati, SST

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 112 x/menit, pernafasan 44 x/menit dan suhu 37,2 °C. Dan pemeriksaan antropometri panjang badan 45 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 31 cm, lingkaran dada 30 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput saucedaneum, tidak terdapat molase, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Mata : Simetris, tidak ada kotoran dan perdarahan, tidak oedema pada kelopak mata, conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

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

Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan bersih tidak ada kotoran.

Mulut : Simetris, tidak sianosis, tidak terlihat labio palato skhizis dan labio skhizis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.

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

- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu menonjol.
- Abdomen : Simetris, tali pusat terdapat 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak terdapat perdarahan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat, dan tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Simetris, tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : Testis sudah turun dan skorotum sudah ada
- Anus : Terdapat lubang anus.
- Lanugo : Adanya lanugo di daerah lengan dan punggung.
- Verniks : Terdapat verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.
- Ekstremitas : Pergerakan leher aktif, jari tangan dan jari kakisimetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak polidaktili dan sindaktili. Terdapat garis pada telapak kaki dan tidak terdapat kelainan posisi pada kaki dan tangan.
- c. Status Neurologi (refleks)
- Refleks glabella (+), refleks blinking (+), refleks rooting (+), refleks sucking (+), reflex swallowing (+), refleks tonick asimetris (+), refleks tonick neck (+), refleks morro (+), refleks palmar grasping (+), refleks walking (+), refleks babinski (+), refleks plantar (+), refleks galant (+), dan refleks swimming (+).

d. Pola Fungsional

Tabel 4.23

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya setiap keinginan bayi atau setiap 2 jam. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	- BAB 2 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 3 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi sudah dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 10 jam

Masalah : Tidak Ada

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tabel 4.23

Planning Tanggal : 09 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
2.	0.05 WITA	Memberikan KIE mengenai tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan, tangisan tidak ada, merintih, sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang disampaikan.	
3.	00.15 WITA	Memberitahu ibu mengenai perawatan tali pusat, yaitu dengan teknik bersih dan kering. Tali pusat dibiarkan kering, dibersihkan dengan sabun saat mandi dan selalu mengganti kassa bila basah atau kotor;	

		Ibu telah mengerti penyampaian yang disampaikan.	
4	00.25 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 3 hari selanjutnya di tanggal 3 Mei 2017 atau saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 3 Mei 2017/Pukul :08.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. M

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 46 x/menit dan suhu 37,5 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 2500 gram, panjang badan 46 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 32 cm, lingkaran dada 31 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada kaput saucedaneum, tidak terdapat molase, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

- Mata : simetris, tidak ada kotoran dan perdarahan,tidak oedema pada kelopak mata, conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.
- Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan pernafasan cuping hidung.
- Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan tidak ada kotoran.
- Mulut : Simetris, tidak sianosis, tidak terlihat labio palato skhizis dan labio skhizis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada simetris, putting susu menonjol.
- Abdomen : Simetris, tali pusat belum putus, terlihat kering pada tempat pelepasan tali pusat, tidak terabakembung, serta tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Simetris, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung dan tidak teraba spina bifida.
- Genetalia :Testis sudah turun dan skorotum sudah ada.
- Anus : Terdapat lubang anus
- Lanugo : Terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung
- Verniks : Tidak ada.

Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak ada kelainan, tidak polidaktil, pergerakan aktif.

c. Status Neurologi (refleksi)

Refleks glabella (+), refleks blinking (+), refleks rooting (+), refleks sucking (+), reflex swallowing (+), refleks tonick asimetris (+), refleks tonick neck (+), refleks morro (+), refleks palmar grasping (+), refleks walking (+), refleks babinski (+), refleks plantar (+), refleks galant (+), dan refleks swimming (+).

d. Pola Fungsional

Tabel 4.25

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI.
Eliminasi	BAB 1-2kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan 2kali 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

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa
Kehamilan hari ke-4

Masalah : Badan dan muka bayi kuning.

Diagnosis/Masalah Potensial :

- Infeksi pada darah bayi
- Perdarahan internal
- Kerusakan Hati
- Sistem pencernaan bayi bermasalah

P :

Tabel 4.26

Planning Tanggal : 3 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	08.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
2.	08.36 WITA	Memberikan KIE tentang ASI Eksklusif	
3.	08.45 WITA	Menganjurkan ibu menjemur bayinya langsung terpapar sinar matahari di setiap pagi hari sebelum jam 9 hanya memakai popok dan lebih sering	

		menyusui bayinya.	
	09.00 WITA	Memijat Bayi dan Memandikan Bayi	
5.	09.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 9 Mei 2017	

4. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : Senin, 9 Mei 2016/Pukul 8.30WITA

Tempat : Rumah Ny. M

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 122 x/menit, pernafasan 42 x/menit dan suhu 36,3°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 2500 gram, panjang badan 49 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 40cm, lingkaran dada 39 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada kaput saucedaneum, tidak Ada molase, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Mata : Simetris, tidak ada kotoran dan perdarahan, tidak oedema pada kelopak mata, conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik tetapi muka kuning.

- Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan pernafasan cuping hidung
- Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan tidak ada kotoran.
- Mulut : Simetris, tidak sianosis, tidak labio palato skhizis dan labio skhizis, mukosamulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu menonjol.
- Abdomen : Simetris, tali pusat belum putus, tidak teraba benjolan/massa, terlihat ikterik.
- Punggung : Simetris, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung dan tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : testis sudah turun dan skorotum sudah ada.
- Anus : Terdapat lubang anus
- Lanugo : terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung
- Verniks : Tidak ada
- Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak polidaktili, dan pergerakan aktif.

c. Status Neurologi (refleks)

Refleks glabella (+), refleks blinking (+), refleks rooting (+), refleks sucking (+), reflex swallowing (+), refleks tonick asimetris (+), refleks tonick neck (+), refleks morro (+), refleks palmar grasping (+), refleks walking (+), refleks babinski (+), refleks plantar (+), refleks galant (+), dan refleks swimming (+).

d. Pola Fungsional

Tabel 4.27

Pola Fungsional Neonatus

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2-3 jam sekali. Ibu tidak memberikan bayi makan dan minum kecuali ASI.
Eliminasi	BAB 3-4kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.
Perkembangan	Bayi dapat tersenyum spontan

A :

Diagnosis

:Neonatus Cukup Bulan, Sesuai

Masa Kehamilan hari ke-10

Masalah :Kurangnya pengetahuan tentang
imunisasi dasar bayi.

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera :Tidak Ada.

P :

Tabel 4.28

Planning Tanggal 9 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	8.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
2.	8.45 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai imunisasi dasar pada bayi. (SAP dan leaflet terlampir)	
3.	9.00 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Calon Akseptor KB IUD

Tanggal Pengkajian/Waktu : Sabtu, 29 April 2017/ 20.33 WITA

Tempat : BPM Hj. Nilawati, S.S.T.

S :

1. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin menggunakan spiral setelah lahir ari-ari

2. Riwayat Kesehatan Klien

Ibu tidak sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang kronis, yang dapat memperberat atau diperberat oleh kehamilan, menular ataupun berpotensi menurun.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny. M dan suami ibu tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi. Selain itu ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang sedang/memiliki riwayat penyakit hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun, serta tidak ada riwayat keturunan kembar.

4. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. M adalah 20 Juli 2016, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 26 April 2017 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 35 hari, lama haid 4-5 hari, banyaknya haid setiap harinya 3 kali ganti pembalut, warna darah merah, encer, kadang bergumpal. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 11 tahun.

5. Riwayat Obstetri

Tabel 4.29

Riwayat Obstetri

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Temp at lahir	Masa gesta si	Pen yulit	Jen is	Pe nol on g	Pen yuli t	Je ni s	BB	PB	Kead aan
1	2011	BPM	Ater m	Tdk ada	Spt	Bd n	KP D	L k	270 0	54	hidu p
2	2017	BPM	Ater m	Tdk ada	Spt	Bd n	KP D	L k	250 0	45	hidu p

6. Pola Fungsional Kesehatan

Tabel 4.40

Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi seporsi, lauk pauk 2 potong, sayur dan terkadang dengan buah-buahan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 4-5x/hari, berwarna kuning jernih,

	konsistensi cair, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari atau 1x/2hari, berwarna coklat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat	Tidur siang selama \pm 1jam/hari. Tidur malam selama \pm 8 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak, mengurus anak. Belum ada kegiatan yang dilakukan keluar rumah
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Kebiasaan	Tidak ada
Seksualitas	Belum ada melakukan hubungan seksual

7. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

a. Riwayat pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia tahun, lama menikah 6 tahun, status pernikahan sah.

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

O:

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/60 mmHg, suhu tubuh 36,9°C, nadi 80 x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala: Simetris, tidak ada lesi, distribusi rambut merata, bersih, warna rambut hitam, konstruksi rambut kuat, tidak teraba benjolan atau massa.

Wajah: Simetris, tidak ada kloasma gravidarum, tidak tampak pucat, tidak teraba benjolan/massa, tidak teraba oedema.

Mata: Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pengeluaran kotoran, tidak teraba oedema pada kelopak mata.

Telinga: Simetris, tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau.

Hidung: Simetris, tidak ada polip, kelainan bentuk kebersihan cukup, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut: Simetris, tidak pucat, bibir tampak lembab, bersih, tidak terdapat stomatitis ataupun caries, tampak gigi geraham lengkap.

Leher: Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.

Dada: Simetris, tidak ada retraksi, irama jantung terdengar teratur 82x/menit.

Payudara: Simetris, bersih, terdapat pengeluaran asi, adanya hiperpigmentasi pada aerolla mammae, puting susukiri tampak menonjol dan terbelah kanan kurang menonjol, tidak terabamassa atau oedema, tidak adapembesaran kelenjar limfe.

Abdomen: Simetris, tidak ada bekas operasi, tidak teraba massa atau pembesaran.

Ekstremitas: Simetris, tampak sama panjang, tidak ada varises dan edema tungkai.

Pada ekstremitas atas tidak ada oedema dan kapiler refill kembali dalam waktu 2 detik, refleks bisep dan trisep positif.

Pada ekstremitas bawah tampak oedema berkurang, kapiler refill kembali dalam waktu 2 detik serta homan sign negatif, refleks patella positif.

A:

Diagnosa : P₂₀₀₂ parturient kala III calon akseptor KB
IUD pasca Plasenta

Masalah : Tidak Ada.

Diagnosis/Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak Ada

P:

Tabel 4.41

Planning Tanggal 29April 2017

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	20.33 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny. M, hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal; Ibu mengerti mengenai kondisinya.	
2.	20.35 WITA	Menjelaskan kembali pada ibu tentang KB IUD Pasca Persalinan Ibu mengatakan sudah mengerti dan akan memasang KB IUD Pasca Persalinan. Ibu telah dipasang KB IUD Pasca Persalinan.	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

1. Antenatal Care

Kunjungan ANC ke 1, tanggal 8 Maret 2017 pukul 10.30 WITA usia kehamilan 33 minggu dengan masalah kenaikan berat badan yang kurang yaitu hanya mengalami kenaikan berat badan 7 kg. Hal ini disebabkan karena factor social dan ekonomi keluarga, suami Ny.M bekerja sebagai buruh banguan. BB ibu sebelum hamil 37 kg, BB saat ini 44 kg dan TB: 147 cm. Ny. M termasuk dalam kategori kurus menurut IMT. Total kenaikan yang disarankan 12,7 s.d. 18,1 kg selama TM II dan TM III 0,5 kg/minggu. Hal ini tidak sejalan dengan teori menurut (Sukarni, 2013)dengan adanya kehamilan maka akan terjadi penambahan berat badan yaitu sekitar 12,5 kg. Dengan proporsi kenaikan berat badan ibu hamil berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT), dengan berat badan ibu dalam batas normal adalah 12,7 s.d. 18,1 kg atau 0,5 kg/minggu. Kenaikan tersebut disebabkan karena adanya pertumbuhan janun, plasenta dan air ketuban. Jika kenaikan berat badan ibu tidak normal maka akan memungkinkan terjadinya keguguran, lahir premature, BBLR, gangguan kekuatan rahim saat kelahiran. Ibu hamil harus memiliki berat badan yang normal karena akan berpengaruh terhadap anak yang akan dilahirkannya. Ibu yang sedang hamil dengan kekurangan zat gizi yang penting bagi tubuh akan menyebabkan keguguran, anak lahir premature, berat bayi lahir

rendah, gangguan rahim pada waktu persalinan, dan perdarahan setelah persalinan. Sehingga penulis berpendapat pentingnya memberikan KIE pada ibu tentang asupan nutrisi pada ibu hamil trimester III agar dapat meningkatkan berat badan sesuai anjuran selain untuk mempersiapkan proses persalinan dan melahirkan bayi yang sehat dan cerdas (Wahyuni Sri, 2011). Dan penulis bekerja sama dengan ahli gizi puskesmas untuk bantuan sembako untuk ibu hamil untuk pemenuhan gizi kehamilan.

Pada pemeriksaan Lingkar lengan Atas, hasil pengukuran Lila Ny. M yaitu: 22 cm. Hal ini juga terjadi karena factor sosial ekonomi keluarga dan pola makan ibu terkadang kurang nafsu makan dan pola makan yang kurang seimbang. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009), Angka normal lingkar lengan atas ibu yang sehat yaitu 23,5-36 cm. Pengukuran Lila untuk Mengetahui adanya resiko kekurangan energi kronis (KEK) pada WUS, Menepis wanita yang mempunyai risiko melahirkan BBLR. Sehingga penulis melakukan asuhan kolaborasi dengan ahli gizi dan dokter obgyn, melakukan pemantauan kenaikan Berat Badan, serta pengukuran Lila dan pengukuran TFU secara berkala.

Pada pemeriksaan abdomen, hasil pengukuran TFU Ny. M yaitu 1 jari bawah px (27 cm) dengan TBJ 2325 gram. Hal ini juga terjadi karena factor sosial ekonomi keluarga dan pola makan ibu terkadang kurang nafsu makan dan pola makan yang kurang seimbang. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Manuba Ida Ayu, 2012), pada usia kehamilan 33 minggu berdasarkan TFU adalah 30 cm. Ny. M adalah tidak sesuai

dengan usia kehamilannya yaitu lebih kecil dari usia kehamilan. Dari hasil pengukuran TFU ini dapat mengindikasikan risiko bayi berat lahir rendah (BBLR).

Lalu penulis juga melakukan upaya kolaborasi dengan dokter obsgyn untuk mengetahui kesejahteraan janin didalam rahim ibu dan ahli gizi untuk mengatur pola makan gizi seimbang untuk Ny. M. Sesuai dengan teori Menurut (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007) perlunya menetapkan kebutuhan tindakan segera bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan. Dalam hal ini, penulis berpendapat untuk pentingnya melakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini. Penulis melakukan kolaborasi dengan dr.SpOG dan ahli gizi dengan hasil keadaan janin saat ini baik, tidak ada kelainan, tidak ada lilitan tali pusat, serta air ketuban dalam batas normal serta pola makan makan gizi seimbang bagi Ny.M. Usia kehamilan saat itu 33 minggu 6 hari. Taksiran berat janin yatu 1741.61 gram.

Pada saat pengkajian ibu mengatakan saat pranikah belum diimunisasi TT, dan saat hamil pertama juga belum diimunisasi TT dan saat balita orangtua Ny. M tidak membawa ke fasilitas kesehatan untuk dimunisasi tetapi ibu mengatakan pernah didimunisasi 1 kali saat SD sehingga didapatkan masalah status Imunisasi ibu masih TT1. Hal ini terjadi dikarenakan factor ketidaktahuan Ny. M dan keluarga Ny.M tentang pentingnya imunisasi TT bagi ibu dan janin dan petugas kesehatan

kurang teliti terhadap status imunisasi TT Ny.M dan kurangnya sosialisasi tentang imunisasi TT dari petugas kesehatan. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Saifuddin dkk, 2001), Imunisasi TT melindungi bayi baru lahir dari tetanus neonatorum. Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh *clostridium tetani*, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistem saraf pusat. Menurut (Depkes RI, 2000), Imunisasi TT dapat melindungi ibu terhadap kemungkinan tetanus apabila terluka. Sehingga penulis melakukan asuhan dengan lakukan KIE tentang imunisasi TT dan merencanakan penyuntikan imunisasi lanjutan ke puskesmas.

Pada saat pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan hasil Ny.M memiliki kadar kolesterol tinggi pada tanggal 2/3/2017 Kolestrol : 253 gr%, dan pada tanggal 8/3/2017 Kolestrol : 223 gr%. Hal ini terjadi dikarenakan ibu memiliki kebiasaan pola makan yang kurang baik seperti makanan yang berminyak dan bersantan selama kehamilan ini. Menurut NCEP ATP III 2001, kolesterol total optimal adalah <200 mg/dl, kolesterol total Borderline adalah 239 mg/dl, kolesterol total kategori Tinggi adalah 240 mg/dl. Menurut (Keperawatan Medikal Bedah, 2009), Peningkatan kolesterol sendiri dapat disebabkan karena mengkonsumsi terlalu banyak lemak jenuh, seperti makanan yang banyak mengandung lemak, kelebihan berat badan, tingkat aktifitas atau kekurangan gerak fisik, merokok, dan terlalu banyak asupan alcohol. Oleh karena itu wanita hamil

yang kolesterolnya tinggi dapat menyebabkan hipertensi dalam kehamilan, keadaan ini apabila tidak dikontrol dapat membahayakan pada ibu dan bayinya, kelahiran prematur, dan juga meningkatkan resiko terjadinya penyakit jantung. Sehingga Penulis melakukan asuhan berupa KIE tentang bahaya kolesterol terhadap ibu dan janin dan berkolaborasi dengan dokter obgyn untuk kesejahteraan janin dan TBJ dan ahli gizi untuk pengaturan diet rendah lemak.

Pada saat pengkajian ibu mengatakan memberikan ASI kepada anak pertama hanya 1 minggu karena puting susu ibu terbelah dan datar lalu bengkak dan kemudian ASI tidak keluar sehingga ibu memberikan susu formula dan faktor kesibukan ibu bekerja pagi sampai sore. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Prasetyono (2009), manfaat ASI eksklusif dapat mendatangkan keuntungan bagi bayi dan ibu. Manfaat ASI bagi bayi adalah ketika bayi berusia 6-12 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Setelah berumur 1 tahun, meskipun ASI hanya bisa memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, pemberian ASI tetap dianjurkan, Para dokter menyepakati bahwa pemberian ASI dapat mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit serta alergi.

Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit daripada bayi yang tidak memperoleh ASI, ASI selalu siap sedia ketika bayi menginginkannya Apabila bayi sakit, ASI adalah makanan yang terbaik untuk diberikan kepadanya, Bayi yang lahir premature lebih tumbuh cepat

jika diberi ASI, IQ pada bayi yang memperoleh ASI lebih tinggi 7-9 poin daripada bayi yang tidak diberi ASI.

Manfaat ASI bagi Ibu adalah Isapan bayi dapat membuat rahim mengecil, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa prahamil, serta mengurangi resiko perdarahan. Lemak disekitar panggul dan yang ditimbun pada masa kehamilan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali. Resiko terkena kanker rahim dan kanker payudara lebih rendah. Menyusui bayi lebih menghemat waktu. ASI lebih praktis, ASI lebih murah, ASI selalu bebas kuman, ASI dalam payudara tidak pernah basi. Manfaat ASI bagi Negara adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, Mengurangi subsidi untuk rumah sakit, Mengurangi devisa dalam pembelian susu formula, Meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa. Sehingga penulis memberikan KIE tentang ASI Eksklusif dan perawatan payudara dimulai masa kehamilan.

Kunjungan ANC ke 2, tanggal 5 April 2017 Pukul 17.00 WITA dengan usia kehamilan 36 minggu dengan total kenaikan berat badan saat ini yaitu 7 kg. Dan pemeriksaan abdomen TFU 28 cm dengan TBJ 2635 gram. Ini tidak sesuai dengan teori dari (Manuba Ida Ayu, 2012) yaitu seharusnya pada usia kehamilan 36 minggu TFU setinggi px (33 cm). Kenaikan berat badan ibu sampai saat ini masih kurang, karena tidak sejalan dengan teori menurut (Sukarni, 2013) dengan adanya kehamilan maka akan terjadi penambahan berat badan IMT kategori kurus yaitu sekitar 12,7 kg. Tetapi berdasarkan perhitungan taksiran berat janin (TBJ)

ibu, saat ini sudah cukup. Sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012). Sehingga penulis melakukan asuhan kepada Ny. M berupa pemantauan BB dan TFU secara berkala dan KIE tentang kebutuhan nutrisi TM III.

Pada saat pemeriksaan payudara, didapatkan puting susu Ny. M datar dan terbelah. Hal ini terjadi dikarenakan perawatan payudara kurang rutin dan kurang tepat. Menurut (Rukiyah A, 2010), Faktor-faktor penyebab bendungan ASI adalah Puting susu yang terbenam akan menyulitkan bayi dalam menyusui. Karena bayi tidak dapat menghisap puting dan areola, bayi tidak mau menyusui dan akibatnya dapat terjadi bendungan ASI.

Sehingga penulis memberikan asuhan berupa KIE tentang cara perawatan payudara dan puting susu cara Hoffman dan teknik spuit. Menurut (Angraini Y., 2010). Adapun langkah-langkah dalam perawatan payudara adalah Tangan dilicinkan dengan minyak kelapa / baby oil. Pengurutan payudara mulai dari pangkal menuju arah puting susu selama 2 menit (10kali) untuk masing-masing payudara. Handuk bersih 1-2 buah. Air hangat dan air dingin dalam baskom. Waslap atau sapu tangan dari handuk.

Pada kunjungan ini ibu mengalami keluhan yang dirasakan yaitu, sakit punggung, sesak nafas dan nyeri perut bagian bawah. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III menurut Kusmiyati (2009): Sakit Punggung, Sakit pada punggung, hal ini karena

meningkatnya beban berat yang ibu bawa yaitu bayi dalam kandungan. Sehingga penulis melakukan asuhan berupa KIE tentang penanganan sakit punggung yaitu Pakailah sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, berdiri dan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, mintalah pertolongan untuk melakukan pekerjaan rumah ibu sehingga ibu tak perlu membungkuk terlalu sering dan pakailah kasur yang nyaman.

Napas Sesak, Pada kehamilan 33-36 minggu, banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas hal ini karena tekanan bayi yang berada dibawa diafragma menekan paru ibu. Tetapi setelah kepala bayi sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang pertama kali hamil maka ibu akan merasa lega dan bernafas lebih mudah . Selain itu juga rasa terbakar didada (heart burn) biasanya juga ikut hilang. Karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi dibawah tulang iga ibu. Napas sesak juga disebabkan Progesteron yang membuat bernapas lebih dalam dan lebih sering juga bisa karena Anemia sehingga pengangkutan oksigen keseluruh tubuh berkurang. Sehingga penulis melakukan asuhan berupa KIE tentang Penanganan yaitu Gunakan bantal tambahan di malam hari, Duduklah ketika merasa sesak napas, Untuk bantuan sementara, letakkan lengan di atas kepala, Ketika berbaring, berbaringlah miring (miring kiri lebih baik), Ambil vitamin prenatal atau pil besi, seperti yang ditentukan, Makan-makanan kaya zat besi seperti daging merah tanpa lemak, hati, kacang kering,dan gandum atau roti diperkaya, Dapat bernapas lebih leluasa pada bulan terakhir kehamilan jika bayi turun rendah di panggul.

Nyeri perut bagian bawah karena kepala janin sudah turun dan memasuki pintu bawah panggul dan menekan otot panggul yang menyebabkan nyeri perut bagian bawah. Sehingga penulis melakukan asuhan berupa KIE tentang ketidaknyamanan yang normal terjadi pada kehamilan TM III dan menganjurkan ibu mengikuti senam hamil.

Kunjungan ANC ke 3, tanggal 10 April 2017 Pukul 13.30 WITA dengan usia kehamilan 36 minggu 5 hari dengan total kenaikan berat badan ibu adalah 7.2 kg dan pemeriksaan abdomen TFU 3 jari bawah px (29 cm) dengan TBJ 2790 gram. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Manuba Ida Ayu, 2012), pada usia kehamilan 36 minggu berdasarkan TFU adalah 33 cm. Kenaikan berat badan ibu sampai saat ini masih kurang, karena tidak sejalan dengan teori menurut (Sukarni, 2013) dengan adanya kehamilan maka akan terjadi penambahan berat badan IMT katogori kurus yaitu sekitar 12,7 kg. Tetapi berdasarkan perhitungan taksiran berat janin (TBJ) ibu, saat ini sudah cukup. Sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram(Dewi, 2012). Sehingga penulis melakukan asuhan kepada Ny. M berupa pemantauan BB dan TFU secara berkala dan KIE tentang kebutuhan nutrisi TM III.

Pada saat pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan hasil Ny.M memiliki kadar kolesterol tinggi 250 gr% . Hal ini terjadi dikarenakan ibu memiliki kebiasaan pola makan yang kurang baik seperti makanan yang berminyak dan bersantan selama kehamilan ini. Menurut

NCEP ATP III 2001, kolesterol total optimal adalah <200 mg/dl, kolesterol total Borderline adalah 239 mg/dl, kolesterol total kategori Tinggi adalah 240 mg/dl. Menurut (Keperawatan Medikal Bedah, 2009), Peningkatan kolesterol sendiri dapat disebabkan karena mengonsumsi terlalu banyak lemak jenuh, seperti makanan yang banyak mengandung lemak, kelebihan berat badan, tingkat aktifitas atau kekurangan gerak fisik, merokok, dan terlalu banyak asupan alcohol. Oleh karena itu wanita hamil yang kolesterolnya tinggi dapat menyebabkan hipertensi dalam kehamilan, keadaan ini apabila tidak dikontrol dapat membahayakan pada ibu dan bayinya, kelahiran prematur, dan juga meningkatkan resiko terjadinya penyakit jantung. Sehingga Penulis melakukan asuhan berupa KIE tentang bahaya kolesterol terhadap ibu dan janin dan berkolaborasi dengan dokter obgyn untuk kesejahteraan janin dan TBJ dan ahli gizi untuk pengaturan diet rendah lemak.

Pada kunjungan ini, keluhan yang ibu rasakan adalah sakit punggung dan sesak nafas. Berdasarkan teori (Syafrudin, Karningsing, 2011) Menurut fisiologinya, sakit punggung karena meningkatnya beban berat yang ibu bawa yaitu bayi dalam kandungan, sedangkan sesak nafas karena tekanan bayi yang berada dibawa diafragma menekan paru ibu. Tetapi setelah kepala bayi sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang pertama kali hamil maka ibu akan merasa lega dan bernafas lebih mudah. Sehingga penulis memberikan asuhan berupa KIE tentang cara penanganan sesak nafas

berupa gunakan bantal tambahan di malam hari, Duduklah ketika merasa sesak napas, Untuk bantuan sementara, letakkan lengan di atas kepala, Ketika berbaring, berbaringlah miring (miring kiri lebih baik), Ambil vitamin prenatal atau pil besi, seperti yang ditentukan, Makan-makanan kaya zat besi seperti daging merah tanpa lemak, hati, kacang kering, dan gandum atau roti diperkaya, Dapat bernapas lebih leluasa pada bulan terakhir kehamilan jika bayi turun rendah di panggul dan memberikan asuhan berupa KIE tentang cara penanganan sakit punggung, Pakailah sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, berdiri dan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, mintalah pertolongan untuk melakukan pekerjaan rumah ibu sehingga ibu tak perlu membungkuk terlalu sering dan pakailah kasur yang nyaman dan menganjurkan ibu melakukan senam hamil.

Kunjungan ANC ke 4 tanggal 20 April 2017 Pukul 12.30 WITA dengan usia kehamilan 38 minggu 6 hari dengan total kenaikan berat badan ibu adalah 7.5 kg dan pemeriksaan abdomen TFU (30 cm) dengan TBJ 2945 gram. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Manuba Ida Ayu, 2012), pada usia kehamilan 36 minggu berdasarkan TFU adalah 31-32 cm. Kenaikan berat badan ibu sampai saat ini masih kurang, karena tidak sejalan dengan teori menurut (Sukarni, 2013) dengan adanya kehamilan maka akan terjadi penambahan berat badan IMT kategori kurus yaitu sekitar 12,7 kg. Tetapi berdasarkan perhitungan taksiran berat janin (TBJ) ibu, saat ini sudah cukup. Sesuai dengan teori bayi baru lahir

normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012). Sehingga penulis melakukan asuhan kepada Ny. M berupa pemantauan BB dan TFU secara berkala dan KIE tentang kebutuhan nutrisi TM III.

Pada saat pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan hasil Ny.M memiliki kadar kolesterol tinggi : 258 gr%. Hal ini terjadi dikarenakan ibu memiliki kebiasaan pola makan yang kurang baik seperti makanan yang berminyak dan bersantan selama kehamilan ini. Menurut NCEP ATP III 2001, kolesterol total optimal adalah <200 mg/dl, kolesterol total Borderline adalah 239 mg/dl, kolesterol total kategori Tinggi adalah 240 mg/dl. Menurut (Keperawatan Medikal Bedah, 2009), Peningkatan kolesterol sendiri dapat disebabkan karena mengonsumsi terlalu banyak lemak jenuh, seperti makanan yang banyak mengandung lemak, kelebihan berat badan, tingkat aktifitas atau kekurangan gerak fisik, merokok, dan terlalu banyak asupan alcohol. Oleh karena itu wanita hamil yang kolesterolnya tinggi dapat menyebabkan hipertensi dalam kehamilan, keadaan ini apabila tidak dikontrol dapat membahayakan pada ibu dan bayinya, kelahiran prematur, dan juga meningkatkan resiko terjadinya penyakit jantung. Sehingga Penulis melakukan asuhan berupa KIE tentang bahaya kolesterol terhadap ibu dan janin dan berkolaborasi dengan dokter obgyn untuk kesejahteraan janin dan TBJ dan ahli gizi untuk pengaturan diet rendah lemak.

Pada kunjungan ini, keluhan yang ibu rasakan adalah sakit punggung dan perut kencang-kencang. Berdasarkan teori (Syafrudin, Karningsing, 2011) Menurut fisiologinya, sakit punggung karena meningkatnya beban berat yang ibu bawa yaitu bayi dalam kandungan. Kontraksi Perut, Braxton-Hicks kontraksi atau kontraksi palsu. Kontraksi berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk. Kontraksi usus mempersiapkan persalinan dapat diatasi dengan Istirahat, teknik nafas. Sehingga penulis memberikan asuhan berupa KIE tentang cara teknik nafas relaksasi mengatasi perut kencang-kencang dan dibawa duduk dan istirahat dan memberikan asuhan berupa KIE tentang cara penanganan sakit punggung, Pakailah sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, berdiri dan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, mintalah pertolongan untuk melakukan pekerjaan rumah ibu sehingga ibu tak perlu membungkuk terlalu sering dan pakailah kasur yang nyaman dan menganjurkan ibu melakukan senam hamil..

Kunjungan ANC ke 5, tanggal 24 April 2017 Pukul 13.45 WITA dengan usia kehamilan 39 minggu 4 hari dengan total kenaikan berat badan ibu adalah 8 kg dan pemeriksaan abdomen TFU 30 cm dengan TBJ 2945 gram. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Manuba Ida Ayu, 2012), pada usia kehamilan 39 minggu berdasarkan TFU adalah 31-32 cm. Kenaikan berat badan ibu sampai saat ini masih kurang, karena tidak sejalan dengan teori menurut (Sukarni, 2013) dengan adanya kehamilan maka akan terjadi penambahan berat badan IMT kategori kurus yaitu sekitar 12,7 kg. Tetapi berdasarkan perhitungan taksiran berat janin (TBJ)

ibu, saat ini sudah cukup. Sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram(Dewi, 2012). Sehingga penulis melakukan asuhan kepada Ny. M berupa pemantauan BB dan TFU secara berkala dan KIE tentang kebutuhan nutrisi TM III.

Pada kunjungan ini, keluhan yang ibu rasakan adalah sakit punggung, perut kencang-kencang dan sering BAK. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III menurut Kusmiyati (2009): Sakit Punggung, Sakit pada punggung, hal ini karena meningkatnya beban berat yang ibu bawa yaitu bayi dalam kandungan. Sering Kencing, Pembesaran rahim dan ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu. Kontraksi Perut, Braxton-Hicks kontraksi atau kontraksi palsu. Kontraksi berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk. Kontraksi usus mempersiapkan persalinan dapat diatasi dengan Istirahat, teknik nafas. Sehingga penulis memberikan asuhan berupa KIE tentang cara penanganan sakit punggung, Pakailah sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, berdiri dan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, mintalah pertolongan untuk melakukan pekerjaan rumah ibu sehingga ibu tak perlu membungkuk terlalu sering dan pakailah kasur yang nyaman dan menganjurkan ibu duduk, tarik nafas dan istirahat bila perut terasa kencang-kencang, menganjurkan ibu menjaga personal hygiene agar tidak terjadi nyeri saat BAK yang sering dan menganjurkan ibu melakukan senam hamil.

2. Intranatal Care,

INC pada tanggal 29 April pukul 16.45 WITA. Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. M yaitu 40 minggu 3 hari. Menurut teori persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Penulis sependapat dengan pernyataan tersebut karena Ny. M menunjukkan tanda-tanda persalinan saat usia kehamilan 40 minggu 3 hari.

Kala I, pemeriksaan fisik didapatkan TFU Ny. M yaitu 28 cm, dengan TBJ $(28-11) \times 155 = 2635$ gram dan juga TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan saat usia 40 minggu seharusnya TFU 30 cm, TBJ. Ibu mengatakan keluar air-air dari jalan lahir secara spontan. Saat dilakukan pemeriksaan yaitu selaput ketubah telah pecah spontan, ketuban jernih dan pembukaan 3 cm. efficement 50%, penurunan kepala hodge I, DJJ : 120 x/mnt, His 2 x 10 menit dengan durasi yang adekuat yaitu 5-10 detik. Sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012). Persalinan dianggap normal jika proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan pervaginam dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin serta dimulai dengan adanya tanda – tanda persalinan kala I antara lain terjadi his, terjadi pengeluaran

lendir bercampur darah, selain itu tanda lainnya adalah terjadinya penipisan dan pembukaan serviks dan pecahnya kantung ketuban (Manuba Ida Ayu, 2012).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi *inpartu* terjadi pada pembukaan < 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu (Wiknjosastro, 2011; Mansjoer, 2010; Manuaba, 2009). Adapun yang menjadi faktor risiko menurut (Rukiyah, 2010; Manuaba, 2009; Winkjosastro, 2011) adalah : infeksi, *serviks yang inkompeten*, ketegangan *intra uterine*, trauma, kelainan letak janin, keadaan sosial ekonomi, peninggian tekanan *intrauterine*, kemungkinan kesempitan panggul, *korioamnionitis*, faktor keturunan, riwayat KPD sebelumnya, kelainan atau kerusakan selaput ketuban dan *serviks* yang pendek pada usia kehamilan 23 minggu.

Pengaruh KPD menurut Prawirohardjo (2011) yaitu: Terhadap janin adalah Walaupun ibu belum menunjukkan gejala-gejala infeksi tetapi janin mungkin sudah terkena infeksi, karena infeksi intrauterin lebih dahulu terjadi (*aminionitis, vaskulitis*) sebelum gejala pada ibu dirasakan, jadi akan meninggikan mortalitas dan morbiditas perinatal. Dampak yang ditimbulkan pada janin meliputi prematuritas, infeksi, mal presentasi, prolaps tali pusat dan mortalitas perinatal. Terhadap ibu adalah Karena jalan telah terbuka, maka dapat terjadi infeksi intrapartum, apa lagi terlalu sering diperiksa dalam, selain itu juga dapat dijumpai infeksi

peupuralis (nifas), peritonitis dan seftikamia, serta dry-labor. Ibu akan merasa lelah karena terbaring ditempat tidur, partus akan menjadi lama maka suhu tubuh naik, nadi cepat dan nampaklah gejala-gejala infeksi. Hal-hal di atas akan meninggikan angka kematian dan angka morbiditas pada ibu. Dampak yang ditimbulkan pada ibu yaitu partus lama, perdarahan post partum, atonia uteri, infeksi nifas.

Tidak ada kesenjangan teori dalam kasus Ny. M yang sudah memasuki usia kehamilan 40 minggu 3 hari dan memiliki tanda – tanda persalinan yang dirasakan ibu pada tanggal 29 April 2016 yaitu keluar cairan ketuban yang dirasakan ibu sejak pukul 16.15 WITA. Pukul 17.15 WITA ibu mengatakan kencang-kencang terasa semakin sering.

Pada proses persalinan, Ny. M menjalani kala I fase laten selama <8 jam. Hal tersebut sesuai antara teori dan praktik menurut (Manuba Ida Ayu, 2012) pada umumnya fase laten berlangsung selama 8 jam. Dimulai dari observasi awal pukul 17.00 WITA sampai 20.17 WITA tanggal 29 Mei 2017.

Masalah yang terjadi pada Ny. M di fase laten yaitu Ny. M merasa cemas akan persalinannya dan kurang mengetahui manajemen nyeri persalinan. Sehingga penulis memberikan support mental kepada Ny. M bahwa persalinan adalah normal dan alamiah sehingga ibu harus semangat dalam menjalaninya, ibu juga harus berfikir positif dalam menghadapi persalinan. Sejalan dengan teori menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009) bahwa tindakan untuk mengupayakan rasa

nyaman dalam kamar bersalin adalah bentuk dukungan psikologis terutama dari orang-orang terdekat. Selain itu penulis juga memberikan KIE tentang fisiologi persalinan dan cara mengatasi nyeri persalinan yaitu dengan menjelaskan bahwa nyeri pada saat bersalin adalah kerja keras yang dilakukan oleh otot-otot rahim selama kontraksi, pembukaan leher rahim, serta tekanan dan peregangan dari jalan lahir. Cara untuk menguranginya yaitu dengan relaksasi, mobilisasi, beristirahat serta makan dan minum. Sesuai dengan teori menurut (Syafrudin, Karningsing, 2011) bahwa perlu diperhatikan bagi calon ibu untuk mempersiapkan fisik dan mental yang baik untuk menghadapi proses persalinan, maka perlu latihan relaksasi, mengatasi nyeri pada saat bersalin, cukup istirahat, dan tetap makan makanan kecil saat persalinan.

Saat klien telah memasuki fase aktif bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf yaitu pemeriksaan DJJ setiap 30 menit, pemeriksaan kemajuan persalinan setiap 4 jam. Sesuai dengan teori menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008) yaitu Pemeriksaan detak jantung janin setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin), kemajuan persalinan (pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah, penyusupan tulang kepala janin) setiap 4 jam, kontraksi uterus per 10 menit. Pada pukul 19.30 WITA, dilakukan pemeriksaan dengan hasil kemajuan persalinan yaitu pembukaan 9 cm serta ketuban sudah pecah, dengan his mulai adekuat (4x dalam 10 menit dengan durasi 40-45 detik). Keadaan Ny. M sejalan dengan teori yang dinyatakan oleh (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009) yang mengatakantanda-tanda

persalinannya yaitu rasa nyeri terasa dibagian pinggang dan penyebar ke perut bagian bawah, lendir darah semakin nampak, waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah, serviks menipis dan membuka. Penulis berpendapat, saat akan memasuki persalinannya Ny. M merasakan kencang-kencang pada perut bagian bawah melingkar hingga ke pinggang bagian belakang dan diikuti pengeluaran lendir darah pada awal persalinannya dan seperti ingin BAB dan setelah dilakukan pemeriksaan terdapat pembukaan serviks 9 cm. Pertambahan pembukaan serviks pada Ny. M didukung dengan his yang semakin adekuat, jalan lahir Ny. M yang normal dan posisi janin yang normal yaitu kepala sebagai bagian terendah.

Saat sebelum pembukaan serviks Ny. M menjadi 10 cm, penulis segera mempersiapkan partus set, APD, cairan dekontaminasi, air DTT, pakaian bayi, pakaian ganti ibu, alat resusitasi bayi. Sesuai dengan APN (JNPK-KR Depkes RI, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Penulis berpendapat, penyiapan alat dan bahan sebelum dilakukannya pertolongan persalinan dapat memudahkan dan mengoptimalkan waktu dalam pertolongan persalinan.

Pukul 19.30 WITA ibu merasa ingin BAB. Saat dilakukan pemeriksaan yaitu selaput ketubuh telah pecah spontan, ketuban jernih, effacement 90%, penurunan kepala hodge III, DJJ : 136 x/mnt, His 4 x 10 menit dengan durasi yang adekuat yaitu 40-45 detik. Sesuai dengan teori Asuhan Persalinan Normal menurut (JNPK-KR Depkes RI,

2008) lakukan perubahan posisi, yaitu posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi jika ibu ingin di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri.

Kala II Tanggal 29 April 2017 pukul 20.00 WITA, ibu tampak ingin mengejan, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva, vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, selaput ketubah telah pecah, sisa ketuban jernih, effisient 100 %, penurunan kepala hodge IV, DJJ : 132 x/mnt, His 4 x 10 menit dengan durasi yang adekuat yaitu >45 detik. Hal tersebut sejalan dengan teori yang dikemukakan (JNPK-KR Depkes RI, 2008) tanda dan gejala kala II persalinan ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Penulis sependapat, karena semakin kontraksi Ny. M meningkat atau adekuat semakin bertambah pembukaan serviksnya, bagian terendah janin pun terus turun melewati jalan lahir.

Pada kala II persalinan Ny. M dilakukan tindakan Asuhan Persalinan Normal. Pembukaan lengkap Ny. M pada pukul 20.00 WITA dan bayi lahir pukul 20.17 WITA, lama kala II Ny. M berlangsung selama 17 menit, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (JNPK-KR Depkes RI, 2008), menyebutkan pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam. Penulis berpendapat,

proses persalinan Ny. M berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf, kekooperatifan pasien yang selalu mengikuti saran penulis dan bidan sebagai upaya membantu memperlancar proses persalinannya, selain itu dukungan keluarga khususnya suami juga turut membantu dalam kelancaran proses persalinan. Ny. M telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan klien berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik. Hal ini selaras dengan (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009), yang mengemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu *passage* (jalan lahir), *power* (his dan tenaga mengejan), dan *passanger* (janin, plasenta dan ketuban) serta faktor lain seperti psikologi dan faktor penolong.

Kala III, Tanggal 29 April 2017 Pukul 20.17 WITA bayi Ny. M telah lahir, plasenta belum keluar, bidan pun segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. M 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 Depkes RI, 2008), manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri. Penulis berpendapat, manajemen aktif kala III memang terbukti mencegah perdarahan pasca persalinan, terbukti pada Ny. M

perdarahan yang terjadi pada klien dalam keadaan normal yaitu ± 150 cc dan kontraksi uterus berlangsung baik, uterus teraba keras.

Pukul 20.30 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat marginalis, panjang tali pusat ± 45 cm, tebal plasenta ± 2 cm, lebar plasenta $\pm 20 \times 18$ cm. Lama kala III Ny. M berlangsung ± 3 menit. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan (JNPK-KR Depkes RI, 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.

Perdarahan kala III pada Ny. M berkisar sekitar normal yaitu 150 cc. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan (JNPK-KR Depkes RI, 2009), bahwa perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam < 500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir. Penulis berpendapat, hasil observasi perdarahan kala III pada Ny. M dalam kondisi normal yaitu tidak melebihi 500 cc, yakni hanya berkisar 150 cc.

Kala IV, Tanggal 29 April 2017 Pukul 20.30 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi jalan lahir yaitu derajat II sehingga dilakukan heacting jelujur. Penulis melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Bayi lahir dengan berat 2500 gram.

Dilakukan pemantauan Kala IV persalinan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke 2 dengan hasil keadaan

Ny.M dalam keadaan baik. Hal ini sejalan dengan (Saifuddin, 2010) pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Penulis berpendapat, dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Tanggal 29 April 2017 Pukul 20.17 WITA bayi lahir spontan pervaginam, segera menangis, usaha napas baik, tonus otot baik, tubuh bayi tampak kemerahan, jenis kelamin perempuan. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor, didapatkan hasil APGAR skor bayi Ny. M dalam keadaan normal yaitu 7/8. Melakukan asuhan bayi baru lahir dan bayi dalam kondisi normal, serta Bayi Ny. M diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM, imunisasi hepatitis B 0 hari dan antibiotik berupa salep mata. Hal ini sesuai dengan teori menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008), bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi. Penulis berpendapat, karena

kondisi bayi yang telah stabil penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL sebagai upaya untuk mencegah defisiensi vitamin K, memberikan kekebalan tubuh pada bayi terhadap penyakit hepatitis, dan mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi.

Saat bersalin, kehamilan Ny. M berusia 40 minggu 3 hari, berat badan bayi saat lahir 2500 gram panjang badan 45 cm. Saat dilakukan pemeriksaan fisik secara garis besar bayi dalam keadaan normal. Hal ini didukung oleh teori menurut Dewi(Dewi, 2012), yang mengemukakan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Berat badan normal pada bayi baru lahir adalah 2500 gram sampai 4000 gram.

Masalah yang terjadi saat ini adalah teknik menyusui ibu yang kurang tepat yaitu mulut bayi yang kurang terbuka lebar pada saat menyusui sehingga tidak semua puting ibu masuk kedalam mulut bayi. Berdasarkan teori menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) ciri-ciri bayi yang menyusui dengan benar adalah bayi tampak tenang, badan bayi menempel pada perut ibu, dagu bayi menempel pada payudara, mulut bayi terbuka cukup lebar, areola yang kelihatan lebih luas dibagian atas daripada dibagian bawah mulut bayi, puting susu tidak merasa nyeri, serta kepala dan badan bayi berada pada garis lurus. Sehingga penulis memberikan KIE tentang teknik menyusui yang benar, dilakukan untuk mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar, sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan baik tanpa hambatan.

4. Post Natal Care

Kunjungan PNC ke 1, Tanggal 30 Mei 2017, pukul 06.30 WITA 10 jam post partum. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh yaitu keadaan ibu telah membaik. Ibu dapat beristirahat setelah proses persalinannya, ibu dapat menghabiskan makan dan minum yang telah disediakan, ibu sudah BAK secara mandiri, dari hasil pemeriksaan keadaan ibu dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Walyani, 2014), tujuan pada asuhan kunjungan 6 jam -3 hari post partum diantaranya yaitu mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Kunjungan PNC ke 2 Tanggal 9 Mei 2017, pukul 08.30 WITA pada 9 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi Ny. M secara umum dalam batas normal. Ny. M tidak memiliki keluhan. Pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU $\frac{1}{2}$ pusat simfisis, lochea sanguinolenta, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda homan sign negatif. Ny.M mengatakan payudaranya terasa penuh tetapi ASI masih keluar dan masih dapat menyusui bayinya. Dari hasil pemeriksaan Suhu Ibu 37°C , payudara teraba tidak tampak simetris, tetapi berbenjol-benjol, tampak pengeluaran ASI sedikit, dan teraba pembengkakan karena ASI yang penuh. Pemeriksaan lainnya yaitu dalam batas

normal. Menurut teori (Rukiyah Ai, 2010) Bendungan ASI adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran *vena* dan *limfe* sehingga menyebabkan bendungan ASI dan rasa nyeri dan kadang-kadang disertai dengan kenaikan suhu badan. Menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) masalah dalam pemberian ASI salah satunya adalah tersumbatnya saluran laktiferus atau duktus laktiferus yang disebabkan karena pemakaian BH yang terlalu ketat, tekanan jari-jari ibu ketika menyusui, terjadinya penyumbatan ASI karena ASI yang terkumpul tidak segera dikeluarkan, sehingga terjadi payudara bengkak. Penulis berpendapat bahwa bendungan ASI yang ibu alami disebabkan karena pengosongan payudara yang tidak sempurna. Karena posisi dan teknik menyusui ibu telah benar, yaitu sesuai dengan teori menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) yaitu teknik memegang bayi dengan kepala dan badan bayi berada pada satu garis lurus, muka bayi menghadap payudara ibu, perut bayi bertemu dengan perut ibu, mulut bayi terbuka cukup lebar, areola yang kelihatan lebih luas di bagian atas daripada bagian bawah mulut bayi.

Asuhan yang diberikan kepada Ny. M yaitu menjelaskan bahwa yang ibu alami saat ini adalah bendungan asi yaitu ibu merasa payudara terasa berat panas dan keras. Bila payudara penuh, maka ibu harus menyusui bayi sesering mungkin tanpa jadwal (*on demand*) dengan posisi dan perlekatan yang benar. Kemudian jika bayi sudah disusui, dan payudara masih terasa penuh maka ibu harus memerah ASI agar payudara mengalami pengosongan yang sempurna sehingga tidak

menjadi bengkak dan ASI tidak keluar. Hal ini sejalan dengan teori (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) Bendungan asi menyebabkan rasa nyeri yang cukup hebat dan bisa disertai dengan kenaikan suhu. Penatalaksanaan bendungan ASI yaitu keluarkan ASI secara manual / asi tetap diberikan, menyangga payudara dengan BH yang menyokong, kompres dengan air hangat bergantian dengan air dingin.

Penulis kemudian melakukan perawatan payudara sambil mengajarkan pada ibu yaitu dengan mengompres hangat pada payudara yang terasa penuh agar melancarkan peredaran darah dan bergantian dengan kompres air dingin untuk mengurangi rasa sakit pada payudara. Sejalan dengan teori menurut (Rukiyah Ai, 2010). Penatalaksanaan bendungan asi salah satunya untuk mengurangi rasa sakit pada payudara berikan kompres dingin dan hangat menggunakan handuk secara bergantian kiri dan kanan. Selain itu, penulis juga melakukan kolaborasi dokter berupa pemberian paracetamol 500 mg untuk menurunkan demam jika terjadi demam. Sejalan dengan teori menurut (Rukiyah Ai, 2010) Penanganan bendungan ASI bagi ibu yang menyusui maka diberikan terapi advice dokter paracetamol 500 mg per oral diminu bila demam.

Asuhan yang diberikan pada Ny. M yaitu menganjurkan klien agar menyusui bayinya sesering mungkin secara eksklusif. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Walyani, 2014), tujuan pada asuhan kunjungan 4-28 hari yaitu untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu

menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, dan memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi. Penulis berpendapat, involusi uterus Ny. M berjalan dengan normal karena pola mobilisasi yang baik dan klien terus menyusui bayinya, selain itu kekooperatifan klien yang mau mengikuti saran dari penulis dan bidan dalam pelaksanaan asuhan juga mempengaruhi kelancaran masa nifas.

Kunjungan PNC ke 3, Tanggal 1 Juni 2017, pukul 11.00 WITA pada 32 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi Ny. M secara umum dalam batas normal. Ny. M tidak memiliki keluhan. Pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU sudah tida teraba, lochea alba, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda homan sign negatif. Menurut (Walyani, 2015) 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. Menurut(Suherni, Widyasih Hesti, 2009) Delapan Minggu/ 32 hari post partum TFU sudah tidak teraba dan sudah sebesar normal uterus dan berat uterus sekitar 30 gram. Sehingga penulis melakukan asuhan berupa menganjurkan kontrol IUD pasca plasenta dengan USG untuk mengetahui letak IUD sudah sesuai atau tidak sesuai jadwal yang ditentukan dan apabila ada keluhan, menganjurkan ibu memberikan ASI Eksklusif sampai 6 bulan atau sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI setelah 6 bulan dan menganjurkan ibu mengimunisasi Bayinya secara lengkap sesuai jadwal yang telah ditentukan.

Menganjurkan ibu minum air 16 gelas perhari selama 6 bulan menyusui dan 12 gelas perhari setelah 6 bulan menyusui untuk pemenuhan cairan tubuh ibu.

5. Asuhan Neonatus

Kunjungan Neonatus ke I, Tanggal 30 April 2017. Pukul 06.30 WITA dilakukan yaitu pada 10 jam setelah bayi lahir. Keadaan umum neonatus baik, neonatus menangis kuat, refleks bayi baik, tali pusat masih basah dan terbungkus kasa steril, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI sebagai asupan nutrisi bayi, bayi telah mendapat injeksi vitamin K, bayi telah mendapat imunisasi Hepatitis B 0 hari, bayi telah diberi salep mata antibiotik, bayi sudah BAK dan BAB. Hal ini sesuai dengan teori menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008), bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis. Penulis berpendapat, karena kondisi bayi yang telah stabil penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL sebagai upaya untuk mencegah defisiensi vitamin K, memberikan kekebalan tubuh pada bayi terhadap penyakit hepatitis, mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi.

Pada kunjungan ini masalah yang didapatkan yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi dan perawatan tali pusat. Pengetahuan atau kognitif merupakan hal yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2005). Sehingga

penulis berpendapat untuk pentingnya memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi pada ibu. Menurut (Kemenkes RI, 2010) penting untuk mengetahui tanda bahaya pada bayi agar bayi akan cepat mendapat pertolongan sehingga dapat mencegah kematian. Karena bayi banyak meninggal disebabkan salah satunya terlambat mengetahui tanda bahaya. Selain itu memberikan KIE tentang perawatan sehari-hari bayi yaitu perawatan tali pusat pada ibu.

Kunjungan Neonatus ke II Tanggal 3 Mei 2017, pukul 08.30 WITA, dilakukan yaitu pada 4 hari setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan neonatus baik secara fisik dan pola perkembangannya dalam batas normal tetapi terdapat masalah bayi kuning pada daerah muka sampai perut, masalah ini termasuk kategori ikterik fisiologis, tali pusat belum terlepas. Asupan nutrisi bayi hanya ASI,. Bayi dapat tersenyum secara spontan saat Ny. M mengajak berbicara. Pada kunjungan ini penulis memberikan KIE tentang ASI Eksklusif, agar dapat memberi dukungan pemberian ASI pada ibu sehingga diharapkan proses menyusui berlangsung tanpa kesulitan dan dapat memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun. Selain itu, Asi juga dapat membantu memulihkan ibu dari proses persalinannya. Sesuai dengan teori menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) Manfaat pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dengan cepat dan memperlambat perdarahan (hisapan pada puting susu merangsang dikeluarkannya oksitosin alami yang akan membantu kontraksi rahim) dan cara penanganan bayi ikterus fisiologis. Sesuai teori menurut (Mansjoer,

2002). Ikterus fisiologis memiliki karakteristik sebagai berikut: Timbul pada hari kedua-ketiga, Gejala ikterus akan hilang pada sepuluh hari pertama kehidupan.

Kunjungan Neonatus ke III, Tanggal 9 Mei 2017, pukul 8.30 WITA dilakukan pada 10 hari setelah bayi lahir. Keadaan neonatus dalam batas normal dan bayi tidak ikterik, tali pusat sudah terlepas. Pemenuhan nutrisi dari awal bayi lahir hingga kunjungan ke III berupa ASI dan ibu pun berencana untuk menyusui bayinya secara eksklusif. Bayi mengalami peningkatan BB sebanyak 2500 gram. Sehingga penulis berpendapat untuk pentingnya memberikan KIE tentang imunisasi dasar pada bayi. Sejalan dengan teori menurut (Syafrudin, Karningsing, 2011) Imunisasi adalah upaya memberikan kekebalan aktif pada seseorang dengan cara memberikan vaksin dengan imunisasi, seseorang akan memiliki kekebalan terhadap penyakit, bila tidak akan mudah terkena penyakit infeksi berbahaya.

Keadaan bayi Ny. M yang normal hingga akhir kunjungan didukung dengan usaha ibu yang baik dalam merawat bayinya, selalu mengikuti saran yang disampaikan penulis dan bidan, serta dukungan dari suami dan keluarga yang ikut membantu kelancaran perawatan bayi.

6. Pelayanan KB

Pelayanan Keluarga Berencana Tanggal 29 April 2017 Ny. M jam 20.33 WITA menjadi calon akseptor KB IUD Pasca Plasenta. Klien

merasa tertarik dengan kontrasepsi IUD untuk mencegah terjadinya kehamilan. Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), KB merupakan metode dalam penjarangan kehamilan, karena kontrasepsi dapat menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. KB IUD dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi oleh ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI. Walaupun Ny. M menyusui bayinya secara eksklusif yang termasuk dalam MAL, Ny. M ingin menggunakan KB IUD pasca plasenta sebagai antisipasi agar tidak terjadi kehamilan.

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. M mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai deteksi dini untuk mengurangi factor-faktor resiko yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

1. *Ante natal care*

Asuhan kebidanan *antenatal care* pada Ny. M telah dilaksanakan 4x kunjungan ditemukan masalah pada Ny. M yaitu kenaikan berat badan yang kurang selama kehamilan, KEK, IMT kategori kurus, TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, Kolestrol Tinggi. Masalah dapat diatasi dengan memberikan KIE tentang peningkatan gizi pada kehamilan dan berkolaborasi dengan ahli gizi dan dr. obgyn dn melakukan pemantauan penambahan berat badan, mengukur lila dan TFU, Tekanan Darah secara berkala dan pemeriksaan penunjang laboratorium dan USG. Selain itu masalah lain yaitu ketidaknyamanan selama kehamilan trimester ke III seperti rasa kencang-kencang, sakit punggung, sesak nafas, sering BAK, nyeri perut bagian bawah. Masalah dapat diatasi dengan diberikannya KIE tentang cara mengurangi atau mengatasi keluhan yang ada dengan

senam hamil. Selain itu masalah lain yaitu Status TT 1. Masalah dapat diatasi dengan melakukan imunisasi pemberian vaksin TT ke 2 pada saat hamil di Puskesmas. Selain itu masalah lain yaitu Riwayat tidak ASI Eksklusif dan putting susu datar terbelah. Masalah dapat diatasi dengan diberikannya KIE tentang ASI Eksklusif. Selain itu masalah lain yaitu putting susu terbelah dan datar. Masalah dapat diatasi dengan perawatan payudara dan putting susu teknik spuit dan teknik hoffman.

2. *Intra natal care*

Asuhan kebidanan *intra natal care* pada Ny. M dilakukan pada tanggal 29 April 2017. Proses persalinan Ny. M berlangsung normal tanpa ada penyulit namun pada inpartu fase laten keluar cairan ketuban saat senam hamil sehingga terdapat masalah KPD, terdapat laserasi jalan lahir dan telah dilakukan penjahitan perineum untuk pencegahan terjadi perdarahan. Ny. M tidak mengalami patus macet sebagai resiko KEK, dan Ny. M tidak mengalami hipertensi sebagai resiko kolestrol tinggi.

3. *Bayi baru lahir*

Pada asuhan kebidanan bayi baru lahir, bayi Ny. M dalam keadaan normal segera menangis tidak mengalami asfiksia, dengan nilai *Apgar score* 7/8, dan dengan berat lahir 2500 gram, sehingga dengan berat lahir tersebut bayi Ny. M tidak mengalami BBLR sebagai resiko dari kenaikan berat badan yang kurang serta TFU lebih kecil dari usia kehamilan dan KEK dan kadar kolestrol tinggi. Selain itu, masalah yang ada yaitu teknik menyusui ibu yang kurang tepat. Masalah dapat diatasi dengan diberikannya KIE

tentang teknik menyusui yang benar serta mengajarkan teknik menyusui langsung pada Ny. M.

4. *Post Natal Care*

Asuhan kebidanan post natal care pada Ny. M telah dilaksanakan sebanyak 3 kali kunjungan. Selama masa nifas, Ny. M memiliki masalah kurangnya pengetahuan tentang tanda bahaya nifas. Masalah dapat ditangani dengan memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas. Ny. M juga memiliki masalah bendungan ASI. Masalah dapat ditangani dengan melakukan kompres hangat bergantian dengan air dingin, kompres air hangat dimaksudkan agar melancarkan peredaran darah di payudara lalu air dingin agar mengurangi rasa sakit pada payudara. Selain itu diberikan KIE pada ibu untuk menyusui sesring mungkin secara *on demand*, kemudian jika setelah menyusui payudara masih terasa penuh maka harus dikosongkan secara sempurna agar ASI tidak terkumpul dan akhirnya menjadi bendungan. Serta kolaborasi dokter untuk pemberian obat penurun panas (paracetamol) 500 mg per oral.

5. Neonatus

Asuhan kebidanan neonatus pada Ny. M telah dilaksanakan 3 kunjungan dengan melakukan pendekatan menggunakan pendokumentasian SOAP. Neonatus Ny. M belum mengalami kenaikan berat badan pada satu minggu setelah kelahiran masih 2500 gram namun Lingkar Dada bertambah. dari 30 cm menjadi 35 dan panjang badan dari 45 cm menjadi 49 cm.

Masalah yang ada yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi, cara perawatan tali pusat bayi, serta tentang imunisasi dasar bayi. Masalah dapat ditangani dengan diberikannya KIE tentang masalah tersebut.

6. Pelayanan Kontrasepsi

Asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi pada Ny. M dilaksanakan dengan memberikan konseling KB saat hamil. Hasil dari asuhan yaitu setelah dilakukan konseling tentang pelayanan kontrasepsi, Ny. M memutuskan untuk berencana menggunakan KB IUD setelah persalinan. Walaupun Ny. M akan menyusui bayinya secara eksklusif yang termasuk dalam MAL, tetapi Ny. M ingin menggunakan KB IUD sebagai antisipasi agar tidak terjadi kehamilan. Sehingga penulis memotivasi Ny. M untuk segera mengikuti KB, dan Ny. M berencana untuk melakukan pemasangan IUD pasca plasenta.

B. SARAN

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi intitusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan

profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Pasien

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonates dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menerapkan asuhan-asuhan yang diberikan untuk kehamilan berikutnya, dapat memperhatikan jarak yang aman untuk melahirkan kembali. Sehingga diharapkan dapat mengatasi ketidaknyamanan atau masalah selama proses kehamilan selanjutnya yang dapat dilakukan sendiri.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
- b. Diharapkan dari saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
- c. Diharapkan dalam pelaksanaan Laporan Tugas Akhir berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, N. (2012). Pelaksanaan Deteksi Dini Penyerta Kehamilan Pada Pelayanan Antenatal Terkait Kematian Ibu di Kabupaten Kudus. *Kesehatan Masyarakat, 5 No 2 Jul*, 9–21.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2016). Profil Kesehatan Balikpapan 2015.
- Festy, P. (2009). Analisis Faktor Resiko Pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Kabupaten Sumenep. *Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan*.
- JNPK-KR Depkes RI. (2008). *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal* (5th ed.). Jakarta: The National Clinic Training Network (JNPK-KR).
- Kemenkes RI. (2010). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA (Japan International Cooperation Agency).
- Kemenkes RI. (2012). Cakupan Pelayanan Antenatal Care.
- Kemenkes RI. (2013). Pelayanan Antenatal Care.
- Kemenkes RI. (2015). *Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA (Japan International Cooperation Agency).
- Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, S. (2009). *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Kusmiyati. 2010. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya (hlm: 187)
- Lia. 2010. *Imunisasi TT (Tetanus Toxoid) Pada Ibu Hamil*.
- Manuba Ida Ayu, M. I. B. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. (M. Ester, Ed.) (2nd ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Mansjoer, 2002. Klasifikasi ikterus fisiologis dan patologis.
- Mintarsih, S. (2006). Berat Badan dan Nutrisi Pada Wanita Hamil.
- Nasution. (2007). *Penelitian Ilmiah*. Jakarta: Bumi Aksara.

NCEP ATP III, 2001. Klasifikasi kolesterol total, kolesterol LDL, kolesterol HDL, dan trigliserida.

Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2009). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Prawirohardjo (2011). Pengaruh KPD terhadap ibu dan Janin.

Puspitasari, Anasari, F. (2010). Hubungan Antara Kenaikan Berat Badan selama Kehamilan dengan Berat Bayi Baru Lahir di Wilayah Kerja Puskesmas Rowalo Kabupaten Banyumas. *Ilmiah Kebidanan, 2 No 1 Edi*.

Rukiyah Ai, Y. L. (2010). *Asuhan Kebidanan 4 Patologi* (1st ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.

Saifuddin, A. B. (2010). *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Suherni, Widyasih Hesti, A. R. (2009). *Perawatan Ibu 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.

Suwoyo, A. dan T. (2011). Hubungan Preeklamsia pada kehamilan dengan kejadian BBLR di RSUD dr Hardjono Ponorogo. *Penelitian Kesehatan Suara Forikes, 2 No 1, 14–23*.

Syafrudin, Karningsing, M. (2011). *Untaian Materi Penyuluhan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Jakarta: CV 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.

Wahyuni Sri, K. Y. (2011). Hubungan Peningkatan Berat Badan Ibu Hamil dengan Berat Badan BBL di BPS Klaten. *Involusi Kebidanan, 1 No 1 Jan.*

Walyani, E. S. (2014). *Materi Ajar Kebidanan* (1st ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.

Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal* (1st ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.