

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."L"
G2P1001 DENGAN MASALAH ANEMIA RINGAN
DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS DAMAI
BALIKPAPAN TAHUN 2017



Oleh:

TIARA RESTIANA

NIM. PO 7224114031

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

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI KEBIDANAN BALIKPAPAN

2017

i

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."L" G2P1001

DENGAN MASALAH ANEMIA RINGAN DIWILAYAH KERJA

PUSKESMAS DAMAI BALIKPAPAN TAHUN 2017

TIARA RESTIANA

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

Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur

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

Penguji Utama

Faridah Hariyani, M.Keb

NIP. 198005132002122001

(.....)

Penguji I

Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes

NIP.195507131974022001

(.....)

Penguji II

Tuti Widiyaningsih, SST

NIP. 1973052519932005

(.....)

Mengetahui,

Ketua jurusan kebidanan Balikpapan
Balikpapan

Ketua Prodi DIII Kebidanan

Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes

NIP.195507131974022001

Eli Rahmawati S.SiT, M.Kes

NIP : 197403201993032001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Tiara Restiana
Tempat, Tanggal lahir : Balikpapan, 21 Agustus 1996
Agama : Islam
Alamat : Jl. MT Haryono RT. 03 NO. 45A Balikpapan
Email : RESTIARA21@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. **TK AL-Azhar Tahun 2002**
2. SD Negeri 003 Balikpapan Tahun 2008
3. SMPN 7 Balikpapan tahun 2011
4. SMA Negeri 5 Balikpapan 2014
5. Mahasiswa Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kal-Tim Prodi D-III
Kebidanan Balikpapan tahun 2014 - 2017

HALAMAN PERSEMBAHAN

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji Syukur atas kehadiran Allah SWT yang maha pengasih lagi maha penyayang karena atas kuasanya saya dapat menyelesaikan LTA ini. Saya persembahkan karya kecil dan sederhana ini kepada:

1. Kedua Orang Tua Saya Yang Sangat Saya Cintai :

- Almarhum Eko Sujinarko (PAPAH)

Terimakasih banyak atas segalanya pah, terimakasih karena papah sudah melindungi kami dari surga. Aku dari sini selalu mendokan yang terbaik untuk papah. Semoga kelak kita bisa berkumpul kembali di surganya Allah. Amin

- Asriani (MAMAH)

Terimakasih karena mamah selau mendokan setiap langkah yang aku jalanin. Terimakasih untuk doa, biaya, dukungan, kasih sayang, nasehat dan perhatian yang tidak ada putus – putusnya. Sehingga aku dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan tepat waktu. Segala yang aku jalanin ini untuk kebahagiaan mamah. Semoga ini adalah awal untuk aku agar dapat membahagiakan mamah dan papah. Amin

2. Adik Saya (Niko Achmad Gumilang)

Terimakasih karena telah banyak membantu aku dalam setiap urusanku selama ini. Trimakasih Karen sudah mau menjaga mamah di rumah ketika aku sibuk dinas, magang, praktek, dan lainnya. Semoga ade kelak bisa sukses dan bisa membahagiakan mamah. Amin

3. Keluarga Besar Saya

Saya sangat berterimakasih kepada keluarga besar saya, karena telah membantu membiayai saya dalam perkuliahan ini, tidak tau seberapa banyak biaya yang kalian habiskan untuk saya, pokonya saya sangat berterimakasih atas segala kebaikan kalian.

4. Seseorang Yang Sangat Saya Sayangi

Terimakasih karena telah mendampingi aku dalam suka dan duka. Sudah mau ikut bercepek – cepek dan mendengarkan semua keluh

kesahku, antar jemput dinas, membantu mengerjakan tugas, membantu mencari pasien, selalu sabar, selalu memberikan aku doa dan support, sampe semuanya selesai dengan tepat waktu. Sedikit lagi prjuanganku tercapai Jod, semoga semuanya tidak sia-sia, Amin.

5. Sahabat – sahabat saya

Terimakasih support, doa dan hiburannya see you on top guys..

6. Teman- Teman Bidan

Terimakasih untuk suka dukanya mulai dari kita PPS sampai di tahun ketiga ini banyak pelajaran yang saya dapat dari kalian. Semoga kita semua lulus bareng dan jadi bidan sukses, Amin.

7. Dosen – Dosen

Terimakasih kepada seluruh dosen Poltekkes Kemenkes Kaltim yang telah memberikan Ilmu dan bimbinganya selama saya kuliah disini. Terutama Terima Kasih Banyak kepada ibu Sonya Yulia S., S.Pd., M. Kes, Ibu Tuti Widiyaningsih., S. ST dan Ibu Faridah Hariyani, M.Keb selaku dosen pembimbing dan dosen akademik yang telah mengingatkan, memotivasi, mendukung, dan membuat saya mampu menyelesaikan LTA ini. Semua kebaikan ibu tidak akan saya lupaakan.

8. Klien LTA dan Keluarga

Terimakasih kepada Ny. L dan keluarganya yang mau menjadi klien saya dan mau menerima dan mempercayai saya dari awal bertemu hingga saat ini. Semoga dalam setiap kunjungan yang saya lakukan bisa bermanfaat buat ibu dan keluarga. Semoga ibu, dedek, dan keluarga selalu sehat, Amin.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarokatuh

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingannya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.”L” G2P1001 Dengan Masalah Anemia Ringan di Wilayah Kerja Puskesmas Damai Kota Balikpapan Tahun 2017”. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat kelulusan di Prodi D-III Kebidanan Balikpapan, Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.

Bersama ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih dengan hati yang tulus kepada :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia.S, S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur, juga sebagai pembimbing I dan penguji I yang senantiasa mengingatkan, membimbing, dan memberikan motivasi dan masukan bagi penulis untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
4. Faridah Hariyani, M.Keb, selaku penguji utama dalam ujian hasil yang telah bersedia menjadi penguji utama dan bersedia memberikan masukan kepada saya.

5. Tuti Widiyaningsih, SST, selaku pembimbing II dan penguji II yang telah mengingatkan, membimbing, dan memberikan motivasi dan masukan bagi penulis yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Klien dan Keluarga, yang telah bersedia dan berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif.
7. Orang tua, rekan dan semua pihak yang terlibat, berpartisipasi dan telah memberikan masukan, bantuan dan dukungan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih terdapat kekurangan, karena keterbatasan yang ada pada penulis. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis demi perbaikan yang akan datang.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna. Namun, penulis berharap Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Wassalamu'alaikumwr.wb.

Balikpapan, Juni 2017

Tiara Restiana

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan	7
1. Tujuan Umum.....	7
2. Tujuan Khusus.....	7
D. Manfaat Penelitian	8
1. Manfaat Praktis.....	8
2. Manfaat Teoritis	9

E. Ruang Lingkup	9
F. Sistematika Penulisan	10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	12
1. Konsep Dasar Manajemen kebidanan.....	12
2. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Komprehensif	16
1. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan pada ibu hamil	16
2. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Persalinan	27
3. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada BBL.....	51
4. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Nifas	61
5. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana.....	65
3. Konsep Dasar Teori.....	70
1. Konsep Dasar Teori Kehamilan.....	70
2. Konsep Dasar Teori Persalinan.....	96
3. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir.....	110
4. Konsep Dasar Teori Nifas	121
5. Konsep Dasar Teori Neonatus	132
6. Konsep Dasar Teori Kontrasepsi	139

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian.....	142
B. Lokasi Dan Waktu	143
C. Subjek Studi Kasus	143
D. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data	143

E. Instrument Penelitian	145
F. Kerangka Kerja Penelitian.....	146
G. Etika Penelitian.....	147
BAB IV TINJAUAN KASUS	
A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Aantenatal Care.....	149
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care.....	177
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	191
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care	199
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus	207
F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB.....	215
BAB V PEMBAHASAN	
A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	218
B. Keterbatasan Pelayanan Asuhan	238
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan	239
B. Saran.....	241
DAFTAR PUSTAKA	244

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1. Tabel Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu	30
2.2. Tabel Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan	70
2.3. Tabel Umur Kehamilan Berdasarkan Tfu	72
2.4. Tabel Tinggi Fundus Uteri Menurut Usia Kehamilan	72
2.5. Tabel Pola Fungsional Kesehatan Kehamilan.....	88
2.6. Tabel Pola Fungsional Kesehatan Persalinan	104
2.7. Tabel Apgar Skor	111
2.8. Tabel Pola Fungsional BBL Normal.....	118
2.9. Tabel Perubahan Normal Pada Uterus Selama Post Partum.....	123
2.10 Tabel Pola Fungsional Ibu Nifas.....	131
2.11 Tabel Kunjungan Neonatus.....	136
3.1. Kerangka Kerja Penelitian	146

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar informasi kepada subjek penelitian
2. Surat persetujuan setelah penjelasan
3. Lembar Konsultasi LTA
4. Daftar Hadir Kunjungan
5. Lembar Skor Puji Roechjati
6. SAP dan Leaflet

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
ASI	: Air Susu Ibu
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APD	: Alat Pelindung Diri
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory
A/S	: Apgar Score
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
Bdn	: Bidan
BPM	: Bidan Praktek Mandiri
CM	: Compos mentis
COC	: Continuity Of Care
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Mellitus
Fe	: Ferum
Gr	: Gram
GPAPAH	: Gravida, Partus, Aterm, Prematur, Abortus, dan Anak Hidup
HB	: Hemoglobin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPP	: Hemoragik Post Partum
IM	: Intra Muscular

IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
INC	: Intranatal Care
IUD	: Intra Uteri Device
IV	: Intra Vena
JK	: Jenis Kelamin
Jl	: Jalan
Kes	: Kesadaran
Ket	: Keterangan
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
MDGs	: Millenium Development Goals
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
N	: Nadi
NCB	: Neonatus Cukup Bulan
Ny.	: Nyonya
KB	: Keluarga Berencana
KPD	: Ketuban Pecah Dini
PAP	: Pintu Atas Pinggul
PB	: Panjang Badan
Penkes	: Pendidikan Kesehatan
Peny	: Penyulit
PNC	: Postnatal Care
Pnlg	: Penolong
PP	: Post Partum
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
Px	: Prosesus xipoides
RR	: Respiratory Rate
S	: Suhu
SBR	: Segmen Bawah Rahim

SDGs	: Sustainable Development Goals
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
Sf	: Sulfas ferrosus
SMK	: Sesuai Masa Kehamilan
SOAP	: Subjek, Objek, Assesmen, Pelaksanaan
Sp. OG	: Spesialis Obstetri & Ginekologi
Taa	: Tidak ada
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberkulosis
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
Tn.	: Tuan
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization
WITA	: Waktu Indonesia Ten

BAB I

PENDAHULUAN

I. Latar Belakang

Angka kematian ibu dan perinatal merupakan ukuran penting dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana suatu negara (Manuaba, 2012). Agenda ke depan untuk melanjutkan MDGs, dikembangkan suatu konsepsi dalam konteks kerangka/agenda pembangunan pasca 2015, yang disebut Sustainable Development Goals (SDGs). SDGs dihadirkan untuk menggantikan MDGs dengan tujuan yang lebih memenuhi tantangan masa depan dunia (BPS, 2014). Terdapat 17 tujuan SDGs salah satunya adalah kesehatan yang baik. Salah satu target kesehatan yang baik adalah tahun 2030 mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 KH. (Depkes RI, 2015)

Menurut laporan WHO tahun 2015 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, 2015).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 didapatkan data Angka Kematian Ibu (AKI) 359 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2014 didapatkan penurunan data AKI menjadi 214 per 100.000 kelahiran hidup (WHO 2015). Tahun 2015 didapatkan data AKI meningkat menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (Profil kesehatan RI, 2015). Sementara target yang harus dicapai sesuai kesepakatan MDGs pada tahun 2015 yaitu, AKI adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2012 didapatkan data 32 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2012). Tahun 2015 didapatkan penurunan data AKB menjadi 22 per 1.000 kelahiran hidup. Sehingga target yang dicapai sesuai dengan kesepakatan MDGs pada tahun 2015 yaitu AKB adalah 23 per 1.000 kelahiran hidup (Depkes RI,2015).

Data yang dilaporkan di Kalimantan Timur diperoleh data Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 113 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Pada tahun 2014 angka itu menurun menjadi 104 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 angka itu menurun menjadi 100 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan data Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 414 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Pada tahun 2014 angka itu menurun menjadi 329 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 angka itu meningkat menjadi 762 kematian per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2015)

Data yang dilaporkan di Kota Balikpapan diperoleh data Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 79 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Pada tahun 2014 angka itu meningkat menjadi 124 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 angka itu menurun menjadi 72 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan data Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 11 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Pada tahun 2014 angka itu sama dengan tahun 2013 yaitu 11 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 angka itu menurun menjadi 6 kematian per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan DKK Balikpapan, 2015)

Data yang dilaporkan di Puskesmas Damai Balikpapan diperoleh data Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 0 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dan 2016. Sedangkan data Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 7 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Pada tahun 2016 angka itu menurun menjadi 6 kematian per 1.000 kelahiran hidup.

Beberapa keadaan yang menyebabkan Angka Kematian Ibu (AKI) antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda <20 tahun, terlalu tua >35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya > 3 tahun). Sebanyak 54,2 per 1000 perempuan dibawah usia 20 tahun telah melahirkan, sementara perempuan yang melahirkan usia di atas 40 tahun sebanyak 207 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini diperkuat oleh data yang menunjukkan masih adanya umur perkawinan pertama pada usia yang amat muda (<20 tahun) sebanyak 46,7% dari semua perempuan yang telah kawin. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum. Penyebab ini dapat diminimalisir apabila kualitas

Antenatal Care dilaksanakan dengan baik. Beberapa faktor penyebab Angka Kematian Bayi (AKI) antara lain adalah Intra Uterine Fetal Death (IUFD) sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%, ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya (Kemenkes, 2015)

Salah satu upaya dari Kementerian Kesehatan Indonesia untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB adalah negara membuat rencana strategi nasional Making Pregnancy Safer (MPS). Depkes menargetkan pada tahun 2015 Indonesia akan berupaya menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup serta AKB menjadi 19 per 1000 kelahiran hidup, sehingga tercapainya konteks rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2015, maka visi MPS adalah “Kehamilan dan persalinan di Indonesia aman serta bayi yang dilahirkan hidup sehat” Untuk itu pemerintah tengah mengupayakan program pelatihan para bidan dan pelatihan ibu hamil. Dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia, Kementerian Kesehatan menetapkan upaya lima strategi operasional yaitu penguatan Puskesmas dan jaringannya; penguatan manajemen program dan system rujukannya; meningkatkan peran serta masyarakat; kerjasama dan kemitraan; kegiatan akselerasi dan inovasi tahun 2011; penelitian dan pengembangan inovasi yang terkoordinir (MenKes, 2015).

Sebagai salah satu bentuk pelaksanaan dalam menjalankan program MPS untuk menurunkan AKI dan AKB, peran bidan dalam melakukan asuhan kebidanan pro-aktif adalah dengan peningkatan cakupan ante natal care (ANC) yaitu pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali, bersalin pada tenaga kesehatan, perawatan bayi baru lahir, kunjungan nifas, kunjungan neonatal, penanganan

komplikasi dan pelayanan kontrasepsi yang dilakukan secara komprehensif (Syafrudin, 2012).

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pada keluarga berencana. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Saifuddin, 2012).

Rencana strategis menteri kesehatan dari salah satu prioritas pembangunan kesehatan pada tahun 2010-2015 yaitu peningkatan kesehatan ibu, bayi, balita, dan Keluarga Berencana (KB). Serta kompetensi bidan di Indonesia bahwa asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Kemenkes RI no.369 tahun 2007). Maka, upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah melaksanakan asuhan secara berkelanjutan atau continuity of care. (Kemenkes, 2015)

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

Asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan dengan continuity of care pada Ny. L bertujuan untuk mengetahui hal apa saja yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, bbl, nifas dan kontrasepsi. Oleh karena itu penulis melakukan pengkajian awal Ny. L tanggal 05 April 2017, ibu hamil usia 26 tahun G2P1001 usia kehamilan 34 minggu 3 hari. Masalah yang ditemukan saat melakukan pengkajian adalah Hb Ny. L yang hanya 10,1 gr%, ibu termasuk resiko tinggi.

Hb 9,00-10,00 gr % masuk dalam kategori Anemia Ringan. Pengaruh anemia pada kehamilan pada trimester 3 adalah terjadinya persalinan prematur, perdarahan antepartum dan mengancam jiwa dengan kehidupan ibu. Pengaruh anemia pada persalinan adalah gangguan his, partus lama, atonia uteri. Pengaruh anemia pada nifas adalah perdarahan, Gangguan involusi uteri, mudah terjadi infeksi. Pengaruh anemia pada janin BBLR, gangguan pertumbuhan, dan kematian intrauteri. (Manuaba 2012)

Prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2007 sebanyak 24.5%, sedangkan berdasarkan Riskesmas tahun 2013 mengalami peningkatan menjadi 37,1% dengan prevalensi yang hampir sama antara ibu hamil di perkotaan (36,4%) dan perdesaan (37,8%). Angka tersebut menunjukkan bahwa anemia pada ibu hamil sudah mendekati masalah kesehatan masyarakat berat (*Severe Public Health Problem*) dengan batas 40 %. Menurut laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) Nasional tahun 2013 menjabarkan prevalensi anemia di Kalimantan Timur 13.9% (Riskesmas, 2013).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara COC pada Ny. L G2P1001 UK 34 minggu 3 hari selama

masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi. Hasil dari asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. L G2P1001 UK 34 minggu 3 hari di wilayah kerja puskesmas damai di JL. Penggalang RT.30 NO. 48 dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.”L” G2P1001 UK 34 minggu 3 hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Damai Kota Balikpapan Tahun 2017”.

II. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”L” G2P1001 usia kehamilan 34 minggu 3 hari Di Wilayah Kerja Damai Balikpapan Tahun 2017 dalam masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan ?”.

III. Tujuan

A. Tujuan umum

Mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”L” G2P1001 usia kehamilan 34 minggu 3 hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Damai Balikpapan Tahun 2017 dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

B. Tujuan khusus

1. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada kehamilan atau Antenatal Care (ANC) terhadap Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.

2. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada persalinan atau Intranatal Care (INC) terhadap Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
3. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir (BBL) terhadap Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
4. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada masa nifas atau Postnatal Care (PNC) terhadap Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
5. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada neonatus terhadap Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
6. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada pelayanan kontrasepsi terhadap Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.

IV. Manfaat

A. Manfaat Praktis

1. Bagi klien

Klien dapat mengetahui dan mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif dengan COC mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi sesuai standar pelayanan kebidanan.

2. Bagi penulis

Mengimplementasikan apa yang ada di teori diaplikasikan di lapangan yaitu melakukan asuhan kebidanan komprehensif dengan COC mulai dari

kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

3. Bagi Profesi

Menciptakan bidan terampil, profesional dan mandiri dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif dengan COC mulai kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

4. Bagi Puskesmas Damai

Membantu untuk menjalankan dan melancarkan program kerja puskesmas dan dapat mengurangi AKI dan AKB di wilayah kerja puskesmas karena asuhan yang diberikan sesuai dengan standar pelayanan asuhan kebidanan. Dengan komunikasi yang baik dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kinerja Puskesmas tersebut.

5. Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan

Dapat menghasilkan atau menjadi bahan acuan untuk pertimbangan bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan mengenai asuhan kebidanan yang komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

B. Manfaat Teoritis

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

V. Ruang Lingkup

Penelitian dengan menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus continuity of care, bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny."L" Di Wilayah Kerja Puskesmas Damai Balikpapan

Tahun 2017 mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan program KB pada periode April - Mei 2017.

VI. Sistematika Penulisan

BAB I Pendahuluan

Berisikan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Pustaka

Berisikan tentang teori yang menunjang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, KB, konsep dasar asuhan kebidanan komprehensif, konsep teori asuhan manajemen kebidanan.

BAB III Subjek Dan Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

Berisikan tentang jenis karangan ilmiah, lokasi dan waktu, subjek kasus, teknik pengumpulan dan analisa data, instrument penelitian, kerangka kerja dan etika penelitian.

BAB IV TINJAUAN KASUS

Berisikan tentang kasus yang dibuat menjadi SOAP kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB.

BAB V PEMBAHASAN

Berisikan tentang teori apakah terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dari asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, serta KB.

BAB VI PENUTUP

Berisikan tentang kesimpulan dan saran dari penulis dari asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. KONSEP DASAR MANAJEMEN KEBIDANAN

A. Konsep dasar Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Bidan sebagai seorang pemberi layanan kesehatan (health provider) harus dapat melaksanakan pelayanan kebidanan dengan melaksanakan manajemen yang baik. Dalam hal ini bidan berperan sebagai seorang manajer, yaitu mengelola atau memmanage segala sesuatu tentang kliennya sehingga tercapai tujuan yang di harapkan. Dalam mempelajari manajemen kebidanan di perlukan pemahaman mengenai dasar-dasar manajemen sehingga konsep dasar manajemen merupakan bagian penting sebelum kita mempelajari lebih lanjut tentang manajemen kebidanan. (Wikipedia, 2016).

2. Proses Manajemen Kebidanan menurut Helen Varney (2010)

Varney (2010) menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an

a. Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

1) Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu an bayi baru lahir. Data dasar ini

meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan pelvic sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru lahir mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapatkan konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.

2) Langkah II : Interpretasi data

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

3) Langkah III: Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

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

4) Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

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

5) Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

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

6) Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

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

7) Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi padalangkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan.

8) Dokumentasi

“ Documen “ berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan di atasnya dokumentasi berisi dokumen atau pencatatan yang berisi bukti atau kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu. Dokumentasi dalam bidang kesehatan adalah suatu sistem pencatatan atau pelaporan informasi atau kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Dalam pelayanan kebidanan, setelah melakukan pelayanan semua kegiatan didokumentasikan dengan menggunakan konsep SOAP yang terdiri dari :

- a) S : Menurut perspektif klien. Data ini diperoleh melalui anamnesa atau allow anamnesa (sebagai langkah I dalam manajemen Varney)
- b) O : Hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medic pasien yang lalu. (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).

- c) A : Analisis/interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi diagnosa/masalah. Identifikasi diagnose/masalah potensial. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi kolaborasi dan rujukan. (sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney).
- d) P : Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana berdasarkan pada langkah V, VI, VII pada evaluasi dari flowsheet. Planning termasuk : Asuhan mandiri oleh bidan, kolaborasi/konsultasi dengan dokter, nakes lain, tes diagnostic/laboratorium, konseling penyuluhan Follow up.

B. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Komprehensif

a. Konsep manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil

1) Langkah 1 . Pengkajian Data

a) Pengkajian Data Ibu

Data yang harus dikumpulkan pada ibu hamil, meliputi : biodata/identitas baik ibu maupun suami, data subjektif dan data objektif, yang terdiri atas pemeriksaan fisik, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul dan pemeriksaan laboratorium/penunjang lainnya. Biodata yang dikumpulkan dari ibu hamil dan suaminya,

meliputi: nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat lengkap.

- (1) Data subjektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan , meliputi :
 - (a) Riwayat perkawinan, terdiri atas: status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan.
 - (b) Riwayat menstruasi, meliputi: HPHT, siklus haid, perdarahan pervaginam, dan flour albus.
 - (c) Riwayat kehamilan sekarang, meliputi: riwayat ANC, gerakan janin, tanda-tanda bahaya atau penyulit, keluhan utama, obat yang dikonsumsi, termasuk jamu, kekhawatiran ibu.
 - (d) Riwayat obstetric (Gravida(G)...Para (P)...Abortus (A)...Anak hidup (AH)...), meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan BB bayi lahir <2500 gram atau >4000 gram serta masalah selama kehamilan.
 - (e) Riwayat keluarga berencana, meliputi: jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti.
 - (f) Riwayat kesehatan/penyakit ibu dan keluarga , meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
 - (g) Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat/makanan
 - (h) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi: pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygiene, aktivitas dan istirahat.

- (i) Riwayat psikososial, meliputi: pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu
- (j) Data objektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan meliputi:
 - (2) Pemeriksaan fisik ibu hamil ,meliputi :
 - (a) Keadaan umum, meliputi: tingkat energy, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, TB dan BB
 - (b) Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, frekuensi, denyut nadi dan pernapasan.
 - (c) Kepala dan leher, meliputi: edema wajah, kloasma gravidarum, mata (kelopak mata pucat atau tidak, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan), keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher: pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe.
 - (d) Payudara, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe.
 - (e) Abdomen, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi (linea nigra, striae gravidarum), Tinggi fundus Uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan lebih dari 12 minggu, dan dengan pita ukuran jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 28 minggu), DJJ janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu.

- (f) Ekstremitas, meliputi: edema tangan dan kaki, pucat pada kuku jari, varises, reflek patella.
- (g) Gentalia, meliputi: luka, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau) keadaan kelenjar batholini (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan hemorrhoid dan kelainan.
- (h) Inspekulo, meliputi: keadaan serviks? (cairan, darah, luka, pembukaan), keadaan dinding vagina (cairan, darah, luka).
- (i) Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan/goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, nyeri, adanya massa (Pada trimester 1 saja)
- (j) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak
- (k) Kebersihan kulit
- (l) Palpasi abdomen

Ada 4 macam palpasi abdomen pada ibu hamil, bertujuan untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. 4 macam palpasi abdomen pada ibu hamil, antara lain: Palpasi Leopold, Palpasi Afheld, Palpasi budin dan Palpasi Knebel. Dari 4 macam palpasi abdomen pada ibu hamil ini, yang paling sering dipakai dan relative lebih lengkap adalah Palpasi Leopold yang terdiri dari Leopold I, II, III dan IV. Palpasi Leopold secara lengkap (I sampai IV) baru dapat dilakukan kurang lebih pada usia 24 minggu:

- (m) Palpasi Leopold I

Tujuan dari palpasi Leopold I adalah untuk menentukan umur kehamilan dengan menentukan TFU dan menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri. Prosedur pemeriksaan Palpasi adalah sebagai berikut:

- (i) Bidan menghadap kearah muka ibu, uterus dibawah ke tengah
- (ii) Menentukan TFU dengan jari
- (iii) Menentukan bagian kepala yang ada pada fundus uteri. Sifat kepala adalah keras, bulat dan melenting, sifat bokong adalah lunak, kurang bulat, kurang melenting. Pada letak lintang, fundus uteri kosong.

(n) Palpasi Leopold II

Tujuan pemeriksaan Palpasi Leopold II adalah: menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang, serta menentukan bagian janin yang ada di sebelah kanan dan kiri uterus. Prosedur pemeriksaan palpasi Leopold II adalah sebagai berikut:

- (i) Kedua tangan pindah kesamping
- (ii) Tangan kiri menahan sisi uterus ibu sebelah kanan, tangan kanan meraba sisi sebelah kiri uterus ibu dari atas ke bawah, apakah teraba bagian punggung atau bagian-bagian kecil janin adalah berbenjol-benjol, sempit, bila didorong tahanan lemah. Pada letak lintang sisi uterus sebelah kanan atau kiri bisa teraba kepala atau bokong janin
- (iii) Berganti tangan kanan menahan sisi uterus sebelah kiri, tangan kiri meraba sisi uterus ibu sebelah kanan atau kiri bisa teraba kepala atau bokong janin

(o) Palpasi Leopold III

Tujuan Pemeriksaan Palpasi Leopold III, yaitu menentukan bagian terendah (presentasi janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk pap). Prosedur pemeriksaan palpasi Leopold III adalah:

- (i) Menggunakan satu tangan saja
- (ii) Tangan kiri memegang bagian yang berada di bagian bawah uterus dan menggoyang-goyangkan. Sifat kepala adalah keras, bulat dan melenting, sifat bokong adalah lunak, kurang bulat, kurang melenting. Pada letak lintang, fundus uteri kosong
- (iii) Apabila bagian terendah janin masih dapat digoyangkan berarti bagian presentasi janin belum masuk panggul. Apabila bagian presentasi janin sudah tidak dapat digoyang-goyangkan berarti presentasi janin sudah masuk panggul

(p) Palpasi Leopold IV

Tujuan Pemeriksaan Palpasi Leopold IV yaitu menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP. Prosedur pemeriksaan palpasi Leopold IV adalah :

- (i) Bidan menghadap kearah kaki ibu
- (ii) Kedua tangan ditempatkan pada permukaan presentasi janin. Jika kedua tangan konvegen berarti hanya sebagian kecil presentasi janin yang sudah masuk panggul. Jika kedua tangan sejajar berarti separuh bagian presentasi janin sudah masuk rongga panggul. Jika kedua tangan divergen berarti bagian terbesar dari rongga panggul dan telah melewati PAP.

Pemeriksaan palpasi Leopold IV ini tidak dilakukan jika presentasi janin masih tinggi

(q) Pemeriksaan Laboratorium

Beberapa pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan melalui sampel urine atau sampel darah. Pemeriksaan sampel urine pada ibu hamil antara lain untuk keperluan pemeriksaan tes kehamilan (PPTest), warna urine, bau, kejernihan, protein urine, dan glukosa urine

(i) Pemeriksaan darah ibu hamil, antara lain bertujuan untuk memeriksa hemoglobin, golongan darah, hematokrit darah, factor resus, rubella, VDRL/RPR dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan dengan persetujuan ibu hamil.

(ii) Pengkajian Data Fetus

Gerakan Janin

Pemeriksaan gerakan janin, bisa dilakukan dengan cara dilihat, dirasakan atau diraba. Gerakan janin mulai dirasakan ibu hamil primigravida pada usia kehamilan 18 minggu dan usia kehamilan 16 minggu pada multigravida. Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan janin bisa diraba oleh pemeriksa. Salah satu cara untuk mengetahui kesejahteraan janin. Dalam 24 jam janin bergerak minimal 10 kali.

Denyut Jantung Janin (DJJ)

DJJ merupakan salah satu tanda pasti kehamilan dan kehidupan janin. DJJ mulai terdengar pada usia kehamilan 16 minggu. Dengan dopler DJJ mulai terdengar pada usia

kehamilan 12 minggu. Ciri-ciri DJJ adalah ketukan lebih cepat daripada denyut nadi dengan frekuensi normalnya 120-160 x/menit. Janin mengalami bradycardi apabila $DJJ < 120$ x/menit selama 10 menit. Janin mengalami tachycardia apabila $DJJ > 160$ x/menit selama 10 menit. Sebagai berikut: jika janin sehat, maka pada saat janin bergerak aktif, DJJ akan meningkat. Jika janin kurang baik, pergerakan tidak diikuti dengan peningkatan DJJ.

(iii) Non Stress Tes (NST)

Interpretasi hasil NST menurut Kubli dan Hammacher, adalah sebagai berikut: jika janin sehat, maka pada saat janin bergerak aktif, DJJ akan meningkat. Jika janin kurang baik, pergerakan tidak diikuti dengan peningkatan DJJ.

2) Langkah 2 . Interpretasi Data Dasar

Setelah pengkajian data ibu dan janin selesai, langkah selanjutnya menentukan diagnosis. Ada 4 kemungkinan diagnosis ibu hamil, yaitu:

- a) Hamil normal (sertakan usia kehamilan)
- b) Hamil normal dengan masalah khusus (keluarga, masalah psikososial, KDRT, masalah keuangan, dll)
- c) Hamil dengan penyakit/komplikasi (hipertensi, anemia, eklamsi, pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin, dll), kondisi ini memerlukan tindakan rujukan untuk konsultasi/penanganan bersama.

d) Hamil dengan keadaan darurat (perdarahan, eklamsi, KPD, dll) memerlukan tindakan rujukan segera.

3) Langkah 3. Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

4) Langkah 4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

5) Langkah 5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi/data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Juga bisa mencerminkan rasional yang benar/valid. Pengetahuan teori yang salah atau tidak memadai atau suatu data dasar yang tidak lengkap bisa dianggap valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup dan berbahaya.

Rencana asuhan umum yang menyeluruh dan harus diberikan pada ibu hamil, antara lain sebagai berikut:

- a) Jelaskan kondisi kehamilan dan rencana asuhan yang akan diberikan
- b) Diskusikan jadwal pemeriksaan dan hasil yang diharapkan

- c) Jelaskan pada ibu, bila diperlukan pemeriksaan khusus/konsultasi ke disiplin ilmu lain. Bila perlu, ibu dapat dirujuk ke tenaga ahli/fasilitas kesehatan yang lebih lengkap
- d) Beritahukan beberapa hal/gejala klinis penting dalam kehamilan yang menyebabkan ibu harus segera melakukan kunjungan ulang
- e) Beritahukan ibu tentang fasilitas kesehatan dan system yang ada untuk melakukan rujukan
- f) Pastikan ibu mengerti informasi dan hasil pemeriksaan/diagnosis serta penatalaksanaannya
- g) Beri kartu ibu, antarkan ibu keluar dan ucapkan salam
- h) Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis normal, antara lain: pemberian konseling gizi, latihan fisik, perubahan fisiologis, kebersihan diri, kunjungan ulang berikutnya, pertolongan bila terjadi tanda-tanda bahaya ,rencana dan persiapan kelahiran, pengambilan keputusan bila terjadi komplikasi. Ibu hamil normal juga harus mendapatkan tablet zat besi serta imunisasi TT sesuai jadwal.
- i) Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan masalah/kebutuhan khusus adalah sama seperti rencana asuhan yang menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis normal dan sedikit perubahan. Rencana asuhan ditambah dengan konseling khusus sesuai dengan masalah/kebutuhan khusus bagi ibu hamil hadapi saat ini.
- j) Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan penyakit/komplikasi adalah:

- k) Rujuk ke dokter untuk konsultasi
- l) Lanjutkan pemantauan ibu dan janin selama kehamilan
- m) Berikan asuhan antenatal
- n) Rencana dini jika ibu tidak aman melahirkan di rumah
- o) Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan keadaan darurat adalah:
 - (1) Rujuk segera ke fasilitas kesehatan terdekat yang tersedia pelayanan kegawatdaruratan obstetric.
 - (2) Sambil menunggu transportasi, berikan pertolongan awal, bila perlu berikan pengobatan
 - (3) Temani ibu dan anggota keluarga
 - (4) Bawa obat dan kebutuhan lain
 - (5) Bawa catatan medic, kartu ibu dan surat rujukan
 - 6) Langkah 6. Pelaksanaan Perencanaan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab sendiri untuk mengarahkan penatalaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana).

Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena ada komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

7) Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai dengan batasan ideal anak (Muslihatun, 2010).

C. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

1) Pengkajian Kala I

a) Data subjektif

(1) Identitas

Nama:

Umur: Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. (Varney, 2010)

Agama :

Suku/Bangsa :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

(2) Keluhan Utama : Nyeri (kontraksi uterus), pengeluaran lendir darah & cairan ketuban. Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar

kedepan, Lendir,darah sering tampak, kekuatan kontraksi semakin bertambah(Saifuddin, 2012).

Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, nyeri semakin hebat bila untuk aktivitas jalan, mengeluarkan lendir darah, pengeluaran cairan yang sebagian besar ketuban pecah (Manuaba, 2012).

(3) Riwayat Kesehatan Klien

(a) Riwayat Kesehatan Sekarang:

(b) Kapan mulai kontraksi? Apakah kontraksi teratur? Seberapa sering kontraksi terjadi?

(c) Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi?

(d) Apakah selaput ketuban sudah pecah? Jika ya, apa warna cairan ketuban? Apakah kental atau encer? Kapan saat selaput ketuban pecah?

(e) Apakah keluar cairan bercampur darah dari vagina ibu? Apakah berupa bercak atau darah segar per vaginam?(JPNK-KR, 2008).

(4) Riwayat Kesehatan yang Lalu:

Mengkaji riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita klien yang dapat mempengaruhi atau memperberat/diperberat oleh persalinan.Perlu pengkajian tentang riwayat penyakit menular, riwayat penyakit herediter, riwayat alergi dan riwayat pembedahan.

(5) Riwayat penyakit menular

(a) Ibu hamil dengan riwayat TBC aktif kemungkinan bisa menyebabkan kuman saat persalinan dan bisa menular pada bayi (Saifuddin, 2012).

- (b) Hepatitis yang terjadi selama kehamilan dapat menyebabkan karioamnionitis selama persalinan (Saifuddin, 2012).
 - (c) Pada ibu yang menderita HIV/AIDS dalam populasi yang tidak diobati resiko absolut standart penularan ibu kepada anak (mother-to-child transmission, MTCT) sebagian besar infeksi perinatal(65 sampai 75 persen) terjadi disekitar waktu melahirkan(Varney, 2010).
- (6) Riwayat penyakit herediter
- (a) Hipertensi dapat menyebabkan morbiditas ibu serta terjadi persalinan premature iatrogenic (Varney, 2010).
 - (b) Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan diabetes melitusakan meningkatkan resiko janin terjadinya makrosomia, dan trauma persalinan (Saifuddin, 2012).
 - (c) Asma, terutama jika berat, dapat secara substansial mempengaruhi hasil akhir kehamilan. Peningkatan insidensi preeklamsia, persalinan premature, berat badan lahir rendah, dan mortalitas perinatal pernah dilaporkan berkaitan dengan asma (Varney, 2010).
- (7) Riwayat Kesehatan Keluarga :
- Mengkaji riwayat penyakit Herediter (Hipertensi, DM, Asma), menular (Hepatitis, TBC, HIV/AIDS) Bila dalam keluarga ada riwayat kembar,maka kemungkinan akan menurun.
- (8) Riwayat Menstruasi :
- (a)HPHT: merupakan dasar untuk menentukan usia kehamilan dan perkiraan tafsiran partus (Varney, 2010).

(b) Riwayat siklus, lama, dan jumlah menstruasi klien.

Wanita sering kali keliru mengartikan bercak darah akibat implantasi sebagai periode menstruasi, meski menstruasi ini sangat berbeda dari menstruasi yang biasa ia alami.

Siklus : 28 ± 2 hari

No	Kehamilan				Persalinan				Anak				Nifas		
	Suami	Anak	UK	Peny	Jenis	Pnlng	Tmpt	Peny	JK	B/B/P/B	H	M	Abnormalitas	Laktasi	Peny
1.															
2.															

Lama : 3-8 hari (Mochtar,2012)

2.1. tabel riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

(9) Riwayat Obstetri

(a) Riwayat Makrosomia

Beberapa ibu yang secara genetic selalu melahirkan bayi besar, seperti ibu dengan diabetes mellitus yang menyebabkan penyulit dalam persalinan akibat janin besar yang merupakan kelanjutan dari penyulit kehamilan dengan janin besar, Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus. Hal ini menyebabkan disfungsi persalinan, kemungkinan ruptur uterus, dan peningkatan insiden perdarahan postpartum (Varney, 2010).

(b) Riwayat persalinan buruk sebelumnya.

Menurut Sulistiowati (2010) yang dikutip Suryani (2010), bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat persalinan buruk sebelumnya dengan perdarahan pasca persalinan.

(c) Riwayat bedah sesarakan mempengaruhi perdarahan, persalinan lama, malpresentasi, ruptur uterus atau sesar darurat pada wanita yang melahirkan anak pertamanya secara sesar (Varney, 2010).

(10) Riwayat Kehamilan Sekarang

Menurut Varney (2010), riwayat kehamilan saat ini dikaji untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan, dan setiap keluhan yang dialami klien sejak haid terakhir (HPHT).

(a) Keluhan tiap trimester

(b) Queckening

(c) Pemeriksaan kehamilan

(d) Penkes yang sudah didapat

(e) Imunisasi

(f) Kebiasaan yang dapat mempengaruhi kehamilan (Varney, 2010):

- Merokok sebelum atau pada awal kehamilan meningkatkan risiko aborsi spontan dan plasenta abnormal
- Konsumsi alkohol selama kehamilan dikaitkan dengan peningkatan risiko aborsi spontan pada trimester kedua dan defisiensi nutrisi
- Selama kehamilan, penggunaan kokain dikaitkan dengan aborsi spontan, persalinan dan kelahiran premature, abrupsis placenta,

persalinan dan kelahiran cepat, intoleransi janin terhadap persalinan, berat badan lahir rendah, dan kematian janin

- Wanita hamil tidak baik minum kopi karena kafein yang terkandung dalam kopi akan mengakibatkan risiko tinggi aborsi trimester pertama
- Wanita hamil yang memiliki hewan peliharaan kucing rentan terkena toksoplasmosis melalui kotoran kucing. Apabila wanita terinfeksi pada masa hamil, toksoplasmosis dapat menyebabkan malformasi konginetal berat karena protozoa ini dapat menembus melalui plasenta ke janin.

(11) Riwayat Kontrasepsi:

Riwayat penggunaan kontrasepsi, meliputi jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, lama pemakaian dan jarak antara pemakaian terakhir dengan kehamilan.

(12) Riwayat Psikososio-kultural Spiritual :

(a) Psikologis(Varney, 2010):

- Riwayat pernikahan:

Pernikahan keberapa, lama menikah, status pernikahan sah/tidak. Untuk membantu menunjukkan keadaan alat kelamin ibu (Varney, 2010).
- Kehamilan ini direncanakan atau tidak
- Respon klien dan keluarga terhadap persalinan
- Psikologis ibu menghadap persalinan

Pada Kala 1, ibu primi bahkan multi terkadang bereaksi berlebihan terhadap persalinan awal dengan terlalu banyak memberi perhatian pada kontraksi, menjadi tegang, timbul kecemasan, perasaan tidak enak atau gelisah.

- (b) Sosial, yaitu penerimaan keluarga terhadap kehamilan ini
 - (c) Kultural, yaitu adat istiadat yang dapat merugikan yang akan dilakukan oleh ibu dan keluarga saat persalinan.
 - (d) Spiritual yaitu, pola ibadah selama hamil.
- b) Data Objektif
- (1) Pemeriksaan Umum
 - (a) Kesadaran :
 - (b) Ekspresi wajah:
 - (c) Tanda vital
 - (d) Tekanan darah : 110/70 mmHg-120/80 mmHg, <140/90 mmHg (Salmah:2012)peningkatan sistolik rata-rata(10-20)mmHg dan distolik rata-rata 10 mmHg (Varney, 2010).
 - (e) Nadi : 60-100 x/menit (Varney, 2010).
 - (f) Suhu Tubuh : 36,5-37,5°C (Varney, 2010). Peningkatan suhu jangan melebihi 0,50°C sampai dengan 10°C (Varney, 2010).
 - (g) Pernapasan : 16-20 x/menit (Varney, 2010).
 - (h) Tinggi Badan : >145 cm. Tinggi Badan ibu lebih dari 145 cm. Bila kurang curiga kesempitan panggul (CPD) (Varney, 2010).

(i) Berat Badan Sebelum Hamil

(j) Berat Badan Sekarang: Penambahan BB 15 kg. Berat badan

ditimbang untuk memperoleh kenaikan berat badan total selama kehamilan. Pertambahan BB lebih dari 15 kg dapat diindikasikan bahwa ibu mengalami PEB,DM, dan janin mengalami makrosomia (Varney,2010).

(k) Ukuran lila : >23,5 cm. Ukuran lila tidak boleh kurang dari 23.5 cm, bila kurang berarti status gizi buruk (Varney, 2010).

(l) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

- Kepala : kulit kepala tampak bersih, distribusi rambut merata
- Wajah : tidak tampak pucat dan oedema, tampak/tidaktampak kloasma gravidarum
- Mata : tampak simetris, kelopak mata tidak oedema,tampak sclera berwarna putih, tidak tampak kelainan, konjungtiva tampak berwarna merah muda
- Hidung : tampak bersih, tidak tampak cuping hidung, polip, dan peradangan
- Mulut : tampak bibir bersih, mukosa mulut lembab, lidah bersih dan tremor, gigi geraham lengkap,tidak tampak stomatitis, caries dentis, dan pembesaran tonsil

- Telinga : tampak bersih, tidak tampak pengeluaran sekret
 - Leher : tampak/tidak tampak hyperpigmentasi, tidak tampak pembesaran tonsil, faring, laring, vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening
 - Dada : tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada
 - Payudara : tampak simetris dan bersih, areolla dan puting tampak kehitaman, lebih besar, tidak tampak benjolan.
 - Abdomen : tampak pembesaran, tampak/tidak tampak linea dan striae, tidak tampak bekas operasi dan asites
 - Genetalia : tidak tampak oedema, varices, serta hemoroid, tampak pengeluaran lendir darah, cairan ketuban(Varney, 2010).
 - Ekstremitas : tampak simetris, tidak oedema
- Palpasi
- Kepala : tidak teraba tumor/massa
 - Leher : tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar getah bening, dan kelenjar tiroid
 - Payudara : tidak teraba benjolan.
 - Abdomen : tampak pembesaran,tampak/tidak tampak linea dan striae, tidak tampak bekas operasi dan asites.
 - TFU : Mengukur jarak symphysis-fundus dengan menggunakan cara McDonald. Menggunakan midline,biasanya pada UK 33cm.

- Leopold I : TFU leopold 1 menggunakan jari. Pada fundus teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong janin)
- Leopold II : Teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin) di abdomen sebelah kanan/kiri ibu dan bagian terkecil janin di abdomen sebaliknya.
- Leopold III : Pada SBR teraba keras, bulat, melenting (kepala janin)
- Leopold IV : Seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP
- Konvergen : sebagian kecil bagian terendah janin sudah masuk PAP
- Divergen : sebagian besar bagian terendah janin sudah masuk PAP
- TBJ : $TBJ (gr) = (TFU-11) \times 155$, jika kepala sudah masuk ke dalam panggul. $TBJ (gr) = (TFU-12) \times 155$, jika kepala masih diatas spina ischiadika (JNPK-KR, 2008).
- Penurunan kepala dengan perlimaan :
 - Primigravida inpartu kala I fase aktif dengan kela janin masih 5/5. (JNPK-KR, 2008)
- HIS :
- KALA I : His belum begitu kuat datangnya 10-15 menit tidak begitu mengganggu ibu interval menjadi lebih pendek kontraksi kuat dan lama. (Manuaba, 2010).

- Genetalia : tidak teraba oedema, tidak teraba pembesaran pada kelenjar bartholini, tidak tampak varices. Pada proses persalinan jika terjadi oedem pada perineum maka perlu dihindarkan persalinan pervaginam karena dapat dipastikan akan terjadi laserasi perineum (Manuaba, 2010).
- Auskultasi Abdomen
 - DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal (Mochtar, 2012).
- Pemeriksaan Khusus
 - Pemeriksaan Dalam :

Tanggal :	jam :	Oleh:
-----------	-------	-------
- Pembukaan :

3–3cm	: Fase laten
3–4cm	: Fase aktif, akselerasi
4–9cm	: Fase aktif, dilatasi maksimal
9-10cm	: Fase aktif, Deselearasi
- Presentasi : Belakang Kepala

Denominator	: UUK (oksiput)
Posisi	: UUK kiri depan (LOA)/UUK kanan depan (ROA)
- Ketuban

U	: Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)
J	: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban sudah pecah tetapi air ketuban sudah tidak mengalir lagi/kering (JNPK-KR, 2008).

- Hodge : Hodge I-IV

Hodge I : 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

Hodge II : 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

Hodge III : 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan (3/5) bagian telah turunmelewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakan).

Hodge IV : 1/5 jika hanya 1 dan 5 jari masih dapat teraba bagian terbawah janin yang berada diatas symfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaanluar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (JNPK-KR, 2008).

(2) Pemeriksaan Penunjang

(a) Pemeriksaan Laboatorium

- (i) Kadar Hb normal lebih dari 11 gr%
- (ii) HBsAg + HIV negative
- (iii) Albumin urine negative
- (iv) Reduksi urine negative (Sulaiman, 2012).

(b) Pemeriksaan Radiologi

(c) Ultrasonografi (Sastrawinata, 2012)

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosis :G PAPA H UK...minggu, inpartu kala I fase laten atau aktif persalinan normal janin tunggal, hidup, intrauteri.

Masalah : Ada/Tidak ada. Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman hal yang sedang dialami klin yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

3) Identifikasi Diagnose/Masalah Potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah actual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis masalah potensial tersebut tidak terjadi

Diagnosis Potensial : Ada/Tidak ada

Masalah Potensial : Ada/Tidak ada

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan

ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan

- a) Kebutuhan Segera : Tidak ada
- 5) Intervensi

KALA I

- a) Jelaskan hasil pemeriksaan

Agar mengetahui pemeriksaan merupakan hak klien

- b) Beri dukungan emosional pada ibu

Agar hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan). Dengan adanya suami dan anggota keluarga yang berperan aktif dalam mendukung ibu dapat sangat membantumemberi kenyamanan ibu. (JNPK-KR, 2008).

- c) Lakukan Observasi Kala I

Tiap 30 menit, yaitu detak jantung janin, nadi ibu dan kontraksi uterus. Denyut jantung janin dan nadi ibu perlu diperiksa untuk memastikan kondisi ibu dan janinnya. Kontraksi uterus baik jika durasi 40 detik, frekuensi 4-5 kali dalam 10 menit selama 30 menit sehingga memudahkan petugas dalam pengambilan tindakan selanjutnya. (JNPK-KR, 2008).

Tiap 2 jam, yaitu suhu tubuh ibu dan volume urine ibu. Suhu tubuh normal berkisar antara 36,5-37,5°C merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan umum ibu. Urin ibu diobservasi sebagai upaya pengosongan kandung kemih sehingga tidak menahan

penurunan kepala. Karena kandung kemih yang penuh berpotensi memperlambat proses persalinan (Varney, 2010).

Tiap 4 jam yaitu pembukaan serviks, penurunan kepala, keadaanketuban, molase, dan tekanan darah ibu. Untuk mengetahui kemajuan persalinan dengan mengobservasi pembukaan serviks dan penurunan kepala, kondisi janin dapat pula dilihat dari keadaan air ketuban, dan molase/penyusupan kepala janin, dan tekanan darah ibu untuk mengetahui keadaan ibu, sehingga dapat memudahkan kita dalam pengambilan tindakan selanjutnya. (JNPK-KR, 2008).

d) Lakukan pencegahan infeksi sesuai standar

Pencegahan Infeksi adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir karena dapat menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya ini dapat melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi. (JNPK-KR, 2008).

e) Anjurkan ibu untuk miring kiri dan tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit. Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferi, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. (Varney, 2010).

f) Ajarkan ibu napas dalam terutama saat terjadi kontraksi. Latihan napas dalam dapat mengurangi ketegangan dan rasa nyeri terutama saat terjadi kontraksi (Varney, 2010).

- g) Siapkan alat dan bahan untuk pertolongan persalinan serta obat-obatan esensial untuk menolong persalinan sesuai dengan APN(Doengoes, 2012).
 - h) Dokumentasi hasil pemantauan Kala satu pada partograf. Partograf merupakan alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinis, dokumentasi dengan partograf memudahkan untuk pengambilan keputusan dan rencana asuhan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).
 - i) Berikan KIE kepada ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. (JNPK-KR, 2008).
 - j) KIE ibu tentang proses persalinan
Persalinan merupakan saat yang menegangkan dan dapat mengugah emosi dengan memberikan pengertian tentang proses persalinan ibu akan berupaya mengatasi gangguan emosionalnya(JNPK-KR, 2008).
- 6) Implementasi
- Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau berkolaborasi dengan nakes lainnya.
- 7) Evaluasi
- Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP
- .

KALA II

1) Pengkajian Kala II

a) Data Subjektif

- (1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- (2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vaginanya.

b) Data Objektif

(1) Pemeriksaan Umum :

Kesadaran : compos mentis

Ekspresi Wajah : Meringgis

Tanda vital :

Tekanan darah : 110/70mmHg-120/80mmHg,
<140/90mmHg. Peningkatan
sistolik rata-rata (10-20) mm Hg
dan diastolik rata-rata 10 mmHg
(Varney, 2010).

Nadi : 60-100 x/menit(Varney, 2010).

Suhu Tubuh : 36,5-37,50C. Peningkatan suhu
jangan melebihi 0,50C sampai
dengan 10C(Varney, 2010).

Pernapasan : 16-20 x/menit(Varney, 2010)

(2) Pemeriksaan fisik

Adanya tanda dan Gejala Kala II Persalinan

Inspeksi :

(a) Perineum menonjol

(b) Vulva vagina dan spingter ani membuka

(c) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

(3) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan Dalam :

Tanggal :

Jam :

Oleh :

Vulva,vagina : tampak membuka

Pengeluaran pervaginam : lendir darah, cairan ketuban

Dinding vagina : tidak oedema

Pembukaan : 10 cm

Effacement : 100%

Ketuban : utuh/ jernih/ mekonium/
kering/ darah

Presentasi : belakang kepala

Denominator :UUK, Tidak teraba bagian terkecil
janin.

Hodge : III/IV

Hodge III : 2/5 jika hanya sebagian dari bagian
terbawah janin masih berada diatas
symphisis dan 3/5 bagian telah turun
melewati bagian tengah rongga
panggul (tidak dapat digoyangan).

Hodge IV : 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari dapat
meraba bagian terbawah janin yang

berada diatas symphysis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (JNPK-KR, 2008).

2) Interpretasi data Dasar

Diagnosis : G PAPAII kala II persalinan normal

Masalah : Ada / Tidak ada

3) Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Diagnosis potensial : Ada/Tidak ada

Masalah Potensial : Ada/Tidak ada

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Ada/Tidak ada

5) Intervensi

KALA II

- a) Anjurkan keluarga pendamping untuk melakukan stimulasi puting susu bila kontraksi tidak baik. Stimulasi puting susu berfungsi untuk menstimulasi produktivitas oksitosin ibu, yang berperan dalam proses persalinan mencejan (JNPK-KR, 2008).
- b) Lakukan prosedur asuhan persalinan normal (JNPK-KR, 2008) :
 - (1) Lakukan persiapan pertolongan persalinan. Untuk memeriksa kelengkapan alat dan bahan, serta obat- obatan essensial pada proses pertolongan persalinan serta sebagai alat pelindung diri.

- (2) Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah. Ketika pembukaan lengkap perlu dilakukan amniotomi agar mengetahui warna ketuban yang keluar. Jika berwarna mekonium pada air ketuban maka lakukan persiapan pertolongan bayi setelah lahir karena hal tersebut menunjukkan adanya hipoksia dalam rahim atau selama proses persalinan.
- (3) Lakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal. Mendeteksi bradikardia janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta.
- c) Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap. Agar ibu dapat segera bersiap-siap untuk mengejan,
 - d) Anjurkan ibu untuk minum-minuman yang manis saat his berkurang.
 - e) Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman bagi dirinya untuk meneran kecuali posisi berbaring terlentang. Saat ibu merasa nyaman, maka ibu dapat berkonsentrasi untuk mengejan. Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferi, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi utero-plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. Berbaring terlentang juga akan memperlambat kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif.
 - f) Lakukan bimbingan untuk meneran dengan baik dan benar.
 - g) Lahirkan kepala setelah kepala bayi membuka vulva 5-6 cm dengan cara melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain

bersih dan kering, tangan yang lain menahan puncak kepala agar tidak terjadi fleksi yang terlalu cepat dan membantu lahirnya kepala. Dengan melakukan penahanan perineum untuk melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

- h) Periksa lilitan tali pusat pada leher bayi. Lilitan tali pusat dapat menghambat kelahiran bahu sehingga bisa terjadi asfiksia pada bayi bila tidak dilepaskan.
- i) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Putaran paksi luar yang sempurna menjadikan kepala janin searah dengan punggungnya sehingga memudahkan kelahiran bayi.
- j) Lahirkan bahu secara biparietal. Bahu secara biparietal dapat mengurangi atau mencegah terjadinya rupture.
- k) Melahirkan badan bayi dengan tangan kanan menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah dan gunakan tangan kiri untuk memegang lengan dan siku atas. Untuk memudahkan proses persalinan dan mencegah laserasi.
- l) Lahirkan seluruh tungkai bayi dengan tangan kiri menelusuri punggung hingga tungkai. Menelusuri punggung sampai tungkai untuk memudahkan proses kelahiran.
- m) Lakukan penilaian tangisan bayi, pernapasan, pergerakan dan warna kulit bayi dan letakkan bayi diatas perut ibu.
- n) Keringkan bayi diatas perut ibu. Untuk mencegah terjadinya hipotermi pada bayi.

6) Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

7) Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP

KALA III

1) Pengkajian Kala III

a) Data Subjektif

b) Data Obyektif

(1) Pemeriksaan Umum

Kesadaran : compos mentis

Ekspresi wajah : meringis

Tanda vital :

Tekanan darah : 110/70mmHg-120/80mmHg, <140/90mmHg.
Peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmHg dan distolik rata-rata 10mmHg (Varney, 2010).

Nadi : 60-100x/menit (Varney, 2010).

Suhu Tubuh : 36,5-37,50C. Peningkatan suhu jangan melebihi 0,5°C sampai dengan 1°C (Varney, 2010).

Pernapasan : 16-20x/menit (Varney, 2010).

(2) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

Genetalia : tampak tali pusat memanjang, tampak semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR,2008).

Palpasi

Abdomen : teraba tinggi fundus berada diatas pusat(JNPK-KR,2008).

c) Data bayi

Bayi lahir tanggal : Jam :

Jenis kelamin :

Hasil penilaian selintas :

(1) Apakah bayi cukup bulan ?

(2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?

(3) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?

(4) Apakah bayi bergerak dengan aktif ? (JNPK-KR, 2008)

2) Interpretasi data dasar

Diagnosis : G.PAPAH kala III persalinan normal

Masalah : Ada/Tidak ada

3) Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial : Ada/Tidak ada

Masalah Potensial : Ada/Tidak ada

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Ada/Tidak ada

5) Intervensi

KALA III

Lanjutkan intervensi APN (JNPK-KR,2008):

- a) Cek kehamilan tunggal. Mengecek adanya janin yang kedua, setelah mengecek maka dapat bisa melakukan prosedur lainnya.
- b) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- c) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini. Kontak kulit dengan kulit merupakan salah satu cara untuk mengoptimalkan hormonal ibu dan bayi, selain itu akan mendorong keterampilan bayi untuk menyusui yang lebih cepat dan efektif.
- d) Lakukan Manajemen Aktif Kala III (JNPK-KR):
 - (1) Pemberian suntik Oksitosin. Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi perdarahan
 - (2) Lakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT) Penegangan Tali Pusat terkendali dan dibantu dengan kontraksi yang baik serta dorongan uterus ke arah dorso kranial, maka plasenta akan lepas.
 - (3) Lahirkan plasenta. Melahirkan plasenta dengan tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya. Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan mencegah tertinggalnya sisa plasenta dan selaput ketuban di jalan lahir.
 - (4) Lakukan masase fundus uteri selama 15 detik. Masase fundus uteri dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus sehingga dapat mencegah perdarahan.
 - (5) Periksa kelengkapan plasenta. Adanya sisa plasenta di dalam uterus dapat mengakibatkan perdarahan.

6) Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau berkolaborasi.

7) Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

C. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada BBL

1) Langkah 1. Pengkajian Data

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir

- a) Pengkajian segera setelah lahir. Pengkajian ini bertujuan untuk mengkaji adaptasi adanya bayi baru lahir kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus, yaitu dengan penilaian APGAR, meliputi : warna kulit, denyut jantung, Reflek, Tonus otot, dan Pernapasan. Pengkajian sudah dimulai sejak kepala tampak dengan diameter besar di vulva.
- b) Pengkajian keadaan fisik. Setelah pengkajian segera setelah lahir untuk memastikan bayi dalam keadaan normal atau mengalami penyimpangan. Data subjektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan, antara lain, yaitu riwayat kesehatan bayi baru lahir yang penting dan harus dikaji, antara lain:

- (i) Faktor genetic, meliputi: kelainan/gangguan metabolic pada keluarga dan sindroma genetic.
- (ii) Faktor maternal (ibu), meliputi: adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/Isoimunisasi.
- (iii) Faktor antenatal, meliputi: pernah ANC atau tidak, adanya riwayat perdarahan, preeklamsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar/terganggu, diabetes gestasionl, poli/oligohidramnion.
- (iv) Faktor perinatal, meliputi: premature / postmatur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekoneal, amnionitis, ketuban pecah dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapsus tali pusat, ibu hipotensi, asidosis janin, jenis persalinan.

Data objektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antara lain:

a) Pemeriksaan fisik

Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir:

- (1) Informasikan prosedur kepada orang tua dan dapatkan persetujuan orang tua
- (2) Cuci tangan lalu keringkan, pakailah sarung tangan jika diperlukan
- (3) Pastikan cukup penerangan dan kehangatan untuk bayi
- (4) Periksalah bayi secara sistematis mulai dari kepala, muka kemudian klavikula, lengan, tangan, dada dan abdomen, warna, tungkai, kaki, spina dan genetalia.
- (5) Warna dan aktifitas bayi diidentifikasi
- (6) Catat miksi dan defekasi (mekonium)

- (7) Ukuran antropometri bayi
- (8) Diskusikan hasil pemeriksaan ke orang tua bayi
- (9) Catat hasil pengkajian sesuai hasil temuan

Dalam waktu 24 jam, bila bayi tidak mengalami masalah apa pun lakukanlah pemeriksaan fisik yang lebih lengkap. Ketika memeriksa bayi baru lahir, ingat butir-butir penting berikut ini:

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

Pernapasan BBL normal 30-60 x/menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi. Pada bayi kecil, mungkin terdapat retraksi dada ringan dan jika bayi berhenti nafas secara periodic selama beberapa detik masih dalam batas normal

(2) Warna kulit

Bayi baru lahir aterm kelihatan lebih pucat dibanding bayi bayi preterm karena kulit lebih tebal

(3) Denyut Jantung

Denyut jantung BBL normal antara 100-160 x/menit, tetapi dianggap masih normal jika diatas 160 x/menit dalam jangka waktu pendek, beberapa kali dalam 1 hari selama beberapa hari pertama kehidupan, terutama bila bayi mengalami distress. Jika ragu, ulangi perhitungan denyut jantung

(4) Suhu 36,5-37,5°C

(5) Postur dan gerakan

Postur normal dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar, dengan lengan, panggul dan lutut semi fleksi

(6) Tonus otot/tingkat kesadaran

Rentang normal tingkat kesadaran BBL adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel. Bayi dapat dibangunkan jika diam atau sedang tidur.

(7) Ekstermitas

Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila ekstermitas dan pembengkakan

(8) Kulit

Warna kulit dan adanya verniks caseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol.

(9) Tali pusat, normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10hari

(10) Berat badan normal 2500-4000 gram

c) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala : Ubun-ubun, sutura, muolage, caput succadeneum, cepal hematoma, hidrosefalus, ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, suture, moulase, caput succadeneum

(2) Muka : Tanda-tanda paralisis

(3) Mata : Keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan konjungtiva dan kesimetrisan

(4) Telinga : Kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala

(5) Hidung : Kebersihan, palatoskisis

(6) Mulut : Labio/palatoskisis, trush, sianosis, mukosa kering/basah

(7) Leher : Pembengkakan dan benjolan

(8) Klavikula dan lengan tangan : gerakan, jumlah jari

(9) Dada : bentuk dada, puting susu, bunyi jantung dan pernapasan

(10) Abdomen : penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah tali pusat,

dinding perutadanya benjolan,

distensi, gastrokisis, omfalokel, bentuk

- (11) Genetalia (laki-laki) : testis berada didalam skrotum, penis
berlubang dan berada diujung penis.
- (12) Genetalia(perempuan) : vagina, uretra berlubang, labia mayora
dan labia minora
- (13) Tungkai/kaki : Gerakan, bentuk dan jumlah jari
- (14) Anus : Berlubang/tidak, fungsi spinter ani
- (15) Punggung : spina bifida, mielomeningokel
- (16) Reflek : Moro, rooting, walking, graps, sucking, tonic neck
- (17) Antropometri: Berat badan, panjang badan, lingkarkepala, lingkar
perut, lingkar dada, lingkar lengan atas
- (18) Eliminasi : BBL normal biasanya kencing lebih dari 6 kali/hari.
BBL normal biasanya berak cair 6-8 kali/ hari.

2) Langkah 2 Interpretasi Data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah 1

Contoh :

Diagnosis :

- a) Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan, dengan asfiksia sedang
- b) Bayi kurang bulan, kecil masa kehamilan dengan hipotermi dan gangguanpernafasan

Masalah :

- a) Ibu kurang informasi

- b) Ibu penderita PEB
- c) Ibu post SC sehingga tidak bisa melakukan skin to skin contact secara maksimal

Kebutuhan : Perawatan rutin bayi baru lahir

3) Langkah 3. Identifikasi diagnose atau masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi

Diagnosa potensial :

- a) Hipotermi potensial terjadi gangguan pernapasan
- b) Hipoksia potensial terjadi asidosis
- c) Hipoglikemi potensial terjadi hipotermi

Masalah potensial : Potensial terjadi masalah ekonomi bagi orang tua yang tidak mampu, karena bayi membutuhkan perawatan intensif dan lebih lama

4) Langkah 4 . Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlu tidaknya tindakan segera oleh bidan, dokter dan apakah ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi.

5) Langkah 5 . Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuahn yang menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya

Contoh:

- a) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
- b) Perawatan mata
- c) Memberikan identitas bayi
- d) Memperlihatkan bayi pada orangtua / keluarganya
- e) Memfasilitasi kontak dini pada ibu
- f) Memberikan vitamin K1
- g) Konseling
- h) Imunisasi

6) Langkah 6 . Melaksanakan Perencanaan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan efektif dan aman

Contoh:

- a) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
 - (1) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - (2) Ganti handuk / kain basah dan bungkus bayi dengan selimut.
 - (3) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa setiap 15 menit. Apabila telapak kaki teraba dingin, periksalah suhu aksila bayi.
- b) Perawatan mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena clamida. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.
- c) Memberikan identitas bayi

Alat pengenal untuk memudahkan identitas bayi perludipasang segera setelah lahir
- d) Memperlihatkan bayi pada orang tua/keluarga

e) Memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu

- (1) Berikan bayi kepada ibu segera mungkin . Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir, ikatan batin bagi dan bayi dan pemberian ASI dini
- (2) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap. Jangan paksakan bayi untuk menyusu
- (3) Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi , biarkan bayi bersama ibu paling tidak 1 jam setelah bayi lahir.

f) Memberikan vitamin K1

- (1) Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K1 pada bayi baru lahir

g) Konseling:

- (1) Ajarkan pada orang tua bayi untuk:
 - (2) Menjaga kehangatan bayi
 - (3) Pemberian ASI
 - (4) Perawatan tali pusat
 - (5) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih dan longgar
 - (6) Lipatlah popok dibawah sisa tali pusat
 - (7) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, cuci dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan

h) Mengawasi tanda-tanda bahaya

- (1) Pernafasan, sulit atau lebih dari 60 x/menit, terlihat dari retraksi dinding dada pada waktu bernafas
- (2) Suhu terlalu panas, $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$ (hipotermi)

- (3) Warna abnormal, kulit/bibir bayi sianosis atau pucat, memar atau bayi sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru
- (4) Pemberian ASI sulit, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
- (5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah
- (6) Infeksi, suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit
- (7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak mengeluarkan mekonium selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, perut bengkak, tinja hijau tua berlendir/berdarah
- (8) Tidak berkemih dalam waktu 24 jam
- (9) Menggigil atau suara tangis tidak biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus
- (10) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan

i) Imunisasi

Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan, berikan imunisasi BCG, Anti polio oral dan Hepatitis B

7) Langkah 7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2010).

D. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

1) Langkah 1 . Pengkajian Data

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan ibu

a) Melakukan pemeriksaan awal post partum

Meninjau catatan/record pasien

- (1) Catat perkembangan ante partum dan intra partum
- (2) Berapa lama (jam/hari) pasien postpartum
- (3) Pesanan sebelumnya dan catat perkembangannya
- (4) Suhu, nadi, pernapasan, dan tekanan darah post partum
- (5) Pemeriksaan Labotatorium dan laporan pemeriksaan tambahan
- (6) Catatan obat-obat
- (7) Catatan bidan/perawat

Menanyakan riwayat kesehatan dan keluhan ibu

- (1) Mobilisasi
- (2) Buang air kecil
- (3) Buang air besar
- (4) Nafsu makan
- (5) Ketidakyamanan/rasa sakit
- (6) Kekhawatiran
- (7) Hal yang tidak jelas
- (8) Reaksi pada bayi
- (9) Reaksi terhadap proses melahirkan dan kelahiran

b) Pemeriksaan Fisik

- (1) Tekanan darah, suhu badan, dan denyut nadi
- (2) Tenggorokan jika diperlukan
- (3) Buah dada dan puting susu
- (4) Auskultasi paru-paru, jika diperlukan
- (5) Abdomen : kandung kemih, uterus, diastasis
- (6) CVA
- (7) Lochea : warna, jumlah, bau
- (8) Perineum : edema, inflamasi, hematoma, pus, bekas luka episiotomy/robek, jahitan, memar, hemorroid (wasir/ambient).
- (9) Ektermitas : varises, betis apakah lemah dan panas, edema, tanda-tanda Homan dan reflek

2) Langkah 2 Interpretasi Data Dasar

Melakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosis interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Diagnosis, masalah dan kebutuhan ibu postpartum dan nifas tergantung dari hasil pengkajian terhadap ibu

Contoh

Diagnosis:

- a) Postpartum hari pertama
- b) Perdarahan nifas
- c) Anemia postpartum

Masalah:

- a) Ibu kurang informasi

Kebutuhan :

- a) Penjelasan tentang pencegahan infeksi
 - b) Tanda-tanda bahaya
- 3) Langkah 3 . Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial
- Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi pembahasan masalah atau diagnosis yang sudah diidentifikasi
- 4) Langkah 4 . Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
- Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien

Contoh:

- a) Ibu kejang, segera lakukan tindakan segera untuk mengatasi kejang dan segera berkolaborasi merujuk ibu untuk perawatan selanjutnya.
- 5) Langkah 5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh
- Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan dari langkah sebelumnya

Contoh:

Manajemen asuhan awal puerperium:

- a) Kontak dini dan sesering mungkin dengan bayi
- b) Mobilisasi / Istirahat berbaring di tempat tidur
- c) Gizi (Diet)
- d) Perawatan perineum

Asuhan Lanjutan:

- a) Tambahan vitamin atau zat besi atau keduanya, jika diperlukan
 - b) Perawatan payudara
 - c) Rencana KB
- 6) Langkah 6 . Melaksanakan Perencanaan
- Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisiensi dan aman terhadap :
- a) Kontak dini sesering mungkin dengan bayi
 - b) Mobilisasi/Istirahat baring di tempat tidur
 - c) Pengaturan gizi (diet)
 - d) Perawatan perineum
 - e) Buang air kecil spontan atau kateter
 - f) Pemberian obat Penghilang rasa sakit, bila diperlukan
 - g) Pemberian Tambahan vitamin atau zat besi atau keduanya, jika diperlukan
 - h) Bebas dari ketidaknyamanan post partum
 - i) Perawatan payudara
 - j) Rencana KB
 - k) Tanda-tanda bahaya
 - l) Kebiasaan rutin yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan
- 7) Langkah 7. Evaluasi
- Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek

asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif atau merencanakan kehamilan yang belum terlaksana (Muslihatun, 2010).

E. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

1) Langkah 1 . Pengkajian data

Data subjektif dan objektif harus dibedakan menjadi akseptor kunjungan awal dan pasien kunjungan ulang.

Data subjektif dari calon/akseptor KB, yang harus dikumpulkan, meliputi:

- a) Keluhan utama/alasan datang ke intitusi pelayanan kesehatan dan kunjungan saat ini apakah kunjungan pertama atau kunjungan ulang
- b) Riwayat perkawinan, terdiri atas: status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan
- c) Riwayat menstruasi, meliputi: HPHT, siklus haid, perdarahan pervaginam, dan flour albus
- d) Riwayat obstetric (Gravida (G)...Para (P)...Abortus (A)...Anak hidup (AH)...), meliputi perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan BB byi lahir <2500 gram atau >4000 gram serta masalah selama kehamilan

- e) Riwayat keluarga berencana, meliputi: jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti
- f) Riwayat kesehatan/penyakit ibu dan keluarga , meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS
- g) Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat/makanan
- h) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi: pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), Personal hygiene, aktivitas dan istirahat
- i) Riwayat psikososial, meliputi: pengetahuan dan respon ibu terhadap semua metode kontrasepsi. kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, keluhan, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap metode yang ingin digunakan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga dan pilihan tempat mendapatkan pelayanan KB

Data objektif dari calon/akseptor KB, yang harus dikumpulkan meliputi:

- a) Keadaan umum, meliputi: tingkat energy, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, TB dan BB
- b) Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, frekuensi ,denyut nadi dan pernapasan
- c) Kepala dan leher, meliputi: edema wajah, kloasma gravidarum, mata (kelopak mata pucat atau tidak, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan), keadaan gigi

(karies, karang, tonsil), leher: pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe

- d) Payudara, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe
- e) Abdomen, meliputi: adanya bekas luka, adanya bentuk
- f) Ekstremitas, meliputi: edema tangan dan kaki, pucat pada kuku jari, varises, reflek patella
- g) Genitalia, meliputi: luka, varises, kandidoma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau) keadaan kelenjar batholini (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan hemorroid dan kelainan
- h) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak
- i) Kebersihan kulit

Pemeriksaan ginekologi

Inspekulo, meliputi: keadaan serviks (cairan/darah /luka/peradangan/tanda-tanda keganasan, keadaan dinding vagian (cairan/darah/luka), posisi benang IUD (bagi akseptor KB IUD).Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan/goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, nyeri, adanya massa atau pembesaran. Apakah teraba massa di adneksa dan adanya ulkus genetalis.

Pemeriksaan Penunjang

Pada kondisi tertentu calon/akseptor KB harus menjalani beberapa pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan dan keperluan menegakkan adanya kehamilan, maupun efek samping/komplikasi penggunaan kontrasepsi. Pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan adalah pemeriksaan tes kehamilan. USG, radiologi untuk memastikan posisi IUD , kadar haemoglobin, kadar gula darah, dan lain-lain.

2) Langkah 2 . Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan . Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik

3) Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mnegidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian gambaran masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

4) Langkah 4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

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

5) Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

6) Langkah 6. Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena ada komplikasi. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan

7) Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai dengan batasan ideal anak.

II. KONSEP DASAR TEORI

A. KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. Pengertian

Kehamilan adalah merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2014).

2. Pemeriksaan ibu hamil (Kusmiyati, 2014)

a. Berat badan

Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT). berat badan ibu masih dalam batas normal dengan kalkulasi sebagai berikut, cara menghitung IMT:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{[\text{Tinggi Badan (m)}]^2}$$

Nilai IMT dengan nilai rujukan sebagai berikut :

Tabel 2.2 Peningkatan berat badan selama kehamilan

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

(Sumber: Sukarni, 2013)

b. Tinggi badan

Diukur pada saat pertama kali datang. Ibu hamil yang tinggi badannya kurang dari 145 cm terutama pada kehamilan pertama, tergolong risiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit (Pantikawati, 2014).

c. Lingkar lengan atas (Lila) (Kusmiyati, 2014).

Angka normal lingkar lengan atas ibu yang sehat yaitu 23,5-36 cm .

Pengukuran Lila untuk:

(a) Mengetahui adanya resiko kekurangan energi kronis (KEK) pada WUS.

(b) Menepis wanita yang mempunyai risiko melahirkan BBLR.

d. Mulut dan gigi

Infeksi gusi pada ibu hamil bisa menularkan infeksi pada janin melalui peredaran darah plasenta. (dikutip dari: penelitian yang dimuat *Journal Of Obsetrics Gynecologi, Yiping Han peneliti dari Case Western Reserve University* tahun, 2010). Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa kuman *Fusobacterium nucleatum* yang menginfeksi gusi ibu juga ditemukan dalam tubuh janin. Bila infeksi pada gusi tersebut berlangsung dalam waktu yang lama, dapat menyebabkan resiko keguguran.

Bakteri penyebab gigi berlubang (*Streptococcus mutans*) bisa menyebar ke seluruh tubuh manusia melalui sirkulasi darah, sehingga bakteri tersebut dapat dengan cepat mencapai jantung. Apabila hal tersebut terus menerus berlangsung, dapat menyebabkan gangguan jantung pada ibu hamil. (dikutip dari: Penelitian North Carolina dalam intisari 2010)

e. Tinggi Fundus (Manuaba, 2015)

Untuk mengetahui besarnya rahim dan dengan ini menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin dalam rahim. Sebelum usia kehamilan 12

minggu, fundus uteri belum dapat diraba dari luar. Normalnya tinggi fundus uteri pada usia kehamilan 12 minggu adalah 1-2 jari di atas simphysis.

Taksiran berat janin dapat dihitung dari rumus Johnson Toshack (Johnson Toshack Estimated Fetal Weight) yang diambil dari tinggi fundus uteri .

- $TBJ \text{ (gram)} = (TFU - n) \times 155$
- $n = 11$ bila kepala sudah masuk pintu atas panggul
- $n = 12$ bila kepala belum masuk pintu atas panggul

Tabel 2.3 Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

TFU	Usia Kehamilan
1-2 jari diatas simfisis	12 minggu
½ simfisis-pusat	16 minggu
2-3 jari dibawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
2-3 diatas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
2-3 jari dibawah prosesus xifoideus	40 minggu

(Sumber: Manuaba, 2015)

Tabel 2.4 Usia Kehamilan Berdasarkan TFU Dalam Bentuk (cm)

TFU	Usia Kehamilan
20 cm	20 minggu
23 cm	24 minggu
26 cm	28 minggu
30 cm	32 minggu
31 cm	34 minggu

33 cm	36 minggu
30 cm	40 minggu

(Sumber: Manuaba, 2015)

f. Ektremitas (Manuaba, 2015)

Capillary refill time adalah ter yang dilakukan cepat pada daerah dasar kuku untuk memonitor dehidrasi dan jumlah aliran darah ke jaringan (perfusi). Nilai normal jika aliran darah balik ke daerah kuku, warna kuku kembali normal kurang dari 2 detik.

g. Hb (Manuaba, 2015)

Hb normal ibu hamil adalah 11 gr%, apabila kurang berarti ibu menderita anemia. Pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu trimester I dan III.

Klasifikasi Derajat anemia ibu hamil :

- Normal > 11 gr%
- Anemia ringan 9-10 gr%
- Anemia sedang 7-8 gr%
- Anemia berat < 7 gr%

3. Perubahan fisiologis pada kehamilan pada trimester III

a. Uterus (Ajeng. 2012)

Pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus menjadi 1000 gram (berat uterus normal 30 gram) dengan panjang 20 cm dan dinding 2,5 cm. Pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk uterus seperti buah alpukat agak gepeng. Pada kehamilan 28 minggu, fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau 1/3 jarak antara pusat ke prosesus xipoides. Pada kehamilan 32 minggu, fundus uteri terletak antara 1/2 jarak pusat dan prosesus xipoides. Pada kehamilan 36 minggu, fundus uteri terletak kira-

kira 1 jari dibawah prosesus xipoideus. Bila pertumbuhanjanin normal, maka tinggi fundus uteri pada kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada 32 minggu adalah 27 cm dan pada 36 minggu adalah 30 cm. Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun kembali dan terletak kira-kira 3 jari dibawah prosesus xipoideus. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada primigravida turun dan masuk kedalam rongga panggu.

Pada trimester III Itmus lebih nyata menjadi korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis, batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada dinding segment bawah rahim.

b. Servik uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Karena servik terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin kebawah(Ajeng.2012).

Sesudah partus, serviks akan tampak berlipat-lipat dan tidak menutup seperti spinkter. Perubahan-perubahan pada serviks perlu diketahui sedini

mungkin pada kehamilan, akan tetapi yang memeriksa hendaknya berhati-hati dan tidak dibenarkan melakukannya dengan kasar, sehingga dapat mengganggu kehamilan (Ajeng.2012).

c. Vagina Dan Vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen juga mengalami perubahan. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan agak kebiru-biruan (livide). Warna porsio tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar. Hal ini dapat dimengerti karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia tersebut meningkat. Apabila terjadi kecelakaan pada kehamilan/persalinan maka perdarahan akan banyak sekali, sampai dapat mengakibatkan kematian. Pada bulan terakhir kehamilan, cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental (Ajeng. 2012).

d. Mammae

Pada kehamilan 12 minggu keatas, dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut kolostrum. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekreasi (Ajeng. 2012).

e. Sirkulasi Darah

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

darah putih meningkat ($\pm 10.500/\text{ml}$), demikian juga hitung trombositnya (Ajeng. 2012).

Untuk mengatasi penambahan volume darah, curah jantung akan meningkat $\pm 30\%$ pada minggu ke-30. Kebanyakan peningkatan curah jantung tersebut disebabkan oleh meningkatnya isi sekuncup, akan tetapi frekuensi denyut jantung meningkat $\pm 15\%$. Setelah kehamilan lebih dari 30 minggu, terdapat kecenderungan peningkatan tekanan darah (Ajeng. 2012).

f. Sistem Respirasi

Pernafasan masih diafragmatik selama kehamilan, tetapi karena pergerakan diafragma terbatas setelah minggu ke-30, wanita hamil bernafas lebih dalam, dengan meningkatkan volume tidal dan kecepatan ventilasi, sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron. Keadaan tersebut dapat menyebabkan pernafasan berlebih dan PO_2 arteri lebih rendah. Pada kehamilan lanjut, kerangka iga bawah melebar keluar sedikit dan mungkin tidak kembali pada keadaan sebelum hamil, sehingga menimbulkan kekhawatiran bagi wanita yang memperhatikan penampilan badannya (Ajeng. 2012).

g. Traktus Digestivus

Di mulut, gusi menjadi lunak, mungkin terjadi karena retensi cairan intraseluler yang disebabkan oleh progesteron. Spinkter esopagus bawah relaksasi, sehingga dapat terjadi regurgitasi isi lambung yang menyebabkan rasa terbakar di dada (heartburn). Sekresi isi lambung berkurang dan makanan lebih lama berada di lambung. Otot-otot usus

relaks dengan disertai penurunan motilitas. Hal ini memungkinkan absorpsi zat nutrisi lebih banyak, tetapi dapat menyebabkan konstipasi, merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil(Ajeng, 2012).

h. Sistem traktus uranius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodelusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar (Ajeng, 2012).

i. Metabolisme Dalam Kehamilan

BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada trimester III. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran karbohidrat, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas. Akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. Dalam keadaan biasa wanita hamil cukup hemat dalam hal pemakaian tenaganya(Ajeng, 2012).

Janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang-tulangnya dan hal ini terjadi terutama dalam trimester terakhir. Makanan tiap harinya diperkirakan telah mengandung 1,5-2,5 gr kalsium. Diperkirakan 0,2-0,7 gr kalsium tertahan dalam badan untuk keperluan semasa hamil. Ini kiranya telah cukup untuk pertumbuhan janin tanpa mengganggu kalsium ibu. Kadar kalsium dalam serum memang lebih rendah, mungkin oleh karena adanya hidremia, akan tetapi kadar kalsium tersebut masih cukup tinggi hingga dapat menanggulangi kemungkinan terjadinya kejang tetani(Ajeng, 2012).

4. Perubahan Psikologis (Ajeng. 2012)

Pada trimester III biasanya ibu merasa khawatir, takut akan kehidupan dirinya, bayinya, kelainan pada bayinya, persalinan, nyeri persalinan, dan ibu tidak akan pernah tahu kapan ia akan melahirkan. Ketidaknyamanan pada trimester ini meningkat, ibu merasa dirinya aneh dan jelek, menjadi lebih ketergantungan, malas dan mudah tersinggung serta merasa menyulitkan. Disamping itu ibu merasa sedih akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang akan diterimanya selama hamil, disinilah ibu memerlukan keterangan, dukungan dari suami, bidan dan keluarganya. Perubahan Psikologis Trimester III (penantian dengan penuh kewaspadaan) (Ajeng. 2012).

a. Adaptasi maternal

Adaptasi terhadap peran sebagai ibu akan dilakukan oleh semua ibu hamil selama 9 bulan kehamilannya. Pada trimester ketiga terjadi perlambatan aktivitas dan waktu terasa cepat berlalu karena aktivitas wanita tersebut dibatasi.

b. Menerima kehamilan

Langkah pertama dalam beradaptasi terhadap peran ibu ialah menerima ide kehamilan dan mengasimilasi status hamil ke dalam gaya hidup wanita tersebut.

c. Kesiapan menyambut kehamilan

Ketersediaan keluarga berencana mengandung makna bahwa kehamilan bagi banyak wanita merupakan suatu kehamilan tidak selalu berarti menerima kehamilan.

d. Respon emosional

Wanita yang bahagia dan senang dengan kehamilannya akan memandang hal tersebut sebagai pemenuhan biologis dan bagian dari rencana hidupnya.

e. Respon terhadap perubahan bentuk tubuh

Perubahan fisiologis kehamilan menimbulkan perubahan bentuk tubuh yang cepat dan nyata. Selama trimester pertama bentuk tubuh sedikit berubah dan kadang-kadang belum terlihat perubahan dalam bentuk tubuh, tetapi pada trimester kedua pembesaran abdomen yang nyata, penebalan pinggang dan pembesaran payudara memastikan perkembangan kehamilan. Wanita merasa seluruh tubuhnya bertambah besar dan terlihat lebih gemuk.

f. Ambivalensi selama masa hamil

Ambivalensi didefinisikan sebagai konflik perasaan yang simultan atau berubah-ubah, seperti cinta dan benci terhadap seseorang, sesuatu, atau suatu keadaan. Ambivalensi adalah respon normal yang dialami individu yang mempersiapkan diri untuk suatu peran baru. Kebanyakan wanita memiliki sedikit perasaan ambivalen.

g. Menyiapkan peran ibu

Banyak wanita selalu menginginkan seorang bayi, menyukai anak-anak dan menanti untuk menjadi seorang ibu. Mereka sangat dimotivasi untuk menjadi orang tua. Hal ini mempengaruhi penerimaan mereka terhadap kehamilan dan akhirnya terhadap adaptasi prenatal dan adaptasi orang tua.

h. Menyiapkan hubungan ibu dan anak

Ikatan emosional dengan anak dimulai pada periode prenatal, yakni ketika wanita mulai membayangkan dan melamunkan dirinya menjadi ibu. Mereka berfikir mereka seolah-olah seorang ibu dan membayangkan kualitas seorang ibu seperti apa yang mereka miliki. Hubungan ibu dan anak akan terus berlangsung sepanjang masa hamil sebagai suatu proses perkembangan.

5. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan(Pantiawati,2014). Pada Kehamilan usia lanjut,perdarahan yang tidak normal adalah merah,banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Asrinah,2014).

b. 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-eklampsi.

c. 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,2014)

d. 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

e. 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 .

f. 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.

g. Nyeri Perut yang Hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalian. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio placenta. Nyeri perut yang hebat bisa berarti apendiksitis, kehamilan etopik, aborsi, penyakit radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio placenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Asrinah, 2014)

6. Kebutuhan dasar ibu hamil

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- 1) Latihan nafas melalui senam hamil.
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- 3) Makan tidak terlalu banyak.
- 4) Kurangi atau hentikan merokok.
- 5) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dll.

Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan kurangi tekanan pada vena asenden (hipotensi supine). (Kusmiyah, 2014)

b. Nutrisi dalam kehamilan

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (seimbang).

a. Kalori

Di indonesia kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedangkan untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800 Kkal. Pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan sangat baik dan ibu sangat merasa lapar.

b. Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, placenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin, dll). Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30gr/hari.

c. Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferofumarat atau feroglikonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemik, dibutuhkan 60-100 mg/hari.

d. Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi. (Helen Varney 2010)

c. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetikal) dengan cara dibersihkan dengan air dan keringat. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. (Kusmiyah.2014).

d. Pakaian

Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik

dan psikologi ibu. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini:

- a. Pakaian harus longgar bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
 - b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat .
 - c. Pakailah bra yang menyongkong payudara.
 - d. Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
 - e. Pakaian dalam yang selalu bersih. (Romauli. 2013)
- e. Eliminasi

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar. Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur(trikomona) tumbuh sehingga wanita hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan. Rasa gatal sangat mengganggu, sehingga sering di garuk dan menyebabkan saat berkemih terdapat residu (sisa) yang memudahkan infeksi kandung kemih. Untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. Wanita perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali selesai berkemih atau buang air besar dan harus menggunakan tisu atau lap atau handuk yang bersih setiap kali melakukannya. Membersihkan dan mengelap dari belakang ke depan akan membawa bakteri dari daerah rektum ke muara uretra dan meningkatkan resiko infeksi. Sebaiknya gunakan tisu yang lembut dan yang menyerap air, lebih disukai yang berwarna putih, dan tidak diberi wewangian, karena

tisu yang kasar diberi wewangian atau bergambar dapat menimbulkan iritasi. Wanita harus sering mengganti pelapis atau pelindung celana dalam.

Dianjurkan minum 8-12 gelas cairan setiap hari. Mereka harus cukup minum agar produksi air kemihnya cukup dan jangan sengaja mengurangi minum untuk menjarangkan berkemih. Apabila perasaan ingin berkemih muncul jangan diabaikan, menahan berkemih akan membuat bakteri didalam kandung kemih berlipat ganda, ibu hamil harus berkemih dulu jika ia akan memasuki keadaan dimana ia tidak akan dapat berkemih untuk waktu yang lama (misalnya, naik kendaraan jarak jauh). Ia harus selalu berkemih sebelum berangkat tidur dimalam hari. Bakteri bisa masuk sewaktu melakukan hubungan seksual. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan untuk berkemih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual dan minum banyak air untuk meningkatkan produksi kandung kemihnya.

Akibat pengaruh progesteron, otot-otot tractus digestivus tonusnya menurun, akibatnya motilitas saluran pencernaan berkurang dan menyebabkan obstipasi. Untuk mengatasi hal itu, ibu hamil dianjurkan minum lebih 8 gelas. Wanita sebaiknya diet yang mengandung serat, latihan/senam hamil, dan tidak dianjurkan memberikan obat-obat perangsang dengan laxon. (Kumiyah.2014)

f. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi

berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila:

- a) Terdapat perdarahan pervaginam
- b) Terdapat riwayat abortus berulang
- c) Abortus /partus prematurus imminens
- d) Ketuban pecah
- e) Serviks telah membuka

Pada saat orgasme dapat dibuktikan adanya fetal bradycardia karena kontraksi uterus dan para peneliti berpendapat wanita yang melakukan hubungan seks dengan aktif menunjukkan insidensi fetal distress yang lebih tinggi. pria yang menikmati kunikulus (stimulasi oral genetalia wanita) bisa kehilangan gairahnya ketika mendapati bahwa sekret vagina bertambah dan mengeluarkan bau berlebih selama masa hamil. Pasangan yang melakukan kunikulus harus berhati-hati untuk tidak meniupkan kunilingus. Apabila serviks sedikit terbuka (karena sudah mendekati aterm), ada kemungkinan udara akan terdesak diantara ketuban dan dinding rahim. Udara kemungkinan bisa memasuki danau plasenta, dengan demikian ada kemungkinan udara memasuki jaringan vaskular maternal(Kusmiyah, 2008)

g. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara beirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.(Romauli.2013)

h. Pola Fungsional Kesehatan pada Ibu Hamil

Tabel 2.5 Pola Kesehatan Kehamilan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300 kalori perhari, dengan komposisi menu seimbang dengan kebutuhan cairan paling sedikit 8 gelas berukuran 250 ml/hari untuk mencegah terjadinya sembelit dan ISK (Heidi Murkoff, 2014).
Eliminasi dan Kostipasi	Pada trimester III, terjadi pembesaran uterus yang menurunkan kapasitas kandung kemih sehingga mengakibatkan sering BAK. Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk BAB.
Istirahat	Wanita hamil dianjurkan untuk tidur siang 1 sampai 2 jam setiap hari, 8 jam setiap tidur malam.
Personal Hygiene	Ibu hamil harus menjaga kebersihan badannya untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi, pemeliharaan buah dada juga penting, puting susu harus dibersihkan setiap terbasahi oleh colostrum. Perawatan gigi diperlukan dalam kehamilan karena gigi yang baik menjamin pencernaan yang sempurna.
Seksualitas	Apabila sudah memasuki 38-42 minggu belum ada tanda-tanda kehamilan, di anjurkan untuk melakukan hubungan intim, karena sperma yang mengandung prostaglandin ini akan dapat membantu rahim untuk berkontraksi.

(sumber: Prawihardjo, 2014)

7. Anemia (Prawiroharjo, 2014)

a. Pengertian

Anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5gr% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2. Anemia adalah penurunan kapasitas darah dalam membawa oksigen; hal tersebut dapat terjadi akibat penurunan Sel Darah Merah (SDM), dan atau penurunan hemoglobin (Hb) dalam darah.

b. Etiologi

Anemia umumnya disebabkan oleh :

- 1) Kurang gizi (malnutrisi)
- 2) Kurang zat besi dalam diet
- 3) Malabsorpsi.
- 4) Kehilangan darah yang banyak persalinan yang lalu, haid
- 5) Penyakit-penyakit kronis; TBC, paru-paru, cacing usus atau malaria.

c. Tanda dan gejala

- 1) Tanda yang berkaitan dengan anemia
 - a) Pucat
 - b) Ikterus
 - c) Hipotensi ortostatik
 - d) Edema perifer
 - e) Membran mukosa dan bantalan kuku pucat
 - f) Lidah halus (papil tak menonjol), lecet
 - g) Takikardia
 - h) Takipnea, dispnea saat beraktivitas
- 2) Gejala yang berkaitan dengan anemia
 - a) Kelelahan, mengantuk
 - b) Lemah
 - c) Pusing
 - d) Sakit kepala
 - e) Malaise
 - f) Pica
 - g) Napsu makan kurang

- h) Perubahan dalam kesukaan makanan
 - i) Perubahan mood
 - j) Perubahan kebiasaan tidur.
- d. Patofisiologi

Selama kehamilan terjadi peningkatan volume darah (hypervolemia). Hypervolemia merupakan hasil dari peningkatan volume plasma dan eritrosit (sel darah merah) yang berada dalam tubuh tetapi peningkatan ini tidak seimbang yaitu volume plasma peningkatannya jauh lebih besar sehingga memberi efek yaitu konsentrasi hemoglobin berkurang dari 12 g/100 ml.

Pembagian anemia berdasarkan pemeriksaan hemoglobin menurut Manuaba (2015), adalah :

- 1) Tidak anemia : Hb 11,00 gr%
- 2) Anemia ringan : Hb 9,00-10,00 gr%
- 3) Anemia sedang : Hb 7,00-8,00 gr%
- 4) Anemia berat : Hb < 7,00 gr%

Pengaruh anemia terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan janin menurut Manuaba (2015):

- 1) Pengaruh anemia dalam kehamilan
 - a) Persalinan prematurus.
 - b) Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim
 - c) Mudah terjadi infeksi.
 - d) Ancaman dekompensasi kordis (Hb<6gr%)f.
 - e) Mengancam jiwa dengan kehidupan ibu

- 2) Pengaruh anemia dalam persalinan
 - a) Gangguan kekuatan his yang mengakibatkan terjadinya partus lama
 - b) Anemia dalam kehamilan dapat mengakibatkan atonia uteri atau inertia dalam semua kala persalinan dan terjadinya perdarahan post partum
 - c) Dalam persalinan dapat mengakibatkan kematian ibu
- 3) Pengaruh anemia dalam nifas
 - a) Pendarahan post partum karena atonia uteri dan involusio uteri
 - b) Memudahkan infeksi puerperium
 - c) Pembentukan dan pengeluaran ASI berkurang
- 4) Pengaruh anemia terhadap janin
 - a) Bayi berat lahir rendah
 - b) Cacat bawaan
 - c) Intelegensia rendah oleh karena kekurangan oksigen dan nutrisi yang menghambat pertumbuhan janin
 - d) Morbiditas dan mortalitas perinatal tinggi jika kadar Hb < 6 gr%
- e. Penanganan (Manuaba, 2015)
 - 1) Anemia ringan

Pada kehamilan dengan kadar Hb 9 – 10,9 gr% masih dianggap ringan sehingga hanya perlu diberikan kombinasi 60 mg/ hari besi dan 400 mg asam folat peroral sekali sehari maka Hb dapat dinaikkan sebanyak 1 gr%/ bulan.
 - 2) Anemia sedang

Pengobatan dapat dimulai dengan pemberian preparat besi ferus 600 – 1000 mg/ hari seperti sulfat ferossus atau glukonas ferossus. Hb

dapat dinaikkan sampai 10 gr/ 100 ml atau lebih asal masih ada cukup waktu sampai janin lahir. Pemberian tablet Fe 3x1.

3) Anemia berat

Pemberian preparat parenteral yaitu dengan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20 ml) intravena 2x10 ml intramuskuler pada gluteus. Transfusi darah kehamilan lanjut dapat diberikan walaupun sangat jarang diberikan mengingat resiko transfusi bagi ibu dan janin.

f. Pengertian Tablet Fe dan cara mengkonsumsi (Varney,2012)

Tablet Fe adalah suatu tablet mineral yang sangat dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (*hemoglobin*). Sebaiknya tablet fe di minum saat malam hari ketika ingin tidur agar mengurangi efek mual pada ibu dan sebaiknya di minum dengan menggunakan minuman yang mengandung vitamin c seperti jus jeruk atau air jeruk hangat agar penyerapannya menjadi lebih baik.

g. Jenis makanan yang meningkatkan kadar Hb (Varney,2012)

Makan-makan yang mengandung tinggi zat besi (sayur - sayuran hijau : kangkung, bayam, dll; Kacang – kacang; Hati ayam/sapi). Makan – makanan yang mengandung tinggi protein (putih telur, daging, ikan, ayam kampung, dll).

8. Gangguan Tidur (Musbikin, 2016).

1) Pengaruh gangguan tidur pada kehamilan

Bayi yang lahir dari ibu yang mengalami depresi akibat gangguan tidur selama kehamilan memiliki sedikit waktu tidur. Hal ini bisa menimbulkan depresi dan stress yang berpengaruh pada janin yang dikandungnya. Stress ringan menyebabkan janin mengalami

peningkatan denyut jantung, tetapi stress yang tergolong berat dan lama akan membuat janin menjadi hiperaktif.

Kurang tidur ketika hamil beresiko terhadap terjadinya preeclampsia. Itulah hasil penelitian dari center for perinatal studies di Swedish medical center, amerika serikat (Parenting, 2014). Hasil penelitian dari Center For Perinatal studies di Swedish Medical Center, Amerika Serikat yang menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidur kurang dari 6 jam malam hari pada trimester pertama kehamilan memiliki resiko terhadap peningkatan tekanan darah sistolik 4 mmhg lebih tinggi dibanding ibu hamil yang tidur lebih dari 7 jam. Resiko terkena pre eklampsia meningkat menjadi 9 kali lebih tinggi, sedangkan pada bayi memiliki dampak terjadinya stress dalam kandungan, dan berat badan lahir akan lebih rendah.

2) Penyebab Gangguan Tidur (Tiran, 2014)

Kehamilan membawa banyak perubahan, di dalam tubuh maupun di dalam pikiran Anda. Ada banyak pertanyaan, kekhawatiran dan keluhan dalam benak seorang ibu hamil.

Kekhawatiran-kekhawatiran tersebut, disertai dengan berbagai obat-obatan dan banyaknya perubahan yang terjadi pada diri Anda, bisa menyebabkan stress emosional sehingga mempersulit ibu hamil untuk mendapatkan kualitas tidur yang baik. Menurut Tiran, 2014 di bawah ini adalah beberapa penyebab insomnia yang paling umum pada ibu hamil:

a) Perubahan hormonal

Peningkatan kadar progesteron mengganggu pola tidur Anda pada saat hamil. Hal ini terjadi terutama di trimester pertama dan ketiga. Progesteron adalah "obat penenang alami" dan seorang ibu hamil dapat dengan mudah tertidur di siang hari setelah beraktivitas, sehingga ia akan kesulitan untuk tidur di malam hari.

b) Keseringan buang air kecil

Saat hamil, Anda akan sering buang air kecil dan itu adalah salah satu penyebab sulit tidur di malam hari. Dorongan untuk selalu buang air kecil pada malam hari adalah salah satu masalah terbesar yang dihadapi oleh semua ibu hamil. Dorongan untuk buang air kecil terutama terjadi karena pembesaran rahim yang menekan kandung kemih.

3) Cara mengatasi sulit tidur malam pada ibu hamil (Tiran, 2014)

Dengan melakukan beberapa perubahan kebiasaan, Anda bisa mengatasi dan meminimalisir efek insomnia pada saat hamil :

a) Posisi tidur menyamping

Ibu hamil seringkali kurang tidur dengan nyenyak karena ukuran perut yang membesar plus nyeri pada punggung yang dirasakannya. Posisi terbaik untuk tidur pada saat hamil adalah menyamping. Tidur dengan posisi menyamping bisa mengurangi nyeri punggung. Dianjurkan untuk tidur di sisi kiri untuk meningkatkan pasokan nutrisi dan darah ke plasenta Anda.

b) Asupan nutrisi

Hindari minuman berkarbonasi (soda dan cola), makanan pedas, gorengan, bumbu berlebihan, alkohol, dan makanan asam. Hindari semuanya. Jauhi cokelat dan kafein, terutama setelah tengah hari karena bisa membuat Anda terjaga pada malam hari. Makanlah porsi kecil dengan sering dan hindari makan besar satu kali. Kunyahlah makanan Anda dengan sempurna.

Makanan yang tinggi kandungan karbohidratnya seperti biskuit, roti atau segelas susu hangat dapat membantu Anda untuk tidur dengan baik. Selain itu, snack berprotein tinggi dapat membantu mencegah gangguan tidur dan sakit kepala.

c) Olahraga

Setidaknya lakukanlah olahraga selama 30 menit setiap hari. Tak harus olahraga berat, Anda bisa mencoba yoga, jalan kaki, atau pilates. Olahraga dan relaksasi setiap hari bisa mempermudah tidur Anda di malam hari.

d) Suhu ruangan

Periksa suhu di kamar tidur Anda. Pastikan kamar Anda tidak terlalu dingin dan tidak terlalu panas..

e) Hilangkan kekhawatiran

Jika Anda khawatir tentang sesuatu, hilangkan dari pikiran Anda secepatnya. Bicarakan semua kekhawatiran Anda dengan orang yang Anda cintai dan tingkatkan kualitas ibadah Anda agar Anda merasa lebih tenang. Semua itu bisa membantu Anda untuk bisa tidur malam dengan baik.

Sebagian besar ibu hamil mengalami insomnia pada fase tertentu di usia kehamilannya. Jika Anda telah mempraktekkan langkah-langkah di atas namun Anda masih sulit tidur nyenyak di malam hari, sebaiknya temui dokter Anda.

Jika ternyata Anda sangat stress, atau sedang menghadapi masalah hubungan atau emosional berat, mungkin yang Anda butuhkan adalah konseling.

B. KONSEP DASAR PERSALINAN

1. Pengertian persalinan

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 (Wiknjosastro, 2013)

Beberapa istilah yang berkaitan dengan usia kehamilan dan berat janin yang dilahirkan adalah sebagai berikut.

- a. Abortus, terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, usia kehamilan sebelum 28 minggu.
- b. Persalinan prematuritas, UK 28-36 minggu, berat janin < 1000 gram.
- c. Persalinan aterm, UK 37-42 minggu, berat janin > 2500 gram.

- d. Persalinan serotinus, melampaui usia kehamilan 42 minggu.
 - e. Persalinan presipitatus, berlangsung cepat kurang dari 3 jam
2. Tanda Persalinan (Sumarah, 2012)
- a. 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.
 - b. Pengeluaran lendir dan darah. Terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena pembuluh darah pecah.
 - c. Pengeluaran cairan.
3. Tahap Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu :

- a. Kala I (Pembukaan) (Wiknjosastro, 2013)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement) kala dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar ± 8 jam. Berdasarkan kurva friedman pembukaan primi 1cm/jam, sedangkan pada multi 2cm/jam (Wiknjosastro, 2013). Kala pembukan dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- 1) Fase Laten : pembukaan serviks, sampai ukuryan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- 2) Fase Aktif : berlangsung \pm 6 jam, di bagi atas 3 sub fase yaitu :
 - a) Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4cm
 - b) Periode dilatsi maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm
 - c) Periode deselerasi berlangsung lambat, selama 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

b. Kala II (kala pengeluaran janin) (Widyastuti, 2014)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi. Gejala dan tanda kala II persalinan :

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

Pada kala ini his terkoordinir cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali kepala janin telah masuk keruangan panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengedan karena, tekanan pada rectum, ibu ingin seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka.

Pada saat his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, dahi, hidung mulut dan muka serta seluruhnya, diikuti oleh putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala dengan punggung. Setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 2 jam dan multigravida 1 jam (Widyastuti, 2014).

c. Kala III (kala uri) (Widyastuti, 2014)

Kala III adalah waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Widyastuti, 2014).

1) Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu:

- a) Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah mendadak dan singkat

2) Manajemen aktif kala III, yaitu:

- a) Pemberian suntikan oksitosin
- b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
- c) Massase fundus uteri

d. Kala IV(kala observasi) (widyastuti, 2014)

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Asuhan dan pemantauan kala IV (widyastuti, 2014).

- 1) Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
 - 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan
 - 3) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan
 - 4) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy) perineum
 - 5) Evaluasi keadaan umum ibu
 - 6) Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan.
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan (Sumarah. dkk, 2012)

Peran dari penolong adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Penanganan yang terbaik dapat berupa observasi yang cermat, dan 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 (Sumarah. dkk, 2012).

a. Passage

Passage atau jalan lahir terdiri dari bagian keras (tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan, dan ligament). Tulang-tulang panggul meliputi 2 tulang pangkal paha, 1 tulang kelangkang, dan 1 tulang tungging.

b. Power (His dan Tenaga ibu)

Kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu sangat penting dalam proses persalinan.

c. 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.

d. Psikologi ibu

Menurut Saifuddin (2012), keadaan psikologis yaitu keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan.

e. Penolong

Menurut Saifuddin (2012), 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.

5. Aspek 5 Benang Merah (Sumarah, dkk, 2012)

Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yang harus diperhatikan oleh bidan adalah asuhan sayang ibu, pencegahan infeksi, pengambilan keputusan klinik, pencatatan dan rujukan.

a. Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu sangat membantu ibu dan keluarganya untuk merasa aman dan nyaman selama dalam proses persalinan.

- b. Pencegahan Infeksi
- c. Membuat Keputusan Klinik
- d. Pencatatan (dokumentasi)
- e. Rujukan

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

- 1) Bidan
 - 2) Alat
 - 3) Keluarga
 - 4) Surat
 - 5) Obat
 - 6) Kendaraan
 - 7) Uang
 - 8) Doa dan darah
6. Kebutuhan Ibu Bersalin (Sumarah, dkk, 2012)
- a. Kala I
 - 1) Pemenuhan kebutuhan fisiologis selama persalinan
 - 2) Pemenuhan kebutuhan rasa aman
 - 3) Pemenuhan kebutuhan dicintai dan mencintai
 - 4) Pemenuhan kebutuhan harga diri
 - 5) Pemenuhan kebutuhan aktualisasi
 - b. Kala II
 - 1) Kehadiran pendamping secara terus-menerus

2) Mengurangi rasa sakit

Manajemen nyeri persalinaan dengan mendukung persalinaan, mengatur posisi,relaksasi, latihan nafas, istirahat, menjaga privasi, memberikan KIE tentang proses atau kemajuan persalinaan.

c. Kala III

1) Ketertarikan ibu pada bayi

Ibu mengamati bayinya, menanyakan apa jenis kelaminnya, jumlah jari-jari dan mulai menyentuh bayi.

2) Perhatian pada dirinya

Bidan perlu menjelaskan kondisi ibu, perlu penjahitan atau tidak, bimbingan tentang kelanjutan tindakan dan perawatan ibu.

3) Tertarik placenta

Bidan menjelaskan kondisi placenta, lahir lengkap atau tidak.

d. Kala IV

1) Evaluasi kontraksi uterus

2) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genetalia lainnya

3) Plasenta dan selaput ketuban harus lahir lengkap

4) Kandung kencing harus kosong

5) Luka-luka pada perineum harus terawat baik dan tidak ada terjadi hematoma

6) Ibu dan bayi dalam keadaan baik

7. Pola Fungsional Kesehatan pada Ibu Bersalin

Tabel 2.6 Pola Fungsional Kesehatan Persalinan

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

(Sumber: Varney, 2010)

8. Mekanisme Persalinan (Sumarah, dkk, 2012)

Dalam mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu :

- a. Penurunan, pada primipara kepala janin turun kerongga panggul atau masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi mulai saat mulainya persalinan. masuknya kepala janin melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus atau asinklitismus, dapat juga dalam keadaan melintang atau serong, dengan fleksi ringan (dengan diameter kepala janin suboksipitofrontalis 11,25 cm) penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala II) oleh ibu. Fiksasi

(engagement) ialah tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.

- b. Sinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada ditengah-tengah jalan lahir atau PAP). Asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau simfisis pubis). Asinklitismus anterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang. Sinklitismus posterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekatai simfisis pubis sehingga os parietal belakang lebih rendah dari pada os parietal depan.
- c. Fleksi terjadi apabila kepala semakin turun kerongga panggul, kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya di hodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm). Menurut hukum koppel, fleksi kepala janin terjadi akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati sub oksiput, maka tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan kepala mengadakan fleksi didalam rongga panggul. Fleksi sangat penting bagi penurunan selama kala dua. Melalui fleksi ini, diameter terkecil dari kepala janin dapat masuk kedalam panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala berada didasar panggul tahanannya akan meningkat sehingga akan terjadi fleksi yang bertambah besar yang sangat diperlukan agar diameter terkecil dapat terus turun.

- d. Putaran paksi dalam, kepala yang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kearah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala melakukan rotasi/putaran paksi dalam, yaitu UUK memutar kearah depan (UUK berada dibawah simfisis).
- e. Ekstensi terjadi sesudah kepala janin berada didasar panggul dan UUK berada dibawah simfisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi/ekstensi untuk dapat dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.
- f. Putaran paksi luar terjadi setelah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi (putaran paksi luar), yaitu gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.
- g. Ekspultasi terjadi setelah kepala lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Menyusul trokhanter depan terlebih dahulu, kemudian trokhanter belakang. Maka lahirnya bayi seluruhnya (ekspulsi).

9. Partograf

a. Pengertian

Partograf adalah suatu alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I (Sumarah, dkk, 2012).

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

b. Tujuan

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

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

c. Komponen Partograf (Ujiningtyas, 2011)

- 1) Catatan janin
- 2) Catatan kemajuan persalinan
- 3) Catatan ibu

d. Pengamatan yang dicatat dalam partograf

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

- 1) Kemajuan persalinan
 - a) Pembukaan serviks

Bidan menilai pembukaan servik dengan melakukan periksa dalam. Periksa dalam dilakukan setiap 4 jam sekali (indikasi waktu). Pemeriksaan dalam yang dilakukan kurang dari 4 jam harus atas indikasi. Bidan harus memeriksa adanya

tanda gejala kala II, ketuban pecah sendiri, atau gawat janin. Penulisan pembukaan serviks di partograf dengan tanda (x) (Sumarah, dkk, 2012).

b) Penurunan bagian terendah

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

c) His

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

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

a) Denyut jantung janin

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

b) Ketuban

Bidan mengidentifikasi pecahnya selaput ketuban dan menilai keadaan air ketuban bila sudah pecah (volume, warna

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

c) Moulase kepala janin

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

- (1) 0 bila tulang-tulang kepala terpisah dan sutura mudah diraba (tidak ada moulase).
- (2) 1 bila tulang-tulang kepala saling menyentuh satu sama lain.
- (3) 2 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
- (4) 3 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih berat, tidak dapat dipisahkan.

3) Memantau kondisi ibu hal yang perlu dikaji:

- a) Tanda-tanda vital, tekanan darah diukur setiap 4 jam, nadi dinilai setiap 30 menit, suhu di ukur setiap 2 jam.
- b) Urine dipantau setiap 2-4 jam untuk volume, protein, dan aseton, serta dicatat dipartograf pada kotak yang sesuai.

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

C. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram. Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin (Muslihatun, 2014).

2. Penanganan Bayi Baru Lahir (Muslihatun, 2014)

a. Pencegahan infeksi

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

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

b. Penilaian bayi baru lahir (Sukarni, 2014)

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

- 1) Bayi cukup bulan atau tidak ?
- 2) Usaha nafas bayi menangis keras ?
- 3) Warna kulit cyanosis atau tidak ?
- 4) Gerakan aktif atau tidak

Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir

Tabel 2.7 Apgar Skor

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

(Sumber : Saifuddin, 2014)

Klasifikasi (Saifuddin, 2014):

- Kondisi baik (apgar skor 7-10)
- Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)

- Asfiksia berat (apgar skor 0-3)

c. Memotong dan merawat tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil maka lakukan pengkleman pada tali pusat. Yang pertama dilakukan adalah mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam klorin 0,5% untuk membersihkan dari darah dan sekret lainnya. Kemudian bilas dengan air DTT, lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering. Kemudian dilakukannya pemotongan tali pusat dengan cara mengkleman tali pusat 3 cm didepan dinding perut bayi dan memotong tali pusat. Dilakukannya perawatan tali pusat dengan cara membungkus tali pusat dengan kassa steril tanpa membubuhkan apapun serta menjaga agar tali pusat selalu kering. Perawatan umbilicus dimulai segera setelah bayi lahir dan tali pusat harus tetap kering. Kemudian selimuti bayi dengan menggunakan kain yang bersih dan kering (Sumarah, dkk, 2014).

c. Mempertahankan suhu

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

1) Mekanisme kehilangan panas

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

- a) Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

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

2) Mencegah Kehilangan Panas

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

3) Kontak dini dengan ibu

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin, kontak dini diantara ibu dan bayi penting untuk (Saifuddin, 2012):

- a) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir
- b) Ikatan batin pemberian ASI

3. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2012)

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

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

Pemeriksaan Umum (Lockhart, 2014) :

- a. Pemeriksaan tanda-tanda vital
 - 1) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)
 - 2) Suhu tubuh (36,5oC-37oC)
 - 3) Pernafasan (40-60 kali per menit)
- b. Pemeriksaan antropometri (Saifuddin, 2014)
 - 1) Berat badan (2500-4000 gram)
 - 2) Panjang badan (44-53 cm)
 - 3) Lingkar kepala (31-36 cm)

- a) Fronto-oksipito (34 cm)
 - b) Bregma-oksipito (32cm)
 - c) Subment-oksipito (35 cm)
- 4) Lingkar dada (30-33 cm)
- 5) Lingkar lengan (>9,5 cm)
- 6) Reflek : Moro (+) , rooting (+), walking (+), graps (+), sucking (+), tonic neck (+).

a) Pemeriksaan fisik

- (1) Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling.
- (2) Keaktifan pada bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan yang simetris pada waktu bangun.
- (3) Simetris pada bayi apakah secara keseluruhan badan seimbang. Kepala: apakah terlihat simetris.
- (4) Muka wajah pada bayi tampak ekspresi, mata: perhatikan kesimetrisan antara mata kanan dan kiri.
- (5) Mulut bayi penampilannya harus simetris.
- (6) Leher, dada, abdomen terlihat adanya cedera akibat persalinan. Perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernafasan bayi, karena bayi masih ada pernafasan mulut.
- (7) Punggung terdapat adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Bahu, tangan, sendi, tungkai, perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktor (bila ekstremitas lunglai/kurang gerak), farices.

(8) Kulit dan kuku dalam keadaan normal kulit bewarna kemerahan, kadang kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan.

(9) Kelancaran menghisap dan pencernaan harus diperhatikan. Tinja dan kemih diharapkan keluar dalam 24 jam pertama.

c. Refleks (Muslihatun, 2014)

(1) Reflek glabela

Respon: mata bayi akan berkedip sebagai respon pada 4-5 ketukan pertama.

(2) Refleks mata boneka, yaitu menolehkan kepala.

Respon: mata bayi akan terbuka lebar.

Tidak ada respon: kelainan pada batang otak.

(3) Refleks blinking (menetap), yaitu memberikan kilatan cahaya atau hembusan udara.

Respon: bayi akan menutup mata kedua matanya.

Tidak ada respon: kelainan pada syaraf di otak.

(4) Refleks rooting (menghilang pada usia 3-4 bulan, ada yang menetap sampai usia 1 tahun), yaitu menyentuh pipi atau ujung mulut.

Respon: bayi akan menolehkan kepala menuju sesuatu yang menyentuh pipi atau ujung mulutnya.

(5) Refleks sucking (menghilang pada usia 3-4 bulan), yaitu menyentuh/memasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit bayi.

Respon: bayi langsung melakukan gerakan menghisap.

(6) Refleksi swallowing (menghilang pada usia 3-4 bulan, dapat menetap sampai 1 tahun), yaitu memberi minum bayi.

Respon: bayi menelan, dan umumnya menyertai reflek menghisap tanpa menyebabkan bayi tersedak, batuk atau muntah.

(7) Refleksi tonic neck (menghilang pada usia 2-3 bulan), yaitu bayi dilentangkan, menarik bayi ke arah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya.

Respon: bayi berusaha mempertahankan leher untuk tetap tegak.

(8) Refleksi morro (menghilang usia 3-6 bulan), yaitu bayi dilentangkan, buat suara atau hentakan dengan tiba-tiba pada permukaan tersebut.

Respon: bayi terkejut lalu melengkungkan punggung, menangkupkan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan.

(9) Refleksi palmar grasping (melemah usia 3-4 bulan, menghilang usia 1 tahun), yaitu menyentuh telapak tangan bayi atau menempatkan jari pemeriksa pada telapak tangan.

Respon: jari-jari bayi menggenggam jari pemeriksa.

(10) Refleksi walking (menghilang usia 3-4 bulan), yaitu tubuh bayi diangkat dan diposisikan berdiri di atas permukaan lantai, telapak kaki menapak lantai.

Respon: kaki bayi menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuh bayi condong ke depan.

- (11) Refleks babinski (menghilang usia 1 tahun), yaitu menyentuh telapak kaki bayi.

Respon: jari-jari kaki akan menyebar/membuka.

- (12) Refleks plantar (berkurang usia 8 bulan, menghilang usia 1 tahun), yaitu menyentuh pangkal jari kaki bayi.

Respon: jari-jari kaki bayi berkerut rapat.

- d. Berikan vitamin K 1 mg IM dipaha kiri anterolateral dan setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.
- e. Pola pemenuhan kebutuhan pada BBL

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	Pada hari – hari pertama kelahiran bayi, apabila pengisapan puting susu cukup adekuat maka akan dihasilkan secara bertahap 10 – 100 ml ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10 – 14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700 – 800 ml ASI per hari (kisaran 600 – 1000 ml) untuk tumbuh kembang bayi (JNPK-KR, 2008).
Pola Eliminasi	Minggu pertama; BBL normal akan berkemih hingga tigapuluh kali sehari (Paula Kelly, M. D, 2012). BAK: 24 jam pertama 15-60 ml dengan frekuensi lebih dari 20 x
Pola eliminasi	BAB: turun 5-13% pada hari ke 4-5
Pola Istirahat	Status sadar mungkin 2-3 jam beberapa hari pertama. Bayi tampak semi-koma saat tidur dalam; meringis atau tersenyum adalah bukti tidur dengan gerakan mata cepat (REM); tidur sehari rata-rata 20 jam (Doenges, 2012).
Pola Personal Hygiene	BBL perlu mandi setiap hari. Kepala dan popok BBL perlu di bersihkan/diganti setiap

	kali area tersebut kotor dan perawatan tali pusat yang sesuai dapat mencegah infeksi neonatorum (Varney, 2010).
Pola Aktivitas	BBL banyak tidur (Doenges, 2012).

Tabel 2.8 pola fungsional BBL Normal

4. Pemantauan bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2014), tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

a. 2 jam pertama sesudah kelahiran

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

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

b. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti:

- 1) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau kurang bulan
- 2) Gangguan pernafasan
- 3) Hipotermi
- 4) Infeksi
- 5) Cacat bawaan atau trauma lahir

5. Inisiasi menyusui dini

Untuk mempererat ikatan batin antara ibu- anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi itu dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan memang baik bagi bayi. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Percayakah anda, satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting sang bunda. Perilaku bayi tersebut dikenal dengan istilah Inisiasi Menyusui Dini (IMD) (Sumarah, dkk, 2012).

6. Tanda bahaya pada bayi baru lahir (Pinem, 2012)

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

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

D. KONSEP DASAR MASA NIFAS

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan jalan lahir dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, 2014).

2. Tahapan Dalam Masa Nifas (Suherni, dkk, 2014):

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

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat bias berminggu-minggu, bulan atau tahun. Dalam agama islam telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari. Kebijakan Program Pemerintah Dalam Asuhan Masa Nifas Paling sedikit melakukan 4 kali kunjungan nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan antara lain 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, dan 6 minggu setelah persalinan (Manuaba, dkk, 2015).

3. Perubahan fisiologis ibu nifas

a. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Involusi uterus

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut (Sukarni, 2013):

(1) Iskemia miometrium

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

(2) Autolysis

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

(3) Efek Oksitosin

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

Tabel 2.9 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Waktu	TFU	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Akhir minggu ke-1	½ pusat symphisis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

b) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organism berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warna diantaranya (Sukarni, 2013):

(1) Lochea Rubra/merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari deciduas dan chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.

(2) Lochea Sangiolenta

Lochea ini muncul pada hari ke 3-7 hari berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

(3) Lochea Serosa

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

(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.

(5) Loche Purulenta

Lochea yang muncul karena terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup (Sukarni, 2013).

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil, dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia

menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Sukarni, 2013).

2) Perubahan sistem pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang (Saifuddin,2014).

3) Perubahan sistem perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan. Buang air kecil sulit kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo minggu (Saifuddin, 2014).

4) Perubahan endokrin

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

4. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Suherni, dkk (2013), frekuensi kunjungan, waktu kunjungan dan tujuan kunjungan masa nifas yaitu:

a. Kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah post partum

Tujuan :

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan
- 3) Memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
- 4) Mobilisasi dini
- 5) Pemberian ASI awal
- 6) Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi
- 7) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

b. Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum

Tujuan :

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal
- 2) Evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas
- 3) Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit
- 4) Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat

- 5) Memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi
 - c. Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum
Tujuan : sama dengan kunjungan hari ke 6
 - d. Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum
 - 1) Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
 - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini
5. Kebutuhan Dasar Masa Nifas (Suherni, dkk, 2013):
- a. Nutrisi dan cairan

Pada mereka yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan perempuan boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil.
 - b. Ambulasi

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

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur, karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim,

yang dapat menyebabkan perdarahan dari rahim. Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya.

d. Defekasi

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

e. Menjaga kebersihan diri

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

f. Kebersihan genetalia

Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomi, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetalianya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Pada persalinan yang terdapat jahitan, jangan khawatir untuk membersihkan vulva, justru vulva yang tidak dibersihkan dapat menyebabkan infeksi. Bersihkan vulva setiap buang air besar, buang air kecil dan mandi.

g. Pakaian

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

h. Kebersihan kulit

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

i. Istirahat

Untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga yang lain jika ibu merasa lelah.

j. Seksual

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

k. Rencana kontrasepsi

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

l. Senam nifas

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

mempercepat pemulihan keadaan ibu. Gerakan senam nifas (Suherni, dkk, 2013)

m. Perawatan payudara

Anjurkan ibu untuk membersihkan puting susunya sebelum menyusukan bayinya, lakukan perawatan payudara rutin agar tidak terjadi pembengkakan akibat bendungan ASI.

n. Proses Laktasi Dan Menyusui

Factor utama yang mempengaruhi pertumbuhan otak anak adalah nutrisi yang diterima saat pertumbuhan otak cepat. Dalam hal ini pemberian nutrisi terhadap bayi dapat melalui proses menyusui Air susu Ibu (ASI). Terdapat 2 refleks yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu, yaitu reflek prolaktin dan reflek let down. Sedang pada mekanisme menyusui, bayi mempunyai 3 reflek intrinsic yang dibutuhkan dalam keberhasilan menyusui yaitu reflek mencari (rootingrefleks), reflek menghisap dan reflek menelan. Tanda-tanda bahwa bayi telah berada pada posisi yang baik pada payudara(JNPK-KR,2008):

- 1) Seluruh tubuhnya berdekatan dan terarah pada ibu
- 2) Mulut dan dagunya berdekatan dengan payudara
- 3) Areola tidak akan bisa terlihat dengan jelas
- 4) Kita dapat melihat bayi melakukan isapan yang lamban dan dalam saat menelan ASInya.
- 5) Bayi terlihat tenang dan senang
- 6) Ibu tidak merasakan adanya nyeri pada puting susu.

o. Pola Pemenuhan Kebutuhan pada Ibu Nifas

Tabel 2.10 Pola Fungsional Nifas

Pola	Keterangan
Nutrisi	Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan
Eliminasi	Diuresis terjadi berhubungan dengan pengurangan volume darah, hal ini berlangsung sampai 2-3 hari post partum. Setelah plasenta lahir estrogen menurun sehingga tonus otot seluruhnya berangsur pulih kembali, tapi konstipasi mungkingterjadi dan mengganggu hari pertama post partum
Istirahat	Karena lelah sehabis bersalin ibu harus beristirahat, tidur terlentang selama 2 jam postpartum kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli
Aktivitas	Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi
Personal Hygiene	Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga
Seksualitas	Dinding vagina kembali pada keadaan sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

(Sumber: Dewi dkk, 2011)

6. ASI Eksklusif

a. 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, 2012)

E. KONSEP DASAR NEONATUS

1. Pengertian

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

2. Periode Neonatal

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

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

1. Pertumbuhan dan Perkembangan Neonatus (Varney, 2012)

Neonatus adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Selain itu, neonatus adalah individu yang sedang bertumbuh, pertumbuhan dan perkembangan neonatal meliputi :

a. Sistem pernafasan

Pernafasan pertama pada neonatal terjadi normal dalam waktu 0 menit setelah kelahiran, pernafasan bayi dihitung dari gerakan diafragma atau gerakan abdominal. Pernafasan tersebut dihitung dalam waktu satu menit, yakni pada bayi baru lahir 35 kali per menit (Kristiyanasari, 2014).

b. Jantung dan Sistem Sirkulasi

Frekuensi denyut jantung dapat dihitung dengan cara meraba arteri temporalis atau karotis, dapat juga secara langsung didengarkan di daerah jantung dengan menggunakan stetoskop binokuler. Frekuensi denyut jantung neonatal normal berkisar antara 100-180 kali/menit waktu bangun, 80-160 kali/menit saat tidur (Kristiyanasari, 2014).

c. Saluran pencernaan

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatal relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa, pada masa neonatal saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (zat berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja transisional pada hari ketiga dan keempat yang berwarna coklat kehijauan. (Saifuddin, 2014)

d. Hepar

Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna. Enzim hepar belum aktif benar pada neonatal, yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatal memperlihatkan gejala ikterus fisiologis.

e. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh neonatal mengandung relative lebih banyak air dan kadar natrium relative lebih besar daripada kalium. Pada neonatal fungsi ginjal belum sempurna.

f. Metabolisme

Neonatus harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Setelah mendapat susu, sekitar hari keenam Suhu tubuh neonatal berkisar antara $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C . pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada aksilla atau pada rectal.

g. Suhu Tubuh

Mekanisme yang dapat menyebabkan kehilangan panas antara lain :

- 1) Konduksi, pemindahan panas dari tubuh bayi dihantarkan ke benda sekitar yang suhu lebih rendah melalui kontak langsung.
- 2) Konveksi, panas yang hilang dari tubuh bayi ke udara sekitar yang sedang bergerak.
- 3) Radiasi, panas yang dipancarkan dari bayi ke lingkungan yang lebih.
- 4) Evaporasi, panas yang hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara.

2. Kunjungan Neonatal

a. Pengertian

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

b. Periode Neonatal (Wahyuni, 2014)

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

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

Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan. Selama periode neonatal bayi mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang amat menakjubkan. Pada saat kelahiran, banyak perubahan dramatik yang terjadi di dalam tubuh bayi karena berubah dari ketergantungan menjadi tidak tergantung pada ibu. Dari sudut pandangan ibu, proses kelahiran merupakan pengalaman traumatik.

c. Kunjungan neonatal (Muslihatun, 2012)

Kunjungan neonatus terbagi dalam dua kategori antara lain :

- 1) Kunjungan Neonatus ke satu (KN 1)

Kunjungan neonatus yang ke satu (KN 1) dilakukan dengan kurun waktu 6-48 jam setelah lahir

- 2) Kunjungan Neonatus yang kedua (KN 2)

Kunjungan neonatus yang kedua (KN 2) dilakukan dengan kurun waktu hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah lahir

- 3) Kunjungan Neonatus yang ketiga (KN 3)

Kunjungan neonatus yang ketiga (KN 3) dilakukan dengan kurun waktu hari ke 8 sampai hari ke 28 setelah lahir .

Tabel 2.11 Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Penatalaksanaan
Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi 2. Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5 Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup 3. Pemeriksaan fisik bayi 4. Dilakukan pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan c. Telinga : Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala d. Mata :. Tanda-tanda infeksi e. Hidung dan mulut : Bibir dan langit-langit Periksa adanya sumbing Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu f. Leher : Pembekakan, Gumpalan g. Dada : Bentuk, Puting, Bunyi nafas,, Bunyi jantung h. Bahu lengan dan tangan : Gerakan Normal, Jumlah Jari i. System syaraf : Adanya reflek moro j. Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ? tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan k. Kelamin laki-laki : Testis berada dalam skrotum, Penis berlubang pada letak ujung lubang l. Kelamin perempuan : Vagina berlubang, Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor m. Tungkai dan kaki : Gerak normal, Tampak normal, Jumlah jari n. Punggung dan Anus: Pembekakan atau cekungan, Ada anus atau lubang o. Kulit : Verniks, Warna, Pembekakan atau bercak hitam, Tanda-Tanda lahir 5. Konseling : Jaga kehangatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya <ol style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu : Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan

Kunjungan	Penatalaksanaan
	<p>bernafas yaitu pernafasan cepat > 60 x/m atau menggunakan otot tambahan, Letargi –bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan,Warna kulit abnormal – kulit biru (sianosis) atau kuning, Suhu-terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermi), Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, Gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan</p> <p>b. Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat ,Jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar</p> <p>Gunakan tempat yang hangat dan bersih</p> <p>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan</p> <p>6. Memberikan Imunisasi HB-0</p>
<p>Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Telinga : dilihat adanya pengeluaran secret abnormal b. Mata :. Tanda-tanda infeksi c. Hidung : dilihat adanya pengeluaran secret abnormal d. mulut : dilihat mukosa mulut, Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu d. Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ?, benjolan 8. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 9. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
<p>Kunjungan Neonatal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan fisik

Kunjungan	Penatalaksanaan
ke-3 (KN-3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.	<ol style="list-style-type: none"> a. Telinga : dilihat adanya pengeluaran secret abnormal b. Mata :. Tanda-tanda infeksi c. Hidung : dilihat adanya pengeluaran secret abnormal d. mulut : dilihat mukosa mulut, Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu e. Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ?, benjolan <ol style="list-style-type: none"> 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya Bayi baru lahir 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan. 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG 9. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

(Sumber : Depkes RI,2015)

3. Perubahan Berat Badan pada Neonatus (Suradi, 2014)

Berat badan merupakan gambaran status nutrisi secara umum. Neonatus yang baru lahir akan ditimbang dalam beberapa menit setelah kelahiran. Hasil dari pengukuran berat badan ini yang menjadi dasar untuk memantau perubahan berat badan selama masa neonatus. Perubahan berat badan selama masa neonatus terjadi akibat perpindahan cairan dari intraseluler menuju ekstraseluler. Peningkatan cairan ekstraseluler pada neonatus menyebabkan diuresis garam dan air dalam 48-72 jam pertama. Pengeluaran cairan ekstraseluler yang berlebihan mengakibatkan penurunan berat badan fisiologis pada minggu pertama kehidupan. Kehilangan cairan

pada neonatus harus diimbangi dengan pemberian nutrisi yang mencukupi untuk mencegah kondisi dehidrasi ataupun kekurangan kalori.

Penurunan berat badan fisiologis neonatus pada minggu pertama kehidupan sebesar 5 - 10% dibawah berat badan lahirnya. Berat badan bayi harus bertambah lagi atau melebihi berat badan lahirnya pada saat berumur 2 minggu dan harus bertambah ± 30 gr/hari selama bulan pertama.

F. KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA

1. Pengertian

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan (Saifuddin, 2013).

a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus. AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena adanya perubahan pada tuba dan cairan uterus. Hal ini dikarenakan adanya AKDR yang dianggap sebagai benda asing sehingga menyebabkan peningkatan leukosit, tembaga yang dililitkan pada AKDR juga bersifat toksik terhadap sperma dan ovum. Efektivitas AKDR dalam mencegah kehamilan mencapai 98-100% bergantung pada jenis AKDR.

AKDR atau IUD (*Intra Uterine Device*) bagi banyak kaum wanita merupakan alat kontrasepsi yang terbaik, alat ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil dan untuk kunjungan awal pasca pemasangan AKDR 1 bulan ke depan (SPO RSKD, 2013).

Bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar air susu ibu (ASI). Namun, ada wanita yang ternyata belum dapat menggunakan sarana kontrasepsi ini. Karena itu, setiap calon pemakai AKDR perlu memperoleh informasi yang lengkap tentang seluk-beluk alat kontrasepsi ini (Saifuddin, 2013).

Pada saat ini waktu pemasangan AKDR yang paling sering dilakukan adalah IUD post plasenta, terutama di ruang bougenville RSKD Balikpapan. IUD post plasenta yaitu IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta pada persalinan pervaginam (EngenderHealth, 2012). IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD post plasenta, umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga (*Coper T*) yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur.

Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan.

- Keuntungan dari AKDR adalah segera efektif yaitu setelah 24 jam pemasangan, reversibel, metode jangka panjang, tidak mengganggu produksi ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan ataupun pasca abortus.

- Kerugian dari AKDR adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi panggul, perforasi uterus, usus dan kandung kemih, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, prosedur medis diperlukan sebelum pemasangan, adanya perdarahan bercak selama 1-2 hari pasca pemasangan, klien tidak bisa memasang ataupun melepas sendiri.
- Kontraindikasi mutlak dari AKDR adalah kehamilan, perdarahan per vaginam yang belum terdiagnosis, perempuan yang sedang mengalami infeksi alat genital, kelainan pada panggul dan uterus, dan alergi terhadap komponen AKDR, misalnya tembaga.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian atau ada yang menyebut “model penelitian” adalah rencana atau struktur dan strategi penelitian yang disusun demikian rupa agar dapat memperoleh jawaban mengenai permasalahan penelitian dan juga untuk mengontrol varians (Machfoedz. 2011). Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus, Studi kasus adalah suatu metode untuk menyelidiki atau mempelajari suatu kejadian mengenai individu (Walgito, 2010) yang diuraikan secara deskriptif, penelitian deskriptif menurut (Arikunto, 2010) yaitu penelitian ini secara langsung pada objek penelitian untuk mendapatkan data yang diperlukan dengan mengadakan penelitian dilapangan (field research) dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode.

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

B. Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Ny. L di Jl. Penggalang RT. 30 No. 48 Kelurahan Damai Bahagia dan dilaksanakan mulai bulan April - Mei 2017

C. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda ataupun lembaga (Amirin, 2012). Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G₂P₁₀₀₁ dengan usia kehamilan 34 minggu 3 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Pengumpulan dan Analisis Data

1. Pengumpulan data

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

a. Data Subjektif

1) Observasi

Metode observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu (Kriyantono, 2013).

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

dari kehamilan, persalinan, Nifas, bayi baru lahir, neonatus, dan kontrasepsi.

2) Wawancara

Menurut Berger dalam Kriyantono (2013) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informasi seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang suatu subjek .

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

3) Pemeriksaan Fisik

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

b. Data Objektif

1) Studi Dokumentasi

Peneliti menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul Laporan Tugas Akhir ini seperti : catatan medis klien yang berupa buku KIA, literature dan lain sebagainya.

2. Analisis Data

Menurut Sugiyono (2013) analisis deskriptif adalah statistic yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

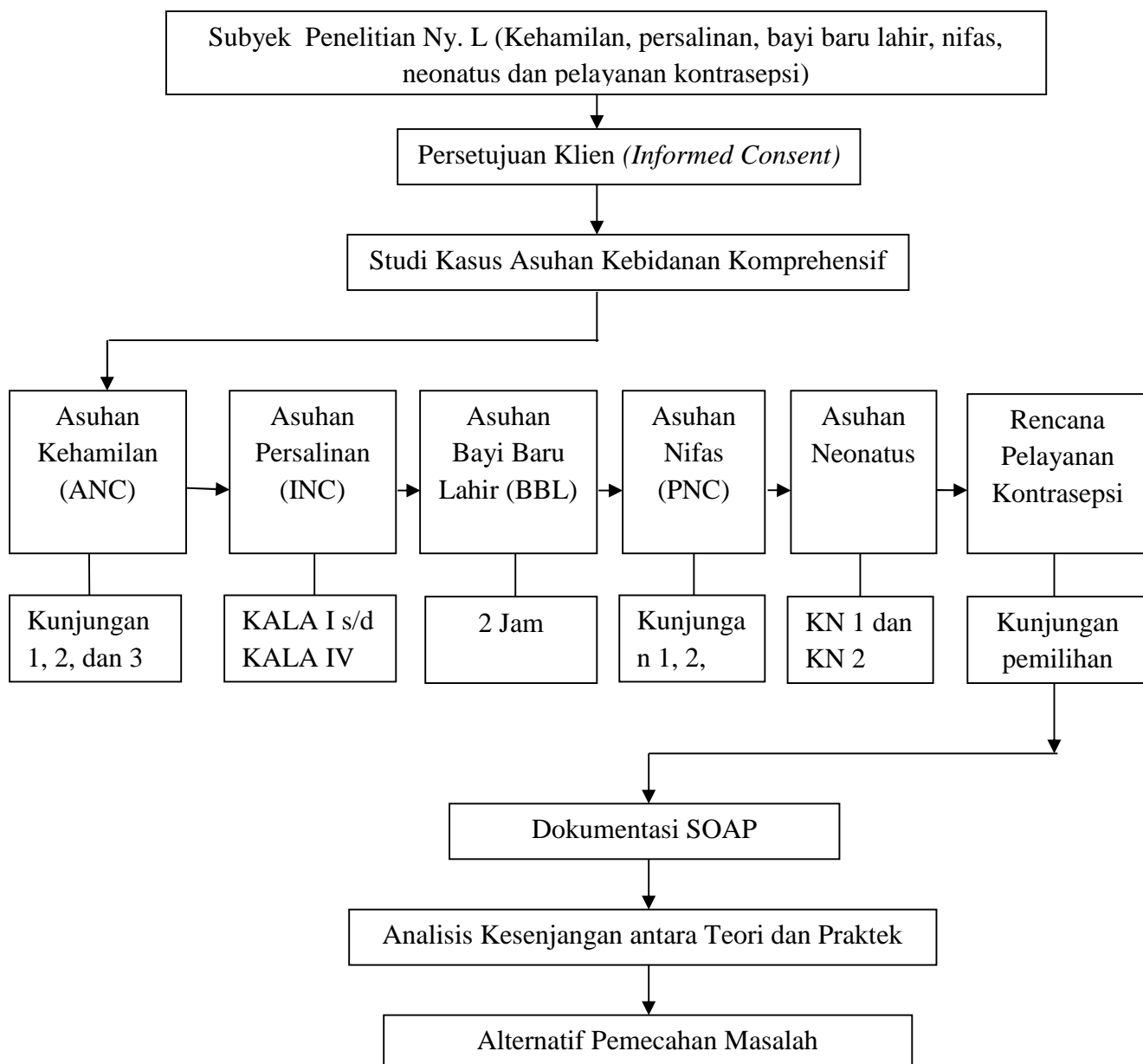
Analisis data yang digunakan pada penelitian ini mengubah data hasil penelitian menjadi sumber informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan adalah menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen Penelitian adalah alat yang digunakan untuk merekam pada umumnya secara kuantitatif. (Suyabrata, 2012). Dalam studi kasus ini penulis menggunakan berbagai instrument diantaranya : check-list, pedoman wawancara (lembar anamnesa), manajemen kebidanan, dan alat ANC, INC, PNC, dan Pemeriksaan BBL

F. Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012).



Gambar 3. 1 Kerangka Kerja Penelitian

G. Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untuk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden. Menurut Hidayat (2010) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah-langkah :

1. Respect for persons

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

2. Beneficence dan non maleficence

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

3. *Justice*

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

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

Tanggal : 05 April 2017
Jam : 17.30 WITA
Oleh : Tiara Restiana

1. Langkah I (Pengkajian)

a. Data Subjek

1) Identitas

Nama klien	: Ny. L	Nama suami	: Tn. A
Umur	: 26 tahun	Umur	: 33 tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: D-II
Pekerjaan	: Wirausaha	Pekerjaan	: Wirausaha
Alamat	: Jl. Penggalang RT.30 No.48		

2) Keluhan utama : Ibu mengatakan agak sedikit pusing

3) Riwayat obstetri dan ginekologi

a. Riwayat menstruasi

1. HPHT : 06 Agustus 2016
2. TP : 13 Mei 2017
3. Usia Kehamilan : 34 minggu 3 hari

4. Menarche : 14 tahun
5. Siklus : 28 hari
6. Lamanya : \pm 7 hari
7. Banyaknya : \pm 3 kali ganti pembalut
8. Konsistensi : Cair
9. Siklus : Teratur
10. Dismenorrhea : Tidak Ada
11. Keluhan lain : Tidak Ada
12. Flour albus
 - a) Banyaknya : Sedikit
 - b) Warna : Putih Bening
 - c) Bau/gatal : Tidak Ada

b. Tanda – tanda kehamilan

1. Test kehamilan: PP TEST
2. Tanggal : 12 September 2016
3. Hasil : Positif (+)
4. Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu:
Usia kehamilan 4 bulan
5. Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : >10 kali

4) Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

1. Mioma uteri : Tidak Ada
2. Kista : Tidak Ada
3. Molahidatidosa : Tidak Ada
4. PID : Tidak Ada
5. Endometriosis : Tidak Ada

6. KET : Tidak Ada
7. Hydramnion : Tidak Ada
8. Gemelli : Tidak Ada
9. Lain – lain : Tidak Ada

5) Riwayat imunisasi

Imunisasi Catin : ya Tempat: PKM diJawa Tanggal : 23 September 2011

Imunisasi TT I : ya Tempat : PKM Damai Tanggal : Lupa

Imunisasi TT II : ya Tempat : PKM Damai Tanggal : Lupa

6) Riwayat kesehatan

a. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

1. Penyakit jantung : Tidak Ada
2. Hipertensi : Tidak Ada
3. Hepar : Tidak Ada
4. DM : Tidak Ada
5. Anemia : Tidak Ada
6. PSM/HIV/AIDS : Tidak Ada
7. Campak : Tidak Ada
8. Malaria : Tidak Ada
9. TBC : Tidak Ada
10. Gangguan mental : Tidak Ada
11. Operasi : Tidak Ada
12. Hemorrhoid : Tidak Ada
13. Lain-lain : Tidak Ada

b. Alergi

- 1) Makanan : Tidak ada

2) Obat – obatan : Tidak ada

c. Keluhan selama hamil

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

d. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgllahir	Tmptl ahir	Masage stasi	Penyu lit	Jenis	Plng	Pnylt	Jenis	BB	PB	Keada an
1	06/08/2012	BPM	Aterm	Tidak ada	Spt	Bidan	Tidak ada	Perempuan	2700 gr	47 cm	Hidup
2	Hamilini										

e. Riwayat menyusui

Anak I : ASI Lamanya : 2 Tahun Alasan : -

Anak II : Hamil ini Lamanya : - Alasan :-

f. Riwayat KB

Pernah ikut KB : Pernah

Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan : Spiral

Lama pemakaian : 2 tahun

Keluhan selama pemakaian : Haid Tidak Teratur

Tempat pelayanan KB : BPM

Alasan ganti metode : Tidak Ada

Ikut KB atas motivasi : Sendiri

g. Kebiasaan sehari – hari

Merokok sebelum / selama hamil : Tidak

Obat – obatan /jamu, sebelum / selama hamil : Ibu
mengkonsumsi vitamin dari dokter

Alkohol : Tidak

h. Makan / diet

Jenis makanan : Nasi, lauk pauk, sayuran, buah-buahan, dan
air putih

Frekuensi : 2-3 kali/ hari

Porsi : Sedang (1 cetong nasi, 1 lauk, 1 mangkuk
sayur, buah dan air putih/susu)

Pantangan : Tidak Ada

i. Defekasi / miksi

1. BAB

a) Frekuensi : 1x/hari

b) Konsistensi : Padat

c) Warna : Kuning

d) Keluhan : Tidak Ada

2. BAK

a) Frekuensi : >6 x/hari

b) Konsistensi : Cair

c) Warna : Kuning Jernih

d) Keluhan : Tidak Ada

j. Pola istirahat dan tidur

1. Siang : $\pm 1 \frac{1}{2}$ jam

2. Malam : ± 7 jam

k. Pola aktivitas sehari – hari

1. Di dalam rumah : Ibu melakukan pekerjaan rumah tangga

2. Di luar rumah : Kadang Ibu menjaga warung makan miliknya

l. Pola seksualitas

1. Frekuensi : 1x per 2 minggu

2. Keluhan : Tidak Ada

m. Riwayat Psikososial

1) Pernikahan

a) Status : Menikah

b) Yang ke : 1

c) Lamanya : 6 Tahun

d) Usia pertama kali menikah : 21 Tahun

2) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan: ibu mengerti tentang kehamilan

- 3) Respon ibu terhadap kehamilan : Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya
 - 4) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : Ibu menerima apa saja jenis kelamin anaknya.
 - 5) Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak : Senang, keluarga mengatakan laki – laki dan perempuan sama saja yang terpenting sehat
 - 6) Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak Ada
 - 7) Pantangan selama kehamilan : Tidak Ada
 - 8) Persiapan persalinan
 - a) Rencana tempat bersalin: BPM Nillawati
 - b) Persiapan ibu dan bayi : Ibu sudah menyiapkan dana dan kebutuhan perlengkapan untuk persalinan.
- n. Riwayat kesehatan keluarga
- | | |
|------------------|-------------|
| Penyakit jantung | : Tidak Ada |
| Hipertensi | : Tidak Ada |
| Hepar | : Tidak Ada |
| DM | : Tidak Ada |
| Anemia | : Tidak Ada |
| PSM / HIV / AIDS | : Tidak Ada |
| Campak | : Tidak Ada |
| Malaria | : Tidak Ada |
| TBC | : Tidak Ada |

Gangguan mental	: Tidak Ada
Operasi	: Tidak Ada
Bayi lahir kembar	: Tidak Ada
Lain-lain	: Tidak Ada

o. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : Baik

Berat badan

a) Sebelum hamil : 54 kg

b) Saat hamil : 71 kg

c) Penurunan : Tidak Ada

2) Tinggi badan : 157 cm

3) Lila : 26 cm

4) Kesadaran : Compos Mentis

5) Ekspresi wajah : Senang

6) Keadaan emosional: Stabil

7) Tanda – tanda vital

a) Tekanan darah : 110/70 mmHg

b) Nadi : 82 x/menit

c) Suhu : 36°C

d) Pernapasan : 21 x/menit

8) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

1. Kepala

a. Kulit kepala : Bersih

b. Kontruksi rambut : Kuat

c. Distribusi rambut : Merata

d. Lain – lain : Tidak Ada

2. Mata

a. Kelopak mata : Tidak Oedema

b. Konjungtiva : Tidak Pucat

c. Sklera : Tidak Ikterik

d. Lain – lain : Tidak Ada

3. Muka

a. Kloasma gravidarum : Tidak Ada

b. Oedema : Tidak Ada

c. Pucat / tidak : Tidak Ada

d. Lain – lain : Tidak Ada

4. Mulut dan gigi

a. Gigi geligi : Lengkap

b. Mukosa mulut : Lembab

c. Caries dentis : Tidak Ada

d. Geraham : Lengkap

e. Lidah : Bersih

f. Lain – lain : Tidak Ada

5. Leher

a. Tonsil : Tidak Ada Peradangan

b. Faring : Tidak Ada Peradangan

c. Vena jugularis : Tidak Ada Pembesaran

d. Kelenjar tiroid : Tidak Ada Pembesaran

e. Kelenjar getah bening : Tidak Ada Pembesaran

f. Lain-lain : Tidak Ada

6. Dada

- a. Bentuk mammae : Simetris
- b. Retraksi : Tidak Ada
- c. Putting susu : Menonjol
- d. Areola : Terjadi Hiperpigmentasi
- e. Lain-lain : Tidak Ada

7. Punggung ibu

- a. Bentuk /posisi : Normal
- b. Lain-lain : Tidak Ada

8. Perut

- a. Bekas operasi : Tidak Ada
- b. Striae : Ada
- c. Pembesaran : Sesuai Usia Kehamilan
- d. Asites : Tidak Ada
- e. Lain-lain : Tidak Ada

9. Vagina

- a. Varises : Tidak dilakukan pemeriksaan
- b. Pengeluaran : Tidak dilakukan pemeriksaan
- c. Oedema : Tidak dilakukan pemeriksaan
- d. Perineum : Tidak dilakukan pemeriksaan
- e. Luka parut : Tidak dilakukan pemeriksaan
- f. Fistula : Tidak dilakukan pemeriksaan
- g. Lain – lain : Tidak dilakukan pemeriksaan

10. Ekstremitas

- a. Oedema : Tidak Ada
- b. Varises : Tidak Ada
- c. Turgor : Kembali < 2 detik
- d. Lain – lain : Tidak Ada

Palpasi

1) Leher

- a) Vena jugularis : Tidak Ada Pembesaran
- b) Kelenjar getah bening : Tidak Ada Pembesaran
- c) Kelenjar tiroid : Tidak Ada Pembesaran
- d) Lain – lain : Tidak Ada

2) Dada

- a) Mammae : Simetris
- b) Massa : Tidak Ada
- c) Konsistensi : Kenyal
- d) Pengeluaran Colostrum : Ada
- e) Lain-lain : Tidak ada

3) Perut

- a) Leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ pusat-px (30 cm), bagian fundus teraba lunak, bulat, tidak melenting.
- b) Leopold II : Teraba babagian keras memanjang seperti papan di sebelah kiri (Punggung Kiri). Teraba bagian - bagian kecil disebelah kanan ibu (kaki dan tangan)

- c) Leopold III : Bagian terendah tidak bisa digoyangkan (Kepala sudah masuk PAP)
 - d) Leopold IV : Tangan pemeriksa tidak dapat bertemu (Divergent)
 - e) Lain – lain : Tidak Ada
 - f) TBJ = $(30-11) \times 155 = 18 \times 155 = 2945$ gram
- 4) Tungkai
- a) Oedema
 - 1) Tangan Kanan : Tidak Ada Kiri : Tidak Ada
 - 2) Kaki Kanan : Tidak Ada Kiri : Tidak Ada
 - b) Varices Kanan : Tidak Ada Kiri : Tidak Ada
- 5) Kulit
- a) Turgor : Kembali < 2 detik
 - b) Lain – lain : Tidak Ada

Auskultasi

1. Paru – paru

- a. Wheezing : Tidak Ada
- b. Ronchi : Tidak Ada

2. Jantung

- a. Irama : Teratur
- b. Frekuensi : 82x/menit
- c. Intensitas : Baik
- d. Lain-lain : Tidak Ada

3. Perut

a) Bising usus ibu : (+)

b) DJJ

Punctum maksimum : kuadran kiri dibawah pusat

Frekuensi : 131x/ menit

Irama : Teratur

Intensitas : Kuat

Lain-lain : Tidak ada

Perkusi

1. Dada : Tidak dilakukan

2. Perut : Tidak dilakukan

3. Ekstremitas

Refleks patella : Kanan : Positif (+)

Kiri : Positif (+)

4. Lain – lain : Tidak Ada

Pemeriksaan Khusus

1. Pemeriksaa ndalam

a. Vulva / uretra : Tidak dilakukan

b. Vagina : Tidak dilakukan

c. Dinding vagina : Tidak dilakukan

d. Porsio : Tidak dilakukan

e. Pembukaan : Tidak dilakukan

f. Ukuranserviks : Tidak dilakukan

g. Posisiserviks : Tidak dilakukan

h. Konsistensi : Tidak dilakukan

2. Pelvimetri klinik

- | | |
|------------------------|-------------------|
| a. Promontorium | : Tidak dilakukan |
| b. Linea inominata | : Tidak dilakukan |
| c. Spinaischiadica | : Tidak dilakukan |
| d. Dinding samping | : Tidak dilakukan |
| e. Ujung sacrum | : Tidak dilakukan |
| f. Arcus pubis | : Tidak dilakukan |
| g. Adneksa | : Tidak dilakukan |
| h. Ukuran | : Tidak dilakukan |
| i. Posisi | : Tidak Dilakukan |
| j. Distansia Spinarum | : Tidak Dilakukan |
| k. Distansia Kristarum | : Tidak Dilakukan |
| l. Conjugata Eksterna | : Tidak Dilakukan |
| m. Lingkar Panggul | : Tidak Dilakukan |

Pemeriksaan laboratorium

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| a. Darah | Tanggal : 05 April 2017 |
| 1) Hb | : 10,1 gr% |
| 2) Golongan darah | : Tidak Dilakukan |
| 3) Lain – lain | : Tidak Ada |
| b. Urine | Tanggal : 05 April 2017 |
| 1) Protein | : (-) |
| 2) Albumin | : (-) |
| 3) Reduksi | : (-) |
| 4) Lain – lain | : Tidak Ada |

c) Pemeriksaan penunjang

- 1) USG : dilakukan
 Tanggal : 27 Februari 2017
 Dengan : Dokter SPOG
- 2) X – Ray : Tidak Dilakukan
- 3) Lain – lain : Tidak Ada

2. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Diagnosa	Dasar
G ₂ P ₁₀₀₁ hamil 34 minggu 3 hari janin tunggal hidup intra uterine, presentasi kepala	S : - Ibu mengatakan hamil anak ke dua, Tidak pernah keguguran - Ibu mengatakan kepalanya sedikit pusing - Ibu merasa mual ketika mengkonsumsi tablet penambah darah sehingga mengkonsumsi tablet penambah darah 2 hari sekali. - HPHT : 06 Agustus 2016 O : 1. Ku : Baik Kes : Compos mentis 2. TP : 13 Mei 2017 3. TTV TD : 110/ 70 mmHg Nadi : 80x/ menit Pernafasan : 21x/ menit Temp : 36,5 °C

	<p>4. Palpasi</p> <p>Palpasi Leopold</p> <p>LI : ½ pusat-px (30 cm), teraba bokong</p> <p>LII : Punggung kiri</p> <p>LIII : Presentasi kepala</p> <p>L IV : Divergent</p> <p>TBJ : 2945 gram</p> <p>5. Auskultasi</p> <p>DJJ (+) 131 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat</p> <p>Data penungjang :</p> <p>Protein urin : (-)</p> <p>HB : 10,1 gr%</p> <p>IMT : 21,9 kg</p>
--	--

Masalah	Data Dasar
a. Anemia Ringan	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HB : 10,1 gr% - Ibu mengatakan kepalanya sedikit pusing - Ibu merasa mual ketika mengkonsumsi tablet penambah darah sehingga mengkonsumsi tablet penambah darah 2 hari sekali.

3. Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial)

Diagnosa potensial : Bayi : Hypoksia janin

Masalah potensial : Anemia Sedang dan Partus Lama

4. Langkah IV (Menetapkan Terhadap Tindakan Segera)

Tidak Ada

5. Langkah V (Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh)

- a. Bina hubungan baik dengan ibu dankeluarga
- b. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
- c. Berikan penkes tentang :
 1. Tanda Bahaya pada Kehamilan TM III
 2. Kebutuhan Ibu hamil TM III
 3. Nutrisi
 - Anjurkan ibu makan makan yang mengandung tinggi zat besi (sayur - sayuran hijau : kangkung, bayam, dll; Kacang – kacang; Hati ayam/sapi)
 - Anjurkan ibu makan – makanan yang mengandung tinggi protein (putih telur, daging, ikan, ayam kampung, dll)
 4. Tanda – Tanda Persalinan
 5. Persiapan Persalinan
- d. Anjurkan Ibu mengonsumsi obat yang diberikan oleh Bidan, seperti tablet penambah darah diminum 1x/hari pada malam hari sebelum tidur jangan menggunakan kopi atau teh.
- e. Beritahu pentingnya kunjungan kehamilan di fasilitas kesehatan dan anjurkan ibu untuk kunjungan 2 minggu yang akan datang.

1. Kunjungan Antenatal Care Ke -1

Tanggal / waktu pengkajian : 05 April 2017 / 17.30 WITA

Nama Pengkaji : Tiara Restiana

Tempat : Jl. Penggalang RT. 30 No. 48

S :

- Ibu mengatakan hamil anak ke dua dan tidak pernah keguguran
- Ibu mengatakan kepalanya sedikit pusing
- Ibu merasa mual ketika mengkonsumsi tablet penambah darah sehingga mengkonsumsi tablet penambah darah 2 hari sekali.
- HPHT : 06-08-2016

O :

KU: Baik Kes: Compos Mentis

TP : 13-05-2017

UK : 34 Minggu 3 Hari

TTV: TD: 110/70mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5°C, R: 21x/menit

Palpasi

Leopold 1 : ½ pusat-px (30 cm), teraba bokong

Leopold 2 : PU-KI

Leopold 3 : Letak Kepala

Leopold 4 : Divergen

DJJ : (+) 131 x/menit

TFU : 30 cm

TBJ : 2945 gram

Data Penunjang

HB : 10,1 gr%

Urine Protein : (-)

IMT : 21,9 Kg

A:

Diagnosis : G2P₁₀₀₁ uk 34 minggu 3 hari janin tunggal hidup
intra uteri presentasi kepala

Masalah : Anemia Ringan

Diagnosa potensial : Bayi : Hypoksia Janin

Masalah potensial : Anemia Sedang dan Partus Lama

Kebutuhan tindakan segera : Tidak ada

P:

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
3. Berikan penkes tentang :
 - a) Tanda Bahaya pada Kehamilan TM III
 - b) Kebutuhan Ibu hamil TM III
 - c) Nutrisi
 - Anjurkan ibu makan makan yang mengandung tinggi zat besi (sayur - sayuran hijau : kangkung, bayam, dll; Kacang-kacangan; Hati ayam/sapi)
 - Anjurkan ibu makan – makanan yang mengandung tinggi protein (putih telur, daging, ikan, ayam kampung, dll)
 - d) Tanda – Tanda Persalinan
 - e) Persiapan Persalinan

4. Anjurkan Ibu mengonsumsi obat yang diberikan oleh Bidan, seperti tablet penambah darah diminum 1x/hari pada malam hari sebelum tidur jangan menggunakan kopi atau teh.
5. Beritahu pentingnya kunjungan kehamilan di fasilitas kesehatan dan anjurkan ibu untuk kunjungan 2 minggu yang akan datang.

2. Kunjungan Antenatal Care Ke - 2

Tanggal / waktu pengkajian : 21 April 2017 / 16.30 WITA

Nama Pengkaji : Tiara Restiana

Tempat : Jl. Penggalang RT. 30 No. 48

S :

a. Keluhan Utama

- Ibu mengatakan agak susah ketika ingin tidur malam
- Ibu mengatakan telah rutin mengonsumsi tablet penambah darah sebelum tidur 1x/hari.

b. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi ½ porsi nasi, 2 potong lauk pauk, 1 mangkuk besar sayur, air putih ± 8 gelas/hari, susu, 5 potong buah. Nafsu makan ibu meningkat dibanding sebelum hamil. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik
Eliminasi	BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 1 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang ± 2 jam, Ibu tidur pada malam hari ± 7 jam/hari, ibu mengatakan agak susah ketika ingin tidur malam.
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak, sementara kegiatan ibu diluar rumah

	menjaga rumah makan miliknya.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari, mengganti celana dalam 2-3 kali/hari.
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.
Seksualitas	\pm 1 kali/minggu dan Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas

O :

a. Pemeriksaan Umum

KU: Baik Kes: Compos Mentis

TP : 13-05-2017

UK : 36 Minggu 6 Hari

BB : 73 kg

TTV: TD: 120/70 mmHg, N: 83 x/menit, S: 36,5°C, R: 21x/menit

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : Bersih, tidak ada ketombe, tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut.
- 2) Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat.
- 3) Mata : Tidak oedem pada kelopak mata, tidak puca pada konjungtiva, sclera putih, dan penglihatan tidak kabur.
- 4) Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret
- 5) Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung
- 6) Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap.

- 7) Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- 8) Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 83x/menit.
- 9) Payudara : Payudara simetris, Bersih, terdapat hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, ada pengeluaran colostrum, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- 10) Abdomen: Simetris, tidak ada bekas luka operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tinggi fundus uteri 33 cm. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 140 x/menit, interval teratur, punctum maximum terletak di kuadran kiri bawah umbilicus dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(33-11) \times 155 = 3410$ gram.
- a) Leopold I : Tinggi fundus teraba setinggi px, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong),
- b) Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin (punggung kiri)
- c) Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala)
- d) Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (Divergent).
- 11) Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan
- 12) Anus : Tidak dilakukan pemeriksaan

13) Ekstremitas :

- a) Atas : Simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, reflek bisep dan trisep positif.
- b) Bawah : Simetris, tidak oedema, tidak ada varices, kapiler refill baik, patella positif, babinsky positif, dan homan sign negatif.

A:

Diagnosis : G2P₁₀₀₁ uk 36 minggu 6 hari janin tunggal hidup intra uteri presentasi kepala

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa potensial : Tidak Ada

Masalah potensial : Tidak Ada

Kebutuhan tindakan segera : Tidak Ada

P:

Tanggal 21 April 2017

No	Waktu	Tindakan
1.	16.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 120/80mmHg, Nadi, 83x/menit, Pernafasan 21x/menit, suhu 36,5°C. Berat badan: 73 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 33 cm. Pada pemeriksaan Leopold I teraba bundaran bulat dan tidak melenting dibagian fundus, setinggi PX (Bokong), pada Leopold II teraba tahanan keras memanjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri), Leopold III Teraba bundaran keras dan melenting (kepala), bagian ini tidak dapat digoyangkan dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul (konvergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 140 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(33-11) \times 155 = 3410$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan. Ibu mengerti kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
2.	16.50	Memberikan KIE tentang :

	WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda Bahaya pada Kehamilan TM III. 2. Kebutuhan Ibu hamil TM III 3. Nutrisi : <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan ibu makan makan yang mengandung tinggi zat besi (sayur - sayuran hijau : kangkung, bayam, dll; Kacang-kacangan; Hati ayam/sapi) - Anjurkan ibu makan – makanan yang mengandung tinggi protein (putih telur, daging, ikan, ayam kampung, dll) 4. Cara mengkonsumsi tablet Fe 5. Tanda – Tanda Persalinan 6. Persiapan Persalinan 7. Anjurkan Ibu mengonsumsi obat yang diberikan oleh Bidan. <p>Evaluasi : Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan.</p>
3.	17.20 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang sulit tidur (penyebab sulit tidur dan cara mengatasinya); Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan
4.	17.30 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan. Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah tanggal 27 April 2017.

3. Kunjungan Antenatal Care Ke - 3

Tanggal / waktu pengkajian : 27 April 2017 / 12.00 WITA

Nama Pengkaji : Tiara Restiana

Tempat : Jl. Penggalang RT. 30 No. 48

S :

a. Keluhan Utama :

- Ibu mengatakan telah tidak mengalami gangguan tidur
- Ibu mengatakan telah rutin mengkonsumsi tablet Fe sebelum tidur
1x/hari.

b. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi ½ porsi nasi, 2 potong lauk pauk, 1 mangkuk besar sayur, air putih ± 8 gelas/hari, susu, 5 potong buah. Nafsu makan ibu meningkat dibanding sebelum hamil. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik
Eliminasi	BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 1 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang ± 1 jam, Ibu tidur pada malam hari ± 8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak, sementara kegiatan ibu diluar rumah menjaga rumah makan miliknya.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari, mengganti celana dalam 2-3 kali/hari.
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.
Seksualitas	± 1 kali/minggu dan Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas

O :

a. Pemeriksaan Umum

KU: Baik Kes: Compos Mentis

TP : 13-05-2017

UK : 37 Minggu 5 Hari

BB : 74 Kg

TTV: TD: 120/70 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36 °C, R: 20 x/menit

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala : Bersih, tidak ada ketombe, tidak ada lesi, kontraksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut.

- 2) Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat.
- 3) Mata : Tidak oedem pada kelopak mata, tidak puca pada konjungtiva, sclera putih, dan penglihatan tidak kabur.
- 4) Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret
- 5) Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung
- 6) Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap.
- 7) Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- 8) Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 83x/menit.
- 9) Payudara : Payudara simetris, bersih, terdapat hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, ada pengeluaran colostrum, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- 10) Abdomen: Simetris, tidak ada bekas luka operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tinggi fundus uteri 32 cm. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 144 x/menit, interval teratur, punctum maximum terletak di kuadran kiri bawah umbilicus dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(32-11) \times 155 = 3255$ gram.

- a) Leopold I : Tinggi fundus teraba 1 jari bawah Px, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong),
- b) Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin (punggung kiri)
- c) Leopold III : Pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala)
- d) Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (Divergent).

11) Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan

12) Anus : Tidak dilakukan pemeriksaan

13) Ekstremitas :

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

d) Bawah : Simetris, tidak oedema, tidak ada varices, kapiler refill baik, patella positif, babinsky positif, dan homan sign negatif.

c. Pemeriksaan Penunjang

HB : 12,4 g/dl

A :

Diagnosis : G2P₁₀₀₁ uk 37 minggu 5 hari janin tunggal hidup intra uteri presentasi kepala

Masalah : Tidak ada

Diagnosa potensial : Tidak ada

Masalah potensial : Tidak ada

Kebutuhan tindakan segera : Tidak ada

P :

Tanggal 27 April 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	12.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. Berat badan: 74 kg. Pemeriksaan penunjang kadar HB ibu normal, HB : 12,4 g/dl . Abdomen tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tidak tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 32 cm (1 jari bawah px). Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri) Leopold III teraba bundaran keras dan melenting (kepala). Bagian ini tidak dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergent). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 144 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(32-11) \times 155 = 3255$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan; Ibu mengerti keadaannya saat ini
3.	12.30 WITA	Memberikan KIE tentang : 1. KB IUD post plasenta; Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan 2. Posisi dan cara meneeran yang benar; Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan 3. Menjurkan Ibu untuk tetap mengonsumsi obat yang diberikan oleh Bidan; Ibu telah rutin mengonsumsi tablet Fe.
5.	10.55 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : Kamis, 10 Mei 2017/05.30 WITA

Tempat : BPM NILAWATI

Oleh : Tiara Restiana

Persalinan Kala I fase laten

Pukul : 05.30 WITA

S :

a. Keluhan

- 1) Pada tanggal 10 Mei 2017 pukul 02.30 WITA Ibu merasakan perutnya mulai kencang-kencang.
- 2) Ibu mengatakan tidak ada pengeluaran lendir darah, darah, maupun air-air dari dalam jalan lahir

b. Pola pemenuhan kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu dapat menghabiskan makanan yang diberikan
Eliminasi	BAB: 1 kali pukul 05.00 WITA, BAK: \pm 3 kali
Istirahat	Ibu dapat istirahat ketika tidak ada kontraksi
Aktivitas	Ibu dapat berjalan-jalan, duduk, baring ke kiri.
Personal hygiene	Sebelum datang ke BPM ibu sudah mandi, mengganti baju dan celana dalam

O:

a. Pemeriksaan Umum

KU : Baik Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, T : 36,4°C

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala : Bersih, tidak ada ketombe, tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut.

- 2) Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat.
- 3) Mata : Tidak oedem pada kelopak mata, tidak puca pada konjungtiva, sclera putih, dan penglihatan tidak kabur.
- 4) Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret
- 5) Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung
- 6) Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap.
- 7) Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- 8) Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 83x/menit.
- 9) Payudara : Payudara simetris, bersih, terdapat hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, ada pengeluaran colostrum, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- 10) Abdomen: Simetris, tidak ada bekas luka operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tinggi fundus uteri 30 cm. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 144 x/menit, interval teratur, punctum maximum terletak di kuadran kiri bawah umbilicus dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(30-11) \times 155 = 2945$ gram.
 - a) Leopold I : Pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong) 3 jari bawah PX

- b) Leopold II : Teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan punggung ibu dan pada sebelah kiri teraba bagian kecil janin (punggung kanan)
 - c) Leopold III : Pada segmen bawah rahim teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala)
 - d) Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (Divergent)
- 9) Genetalia : Tidak ada oedema dan varices pada vulva dan vagina, tidak ada pengeluaran cairan lendir bercampur darah, tidak ada bekas luka parut, tidak tampak fistula
- 10) Anus : Tidak ada hemoroid
- 11) Ekstremitas :
- a) Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, reflek bisep dan trisep positif.
 - b) Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada varices, kapiler refill baik, patella positif, babinsky positif.

c. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 05.30 WITA Tanggal : 10 Mei 2017

Vagina dan Uretra Tidak ada oedema dan varices, tidak ada luka parut, portio tebal/lunak, effacement 35%, pembukaan 3 cm, ketuban utuh/belum pecah menonjol, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, talipusat tidak teraba, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge I.

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 39 minggu 4 hari Inpartu
kala I fase laten janin tunggal hidup intrauterine
presentasi kepala

Masalah : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 10 Mei 2017

	Waktu	Tindakan
1.	05.30 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 belum pecah; Ibu mengerti kondisi saat ini
2.	05.30 WITA	Memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan; Ibu merasa tenang dan ibu akan melakukan anjuran yang diberikan.
3.	05.30 WITA	1. Kontraksi uterus : frekuensi : 2 x 10', durasi : 20-25" detik, Intensitas : kuat Auskultasi 2. DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 143 x/menit, 3. Pemeriksaan dalam : V/U: ta'a, portio tebal/lunak, efficemen 35%, pembukaan 3 cm, ketuban positif, Presentasi kepala, PH I
5.	05.30 WITA	Menganjurkan ibu untuk miring kiri; Ibu mengerti dan mau melakukan anjuran yang di berikan bidan.
4.	05.45 WITA	Mengajarkan ibu untuk teknik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti teknik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.
5.	06.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu meminum teh hangat yang telah disediakan.
6.	06.30 WITA	Djj 141 x/menit dan his 2x 10 menit durasi 20-25 detik

7.	07.30 WITA	Djj 145 x/menit dan his 3x 10 menit durasi 25-30 detik
8.	08.30 WITA	Djj 144 x/menit dan his 3x 10 menit durasi 30-35 detik

Persalinan Kala I fase aktif

Jam : 09.00 WITA

S :

a. keluhan

- Ibu merasakan perutnya semakin sering sakit
- Ibu mengatakan keluar lender darah

b. Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu dapat menghabiskan makanan yang diberikan
Eliminasi	Ibu terakhir BAB pukul 05.00 WITA, BAK: 2 kali
Istirahat	Ibu dapat istirahat ketika tidak ada kontraksi
Aktivitas	Ibu dapat duduk, baring ke kiri.
Personal hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari

O:

a. Pemeriksaan umum

KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 86 x/menit, R : 24 x/menit, T : 37°C

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Abdomen : Kontraksi uterus : frekuensi : 3 x 10', durasi : 35-40 detik,
Intensitas : kuat. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur,
frekuensi 140 x/menit, interval teratur punctum maximal,
terletak di kuadran kanan bawah umbilicus.
- 2) Genitalia : Tidak ada oedema dan varices pada vulva dan vagina, ada
pengeluaran lendir darah, ada bekas luka parut, tidak ada
fistula.

c. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 09.00 WITA

PD : V/U : Tidak ada oedema dan varices, pengeluaran lendir bercampur darah semakin banyak, Portio tipis lunak, effacement 80%, pembukaan 7 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II.

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 39 minggu 4 hari Inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala

Masalah : Tidak Ada

Masalah potensial : Tidak Ada

Diagnosa Potensial: Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 10 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	09.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 7 cm dan ketuban (+) ; Ibu mengerti dengan keadaannya saat ini
2.	09.10 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, Umbilical klem, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, oksitosin 1 ampul, spuit 3 cc, alat Suction, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 3 buah bedong bayi, pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, dan pempers) dan pakaian bayi (lampin, popok,

		topi, sarung tangan dan kaki) Keseluruhan siap digunakan.
6.	09.15 WITA	Memantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf). Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.
7.	09.20 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu meminum teh hangat
8.	09.30 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan dalam; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10 cm, ketuban di amniotomi berwarna jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III. Ibu dianjurkan miring kiri; Ibu mengikuti anjuran dan miring ke kiri. 2. Mengobservasi DJJ dan HIS : <ul style="list-style-type: none"> - DJJ : 135 x/mnt - HIS : 4 x 10' 35-40''
9.	09.40 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar sesuai APN (kedua mata dibuka, gigi betemu dengan gigi, dagu menyentuh dada, tangan memegang kedua kaki, meneran seperti BAB) mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, serta tidak mengangkat bokong saat meneran; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.

Persalinan Kala II

Pukul : 09.30 WITA

S :

a. keluhan

- Ibu mengeluh ingin BAB dan kencang-kencang pada perut ibu semakin sering

b. Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu minnum sari kurma 1 gelas dan susu 1 gelas
Eliminasi	Ibu BAK 1 kali
Istirahat	Ibu dapat istirahat ketika tidak ada kontraksi

O :

a. Pemeriksaan umum

KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV : TD: 110/80 mmHg, N: 84 x/menit, R : 24 x/menit, T : 36,5°C

b. Pemeriksaan fisik

1) Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 135 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kanan bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 4 x 10' dengan durasi : 35-40 detik dan intensitas : kuat.

2) Genetalia :

Tanggal : 10 Mei 2017

Jam : 09.30 WITA

Ketuban diamniotomi berwarna jernih, banyaknya ± 100 cc. Tidak ada oedema dan varices, terdapat pengeluaran lendir darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100 %, pembukaan 10 cm, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III. Tampak adanya tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah.

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

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 39 minggu 4 Hari inpartu kala II janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Masalah : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 10 Mei 2017

No	Waktu	Tindakan
1.	09.30 WITA	Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan BBL lengkap. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung spuit steril kedalam partus set
2.	09.35 WITA	Memakai celemek. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku. Memcuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Menggunakan sarung tangan DTT. Masukkan oksitosin kedalam tabung spuit.
3.	09.36 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.
4.	09.37 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).
5.	09.38 WITA	Menganjurkan kepada suami untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum sari kurma
6.	09.40 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.
7.	09.40 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.
8.	09.45 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
9.	09.50	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampak dengan

	WITA	diameter 5-6 cm membuka vulva dengansatutangan 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	09.55 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusatpada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar
11	10.00 WITA	Memegang secara bipariental. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 10.30 WITA.
12	10.32 WITA	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.

Persalinan Kala III

Pukul : 10.35 WITA

S :

a. Keluhan

- Ibu mengatakan perutnya masih mules

b. Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu dapat menghabiskan minuman yang diberikan
Eliminasi	Ibu BAK saat kala II
Istirahat	Ibu tidak dapat istirahat/tidur

O :

a. Pemeriksaan umum

KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV: TD : 110/60 mmHg, N : 84x/menit, R : 20 x/menit, S: 36,7°C

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Abdomen : TFU : Sepusat, kontraksi uterus : baik, Kandung Kemih kosong
- 2) Genetalia : Tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah.

Melakukan penilaian sepintas pada bayi :

- a) Bayi cukup bulan
- b) Air ketuban jernih
- c) Bayi menangis kuat
- d) Bayi bergerak aktif

A :

Diagnosis : G₂P₁₀₀₁ Parturient Kala III
 Masalah : Tidak Ada
 Masalah Potensial : Tidak ada
 Diagnosa Potensial : Tidak Ada
 Kebutuhan segera : Manajemen aktif kala 3

P :

Tanggal 10 Mei 2017

N	Waktu	Tindakan
1.	10.30 WITA	Keringkan tubuh bayi. Mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa memebersihkan vernik. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Biarkan bayi diatas perut ibu
1.	10.30 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus
2.	10.31 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan

		baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin. Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral
3.	10.32 WITA	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.
5.	10.33 WITA	Letakkan bayi tengkurap didada ibu luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi (IMD). menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sambil memperhatikan bayinya terutama pada pernapasan dan gerakan bayinya.
8.	10.33 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
9.	10.33 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik
10.	10.33 WITA	Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.
11.	10.34 WITA	Melakukan peregangan 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
12.	10.35 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 10.35 WITA.
13.	10.40 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan meletakkan telapak tangan di fundus uteri secara sirkuler hingga fundus menjadi keras atau berkontraksi dengan baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras
15.	10.40 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon lengkap, berat \pm 500 gram, diameter \pm 30, tebal \pm 2 cm, panjang tali pusat \pm 60 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta.
16.	10.45 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat robekan jalan lahir pada perinium ibu.
17.	10.50 WITA	Menyiapkan alat hecing set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung

		tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.
18.	10.55 WITA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perinium, memasukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka. Melakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Menyuntikkan cairan lidokain 1% secukupnya sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perinium. Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik, anastesi daerah bagian dalam robekan dengan alur suntikan anastesi akan berbentuk seperti kipas : tepi perinium, dalm luka, tepi mukosa vagina. Menunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.
19.	11.00 WITA	Melakukan tindakan penjahitan pada robekan jalan lahir.
20.	11.15 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 150 cc.

Persalinan Kala IV

Pukul : 10.50 WITA

S :

a. Keluhan

- Ibu senang dan bahagia dengan kelahiran bayinya.
- Ibu merasakan mules pada perutnya.

b. Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu dapat menghabiskan makanan yang diberikan
Eliminasi	Ibu terakhir BAB pada pukul 05.00 wita
Istirahat	Ibu dapat istirahat

O :

a. Pemeriksaan umum

KU : Baik Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/60 mmHg, N: 80x/menit, R : 22 x/menit, T: 36°C

b. Pemeriksaan fisik

1. Payudara : Puting susu ibu menonjol, tampak pengeluaran

Kolostrum, dan konsistensi payudara tegang berisi.

2. Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu setinggi 2 jari bawah pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.
3. Genitalia : Ada pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 10.35 WITA.

A :

- Diagnosis : P₂₀₀₂ Parturient kala IV
- Masalah : Tidak ada
- Masalah Potensial : Tidak ada
- Diagnosa Potensial : Tidak ada
- Kebutuhan Segera : Melakukan Penjahitan Perineum

P :

Tanggal 10 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	10.50 WITA	Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. Biarkan bayi tetap berda di atas dada ibu selama 1 jam. Setelah 1 jam lakukan pemeriksaan fisik BBL.
2.	10.50 WITA	Obervasi TD, Nadi, perdarahan dan kontraksi uterus. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama PP. Setian 30 menit pada jam kedua PP. Jika tidak berkontraksi melakukan penanganan atonia uteri.
3.	10.55 WITA	Mengajarkan ibu cara masasse uterus dan memeriksa kontraksi uterus. Mengevaluasi dan estimasi jumlah perdarahan.
4.	11.0 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Membuang semua bahan habis pakai kedalam tempat sampah yang sesuai
5.	11.25	Membersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan air ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu mengganti pakaian yang bersih dan kering. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI.
6.	11.30 WITA	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman pada ibu; keluarga segera memberikan makanan

		dan minuman pada ibu.
7.	11.30 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%. Mencuci tangan
8.	11.40 WITA	Melengkapi Partograf; partograf telah dilengkapi sesuai hasil observasi.

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 Mei 2017/Pukul : 13.00 WITA

Tempat : BPM NILAWATI

Oleh : Tiara Restiana

S :

a. Identitas

1. Nama Pasien : By. Ny. L
2. Nama ayah/ibu : Tn. S/Ny. L
3. Alamat : Jl. Penggalang RT. 30 No. 48
4. Tanggal lahir : 10 Mei 2017
5. Hari : Kamis
6. Jam : 10.30 WITA

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil kedua ini usia 26 tahun, ibu hamil 2 kali, tidak pernah mengalami keguguran, bersalin 2 kali (aterm), dan jarak kehamilan anak pertama dan kedua 4 tahun.

c. Pemeriksaan kehamilan

1. Usia kehamilan : 39 minggu 4 hari
2. Kunjungan pemeriksaan ANC:
 - a) Trimester I kunjungan (2x)

Keluhan : mual, muntah, pusing.

b) Trimester II Kunjungan (3x)

Keluhan : Tidak ada

c) Trimester III Kunjungan (5x)

Keluhan : Anemia ringan dan Sulit tidur

3) Pola nutrisi :

a) BB sebelum hamil : 54 Kg

b) BB saat hamil : 74 Kg

4) Riwayat imunisasi TT

Suntik TT ibu sudah lengkap.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Orang tua bayi tidak sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang kronis, menular ataupun berpotensi menurun.

6) Pola kesehatan BBL

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah mendapatkan ASI
Eliminasi	- BAB (-) Belum ada
	- BAK (-) Belum ada

O:

a. Data rekam medis

1) Riwayat kelahiran yang lalu

No.	Tahun Kelahiran	JK	BB Lahir	Keadaan Bayi	Komplikasi	Jenis Persalinan	Ket.
1.	2012		2700gr	Sehat	Tidak ada	Spt	Hidup

2) Riwayat persalinan sekarang

a) Jenis persalinan

Spontan pervaginam

b) Komplikasi persalinan:

Tidak ada

b. Tindakan khusus saat persalinan:

Tidak ada

c. Keadaan bayi saat lahir

1) Waktu kelahiran:

Tanggal : 10 Mei 2017

Jam : 10.30 WITA

2) Jenis kelamin : Perempuan

3) Apgar Score :

Kriteria	Jumlah	
	1 menit	5 menit
Frekuensi Jantung	2	2
Usaha Nafas	2	2
Tonus Otot	1	2
Refleks	2	2
Warna Kulit	2	2
Jumlah	9	10

4) Keadaan plasenta : Berat ± 500 gr, ukuran diameter 30 cm, tebal 2cm, kelainan : tidak ada

5) Keadaan tali pusat : Panjang ± 60 cm, kelainan: tidak ada, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada perdarahan tali pusat.

6) Tindakan resusitasi

- a) Langkah awal : Tidak ada
- b) Ventilasi : Tidak ada
- c) Kompresi dada : Tidak ada
- d) Intubasi endotrakeal : Tidak ada
- e) Oksigen : Tidak ada
- f) Terapi : Tidak ada

d. Pemeriksaan umum BBL

Tanggal : 10 Mei 2017 Jam : 13.00 WITA

Keadaan umum: Baik

TTV : N : 140 x/menit, T : 36,5 °C, RR : 42 x/menit

Antropometri :

- a) BB : 2850 gram
- b) PB : 49,5 cm
- c) LK : 34 cm
- d) LD : 34 cm
- e) LP : 31 cm

e. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

- a) Kepala : simetris, tidak ada massa, tidak ada caput, tidak ada cephal
- b) Ubun-ubun : Teraba ubun-ubun besar dan kecil. teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.
- c) Mata : Simetris, tidak ada strabismus, tidak ada pengeluaran cairan ataupun perdarahan, gerak mata aktif, dan tidak oedem

- d) Hidung : Simetris, bayi bernafas melalui hidung, tidak ada gerakan cuping hidung, Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- e) Telinga : Simetris, Tidak ada kulit tambahan, Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- f) Mulut : Tidak ada labio palatoskhizis, mukosa mulut lembab, tidak terdapat mukosa putih, dan warna lidah pink.
- g) Leher : bayi dapat menggerakkan leher kekanan dan kekiri, dan tidak ada lipatan kulit tambahan
- h) Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi denyut jantung 140 x/menit, dan tidak terdengar bising usus pada dinding dada.
- i) Abdomen : Tali pusat bersih, tidak tampak tanda-tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, dan perut tidak ada kembung.
- j) Punggung : Normal, tidak ada spina bifida.
- k) Genetalia : Perempuan, labia mayora menutupi labia minora, terdapat klistoris dan tidak ada kelainan.
- l) Anus : Positif (+), terdapat lubang anus.
- m) Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung
- n) Verniks : Tampak verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.
- o) Ekstremitas :
- (1) Ekstremitas atas : Simetris kanan dan kiri, gerakan lengan bebas dan aktif, jari bayi lengkap tidak polindaktili atau

sindaktili, tidak ada penyelaputan diantara jari-jari.

- (2) Ekstermitas bawah : Simetris kanan dan kiri, gerakan tungkai bebas dan aktif, tidak ada kelainan, tidak ada oedem kaki. Jumlah jari-jari kaki lengkap tidak polindaktili atau sindaktili, dan tidak ada penyelaputan diantara jari kaki.

f. Status neurologi (refleks)

- 1) Reflek glabella (+) mata bayi berkedip sebagai respon pada 4-5 ketukan didahi.
- 2) Refleks mata boneka (+) mata bayi terbuka lebar ketika kepala ditolehkan ke satu sisi.
- 3) Refleks blinking (+) bayi akan menutup mata kedua matanya ketika terkena hembusan udara.
- 4) Refleks rooting (+) ujung mulut bayi mencari objek dengan menggerakkan kepala terus menerus ketika ujung mulutnya disentuh.
- 5) Refleks sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap ketika memasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit bayi.
- 6) Refleks Swallowing (+) bayi menelan dengan refleks hisapnya tanpa tersedak ketika diberi ASI.
- 7) Tonick asimetris (+) bayi refleks menghadap ke sisi kiri, dengan lengan dan kaki akan lurus, sedangkan tungkainnya dalam posisi fleksi ketika

bayi di telentangkan kemudian kepala dimiringkan ke kiri begitupun sebaliknya.

- 8) Tonick neck (+) bayi berusaha mempertahankan leher untuk tetap tegak ketika bayi ditentangkan kemudian menarik bayi ke arah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya.
- 9) Refleks Moro (+) bayi terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, dan menangkupkan kedua lengan dan kakinya ketengah badan ketika diberikan suara hentakan dengan tiba-tiba pada permukaan tersebut.
- 10) Refleks Palmar Grasping (+) jari-jari bayi refleks menggenggam ketika telapak tangannya disentuh.
- 11) Refleks Magnet (+) kedua tungkai bawah ekstensi melawan tekanan yang diberikan ketika dibayi di telentangkan kemudian agak fleksikan kedua tungkai bawah dan memeberi tekanan pada telapak kaki bayi.
- 12) Refleks Walking (+) kaki bayi menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuh condong kedepan ketika tubuh bayi di angkat dan diposisikan berdiri diatas permukaan lantai.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan
Spontan usia 2 jam

Masalah : Tidak Ada

Masalah potensial : Tidak Ada

Diagnosis Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 10 Mei 2017

Waktu	Tindakan
13.05 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi baik ; ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayi saat ini.
13.06 WITA	Melakukan perawatan tali pusat. Membungkus tali pusat dengan kassa steril.
13.07 WITA	Memberikan injeksi neo-k 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri, dan memberikan salep mata pada mata kanan dan mata kiri bayi; Bayi telah di injeksi neo-k pada paha kiri dan telah diberi salep mata pada kedua matanya. Ibu dan keluarga telah mengetahui bayi sudah diberikan vitamin K dan salep mata.
13.08 WITA	Memakaikan pakaian/lampin bayi yang bersih dan kering, memasang topi pada kepala bayi serta mengkondisikan bayi di dalam ruangan atau tempat yang hangat dan memberikan bayi kepada ibu agar disusui kembali.
13.09 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain ; ibu paham serta bersedia menyusui bayinya sesering mungkin.
13.10 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan berikutnya.
14.00 WITA	Memberi injeksi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan, dan kiri bayi; Bayi sudah di injeksi Hepatitis B. Ibu dan keluarga telah mengetahui bayi sudah diberikan injeksi hepatitis B

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care (Catatan Perkembangan)

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I (6 jam PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 Mei 2017/Pukul : 17.20 WITA

Tempat : BPM NILAWATI (Ruang Mawar)

Oleh : Tiara Restiana

S :

a. keluhan :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan

b. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu sudah makan nasi, sayur, ikan, dan buah. Ibu mengatakan tidak ada pantangan makan
Eliminasi	Ibu mengatakan sudah BAK 3x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. Ibu mengatakan ada BAB 1x.
Istirahat	Ibu dapat tidur \pm 1 jam sejak dipindahkan dari ruang bersalin
Aktivitas	Ibu dapat berjalan dan mengurus anaknya sendiri dengan dibantu mertua dan suami.
Personal Hygiene	Ibu sudah mandi, mengganti pakaian serta celana dalam
Seksualitas	Ibu belum melakukan hubungan seksual karena masih dalam masa nifas

O :

a. Pemeriksaan umum

KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

Ekspresi wajah : Bahagia, Status emosional : Stabil

TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 81 x/menit, R : 20 x/menit, T : 36,5°C

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Wajah : Simetris, tidak pucat, tidak oedem
- 2) Mata : Simetris, konjungtiva tidak pucat, sclera berwarna putih
- 3) Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, dan tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.
- 4) Payudara : Simetris, ada pengeluaran kolostrum, puting susu menonjol, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada benjolan, radang atau lecet.
- 5) Abdomen : simetris, tidak tampak bekas operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tidak ada asites, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.
- 6) Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, ada pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak ada fistula, luka perineum dan jahitan tampak baik. Perdarahan \pm 15- 20 cc.
- 7) Anus : Tidak ada hemoroid
- 8) Ekstremitas :
 - Atas : Bentuk simetris, tidak ada oedema, kapiler refill baik, reflex patela positif.
 - Bawah : Bentuk simetris, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, Tidak ada oedema pada tungkai kanan, kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum 6 jam

Masalah : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 10 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	17.50 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.
2.	17.55 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan Ibu teknik Menyusui yang benar. Ibu mengelurkan ASI lalu mengoleskannya di sekitar puting. Bayi didekatkan menghadap ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi jangan hanya leher dan bahu saja, kepala dan tubuh harus lurus. Badan bayi menempel di perut ibu. Menyentuhkan bibir bayi ke puting susu ibu dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Jika mulut bayi sudah terbuka, masukkan puting ibu hingga areola ke dalam mulut bayi. Setelah kenyang bayi akan melepaskan payudara ibu. Sendawakan bayi; Ibu mengerti teknik menyusui 2. Memberitahu ibu tentang kebutuhan dasar nifas; Ibu mengetahui teknik menyusui dan apa saja kebutuhan dasar nifas
3.	18.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya dan setiap 2 jam atau kapanpun sesuai dengan keinginan bayi. Ibu mau mengikuti anjuran yang diberikan
4.	18.05 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 15 Mei 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan berikutnya.

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II (6 hari PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 15 Mei 2017/Pukul : 16.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Tiara Restiana

S :

a. Keluhan :

-Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

b. Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x sehari. Jenis makanan nasi 1 centong, sayur 1 mangkok besar, ikan, buah dan air putih. Ibu mengatakan tidak ada pantangan makan
Eliminasi	Ibu BAB 2x Sehari konsistensi lunak, warna berwarna kuning, dan tidak ada keluhan. Ibu BAK > 6x sehari konsistensi cair, berwarna putih kekuningan, dan tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 2 jam dan tidur malam \pm 6 jam. (mengikuti pola tidur bayi)
Aktivitas	Ibu rutin senam nifas, Ibu mengurus pekerjaan rumah tangga yang mudah seperti (masak, menyapu, dan membereskan rumah) dan mengurus anaknya di bantu suami dan ibu mertua.
Personal Hygiene	Ibu mandi 2 x sehari, mengganti pakaian 2 x sehari, dan mengganti celana dalam 3 x sehari atau apabila ibu merasa celana dalamnya basah
Seksualitas	Ibu belum melakukan hubungan seksual karena masih dalam masa nifas

O :

a. Pemeriksaan umum

KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/60 mmHg, N : 81 x/menit, R : 21 x/menit, S : 36°C

BB : 68 kg, TB : 157 cm, LILA : 29 cm

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Payudara : Pengeluaran ASI lancar, puting susu menonjol, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada benjolan dan radang atau lecet.
- 2) Abdomen : Simetris, TFU pertengahan pusat-symphisis, kandung kemih kosong.
- 3) Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sangiolenta, tampak jahitan pada luka perinium baik, tidak oedem, tidak ada peradangan, dan tidak ada nanah
- 4) Anus : Tidak ada hemoroid
- 5) Ekstremitas
- a) Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, reflex bisep dan trisep positif.
- b) Bawah : Bentuk simetris, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, Tidak ada oedema pada tungkai kanan , kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum hari ke-6

Masalah : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 15 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	16.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU

		pertengahan pusat-symphisis, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea sangulenta, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.
2.	16.35 WITA	Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; Ibu dapat menyusui bayinya dengan benar.
3.	16.40 WITA	Mengajarkan ibu senam nifas dari hari ke - 6 sampai hari ke sepuluh; ibu mengerti dan bersedia melanjutkan senam nifas sesuai urutan terutama dari hari keenam sampai dengan hari ke sepuluh setiap hari. Ibu dapat melakukan senam nifas
4.	16.50 WITA	Mengevaluasi adanya tanda bahaya nifas seperti demam, pusing, nyeri perut, bau busuk dari vagina, dan keluar darah banyak dari jalan lahir; tidak terdapat tanda-tanda bahaya
5.	16.55 WITA	Melakukan Penkes tentang nutrisi dan personal hygiene; ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
6.	16.54 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 21 Mei 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan berikutnya.

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III (2 minggu PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Mei 2017/Pukul : 16.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Tiara Restiana

S :

a. Keluhan :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

b. Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3xsehari. Jenis makanan nasi, sayur, ikan, buah dan air putih. Ibu mengatakan tidak ada pantangan makan.
Eliminasi	Ibu BAB 1x Sehari konsistensi lunak, warna berwarna kuning, dan tidak ada keluhan. Ibu BAK 4-5 x sehari konsistensi cair, berwarna kuning, dan tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 3 jam dan tidur malam \pm 5 jam. (mengikuti polaatidur bayinya)
Aktivitas	Ibu mengurus pekerjaan rumah tangga yang mudah seperti (masak, menyapu, dan membereskan rumah) dan

	mengurus anaknya dibantu mertua dan suami.
Personal Hygiene	Ibu mandi 2 x sehari, mengganti pakaian 2 x sehari, dan mengganti celana dalam 3 x sehari atau apabila ibu merasa celana dalamnya basah
Seksualitas	Ibu belum melakukan hubungan seksual karena masih dalam masa nifas

O :

a. Pemeriksaan umum

KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 21 x/menit, S : 36,6°C

BB : 65 kg, TB : 157 cm, LILA : 28,5 cm

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Payudara : Pengeluaran ASI lancar, puting susu menonjol, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada benjolan dan radang atau lecet.
- 2) Abdomen : Simetris, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.
- 3) Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, adanya pengeluaran lochea serosa, jahitan pada luka perinium baik, tidak oedem, tidak ada peradangan, dan tidak ada nanah.
- 4) Anus : Tidak ada hemoroid
- 5) Ekstremitas :
 - a) Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, reflex bisep dan trisep positif.
 - b) Bawah : Bentuk simetris, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, Tidak ada oedema pada tungkai kanan, kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum hari ke-14

Masalah : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 23 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	16.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU tidak teraba, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea serosa, dan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.
2.	16.35 WITA	Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; Ibu dapat menyusui bayinya dengan benar.
3.	16.50 WITA	Mengvaluasi tentang nutrisi dan personal hygiene; nutrisi ibu telah terpenuhi dan ibu mengerti mengenai personal hygiene.
4.	17.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa ini adalah kunjungan rumah terakhir dari penulis dengan dosen pembimbing; Ibu dan keluarga berterima kasih atas pelayanan yang telah diberikan.

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I (6 jam)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 Mei 2017/Pukul : 18.05 WITA

Tempat : BPM NILAWATI (Ruang Mawar)

Oleh : Tiara Restiana

S :

a. Keluhan :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

b. Pola fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi sudah mendapatkan ASI
Pola Eliminasi	Bayi telah BAB 1x berwarna hitam kehijauan dan BAK 1x berwarna kuning jernih.
Pola Istirahat	Sejak lahir bayi tertidur pulas dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK
Pola Personal Hygiene	Bayi belum mandi. Ibu hanya mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah atau lembab
Pola Aktivitas	Bayi hanya tertidur dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK

O:

a. Keadaan umum

KU : Baik

TTV : N : 145 x/menit, R : 40 x/menit, T : 36,7 °C.

b. Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Simetris dan tidak ada massa.
- b) Mata : Tidak ada tanda-tanda infeksi.
- c) Hidung : Simetris, bayi bernafas melalui hidung, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada pengeluaran secret abnormal.

- d) Telinga : Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- e) Mulut : Mukosa mulut lembab, tidak terdapat mukosa putih.
- f) Leher : Tidak ada pembengkakan dan gumpalan.
- g) Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi denyut jantung 145 x/menit, tidak terdengar suara nafas tambahan, puting susu menonjol.
- h) Abdomen : Tali pusat bersih, tidak tampak tanda-tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, dan perut tidak kembung.
- i) Punggung : Normal, tidak ada spina bifida.
- j) Genetalia : Perempuan.
- k) Anus : Positif (+)

c. Status neurologi (refleks)

- 1) Reflek glabella (+) mata bayi berkedip sebagai respon pada 4-5 ketukan didahi.
- 2) Refleks mata boneka (+) mata bayi terbuka lebar ketika kepala ditolehkan ke satu sisi.
- 3) Refleks blinking (+) bayi akan menutup mata kedua matanya ketika terkena hembusan udara.
- 4) Refleks rooting (+) ujung mulut bayi mencari objek dengan menggerakkan kepala terus menerus ketika ujung mulutnya disentuh.
- 5) Refleks sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap ketika memasukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit bayi.

- 6) Refleks Swallowing (+) bayi menelan dengan refleks hisapnya tanpa tersedak ketika diberi ASI.
- 7) Tonick asimetris (+) bayi refleks menghadap ke sisi kiri, dengan lengan dan kaki akan lurus, sedangkan tungkainya dalam posisi fleksi ketika bayi di telentangkan kemudian kepala dimiringkan ke kiri begitupun sebaliknya.
- 8) Tonick neck (+) bayi berusaha mempertahankan leher untuk tetap tegak ketika bayi ditentangkan kemudian menarik bayi ke arah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya.
- 9) Refleks Moro (+) bayi terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, dan menangkap kedua lengan dan kakinya ketengah badan ketika diberikan suara hentakan dengan tiba-tiba pada permukaan tersebut.
- 10) Refleks Palmar Grasping (+) jari-jari bayi refleks menggenggam ketika telapak tangannya disentuh.
- 11) Refleks Magnet (+) kedua tungkai bawah ekstensi melawan tekanan yang diberikan ketika dibayi di telentangkan kemudian agak fleksikan kedua tungkai bawah dan memeberi tekanan pada telapak kaki bayi.
- 12) Refleks Walking (+) kaki bayi menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuh condong kedepan ketika tubuh bayi di angkat dan diposisikan berdiri diatas permukaan lantai.

A :

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

Masalah : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Diagnosis Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 10 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	18.20 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.
2.	18.21 WITA	Memberikan KIE pada ibu mengenai : 1. tanda bahaya BBL. 2. Perawatan tali pusat Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
3.	18.28 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 6 hari selanjutnya pada tanggal 15 Mei 2017 atau saat ada keluhan. Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan berikutnya.

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II (hari ke-6)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 15 Mei 2017/Pukul : 16.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Tiara Restiana

S :

a. Keluhan :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan.
- Ibu mengatakan tali pusat telah lepas pada tanggal 13 Mei 2017

b. Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi telah mendapatkan ASI. Bayi diberikan ASI minimal setiap 2 jam (kapan saja bayi ingin menyusu)
Pola Eliminasi	Bayi telah BAB ± 3 kali sehari konsistensi lunak berwarna kuning dan BAK ± 6 kali sehari konsistensi cair dan berwarna putih kekuning
Pola Istirahat	Bayi tertidur ± 20 jam dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK
Pola Personal Hygiene	Bayi dimandikan setiap pagi dan sore. Bayi ganti baju 2x sehari. Bayi digantikan popoknya setiap BAB dan BAK
Pola Aktivitas	Bayi hanya tidur sepanjang hari dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK

O:

a. Pemeriksaan umum

KU : Baik

TTV : N : 144 x/menit, R : 40 x/menit dan S : 36,2 °C.

BB : 2600 gram

b. Pemeriksaan fisik

- a) Mata : Tidak ada tanda-tanda infeksi
- b) Hidung : Tidak ada pergerakan cuping hidung dan tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- c) Mulut : Mukosa mulut lembab, tidak terdapat mukosa putih, reflex hisap (+).
- d) Telinga : Tidak ada pengeluaran secret abnormal
- c) Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi denyut jantung 144 x/menit, tidak terdengar suara nafas tambahan, puting susu menonjol.
- d) Abdomen : Tali pusat telah lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan

Spontan usia 6 hari

Masalah : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

Diagnosa Potensial : Tidak Ada

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 15 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	16.30 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat dan berat badan bayi mengalami penurunan \pm 250 gr dari 2850 gr menjadi 2600 gr. Penurunan berat badan sebesar 5 - 10% dibawah berat badan lahirnya ini merupakan hal yang fisiologis pada minggu pertama kehidupan. Pengeluaran cairan ekstraseluler yang berlebihan mengakibatkan penurunan berat badan fisiologis pada minggu pertama kehidupan. Berat badan bayi harus bertambah lagi atau melebihi berat badan lahirnya pada saat berumur 2 minggu ; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.
2.	16.30 WITA	Memberikan KIE kepada Ibu mengenai : - perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA; Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
3.	16.15 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 23 Mei 2017. Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan berikutnya.

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III (hari ke-14)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Mei 2017/Pukul : 16.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

Oleh : Tiara Restiana

S :

a. Keluhan :

- Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Bayinya tidak rewel.

b. Pola Fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi telah mendapatkan ASI. Bayi diberikan ASI minimal setiap 2 jam (kapan saja bayi ingin menyusu)
Pola Eliminasi	Bayi telah BAB ± 3 kali sehari konsistensi lunak berwarna kuning dan BAK ± 6 kali sehari konsistensi cair dan berwarna kuning jernih.
Pola Istirahat	Bayi tertidur ± 20 jam dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK
Pola Personal Hygiene	Bayi dimandikan setiap pagi dan sore. Bayi ganti baju 2x sehari. Bayi digantikan popoknya setiap BAB dan BAK
Pola Aktivitas	Bayi hanya tidur sepanjang hari dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK

O :

a. Pemeriksaan umum

KU : Baik

TTV : N : 143 x/menit, R : 42 x/menit dan S : 36,5 °C.

BB : 3000 gram

b. Pemeriksaan fisik

1) Mata : Tidak ada tanda-tanda infeksi

2) Hidung : Tidak ada pergerakan cuping hidung dan tidak ada pengeluaran secret abnormal.

- 3) Mulut : Mukosa mulut lembab, tidak terdapat mukosa putih, reflex hisap (+).
- 4) Telinga : Tidak ada pengeluaran secret abnormal
- d) Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi denyut jantung 143 x/menit, tidak terdengar suara nafas tambahan, puting susu menonjol.
- e) Abdomen : Tali pusat telah lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi.

A :

- Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 14 hari
- Masalah : Tidak Ada
- Masalah Potensial : Tidak Ada
- Diagnosa Potensial : Tidak Ada
- Kebutuhan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal : 23 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	16.30 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat dan berat badan bayi telah mengalami kenaikan sebanyak \pm 400 gr sehingga berat badan bayi sekarang menjadi 3000 gr melebihi berat badan lahirnya; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.
2.	16.30 WITA	Menyarankan ibu untuk membawa bayinya imunisasi BCG; Ibu membawa bayinya ke BPM NILAWATI untuk dilakukan imunisasi.
3.	17.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa ini adalah kunjungan rumah terakhir dari penulis dengan dosen pembimbing; Ibu dan keluarga berterima kasih atas pelayanan yang telah diberikan.

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Akseptor KB IUD

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Mei 2017 /Pukul :16.00 WITA

Tempat : BPM NILAWATI

Oleh : Tiara Retiana

S :

1. Keluhan utama :

- Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan
- Ibu mengatakan pemasangan KB IUD telah dilakukan setelah plasenta lahir pada tanggal 10 Mei 2017 di BPM NILAWATI

2. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan menggunakan alat kontrasepsi IUD selama 2 tahun dan selama menggunakan jenis alat kontrasepsi ini ibu tidak memiliki keluhan. Ibu mendapatkan pelayanan kontrasepsi di BPM, dan menggunakan KB atas motivasi diri sendiri dan suami

3. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x sehari jenis makanan nasi, sayur, ikan, buah, dan air putih
Eliminasi	Ibu BAB 1x sehari konsistensi lunak warna kuning kecoklatan dan BAK 3-4x sehari konsistensi cair warna bening
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 3 jam dan tidur malam \pm 5 jam.(mengikuti pola tidur bayinya)
Aktivitas	Ibu mengurus pekerjaan rumah tangga yang mudah seperti (masak, menyapu, dan membereskan rumah) dan mengurus anaknya dibantu ibumertua dan suami.
Personal Hygiene	Ibu mandi 2 x sehari, mengganti pakaian 3 x sehari, dan mengganti celana dalam 2 x sehari atau apabila ibu merasa celana dalamnya basah
Kebiasaan	Ibu tidak punya kebiasaan tertentu yang tidak sehat seperti merokok ataupun minum alkohol

Seksualitas	Ibu belum melakukan hubungan seksual karena masih dalam masa nifas
-------------	--

O:

1. Pemeriksaan Umum

KU: baik, Kesadaran: Compos Mentis

TTV: TD: 110/70 mmHg, S: 36,6 °C, N: 80 x/menit, R: 21 x/menit.

BB : 65 Kg

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : Simetris, tidak pucat
- b. Mata : Tidak oedem, konjungtiva tidak pucat, dan sclera tidak ikterik
- c. Dada : Simetris, tidak ada retraksi, irama jantung terdengar teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara nafas tambahan (RR: 21x/menit).
- d. Payudara : Simetris, bersih, ada pengeluaran ASI, putting susu menonjol, tidak teraba massa/oedem, tidak ada peradangan.
- e. Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, tidak teraba massa/pembesaran, fundus uteri tidak teraba.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ Akseptor KB IUD

Masalah : Tidak Ada

Masalah potensial : Tidak Ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 23 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan
1.	16.40 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan ibu. Pemeriksaan umum KU baik, kesadaran Composmentis, TTV: TD: 110/70 mmHg, S: 36,6°C, N: 80 x/menit, R: 21 x/menit, hasil pemeriksaan fisik ibu tidak ditemukan masalah. Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.
2.	17.25 WITA	Mengevaluasi mengenai 1. efek samping seperti : perubahan siklus haid (umum pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lam dan banyak, perdarahan (<i>spotting</i>) antar menstruasi, saat haid lebih sakit; Tidak terdapat efek samping. 2. waktu kontrol ulang KB IUD tanggal 10 juni 2017; Ibu akan melakukan control ualang sesuai waktu yang di tentukan.
3.	17.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa ini adalah kunjungan rumah terakhir dari penulis dengan dosen pembimbing; Ibu dan keluarga berterima kasih atas pelayanan yang telah diberikan.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Dipembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktek yang ada. Dalam pembahasan ini juga dijelaskan bagaimana cara pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang meliputi:

1. Antenatal Care

Melakukan asuhan kebidanan komprehensif kepada Ny. L G2P1001 saat usia kehamilan 34 minggu 3 hari yang bertempat tinggal di Jl. Penggalan RT. 30 No. 48. Selama kehamilannya, Ny. L telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 10 kali, yaitu 10 kali dilakukan di BPM NILAWATI (2 kali pada trimester pertama, 3 kali pada trimester kedua, dan 5 kali pada trimester ketiga) dan 3 kali dengan penulis.

Hal ini sesuai dengan teori kunjungan kehamilan yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), yaitu minimal 4 kali, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga.

Menurut penulis tidak ada ditemukan kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Karena Ny. L telah melakukan kunjungan sebanyak 10 kali.

a. Kunjungan ANC Pertama

Pada saat melakukan kunjungan hamil yang pertama pada tanggal 05 April 2017 Ny. L hasil pemeriksaan umum dan pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah, tetapi Ny. L mengalami masalah Anemia Ringan. Dari hasil pemeriksaan Hb didapatkan Hb Ny. L hanya 10,1 gr%, ibu mengatakan kepalanya agak sedikit pusing. Ibu mual ketika mengkonsumsi tablet Fe dipagi hari dan tidak rutin mengkonsumsi tablet Fe.

Menurut teori yang dikemukakan Prawiroharjo(2012) bahwa penyebab anemia fisiologis dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar Hb <10,5gr% pada trimester 2. Hal ini terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2. Selain itu menurut Manuba(2010) menyatakan bahwa Hb : 9,00-10,00 gr% termasuk kedalam Anemia ringan. Sedangkan menurut Varney(2010) pusing adalah salah satu gejala dari anemia.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Kadar Hb 10,1 gr% pada ibu hamil TM III merupakan hal yang fisiologis hal ini terjadi karena hemodilusi dan tergolong kedalam anemia ringan. Sedangkan keluhan pusing yang dirasakan Ny. L adalah salah satu gejala dari anemia.

Masalah anemia ringan pada Ny. L dapat teratasi dengan diberikannya konseling mengenai Nutrisi pada ibu yang sesuai dengan teori Varney(2012) yaitu:

- 1) mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi zat besi (sayur - sayuran hijau : kangkung, bayam, dll; Kacang – kacang; Hati ayam/sapi).
- 2) mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi protein (putih telur, daging, ikan, ayam kampung, dll).
- 3) Serta perlu mengkonsumsi tablet besi 60 mg/ hari dan 400 mg asam folat peroral sekali sehari, maka Hb dapat dinaikkan sebanyak 1 gr%/ bulan.

Mual yang di rasakan ibu dikarenakan cara mengkonsumsi tablet fe yang kurang benar. Menurut teori Varney (2007) menyatakan bahwa minumlah tablet fe di malam hari agar mengurangi efek mual. Mual tersebut dapat teratasi dengan diberikannya konseling pada ibu mengenai cara mengkonsumsi tablet Fe yang sesuai dengan teori Varney(2012) yaitu:

- 1) Minumlah tablet Fe tambahan diantara waktu makan atau 30 menit sebelum makan.
- 2) Minumlah tablet Fe di malam hari sebelum tidur untuk mengurangi efek mual.
- 3) Hindari mengkonsumsi kalsium (susu, antasida, makanan tambahan prenatal) bersama tablet Fe.
- 4) Minumlah vitamin C (jus jeruk, tambahan vitamin C) agar penyerapan tablet fe lebih cepat

Menurut penulis terjadi kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Keluhan rasa mual yang di rasakan Ny. L terjadi karena cara mengkonsumsi tablet Fe yang salah.

b. Kunjungan ANC Ke 2

Saat melakukan kunjungan yang kedua pada tanggal 21 April 2017 Usia kehamilan ibu 36 minggu 6 hari hasil pemeriksaan umum dan fisik ibu dalam keadaan normal. Ny. L mengatakan agak susah ketika ingin tidur malam. Ny. L tidur malam \pm 7 jam dan tidur siang \pm 2 jam. Ibu sudah tidak pusing lagi dan ibu telah rutin mengkonsumsi tablet Fe 1x/hari sebelum tidur malam, ibu sudah tidak mual lagi ketika mengkonsumsi tablet Fe.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Tiran(2014) penyebab sulit tidur yang paling umum pada ibu hamil yaitu perubahan hormonal. Peningkatan kadar progesteron mengganggu pola tidur ibu pada saat hamil. Hal ini terjadi terutama di trimester pertama dan ketiga. Progesteron adalah "obat penenang alami" dan seorang ibu hamil dapat dengan mudah tertidur di siang hari setelah beraktivitas, sehingga ia akan kesulitan untuk tidur di malam hari.

Keluhan sulit tidur pada Ny. L dapat teratasi dengan diberikannya konseling mengenai cara mengatasi sulit tidur pada ibu hamil dengan melakukan beberapa perubahan kebiasaan, akan mengatasi dan meminimalisir efek insomnia pada saat hamil sesuai dengan teori Tiran(2014) yaitu :

1) Posisi tidur menyamping

Ibu hamil seringkali kurang tidur dengan nyenyak karena ukuran perut yang membesar plus nyeri pada punggung yang dirasakannya. Posisi terbaik untuk tidur pada saat hamil adalah menyamping. Tidur dengan posisi menyamping bisa mengurangi

nyeri punggung. Dianjurkan untuk tidur di sisi kiri untuk meningkatkan pasokan nutrisi dan darah ke plasenta Anda.

2) Asupan nutrisi

Hindari minuman berkarbonasi (soda dan cola), makanan pedas, gorengan, bumbu berlebihan, alkohol, dan makanan asam. Hindari semuanya. Jauhi cokelat dan kafein, terutama setelah tengah hari karena bisa membuat ibu terjaga pada malam hari. Makanlah porsi kecil dengan sering dan hindari makan besar satu kali. Kunyahlah makanan dengan sempurna.

Makanan yang tinggi kandungan karbohidratnya seperti biskuit, roti atau segelas susu hangat dapat membantu Anda untuk tidur dengan baik. Selain itu, snack berprotein tinggi dapat membantu mencegah gangguan tidur dan sakit kepala.

3) Olahraga

Setidaknya lakukanlah olahraga selama 30 menit setiap hari. Tak harus olahraga berat, Anda bisa mencoba yoga, jalan kaki, atau pilates. Olahraga dan relaksasi setiap hari bisa mempermudah tidur Anda di malam hari.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Keluhan sulit tidur yang dirakan Ny. L merupakan hal yang fisiologis, karena sulit tidur malam pada ibu dikarenakan perubahan hormonal sehingga ibu mudah tertidur pada siang hari dan sulit tidur ketika malam hari.

c. Kunjungan ANC Ke 3

Kunjungan yang ketiga dilakukan pada tanggal 27 April 2017 Usia kehamilan ibu 37 minggu 5 hari hasil pemeriksaan umum dan fisik ibu dalam keadaan normal. Ibu mengatakan sudah tidak sulit tidur pada malam hari. Ibu tidur siang \pm 1 jam dan pada malam hari \pm 8 jam. Pada kunjungan kali ini penulis memberikan penkes tentang KB IUD Pasca Plasenta, posisi dan cara meneran yang benar. Pada kunjungan ke tiga ini didapatkan Hb Ny. L yaitu 12,4gr% Ny. L tidak mengalami anemia.

Hal ini berdasarkan teori Menurut Prawihardjo(2010)menyatakan bahwa tidur pada siang hari \pm 1 jam dan malam hari \pm 8 jam. Sedangkan menurut Manuaba(2015) menyatakan bahwa Hb normal ibu hamil adalah 11 gr%, apabila kurang berarti ibu menderita anemia.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Karena waktu tidur dan kadar Hb Ny. L telah sesuai dengan teori.

2. Persalinan

Saat memasuki proses persalinan pada tanggal 10 Mei 2017, Ny. L G2P10001 Usia kehamilan 39 minggu 4 hari.

Hal ini berdasarkan pernyataan JNPK-KR, 2008 persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Karena saat bersalin usia kehamilan Ny. L cukup bulan sesuai dengan teori yang ada.

a. Kala I

Tanggal 10 Mei 2017 pukul 02.30 WITA Ny. L merasakan perutnya mulai kencang-kencang teratur . Tanggal 10 Mei 2017 pukul 05.30 WITA Ny. L memutuskan untuk segera memeriksakan diri ke BPM NILAWATI karena Ny. L merasakan kencang – kencang yang semakin sering dan nyeri perut bagian bawah menjalar sampai ke pinggang. Pada pukul 05.30 WITA saat di periksa dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tebal lembut, effacement 35%, pembukaan 3 cm, ketuban utuh, tidak teraba tali pusat, presentasi kepala deominator UUK, penurunan kepala hodge I. DJJ (+) 144 x/menit dengan HIS : frekuensi 2x dalam 10 menit, durasi 20-25 detik.

Pada pukul 09.00 WITA ibu mengatakan perutnya semakin sakit dan ada pengeluaran lendir darah. Hasil pemeriksaan dalam ulang : vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tipis lunak, effacement 80%, pembukaan 7 cm, ketuban utuh, tidak teraba tali pusat, presentasi kepala denominator UUK, penurunan kepala hodge II. DJJ (+) 135 x/menit dengan HIS : frekuensi 4x dalam 10 menit, durasi 35-40 detik. Ketika Ny. L memasuki fase aktif penulis menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Pukul 09.30 WITA Ny. L mengatakan ada rasa ingin BAB dan kencang – kencang semakin sering. Kala I Ny. L berlangsung selama 7 jam.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wiknjastro, (2013) bahwa Kala I inpartu ditandai dengan his yang teratur, keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement) kala dimulai dari pembukaan nol sampai

pembukaan lengkap (10cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar ± 8 jam. Sesuai dengan APN (JNPK-KR, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan.

Menurut penulis pada proses persalinan kala I Ny. L tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Kala I Ny. L sesuai dengan teori.

b. Kala II

Ny. L memasuki kala II. Pukul 09.30 WITA. Ny. L mengatakan ada rasa ingin meneran dan ada rasa ingin BAB dan kencang – kencang semakin sering. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio Tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10 cm, ketuban utuh menonjol dilakukan amniotomi dengan warna jernih jumlah : ± 100 cc, tidak teraba tali pusat, presentasi kepala deominator UUK, penurunan kepala hodge III. DJJ (+) 135 x/menit dengan HIS : frekuensi 4x dalam 10 menit, durasi 35-40 detik. Tampak adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, pengeluaran lendir darah semakin meningkat. Ny. L dimotivasi untuk mengejan apabila ada dorongan ingin meneran. Pada pukul 10.20 WITA kepala tampak 5-6 cm didepan vulva. Pukul 10.30 WITA bayi lahir spontan. Kala II Ny. L berlangsung selama 1 jam.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Widyastuti, (2014) pada kala II his semakin sering dan durasinya lebih lama. Ibu

merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, perineum menonjol, vulva membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah, Lamanya kala II untuk primigravida 2 jam dan multigravida 1 jam.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Lama kala II Ny. L sesuai dengan teori.

Ny. L telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan Ny. L berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik. Bayi lahir spontan dan segera menangis pada pukul 10.30 WITA, APGAR SCORE 9/10, jenis kelamin perempuan sisa ketuban jernih. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung diletakkan di dada Ny. L untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Sumarah, dkk, (2012) sentuhan kulit bayi dengan kulit ibu mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting susu ibunya.

Menurut penulis IMD sangatlah penting karena mendatangkan manfaat yang sangat banyak bagi bayi khususnya, antara lain dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Hal ini akan menghindari bayi dari kedinginan atau *hypotermia*.

c. Kala III

Pada saat bayi lahir plasenta belum keluar, bidan segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. L 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 yaitu adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat bidan melakukan manajemen aktif kala III yaitu menyuntikan oxytosin, melakukan PTT, plasenta lahir spontan lengkap pukul 10.35 WITA, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat \pm 60 cm, tebal plasenta \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 30 cm. Lama kala III Ny. L berlangsung \pm 5 menit kemudian melakukan masase uteri.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Widyastuti(2014) kala III adalah waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu: Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus, Tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat. Manajemen aktif kala III, yaitu: Pemberian suntikan oksitosin, melakukan peregangan tali pusat terkendali, Massase fundus uteri.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Karena telah dilakukannya manajemen aktif kala III dan plasenta Ny. L lahir tidak lebih dari 30 menit.

d. Kala IV

Pukul 10.35 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi perineum derajat II yaitu yang luasnya mengenai mukosa, kulit vagina dan otot perineum, perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka. Bidan segera melakukan penjahitan pada perineum agar tidak terjadi perdarahan dan infeksi. Sebelum penjahitan dilakukan pemberian anastesi lokal terlebih dahulu untuk meminimalkan nyeri pada saat proses penjahitan. Setelah dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, bidan melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Oleh karena itu, penulis melakukan observasi tersebut setiap 15 menit pada jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah melahirkan. Hasil pemeriksaan TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, TTV dalam batas normal, laserasi derajat II telah dilakukan penjahitan pada perineum, perdarahan \pm 150 cc.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh widyastuti, (2014) kala IV adalah kala pengawasan dari 15 menit setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Asuhan dan pemantauan kala IV : Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat, Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan, Perkiraan kehilangan darah

secara keseluruhan, Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy) perineum, Evaluasi keadaan umum ibu, Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Karena telah dilakukapemantauan kala IV secara komprehensif pada Ny. L dan dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

3. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. L lahir pada tanggal 10 Mei 2017 pukul 10.30 WITA. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian sepintas bayi cukup bulan, bayi tidak megap-megap, warna kulit tidak cyanosis, bayi bergerak aktif.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan Sukarni(2014) yang menyatakan bahwa segera setelah bayi lahir lakukan penilaian sepintas secara cepat dan tepat (0-30 detik) buat diagnose untuk dilakukan asuhan berikutnya. Yang dinilai :

- 1) Bayi cukup bulan atau tidak ?
- 2) Usaha nafas bayi menangis keras ?
- 3) Warna kulit cyanosis atau tidak ?
- 4) Gerakan aktif atau tidak

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena telah dilakukannya penilayan sepintas pada By.Ny. L dan tidak ditemukannya penyulit.

Hasil penilayan Apgar Score (AS) By. Ny. L adalah 9/10.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Saifuddin (2010) bahwa bayi normal/asfeksia ringan apabila memiliki nilai AS 7-10, asfeksia sedang apabila nilai AS 4-6, dan bayi asfeksia berat apabila nilai AS 0-3.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena nilai AS bayi Ny. L dalam batas normal yaitu 9/10.

Kemudian dilakukannya pemotongan tali pusat. Dilakukannya perawatan tali pusat dengan cara membungkus tali pusat dengan kassa steril tanpa membubuhkan apapun serta menjaga agar tali pusat selalu kering.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Sumarah, dkk, (2012) bahwa perawatan tali pusat dimulai segera setelah bayi lahir dan tali pusat harus tetap kering.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Telah dilakukannya pemotongan tali pusat dan perawatan tali pusat pada bayi Ny. L dan tidak ditemukan adanya masalah.

Asuhan BBL dilakukan 1 jam pasca IMD. Penulis melakukan pemeriksaan umum bayi yang terdiri dari pemeriksaan TTV yaitu Nadi : 140x/ menit, Suhu : 36,5°C, Respirasi : 42 x/ menit. Pemeriksaan antropometri bayi adalah BB 2850 gram, PB 49,5 cm, LK 34 cm, LD 34 cm, dan LILA 10 cm.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Saifuddin(2012) bahwa denyut jantung bayi (110-180 kali per menit), Suhu tubuh (36,5°C-37°C), Pernafasan (40-60 kali per menit). Pemeriksaan antropometri menurut Berat badan (2500-4000 gram), Panjang badan (44-

53 cm), Lingkar kepala (31-36 cm), Lingkar dada (30-33 cm), Lingkar lengan (>9,5 cm).

Bayi Ny. L diberikan salep mata, injeksi vitamin K 0,05 cc/IM pada paha kiri dan imunisasi hepatitis B/IM pada paha kanan 1 jam setelah pemberian vitamin K.

Hal ini berdasarkan pernyataan JNPK-KR(2008) Bayi baru lahir diberikan salep mata untuk membersihkan mata dari air ketuban, lendir dan darah yang menempel pada bagian mata bayi dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, diberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan anterolateral untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Hasil pemeriksaan umum dan fisik bayi Ny. L dalam keadaan normal. Penulis telah melakukan asuhan kebidanan BBL yang sesuai dengan teori.

4. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. L sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam (tanggal 10 Mei 2017 pukul 17.20 WITA), kunjungan kedua 6 hari (tanggal 15 Mei 2017 pukul 16.30 WITA), kunjungan ketiga 2 minggu (tanggal 23 Mei 2017 PUKUL 16.30 WITA).

Bedasarkan teori menurut Manuaba, dkk, 2015 Kebijakan Program Pemerintah Dalam Asuhan Masa Nifas Paling sedikit melakukan 4 kali

kunjungan nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan antara lain 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, dan 6 minggu setelah persalinan.

Pada saat kunjungan dilakukan observasi KU, kesadaran, status emosi, TTV, ASI, kontraksi uterus, luka jahitan dan perdarahan post partum semua dalam batas yang normal. Asuhan yang diberikan pada Ny. L selama masa nifas meliputi pemberian KIE tentang nutrisi nifas, mobilisasi dini, teknik menyusui, tanda bahaya nifas, cara perawatan luka jahitan perineum serta mengajarkan ibu senam nifas.

Penulis tidak melakukannya kunjungan ke 4 yaitu pada 6 minggu post partum. Hal ini terjadi karena kurangnya waktu yang tersedia sehingga penulis tidak dapat melakukan kunjungan yang keempat.

Kunjungan pertama 6 jam post partum (tanggal 10 Mei 2017 pukul 17.20 WITA) hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. L sudah mandi, BAK 3x, BAB 1x, ASI sudah keluar, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, lochea rubra, luka jahitan baik, tanda homman negative, perdarahan dalam batas normal, Ny. L mengganti pembalut setiap habis BAK/BAB. Penulis memberikan KIE kepada Ny. L tentang teknik menyusui, kebutuhan dasar nifas, dan menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Menurut Suherni, dkk(2013) bahwa tujuan kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah post partum : mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara

mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena penulis sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan yang di tetapkan. Hasil pemeriksaan Ny. L dalam batas normal. Penulis telah memberikan KIE kepada Ny. L tentang teknik menyusui, kebutuhan dasar nifas, dan menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya.

Kunjungan kedua 6 hari (tanggal 15 Mei 2017 pukul 16.30 WITA) hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. L tidak memiliki keluhan apapun . Ny. L mandi 2x sehari, BAK 3x, BAB 2x, pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan pusat-sympisis, lochea sangiolenta, luka jahitan baik, tanda homman negative, perdarahan dalam batas normal, Ny. L mengganti pembalut setiap habis BAK/BAB. Nutrisi Ny. L juga terpenuhi dengan baik. Penulis mengevaluasi tanda bahaya nifas pada Ny. L, mengajarkan senam nifas hari ke-6 sampai hari ke-10, memberikan KIE kepada Ny. L mengenai nutrisi dan personal hygiene.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suherni, dkk (2013) bahwa tujuan kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum : memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada

tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena penulis sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan yang di tetapkan. Dan hasil pemeriksaan Ny. L dalam batas normal. Penulis tidak menemukan tanda bahaya nifas pada Ny. L, dan telah mengajarkan senam nifas hari ke-6 sampai hari ke-10 kepada Ny. L. Telah memberikan KIE kepada Ny. L mengenai nutrisi dan personal hygiene.

Kunjungan ketiga 2 minggu (tanggal 23 Mei 2017 PUKUL 16.30 WITA) hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. L tidak memiliki keluhan apapun . Ny. L mandi 2x sehari, BAK 3x, BAB 2x, pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU tidak teraba, lochea serosa, luka jahitan baik, tanda homman negative, perdarahan dalam batas normal, Ny. L mengganti pembalut setiap habis BAK/BAB. Nutrisi Ny. L juga terpenuhi dengan baik. Penulis Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Mengvaluasi tentang nutrisi dan personal hygiene.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suherni, dkk (2013) bahwa tujuan kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum : memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena penulis sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan yang di tetapkan. Dan hasil pemeriksaan Ny. L dalam batas normal. Nutrisi Ny. L juga terpenuhi dengan baik. Penulis Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Mengvaluasi tentang nutrisi dan personal hygiene.

5. Neonatus Care/ Kunjungan Neonatus (KN)

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam (tanggal 10 Mei 2017), 6 hari (tanggal 15 Mei 2017), 2 minggu (tanggal 23 Mei 2017).

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Muslihatun(2012) Kunjungan neonatal (KN) sedikitnya tiga kali yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke 3-7 dan 1 kali pada hari ke 8-28 setelah bayi lahir

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena penulis telah melakukan kunjungan sesuai dengan teori.

Pada kunjungan neonatus I 6 jam setelah kelahiran penulis melakukan pemantauan, keadaan umum neonatus baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, neonatus menangis kuat, tali pusat terbungkus kasa steril, neonatus mengkonsumsi ASI dan neonatus telah BAB 1x berwarna hitam kehijauan dan BAK 1x kuning jernih. Penulis memberikan KIE pada ibu tanda bahaya BBL dan perawatan tali pusat.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Saifuddin,(2014) bahwa pada masa neonatal saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (berwarna hitam kehijauan).

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena penulis sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan yang di tetapkan.

Pada kunjungan ke II 6 hari setelah kelahiran, penulis melakukan pemeriksaan pada neonatus, hasilnya keadaan umum baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, tali pusat puput pada hari ke 4 kelahiran, eliminasi baik dan nutrisi terpenuhi. Berat badan neonatus mengalami penurunan ± 250 gr dari 2850 gr menjadi 2600 gr.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suradi, (2014) bahwa penurunan berat badan fisiologis neonatus pada minggu pertama kehidupan sebesar 5 - 10% dibawah berat badan lahirnya. Pengeluaran cairan ekstraseluler yang berlebihan mengakibatkan penurunan berat badan fisiologis pada minggu pertama kehidupan. Berat badan bayi harus bertambah lagi atau melebihi berat badan lahirnya pada saat berumur 2 minggu dan harus bertambah ± 30 gr/hari selama bulan pertama.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena penurunan berat badan neonatus di minggu pertama kehidupan tidak melebihi dari 10% dibawah berat badan lahirnya.

Pada kunjungan ke III 2 minggu setelah kelahiran, penulis melakukan pemeriksaan pada neonatus, hasilnya keadaan umum baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, eliminasi

baik dan nutrisi terpenuhi. Berat badan neonatus mengalami kenaikan ± 400 gr dari 2600 gr menjadi 3000 gr.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suradi(2014) bahwa penurunan berat badan fisiologis neonatus pada minggu pertama kehidupan sebesar 5 - 10% dibawah berat badan lahirnya. Pengeluaran cairan ekstraseluler yang berlebihan mengakibatkan penurunan berat badan fisiologis pada minggu pertama kehidupan. Berat badan bayi harus bertambah lagi atau melebihi berat badan lahirnya pada saat berumur 2 minggu dan harus bertambah ± 30 gr/hari selama bulan pertama.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena kenaikan berat badan neonatus di 2 minggu kehidupan bertambah dan melebihi berat badan lahirnya.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Ibu memilih menggunakan KB IUD Post Plasenta yang telah dipasang pada waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta saat persalinan pada tanggal 10 Mei 2017 di BPM NILAWATI. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan dari ibu sendiri dan didukung oleh suami. Tanggal 23 Mei 2017 penulis melakukan asuhan keluarga berencana 1 kali. Dalam 1 kali asuhan ini penulis mengevaluasi mengenai efek samping dan waktu kontrol ulang KB IUD.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Saifudin(2013) bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi ASI, kelancaran ataupun kadar air susu ibu (ASI).

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Dimana KB IUD cocok digunakan oleh Ny. L karena tidak menghambat pengeluaran ASI.

B. Keterbatasan memberikan asuhan

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

1. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan studi kasus adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan. Adapun pasien yang telah dilakukan asuhan tidak memberi kabar saat bersalin. Sehingga penulis harus mencari ulang klien yang bersedia untuk dilakukan asuhan kebidanaan komprehensif.

2. Keterbatasan waktu

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

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

1. *Antenatal Care* (ANC)

Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. L saat kehamilan trimester III. Pada saat saya melakukan kunjungan Ny. L mengatakan kepalanya agak sedikit pusing, dan tidak rutin meminum tablet Fe. Pada saat pemeriksaan terdapat kesenjangan yaitu kadar Hb Ny. L yang kurang dari batas normal yaitu hanya 10,1 gr%. Diberikan asuhan untuk meningkatkan Hb yaitu dengan istirahat yang cukup dan makan makanan yang tinggi zat besi serta minum tablet Fe 1x sehari sebelum tidur malam. Dan pada akhir kehamilan Hb Ny. L meningkat kedalam kadar normal menjadi 12,4 gr%

2. *Intranatal Care* (INC)

Persalinan berlangsung pada tanggal 10 Mei 2017 Ny. L datang ke BPM NILAWATI Pukul 05.30 WITA dilakukan pemeriksaan dalam

pembukaan 3 cm, pada pukul 09.30 dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan lengkap. Melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif pada Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP. Sehingga proses persalinan Ny. L berlangsung normal tanpa ada penyulit.

3. Bayi baru lahir (BBL)

Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Bayi Baru Lahir (BBL) terhadap By. Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP. Saat melakukan asuhan By. Ny. L lahir spontan segera menangis pukul 10.30 WITA AS 9/10 tidak ditemukan masalah dan kelainan konginetal.

4. *Post Natal Care* (PNC)

Melakukan asuhan nifas sebanyak 3 kali secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP. Sehingga Masa nifas Ny. L berjalan dengan normal tanpa adanya penyulit.

5. Neonatus

Melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus terhadap By. Ny. L dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP. Pada saat pemeriksaan fisik Bayi Ny. L dalam keadaan normal tanpa ada penyulit. Namun By Ny.f mengalami penurunan berat badan pada hari ke 6 \pm 250 gram, tetapi setelah di lakukan pemantauan terus menerus berat badan By Ny. L telah mengalami peningkatan kembali \pm 400 gr pada usia 2 minggu.

6. Keluarga Berencana

Melakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif sesuai kondisi Ny. L dengan memberikan konseling tentang pelayanan KB IUD Pasca Plasenta menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP. Konseling berjalan lancar dan klien telah memilih menjadi akseptor KB IUD Post Plasenta. Karena KB IUD sangat cocok untuk Ny. L yang sedang dalam masa menyusui karena tidak mempengaruhi proses pengeluaran ASI.

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 Klien

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

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

2. Bagi Penulis

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

3. Bagi Tenaga Kesehatan/Bidan

- a. Diupayakan bimbingan dan asuhan yang diberikan lebih sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang telah diberikan untuk menghasilkan asuhan kebidanan yang tepat, bermutu dan memuaskan klien.
- b. Bidan diupayakan mampu menjalin komunikasi yang baik dengan pasien agar tercipta suasana yang terbuka dan harmonis, sehingga dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan pelayanan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta keluarga berencana.
- c. Bidan diupayakan melakukan penyuluhan tentang jarak/interval kehamilan yang terlalu dekat karena hal tersebut merupakan resiko tinggi terhadap kehamilan berikutnya.

4. Bagi Puskesmas Damai

Dapat menjalankan dan melancarkan program kerja Puskesmas dan dapat mengurangi AKI dan AKB di wilayah kerja Puskesmas karena

asuhan yang diberikan sesuai dengan standar pelayanan asuhan kebidanan. Dengan komunikasi yang baik dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kinerja Puskesmas tersebut.

5. Bagi Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

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

DAFTAR PUSTAKA

- Ajeng, S. 2012. *Perubahan Adaptasi Fisiologis Ibu Hamil Trimester III*. Tersedia di http://midwifenanana.blogspot.com/2017/02/perubagan-dan-adaptasifisiologi_09.html Diakses Tanggal 25 Februari 2017
- Amirin, TM. 2012. *Subjek penelitian, dan informan (narasumber) penelitian*. <https://tatangmanguny.wordpress.com/2009/04/21/subjek-responden-dan-informan-penelitian/> Tanggal 25 Februari 2017
- Arikunto, S. 2012. *Prosedur penelitian : Suatu Pendekatan Praktik. (Edisi Revisi)*. Jakarta : Rineka Cipta
- Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- BPS. 2014. <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/dasar/pdf?kd=3289&th=2014>, Diakses tanggal 28 Februari 2017
- Departemen Kesehatan RI. 2015. *Profil Kota Balikpapan Tahun 2015* http://dkk.balikpapan.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=137&Itemid=103, Diakses pada tanggal 05 maret 2017
- Departemen Kesehatan RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2015.pdf> diakses tanggal 03 Maret 2017
- Depkes RI .2015. *Kesehatan dalam kerangka sustainable development goals (SDGs)*. http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2_v1/wp_content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf diakses tanggal 03 Maret 2017
- Dewi, Vivian Nanny Lia. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika

- Dinkes kaltim. 2015. *Profil kesehatan tahun 2015*.
<http://www.kesehatan.kaltimprov.go.id/downlot1.php?file=338797Profil%20Kesehatan%20Tahun%202013.pdf> diakses tanggal 03 Maret 2017
- JNPK-KR. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi. Jakarta: JNPK-KR
- Kementrian Kesehatan RI.2015. Indonesia.www.depkes.go.id, Diakses tanggal 03 Maret 2017
- Kriyantono, Rachmat. 2012. *Teknik Praktis Riset Komunikasi: Disertai Contoh Praktis Riset Media, Public Relations, Advertising, Komunikasi Organisasi, Komunikasi Pemasaran*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Kusmiyah, Yuni dkk.2012.*Perawatan Ibu Hamil*.Yogyakarta:Fitramaya
- Millenium Development Goals*.www.depkes.go.id, Diakses tanggal 03 Maret 2017
- Machfoedz, ircham. 2011. *Metodologi penelitian*. Yogjakarta: Fitramaya
- Manuaba, IBG. 2010. *Pengantar kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Maritalia, Dewi, 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*, Yogyakarta; Pustaka pelajar
- Marmi, dkk, 2012, *Asuhan Kebidanan Patologi*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Muslihatun, Wafi Nur. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya
- Muslihatun, Wafi Nur,dkk. 2012. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Notoatmodjo, s, 2010, *Promosi kesehatan teori dan Aplikasi*, Jakarta : PT Rineka Cipta
- Pantiawati, Ika. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogjakarta: Nuha Medika

Pratami, Evi. 2014. *Continuiry of care*.

<https://hanifafitria.wordpress.com/2017/02/01/proposal-coc/> diakses tanggal
03 Maret 2017

Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

Prawirohardjo. 2010. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: PT
Bina Pustaka

Romauli,Suryati.2012.*Asuhan Kebidanan I*.Jogjakarta:Nuha Medika

Saifuddin, A.B dkk. 2015. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal
dan Neonatal*. Jakarta : BP-SP.

Saifuddin, A.B dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT.BPSP.

Sumadi Suryabrata. 2010. *Metodologi Penelitian*. Jakarta : Raja Grafindo

Sumarah, dkk. 2012. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu
Bersalin)*. Jakarta: Fitramaya

Tambunan, tulus. 2011. *Industriliasasi di negara sedang berkembang kasus
indonesia*. Jakarta. Ghalia Indonesia

Ujiningtyas, C. Sri Hari. 2012. *Asuhan Keperawatan Persalinan Normal*. Jakarta:
Salemba Medika

Varney, Helen. (2010). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC

Wahyuni Sari. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC

WHO.2015.Worldhealt statistic.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf
diakses tanggal 03 Maret 2017