

**LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY."N" G5P40103 HAMIL 34 MINGGU DENGAN MASALAH
GRANDEMULTIPARADI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BATU AMPAR KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2017**



Oleh:

VISTA VIONI JAYANTI
NIM. PO.7224114034

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

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN BALIKPAPAN
2017**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbingannya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Proposal dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.”N” di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Ampar Kota Balikpapan Tahun 2017”. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan 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.
3. Hj. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
4. Ernani Setyawati, M.Keb, selaku penguji utama dalam ujian hasil yang telah bersedia menjadi penguji utama dan bersedia memberikan masukan kepada saya.
5. Hj. Nurlaila, S.Pd.,SST.,M.Pd, selaku Pembimbing I yang senantiasa mengingatkan dan member motivasi penulis untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Emilia Sandra, SST , selaku pembimbing II yang telah memberi masukan yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

7. Klien dan Keluarga, yang telah bersedia dan berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif.
8. 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 ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Balikpapan, Juni 2017

Vista Vioni Jayanti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
1. Manfaat Praktis.....	7
2. Manfaat Teoritis	7
E. Ruang Lingkup	8
F. Sistematika Penulisan	8
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	12
B. Konsep Dasar Teori.....	11
1. Konsep Dasar Teori Kehamilan.....	16

2. Konsep Dasar Teori Persalinan.....	49
3. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir	67
4. Konsep Dasar Teori Nifas.....	71
5. Konsep Dasar Teori Neonatus	101
6. Konsep Dasar Teori Kontrasepsi	112

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Karangan Ilmiah	115
B. Lokasi dan Waktu.....	115
C. Subjek Kasus	116
D. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data	116
C. Instrumen.....	118
D. Kerangka Kerja.....	118
E. Etika Penelitian.....	120

BAB IV

TINJAUAN KASUS	122
----------------------	-----

BAB V

PEMBAHASAN.....	173
-----------------	-----

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.	189
B. Saran..	190

DAFTAR PUSTAKA	192
----------------------	-----

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Skor Puji Rochjat	33
2.2 Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri.....	39
2.3 Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan.....	61
2.4 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum	74

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Masalah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Hal ini dikarenakan masih tingginya AKI dan angka kematian bayi (AKB) yang ada di Indonesia. AKI dan AKB di Indonesia merupakan yang tertinggi di ASEAN dengan jumlah kematian ibu tiap tahunnya mencapai 450/100 ribu kelahiran hidup (KH) yang jauh diatas angka kematian ibu di Filipina yang mencapai 170/100 ribu KH, Thailand 44/100 ribu KH (Profil Kesehatan Indonesia, 2010).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, AKI tercatat 359/100 ribu KH. Tercatat kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang tercatat 228/100 ribu KH. Berdasarkan kesepakatan global (*Millenium Develoment Goals/MDG's 2000*) untuk tahun 2015, diharapkan AKI menurun dari 228 pada tahun 2007 menjadi 102/100 ribu KH dan AKB menurun dari 34 pada tahun 2007 menjadi 23/1000 KH.

Pada tahun 2013, berdasarkan hasil laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan, jumlah kematian bayi yang terjadi di Provinsi Kalimantan Timur sebanyak 526 dari 43.065 kelahiran hidup , sehingga didapatkan Angka

Kematian Bayi (AKB) sebesar 12,21 per 1000 KH. Jika dibandingkan dengan target MDGs dimana tahun 2015 target AKB sebesar 23 per 1.000 KH, maka AKB Provinsi Kalimantan Timur telah dibawah target. (Profil Kesehatan Kaltim, 2015)

Angka kematian ibu (Maternal Mortality Rate) menunjukkan penurunan yang cukup berarti yakni pada tahun 2008 sebesar 228 per seratus ribu kelahiran hidup, dan pada tahun 2009 ini menjadi 99 dan Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup dan sampai dengan posisi di tahun 2010 adalah 90 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2011-2012 Angka Kematian Ibu (AKI) meningkat menjadi 17 per 100.000,(Angka Absolut AKI thn 2012 yakni 111.Untuk tahun 2013 sebesar : 125 kematian. pada tahun 2012-2013 Angka Kematian Ibu (AKI) meningkat menjadi 14 per 100.000. (Profil Kesehatan Kaltim, 2015)

Angka kematian bayi (AKB) kota Balikpapan tahun 2015 sebanyak 78 kasus (6/1000KH), tahun 2014 123 kasus (11/1000 KH). Data tersebut menunjukkan terjadi penurunan angka kematian bayi. Angka kematian ibu tahun 2014 jumlah 14 kasus (124/1000 KH) tahun 2015 mengalami penurunan dengan jumlah 9 kasus (72/1000 KH). (Profil DKK, 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) 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, 2011*).

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, 2009). Untuk menegakkan kehamilan resiko tinggi pada ibu dan janin adalah dengan cara melakukan anamnesa yang intensif (baik), melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rontgen, pemeriksaan ultrasonografi dan pemeriksaan lain yang dianggap perlu (Manuaba, 2012). Ibu yang hamil pertama pada umur 35 tahun

(Primitua) pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua (Rochjati, 2011)

Penyebab komplikasi kehamilan antara lain 3 terlambat yaitu terlambat mengenali tanda bahaya kehamilan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat mendapatkan pelayanan dan 4 terlalu yaitu terlalu muda, terlalu banyak melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan dan terlalu tua. Hamil dengan primitua termasuk salah satu penyebab komplikasi kehamilan. Kehamilan pertama dengan usia maternal lebih dari 35 tahun, dapat meningkatkan komplikasi atau resiko kehamilan seperti hipertensi, preeklamsi, KPD, persalinan macet dan pendarahan postpartum. Untuk menghindari komplikasi yang ditimbulkan, peran bidan adalah memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) tentang perawatan antenatal secara teratur dan mendeteksi sedini mungkin adanya factor resiko pada ibu hamil dengan primitua baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun di masyarakat (Rochjati, 2011)

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

Pemecahan masalah kesehatan ibu perlu menggunakan pendekatan upaya kesehatan berkelanjutan atau *continuity of care* mulai dari hulu sampai ke

hilir yaitu sejak sebelum masa hamil, masa kehamilan, persalinan dan nifas. Pelaksanaan kesehatan modern dapat dilakukan dengan adanya program home visit, AKI dan AKB bisa terus ditekan. Kunjungan oleh bidan dilakukan minimal dua kali, yakni selama kehamilan sekali dan nifas sekali, tak hanya itu, dengan terus memberikan sosialisasi kepada ibu hamil terutama untuk memenuhi K1 sampai K4 (Kemenkes RI, 2012).

Mengingat masih tingginya AKI dan AKB di kawasan Balikpapan dan diketahui bahwa kurangnya pengawasan terhadap kehamilan dapat menimbulkan banyak kelainan-kelainan mengenai kehamilan, bersalin, nifas, cara merawat bayi serta keluarga berencana maka penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny."N" selama masa hamil hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul; "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.N" usia 34 Tahun G₅P₄₀₀₃ Usia Kehamilan 33 minggu 2 hari Janin Tunggal Hidup Intra Uteri dengan resiko tinggi anak 4 yang merupakan salah satu resiko tinggi pada kehamilan, sehingga sangat penting bagi Ny. N untuk mendapatkan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah "Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny."N" Di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Ampar Balikpapan dalam masa

kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan ?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Peneliti mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.”N” Di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Ampar Balikpapan dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada kehamilan atau *Antenatal Care* (ANC) terhadap Ny.N dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
- b. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada persalinan atau *Intranatal Care* (INC) terhadap Ny.N dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
- c. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir (BBL) terhadap Ny.N dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.

- d. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada masa nifas atau *Postnatal Care* (PNC) terhadap Ny.N dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
- e. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada *neonatus* terhadap Ny.N dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.
- f. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada pelayanan kontrasepsi terhadap Ny.N dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney dengan pendokumentasian SOAP.

D. Manfaat

1. Manfaat Praktis

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

2. 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.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun berdasarkan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny."N" Di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Ampar Balikpapan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan program KB pada periode Februari-Mei 2017.

F. Sistematika Penulisan

Pada bagian awal terdiri dari halaman sampul ,halaman judul, halaman persetujuan ,halaman pengesahan, daftar isi, daftar tabel,daftar gambar ,daftar lampiran.

Pada bab I terdiri dari pendahuluan yang meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan,ruang lingkup dan sistematika penulisan.

Pada bab II dijelaskan tentang konsep dasar teori dan konsep dasar manajemen asuhan kebidanan. Konsep dasar teori dari konsep dasar teori kehamilan,konsep dasar teori persalinan,konsep dasar teori bayi baru lahir, konsep dasar nifas,konsep dasar teori neonatus dan konsep dasar teori kontrasepsi. Selanjutnya konsep dasar manajemen asuhan kebidanan terdiri dari konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada persalinan normal, konsep dasar manajemen

kebidanan pada bayi baru lahir normal, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada nifas normal, konsep dasar manajemen asuhan kebidanan pada calon asektor kontrasepsi.

Pada bab III dijelaskan tentang jenis karangan ilmiah , lokasi dan waktu, subyek kasus, teknik pengumpulan dan analisis data, instrument, kerangka kerja, etika, keterbatasan.

Pada bab IV Tinjauan Kasus yang dibuat menjadi SOAP kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonates dan KB

JUDUL

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Rumusan Masalah
- C. Tujuan
 - 1. Tujuan Umum
 - 2. Tujuan Khusus
- D. Manfaat
 - 1. Manfaat Praktis
 - 2. Manfaat Teoritis
- E. Ruang Lingkup
- F. Sistematika penulisan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

- A. Konsep Dasar Manajemen
- B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

BAB III

SUBYEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS

DAFTAR PUSTAKA

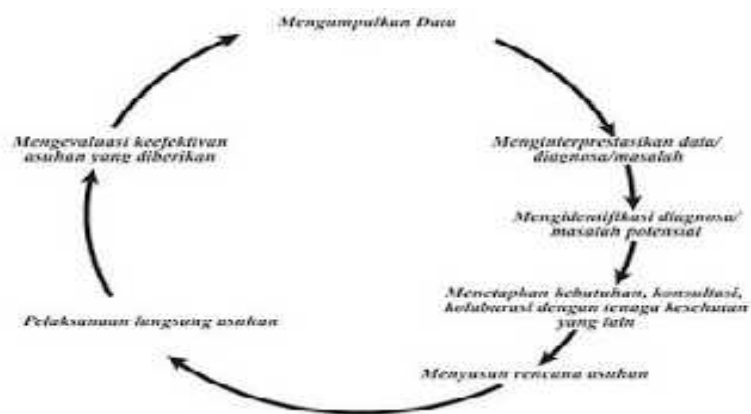
LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

Varney (1997) menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an.



Gambar 2.1 Proses Manejemen Menurut Varney

Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Langkah VII : Evaluasi

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

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 :

- S :Menurut perspektif klien. Data ini diperoleh melalui anamnesa atau allow anamnesa (sebagai langkah I dalam manajemen Varney)
- 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).
- 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).
- 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 Dasar Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitas atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai lahir bayinya. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagin dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Saifuddin, 2010)

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester tiga merupakan waktu persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan (Varney et al, 2008).

b. Perubahan anatomi fisiologi dan psikologi kehamilan pada trimester III

1) Perubahan anatomi fisiologi kehamilan trimester III (Asrinah dkk, 2010)

a) Rahim atau uterus

Uterus yang semula biasanya 30 gram akan mengalami hipertropi dan hyperplasia karena pengaruh hormone estrogen dan progesterone sehingga pada akhir kehamilan uterus ini menjadi 1000 gram, dengan panjang 20 cm.

b) Vagina dan vulva

Perubahan hormon estrogen mengakibatkan adanya hipervaskularisasi sehingga vulva dan vagina tampak lebih merah, agak kebiruan (*livide*).Tanda ini disebut dengan tanda *Chadwick*.Pada akhir kehamilan, cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental.

c) Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan 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.Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu-minggu akhir

kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

d) *Mammae* atau payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi, hormone yang mempengaruhi :

(1) Estrogen

Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak semakin membesar.

Tekanan serta syaraf akibat penimbunan lemak dan air serta garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

(2) Somatotropin

Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara, Merangsang pengeluaran colostrum pada payudara.

(3) Progesterone

Mempersiapkan acinus sehingga dapat berfungsi :

(a) Menambah jumlah sel acinus

(b) Pegeluaran ASI belum berlangsung karena prolactin belum berfungsi.

(c) Setelah persalinan, hambatan prolactin tidak ada sehingga membuat ASI dapat keluar dengan lancar.

(d) Perubahan payudara pada ibu hamil yaitu Payudara menjadi lebih besar, Hyperpigmentasi pada areola dan puting susu menonjol.

e) Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hyperpigmentasi alat-alat tertentu akibat peningkatan *MSH (Melanophore Stimulating Hormon)*. Hyperpigmentasi dapat terjadi di wajah, leher, alveolar mammae dan abdomen.

f) Sirkulasi darah

Volume darah semakin meningkat kira-kira 25% dimana jumlah serum darah lebih besar dari pada pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia 32 minggu, terjadi *supine hypotensive syndrome* karena penekanan vena kava inferior.

g) Sistem pernafasan

Pada usia kehamilan 33 sampai 36 minggu ibu hamil akan merasa sesak nafas karena tekanan janin yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu.

h) *Traktus digestivus*

Akibat meningkatnya kadar estrogen tubuh perasaan enek (*nausea*) pada kehamilan muda. Tonus-tonus otot traktus digestivus menurun, sehingga motilitas traktus digestivus

berkurang. Hal ini untuk resorpsi tetapi menimbulkan obstipasi. Juga terjadi pengeluaran air liur berlebihan yang disebut salivasi.

i) Abdomen

Munculnya kontraksi *Braxton hicks*

2) Perubahan Psikologis Kehamilan trimester III (Asrinah dkk, 2010).

- a) Trimester III sering disebut sebagai periode penantian, yang mana pada trimester ketiga ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya, dan ada perasaan yang tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat waktu.
- b) Trimester III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, dan ini dapat menimbulkan perasaan khawatir.
- c) Pada trimester III dapat timbul perasaan kekhawatiran terhadap bayinya, khawatir bayinya mengalami ketidak normalan (kecacatan). Akan tetapi kesibukan dalam mempersiapkan kelahiran bayinya dapat mengurangi kekhawatirannya.
- d) Hasrat seksual tidak seperti pada trimester kedua hal ini dipengaruhi oleh perubahan bentuk perut yang semakin membesar dan adanya perasaan khawatir terjadi sesuatu terhadap bayinya.

e) Wanita akan kembali merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan. Ia akan merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan dari pasangannya yang sangat besar.

c. Kebutuhan fisik ibu hamil TM III (Varney, 2007)

1) Makanan ibu hamil

Pada kehamilan TM III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Pada masa ini hindari makan yang berlebihan sehingga berat badan tidak naik terlalu banyak. Bahan makanan sumber zat pembangun dan pengatur perlu di berikan lebih banyak dibanding pada kehamilan TM II, karena selain untuk pertumbuhan janin yang sangat pesat, juga diperlukan untuk ibu dalam persiapan persalinan.

2) Hygiene selama kehamilan

Kesehatan jasmani dan rohani saat hamil sangat penting karena berkaitan dengan pertumbuhan rohani dan jasmani janin dalam rahim. Kebersihan jasmani sangat penting karena saat hamil banyak keringat, terutama di daerah lipatan kulit.

Puting susu perlu mendapat perhatian khusus, membersihkan puting susu sambil menarik keluar sebagai persiapan untuk memberi ASI.

3) Defekasi

Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur (trikomonas) kambuh sehingga wanita hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan.

Perubahan hormonal mempengaruhi aktivitas usus halus dan besar, sehingga buang air besarnya mengalami obstipasi (sembelit). Untuk mengatasi sembelit dianjurkan untuk meningkatkan gerak atau aktivitas jasmani, banyak makan makanan berserat (sayur dan buah-buahan), dan bila dipandang perlu dapat dibantu dengan obat pelunak feses (laksatif) dosis ringan.

- d. Komplikasi dan Penyulit Kehamilan Trimester III (Marmi dkk, 2011)
- 1) Kehamilan dengan hipertensi : hipertensi esensial, hipertensi karena kehamilan, pre eklamsia, eklamsia
 - 2) Perdarahan antepartum : solusio plasenta, plasenta previa, insertio velamentosa, ruptur sinus marginalis, plasenta sirkumvalata
 - 3) Kelainan dalam lamanya kehamilan : *prematum, postmatum atau postdate, intra uterin growth retardation (IUGR), intra uterin fetal death (IUFD)*
 - 4) Kehamilan ganda atau *gemilli*
 - 5) Kelainan air ketuban : ketuban pecah dini (KPD), polihidramion, oligohidramion
 - 6) Kelainan letak : letak sungsang, letak lintang

- 7) Kehamilan disertai penyakit : diabetes melitus, jantung, sistem pernafasan, sistem pencernaan, sistem hematologi, sistem perkemihan
- 8) Kehamilan dengan infeksi : rubella, hepatitis
- 9) Kehamilan dengan PMS : Sifilis, HIVAIDS
- 10) Kehamilan dengan penyakit gangguan jiwa : depresi, psikosa, psikosa neuros.

e. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan (Kusmiyati, 2009):

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat
- 3) Penglihatan kabur
- 4) Nyeri perut hebat
- 5) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
- 6) Keluar cairan pervaginam
- 7) Gerakan janin tidak terasa

f. Ketidaknyamanan dan Cara Mengatasi Menurut Kusmiyati (2009)

- 1) Keputihan
 - a) Penyebab
 - (1) Terjadi akibat peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen

(2) Hiperplasi mukosa vagina

b) Cara Mencegah atau meringankan

(1) Meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari

(2) Memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun bukan nilon

(3) Menghindari pencucian vagina dan mencuci vagina dengan sabun dari arah depan ke belakang

2) Sering Buang Air Kecil

a) Penyebab

(1) Tekanan uterus pada kandung kemih

(2) Nocturia akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air

(3) Air dan sodium tertahan dibawah tungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah output air seni

b) Cara Meringankan atau Mencegah

(1) Penjelasan mengenai sebab terjadinya

(2) Kosongkan saat terasa dorongan untuk kencing

(3) Perbanyak minum pada siang hari

(4) Jangan kurangi minum dimalam hari untuk mengurangi nocturia

(5) Batasi minum bahan diuretik seperti kopi, teh dll

3) Hemoroid

a) Penyebab

- (1) Konstipasi
- (2) Tekanan yang meningkat dari uterus terhadap vena hemoroida

b) Cara Mengurangi atau Mencegah

- (1) Hindari konstipasi
- (2) Makan makanan berserat
- (3) Dengan perlahan masukkan kembali kedalam anus jika perlu
- (4) Hindari BAB sambil jongkok

4) Konstipasi

a) Penyebab

- (1) Peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus menurun
- (2) Penyerapan air dari kolon meningkat
- (3) Tekanan dari uterus yang membesar pada usus
- (4) Suplemen zat besi
- (5) Diet
- (6) Kurang senam

b) Cara Mengurangi atau Mencegah

- (1) Tingkatkan intake cairan, serat didalam air
- (2) Istirahat cukup
- (3) Minum cairan dingin/ hangat ketika perut kosong
- (4) Senam

5) Sesak Nafas (Hiperventilasi)

a) Penyebab

- (1) Peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta meningkatkan kadar O₂
- (2) Uterus membesar dan menekan pada diafragma

b) Cara Mengurangi atau Mencegah

- (1) Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi
- (2) Merentangkan lengan diatas kepala serta menarik nafas panjang
- (3) Bernafas melalui pernafasan intercostal
- (4) Latihan nafas melalui senam hamil
- (5) Tidur dengan bantal di tinggikan
- (6) Konsultasi jika terdapat asma

6) Nyeri Ligamentum Rotundum

a) Penyebab

- (1) Hipertropi dan peregangan ligamentum selama kehamilan
- (2) Tekanan dari uterus pada ligamentum

b) Cara Mengurangi atau Mencegah

- (1) Tekuk lutut kearah abdomen
- (2) Mandi air hangat
- (3) Gunakan bantalan pemanas pada area yang sakit jika diagnosa lain tidak melarang

7) Pusing

a) Penyebab

- (1) Hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis
- (2) Pengumpulan darah di dalam pembuluh tungkai, yang mengurangi aliran balik vena
- (3) Gejala Preeklampsia

b) Cara Mengurangi atau Mencegah

- (1) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat
- (2) Hindari berdiri terlalu lama pada lingkungan hangat atau sesak
- (3) Hindari baring dalam posisi terlentang

8) Varices pada Kaki/ Vulva

a) Penyebab

- (1) Kongesti vena dalam vena bagian bawah yang meningkat sejalan dengan tekanan pada uterus
- (2) Kerapuhan jaringan elastis yang di akibatkan oleh estrogen
- (3) Keturunan
- (4) Faktor usia

b) Cara Mengurangi atau Mencegah

- a) Tinggikan kaki sewaktu berbaring atau duduk
- b) Baring dengan posisi kaki lebih di tinggikan dari kepala
- c) Jangan menyilangkan kaki
- d) Istirahat dalam posisi miring kiri
- e) Pakai kaus kaki yang meopang

9) Edema atau Pembengkakan

a) Penyebab

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi telentang.

b) Cara Mengurangi atau Mencegah

- (1) Hindari menggunakan pakaian ketat
- (2) Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
- (3) Posisi menghadap kesamping saat berbaring
- (4) Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan vena-vena panggul.

10) Nyeri Punggung Bagian Bawah

a) Penyebab

Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya

b) Cara mencegah atau Mengurangi

1. Postur tubuh yang baik
2. Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban
3. Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat
4. Gunakan sepatu bertumit rendah; sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis .

5. Jika masalah bertambah parah, penggunaan penyokong penyokong abdomen eksternal dianjurkan (contoh korset maternal atau belly band yang elastic).
6. Kompres hangat (jangan terlalu panas) pada punggung (contoh bantal pemanas, mandi air hangat, duduk di bawah siraman air hangat).

g. Resiko Tinggi Kehamilan

1) Pengertian

Kehamilan Risiko Tinggi Kehamilan berisiko adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar, baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan persalinan dan nifas normal (Haryati N., 2012)

2) Komplikasi pada ibu hamil risiko tinggi menurut (Rochjati, 2011)

antara lain:

- a) Hipertensi atau tekanan darah tinggi
- b) Pre-eklamsi
- c) Ketuban pecah dini
- d) Persalinan tidak lancar atau macet
- e) Perdarahan postpartum

3) Penanganan Kehamilan Berisiko tinggi menurut (Rochjati, 2011)

1. Hipertensi

Tekanan darah tinggi sering terjadi ketika hamil dan lebih mudah menyerang pada ibu hamil usia 35 tahun. Tekanan darah tinggi semasa hamil ini sukar di elakkan karena bermula dari dalam tubuh sebagai komplikasi kehamilan. Tetapi dengan pemeriksaan awal, tekanan darah tinggi dapat diatasi. Untuk mengatasi masalah ini, ibu hamil diberi terapi '*anti-hypertension*'. Melalui terapi ini, tekanan darah ibu bias turun atau stabil.

2. Pre-eklamsi

Setiap kunjungan prenatal, tekanan darah dan berat badan harus selalu diukur, apabila terjadi kenaikan yang tidak wajar dilakukan pemeriksaan urine protein. Deteksi dini pre-eklamsi dilakukan teratur terutama trimester ketiga kehamilan.

3. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini banyak pada usia kehamilan diatas 37 minggu sedangkan dibawah 26 minggu tidak terlalu banyak.

4. Persalinan tidak lancar atau macet

Pertolongan persalinan dapat dilakukan dengan partus spontan, ekstraksi vacuum, ekstraksi forcep, manual aid pada letak sungsang, embriotomi bila janin meninggal, seksio sesarea dan lain-lain.

5. Perdarahan postpartum

Tiga hal yang harus diperhatikan dalam menolong persalinan dengan komplikasi perdarahan post partum. Menghentikan perdarahan, mencegah timbulnya syok, mengganti darah yang hilang.

Cara mencegah perdarahan post partum yaitu neneriksa keadaan fisik, keadaaan umum, kadar hb, golongan darah dan bila mungkin tersedia donor darah. Sambil mengawasi persalinan, dipersiapkan keperluan untuk pemasangan infus dan obat uterotonika. Setelah ketuban pecah, kepala janin mulai membuka vulva, infus dipasang dan sewaktu bayi lahir diberikan 1 ampul methergin atau kombinasi dengan 5 satuan sintosinon

4) Risiko kehamilan menurut Poedji Rochjati:

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

1) Resiko

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

- a) Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
Kehamilan tanpa masalah/ faktor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat
- b) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
Kehamilan dengan satu atau lebih faktor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang member dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat
- c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor 12, kehamilan dengan faktor resiko : ibu dengan faktor resiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis (Poedji Rochjati, 2003)

Tabel 2.1
Skor Puji Rochjati

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

a. Cara Pemberian SKOR:

1) Skor 2: Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Untuk umur dan paritas pada semua ibu hamil sebagai skor awal

2) Skor 4: Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Untuk tiap faktor risiko

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

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

b. Jumlah skor :

- 1) Jumlah skor 2 : KRR
- 2) Jumlah skor 6-10 : KRT
- 3) Jumlah skor >12 : KRST

c. Batasan Faktor Resiko / Masalah

a) Ada Potensi Gawat Obstetri / APGO

- (1) Primi muda
- (2) Primi tua
- (3) Anak terkecil < 2 tahun
- (4) Primi tua sekunder
- (5) Grande multi
- (6) Umur 35 tahun atau lebih
- (7) Tinggi badan 145 cm atau kurang
- (8) Riwayat obstetric jelek (ROJ)
- (9) Persalinan yang lalu dengan tindakan
- (10) Bekas operasi sesar

b) Ada Gawat Obstetri / AGO

- (1) Penyakit pada ibu hamil

- (a) Anemia (kurang darah)
 - (b) Tuberculosis paru
 - (c) Payah jantung
 - (d) Diabetes mellitus
 - (e) HIV / AIDS
 - (f) Toksoplasmosis
- (2) Pre-eklamsi ringan
 - (3) Hamil kembar
 - (4) Hidramnion / hamil kembar air
 - (5) Janin mati dalam rahim
 - (6) Hamil serotinus / hamil lebih bulan
 - (7) Letak sungsang
 - (8) Letak lintang
- c) Ada Gawat Darurat Obstetri / ADGO
- (1) Perdarahan antepartum
 - (2) Pre-eklamsia berat / eklamsia

h. ANC

1) Pengertian

Ante natal care merupakan pengawasan kehamilan untuk mendapatkan kesehatan umum ibu. Mencegah secara dini penyakit

yang menyertai kehamilan, komplikasi kehamilan, menetapkan resiko kehamilan, menyiapkan persalinan, menuju ibu sehat dan bayi sehat (Manuaba, 2010).

2) Jadwal Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam (Manuaba, 2010):

- a) Trimester I : 1 kali (sebelum usia 14 minggu)
- b) Trimester II : 1 kali (usia kehamilan antara 14-28 minggu)
- c) Trimester III : 2 kali (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu)

3) Asuhan Antenatal standar 14T (Depkes RI, 2010):

- a) Ukur Berat badan dan Tinggi Badan.
- b) Ukur Tekanan Darah
- c) Ukur Tinggi Fundus Uteri
- d) Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan
- e) Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)
- f) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)
- g) Pemeriksaan Protein urine
- j) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*)
- k) Pemeriksaan urine reduksi

- l) Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara
 - m) Pemeliharaan Tingkat Kebugaran atau Senam Hamil
 - n) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malari
 - o) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok
 - p) Temu wicara / Konseling
- 4) Pemeriksaan ibu hamil (Kusmiyati, 2009)
- a) Anamnesis
 - (1) Anamnesa identitas istri dan suami: nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat. Dalam melakukan anamnesis diperlukan keterampilan berkomunikasi, karena pendidikan dan daya tangkap seseorang sangat bervariasi.
 - (2) Anamnesis umum
 - (a) Tentang keluhan-keluhan, nafsu makan, tidur, perkawinan.
 - (b) Tentang haid, menarache, lama haid, banyaknya darah dan kapan mendapat haid terakhir, serta teratur atau tidak.
 - (c) Tentang kehamilan, persalinan, nifas, jumlah, dan keadaan anak.
 - b) Menentukan Usia Kehamilan
 - (1) Metode Kalender (Kusmiyati, 2009)

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

(2) Tinggi Fundus (Manuaba, 2010)

Tabel 2.2 Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
diatas simfisis	12 Minggu
½ simfisis-pusat	16 minggu
diatas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
diatas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
4cm di bawah prosesus xifoideus	40 Minggu

c) Pemeriksaan Umum, meliputi:

(1) Tanda-tanda vital

(a) Suhu

Suhu tubuh normal 37°C .

(b) Denyut nadi ibu

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

(c) Pernapasan

Pernapasan normal ibu hamil adalah 20-40 kali permenit.

(d) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah normal 90/60 mmHg sampai 140/90 mmHg. Apabila darah ibu lebih dari 140/90 mmHg berarti tekanan darah ibu tinggi, dan itu adalah salah satu gejala preeklamsi (Depkes RI, 2009).

(2) Lingkar lengan atas (Lila)

Angka normal lingkaran lengan atas ibu yang sehat yaitu 23,5-36 cm (Kusmiyati, 2009). Pengukuran Lila untuk:

- (a) Mengetahui adanya resiko kekurangan energi kronis (KEK) pada WUS.
 - (b) Menepis wanita yang mempunyai risiko melahirkan BBLR.
- (3) Berat badan

Sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 kg-16,5 kg. Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) berat badan ibu masih dalam batas normal dengan kalkulasi sebagai berikut, IMT Dengan nilai rujukan sebagai berikut.

Tabel 2.3 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)

(4) 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, 2010).

d) Pemeriksaan khusus, meliputi :

(1) Inspeksi

(a) Muka

Apakah ada cloasma gravidarum dan odema.

(b) Rambut dan kulit rambut

Terlihat bersih atau tidak.

(c) Kelopak mata

Terlihat bengkak atau tidak.

(d) Konjungtiva

Terlihat pucat atau tidak.

(e) Sclera

Terlihat kuning atau normal.

(f) Hidung

Terlihat bersih atau tidak.

(g) Mulut

Ada sariawan atau tidak.

(h) Gigi

Ada caries atau tidak.

(i) Leher

Inspeksi pada leher adalah untuk melihat apakah ada pembesaran kelenjar tiroid.

(j) Payudara

- Apakah bentuknya simetris antara kanan dan kiri.
- Melihat apakah sudah terjadi pigmentasi puting dan areola.
- Keadaan puting susu apakah menonjol atau tidak.
- Apakah colostrum sudah keluar.

(k) Abdomen

- Membesar sesuai dengan umur kehamilan atau tidak
- alba/nigra, striae gravidarum hiperpigmentasi atau tidak.
- Tampak gerakan janin atau tidak.
- Bentuk gravidarum apakah melintang atau memanjang.

(1) Vulva

Apakah ada odema, pengeluaran cairan dan apakah nyeri.

(2) Palpasi

(a) Tujuan palpasi:

Untuk menentukan bagian-bagian, presentasi dan letak janin dalam rahim serta usia kehamilan. Letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Jika pada trimester III menjelang persalinan bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin atau kelainan panggul sempit (Manuaba, 2010).

(b) Tahap-tahap pemeriksaan menurut Leopold adalah sebagai berikut:

- Tahap persiapan pemeriksaan Leopold:

1. Ibu tidur telentang dengan posisi kepala lebih tinggi
2. Kedudukan tangan pada saat pemeriksaan dapat diatas kepala atau membujur disamping badan ibu.

3. Kaki ditekukkan sedikit sehingga dinding perut lemas.
 4. Bagian perut ibu dibuka seperlunya.
 5. Pemeriksa menghadap kemuka ibu saat melakukan pemeriksaan Leopold I sampai III, sedangkan saat melakukan pemeriksaan Leopold IV pemeriksa menghadap ke kaki ibu.
- Manuver palpasi menurut Leopold
1. Leopold I
 - a. Pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil
 - b. Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin dalam fundus
 - c. Konsistensi uterus

Variasi menurut *Knebel* :

Menentukan letak kepala atau bokong, satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis
 2. Leopold II
 - a. Menentukan batas samping rahim kanan-kiri
 - b. Menentukan letak punggung janin
 - c. Pada letak lintang, tentukan di mana kepala janin

Variasi menurut *Budin* :

Menentukan letak punggung, dengan satu tangan menekan di fundus

3. Leopold III

- a. Menentukan bagian terbawah janin
- b. Apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau masih dapat digoyangkan

Variasi menurut *Ahlfeld* :

Menentukan letak punggung, dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut.

4. Leopold IV

- a. Pemeriksa menghadap kearah kaki ibu hamil
- b. Bisa juga menentukan bagian terbawah janin apa dan berapa jauh sudah masuk PAP.

(3) Auskultasi

Sebelum melakukan pemeriksaan kaki ibu diluruskan sehingga punggung janin lebih dekat dengan dinding perut ibu. DJJ normal 120-160 kali permenit (Manuaba, 2010).

(4) Perkusi

- (a) Reflex patella

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

(b) Cek ginjal

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

e) Pemeriksaan penunjang

Memeriksa panggul luar:

(1) Distansia spinarum

Jarak antara spina iliaka anterior superior kanan dan kiri, ukuran normal 23-26 cm.

(2) Distansia cristarum

Jarak terjauh antara Krista iliaka kanan dan kiri adalah 26-29 cm.

(3) Konjungata eksterna (boudeluque)

Jarak antara sympisis dan proxsessus spinosus ruas tulang lumbal v, ukuran norma 18-20cm.

(4) Lingkar panggul

Cara mengukurnya: pinggir atas sympisis-spinarum-cristarum-lumbalv-cristarum-spinarum-pinggir atas sympisis. Ukuran normal 80-90 cm.

Pemeriksaan laboratorium

(1) Hb

Hb normal ibu hamil adalah 11 gr%, apabila kurang berarti ibu menderita anemia (Manuaba, 2010). Pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu trimester I dan III (Saifuddin, 2007).

(2) Albumin

Hasil pemeriksaan albumin dapat digolongkan:

- (a) Negative :Bila tidak ada perubahan (jernih).
- (b) Positif (+) :Ada kekeruhan sedikit tanpa butir-butir.
- (c) Positif (++) :Kekeruhan mudah dilihat dan tampak butir-butir.
- (d) Positif (+++) :Jelas keruh dan berkeping-keping.
- (e) Positif (++++) :Sangat keruh berkeping-keping besar, menggumpal-gumpal

(3) Reduksi

Hasil pemeriksaan reduksi dapat digolongkan:

- (a) Negative :Tetap biru jernih atau sedikit

- kehijau-hijauan dan agak keruh.
- (b) Positif (+) :Hijau kekuning-kuningan dan keruh(0,5-1% glukosa).
- (c) Positif (++) :Kuning keruh (1-1,5% glukosa).
- (d) Positif (+++) :Jingga atau warna lumpur keruh (2-3,2% glukosa).
- (e) Positif (++++) :Merah keruh (lebih dari 3,5% glukosa).

Pemeriksaan glukosa darah dapat dilakukan menggunakan alat secara otomatis.Kadar gula darah sewaktu (GDS) yang normal yaitu 200 mg/dl (Waspadji, 2007).

2. Konsep Dasar Persalinan

a. 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 (Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal, 2008).

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

- 1) Abortus, terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, usia kehamilan sebelum 28 minggu.
 - 2) Persalinan prematuritas, UK 28-36 minggu, berat janin < 1000 gram.
 - 3) Persalinan aterm, UK 37-42 minggu, berat janin > 2500 gram.
 - 4) Persalinan serotinus, melampaui usia kehamilan 42 minggu.
 - 5) Persalinan presipitatus, berlangsung cepat kurang dari 3 jam.
- b. Tanda Persalinan (Sumarah, 2009)
- 1) Terjadinya His Persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.
 - 2) Pengeluaran 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.
 - 3) Pengeluaran cairan.
- c. Tahap Persalinan
- Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu :
- 1) Kala I (Pembukaan)

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 (JNPK-KR, 2008).

Kala pembukan dibagi menjadi dua fase, yaitu:

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

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

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

Gejala dan tanda kala II persalinan (JNPK-KR, 2008) :

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum / pada vaginanya
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- e) 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 60 menit dan multigravida 30 menit (Sijiyanti, dkk, 2011)

3) Kala III (kala uri)

Kala III adalah waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR, 2008).

a) Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu:

- (1) Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus
- (2) Tali pusat memanjang
- (3) Semburan darah mendadak dan singkat

b) Manajemen aktif kala III, yaitu:

- (1) Pemberian suntikan oksitosin
- (2) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
- (3) Massase fundus uteri

4) Kala IV

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 (Saifuddin, 2010)

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

- a) Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat

- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan
- c) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy) perineum
- e) Evaluasi keadaan umum ibu
- f) Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan.

d. Asuhan Persalinan Normal

APN 60 langkah :

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam partus set
3. Memakai celemek plastik
4. Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk periksa dalam

6. Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan dan letakkan kembali kedalam partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan $\frac{1}{2}$ koche pada partus set
7. Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran).
8. Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka srung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran
14. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 sampai 6 cm, letakkan handuk bersih, pada perut ibu untuk mengeringkan bayi
15. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
16. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
17. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
18. Saat Sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan diaalas lipatan kain dibawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal saat kepala lahir. Minta ibu untuk tidak meneran dengan nafas pendek-pendek. Bila didapatkan mekonium pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung bayi menggunakan penghisap lendir De Lee
19. Menggunakan kassa/kain bersih untuk membersihkan muka bayi dari lendir dan darah
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
21. Menunggu hingga kepala bayi selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan

22. Setelah bayi menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala bayi, tarik secara hati-hati ke arah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati ke atas sampai bahu posterior/belakang lahir. Bila terdapat lilitan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara kedua klem tersebut.
23. Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher, dan bahu bayi bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada/punggung bayi, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu bayi bagian anterior saat badan dan lengan lahir
24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah bayi untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut bayi)
25. Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke penolong. Nilai bayi, kemudian letakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat

27. Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal
28. Memberitahu ibu akan disuntik
29. Menyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular pada bagian 1/3 atas luar paha setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah
30. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama
31. Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat diantara 2 klem. Bila bayi tidak bernapas spontan lihat penanganan khusus bayi baru lahir.
32. Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala
33. Memberikan bayi pada ibu untuk dilakukan inisiasi menyusui dini
34. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem dengan jarak 5-10 cm dari vulva
36. Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso cranial.

37. Jika dengan peregangan tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat kearah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
38. Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban
39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan massase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
40. Sambil tangan kiri melakukan massase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan dalam kantong plastic yang tersedia
41. Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menyebabkan perdarahan aktif. Bila ada lakukan penjahitan
42. Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik

43. Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah didalam larutan klorin 0,5% kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya
44. Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati
45. Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya
46. Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%
47. Membungkus kembali bayi
48. Berikan bayi pada ibu untuk disusui
49. Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu
50. Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan massase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik
51. Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi
52. Memeriksa nadi ibu
53. Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%
54. Membuang barang-barang yang terkontaminasi ke tempat sampah yang di sediakan

55. Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah dan menggantikan pakainnya dengan pakaian yang kering/bersih
56. Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum
57. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
58. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
59. Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir
60. Melengkapi partograf

e. Partograf

1) Pengertian

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

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

2) Tujuan

Menurut Sumarah, dkk (2009), tujuan partograf adalah:

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

3) Komponen Partograf

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

4) Pengamatan yang dicatat dalam partograf

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

- a) Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

Bidan menilai pembukaan 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, 2009).

(2) Penurunan bagian terendah

Bidan menilai turunnya bagian terendah janin dengan palpasi perlimaan yang dilakukan setiap 4 jam, yaitu sesaat sebelum melakukan pemeriksaan dalam. Penulisan turunnya bagian terendah dipartograf dengan tanda (o) (Sumarah, dkk, 2009).

(3) His

Bidan menilai his dengan cara palpasi, menghitung frekuensi his (berapa kali) dalam waktu 10 menit dan dirasakan berapa lama his tersebut berlangsung (dalam detik). Observasi his dilakukan setiap 30 menit (Sumarah, dkk, 2009).

b) Memantau kondisi janin (Sumarah, dkk, 2009)

(1) Denyut jantung janin

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

(2) Ketuban

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

(3) 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:

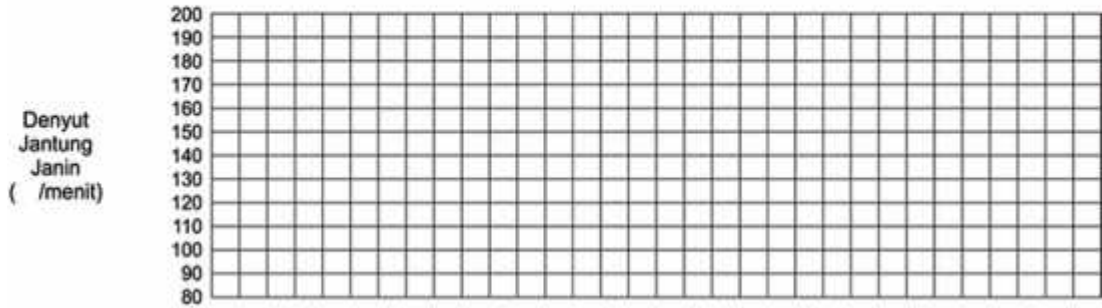
- (a) 0 bila tulang-tulang kepala terpisah dan sutura mudah diraba (tidak ada moulase).
- (b) 1 bila tulang-tulang kepala saling menyentuh satu sama lain.
- (c) 2 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
- (d) 3 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih berat,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

c) Memantau kondisi ibu hal yang perlu dikaji:

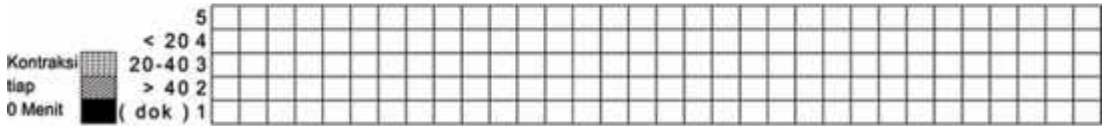
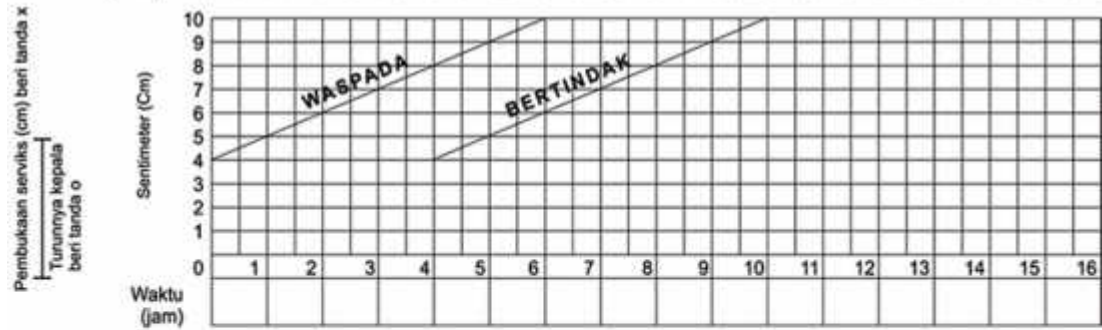
- (1) Tanda-tanda vital, tekanan darah diukur setiap 4 jam, nadi dinilai setiap 30 menit, suhu di ukur setiap 2 jam.
- (2) Urine dipantau setiap 2-4 jam untuk volume, protein, dan aseton, serta dicatat dipartograf pada kotak yang sesuai.
- (3) Obat-obatan dan cairan infuse. Catat obat ataupun cairan infuse yang diberikan pada ibu selama persalinan.

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

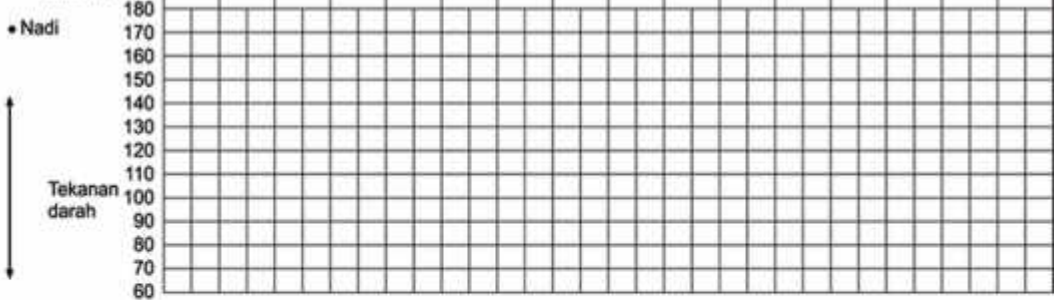


Air ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Urin — Protein

— Aseton

— Volume

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

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

b. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

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

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

2) Penilaian bayi baru lahir

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

Yang dinilai (Sukarni, 2013):

- a) Bayi cukup bulan atau tidak ?
- b) Usaha nafas bayi menangis keras ?
- c) Warna kulit cyanosis atau tidak ?
- d) Gerakan aktif atau tidak

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

Tabel 2.5 Apgar Skor

Skor	0	1	2
------	---	---	---

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

Klasifikasi (Saifuddin, 2006):

- a) Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
 - b) Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
 - c) Asfiksia berat (apgar skor 0-3)
- c. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

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

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

Pemeriksaan Umum :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital
 - a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)
 - b) Suhu tubuh (36,5°C-37°C)
 - c) Pernafasan (40-60 kali per menit)
- 2) Pemeriksaan antropometri (Saifuddin, 2010)

- a) Berat badan (2500-4000 gram)
 - b) Panjang badan (44-53 cm)
 - c) Lingkar kepala (31-36 cm)
 - (1) Fronto-oksipito (34 cm)
 - (2) Bregma-oksipito (32cm)
 - (3) Subment-oksipito (35 cm)
 - d) Lingkar dada (30-33 cm)
 - e) Lingkar lengan (>9,5 cm)
- 3) Berikan vitamin K 1 mg IM dipaha kiri anterolateral dan setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.

d. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Pinem (2009), tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- 1) Sulit menyusu
- 2) Letargi (tidur terus sehingga tidak menyusu)
- 3) Demam (suhu badan $>38^{\circ}\text{C}$ atau hipotermi $<36^{\circ}\text{C}$)

- 4) Tidak BAB atau BAK setelah 3 hari lahir (kemungkinan bayi mengalami atresia ani), tinja lembek, hijau tua, terdapat lendir atau darah pada tinja
- 5) Sianosis (biru) atau pucat pada kulit atau bibir, adanya memar, warna kulit kuning (ikterus) terutama dalam 24 jam pertama
- 6) Muntah terus menerus dan perut membesar
- 7) Kesulitan bernafas atau nafas lebih dari 60 kali per menit
- 8) Mata bengkak dan bernanah atau berair
- 9) Mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah
Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah

4. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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

Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim sebab melahirkan atau setelah melahirkan. Darah nifas yaitu darah yang tertahan tidak bisa keluar dari rahim dikarenakan hamil. Maka ketika melahirkan, darah tersebut keluar sedikit demi sedikit. Darah yang keluar sebelum melahirkan disertai

tanda-tanda kelahiran, maka itu termasuk darah nifas juga (Saifuddin, 2010).

b. Tahapan Dalam Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009):

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

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 6minggu setelah persalinan (Manuaba, dkk, 2010).

c. Tujuan Asuhan Nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik.

- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
 - 3) Memberikan penkes tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, imunisasi dan perawatan bayi sehat.
 - 4) Memberikan pelayanan KB (Prawirohardjo, 2006).
- d. 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.

(1) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.4 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 sympisis	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/laserasi plasenta.

(4) Lochea Alba

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

(5) Lochae 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 tida 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 di daerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang (Saifuddin,2010).

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, 2010).

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.

e. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

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

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

Tujuan :

- a) Mencegah perdarahan masa nifas
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan
- c) Memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
- d) Mobilisasi dini
- e) Pemberian ASI awal
- f) Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi
- g) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

- 2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum

Tujuan :

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

- 3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum

Tujuan : sama dengan kunjungan hari ke 6

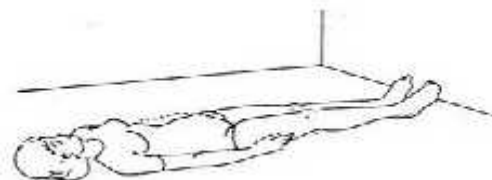
- 4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum
 - a) Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini
- f. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009):
 - 1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi
 - 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, social serta memberikan semangat kepada ibu
 - 3) Membantu ibu dalam menyusui bayinya. Pada ibu dengan anak pertama sering ditemui puting susu ibu belum menonjol sehingga ibu mengalami kesulitan dalam menyusui bayinya. Bidan dapat melakukan perawatan payudara yang bertujuan untuk memelihara kebersihan payudara dan memperbanyak atau memperlancar produksi ASI. Pelaksanaan perawatan payudara idealnya dilakukan sedini mungkin, namun dapat juga dilakukan sejak hari kedua setelah persalinan sebanyak dua kali sehari (Roesli, 2003).
 - 4) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu
 - 5) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua.
 - 6) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.

- 7) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- 8) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 9) Memberikan asuhan secara professional.

g. Senam Nifas

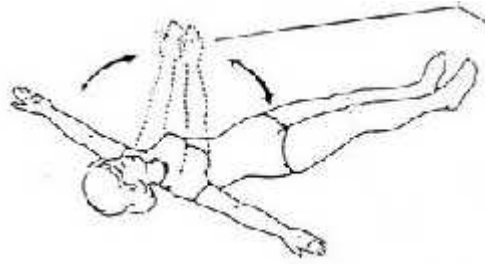
Senam nifas yaitu gerakan untuk mengembalikan otot perut yang kendur karena peregangan selam hamil. Senam nifas ini dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Gerakan senam nifas (Suherni, dkk, 2009) :

Hari pertama: Posisi tidur terlentang tangan dengan kedua kaki selurus kedepan. Tarik nafas (pernafasan perut) melalui hidung sambil merelaksasikan otot perut. Keluarkan nafas pelan sambil mengkontraksikan otot perut. Tahan nafas selama 3-5 detik untuk relaksasi. Lakukan secara perlahan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



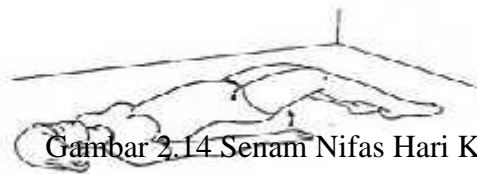
Gambar 2.12 Senam Nifas Hari Ke 1

Hari kedua: Posisi tidur terlentang dengan kedua kaki lurus kedepan. Kedua tangan ditarik lurus keatas sampai kedua telapak tangan bertemu. Turunkan tangan sampai sejajar dada (posisi terlentang). Lakukan secara perlahan, Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.13 Senam Nifas Hari Ke 2

Hari ketiga: Posisi tidur terlentang. Kedua tangan berada di samping badan. Kedua kaki ditekuk 45° . Bokong diangkat ke atas. Kembali ke posisi semula. Lakukan secara perlahan dan jangan menghentak. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

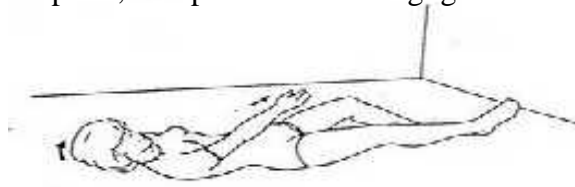


Hari keempat: Posisi tidur terlentang, kaki ditekuk 45° . Tangan kanan diatas perut kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada. Gerakan anus dikerutkan. Kerutkan otot anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.15 Senam Nifas Hari Ke 4

Hari kelima: Posisi terlentang, kaki kiri ditekuk 45° gerakan tangan kiri kearah kaki kanan, kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada. Lakukan gerakan tersebut secara bergantian. Kerutkan otot sekitar anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

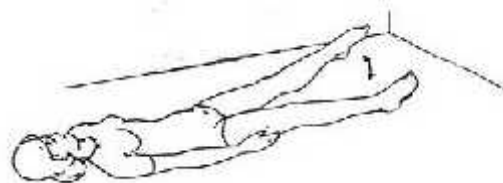


Gambar 2.16 Senam Nifas Hari Ke 5

Hari keenam: Posisi tidur terlentang, lutut ditarik sampai keatas, kedua tangan disamping badan. Lakukan gerakan tersebut secara bergantian. Lakukan secara perlahan dan bertenaga. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

Gambar 2.17 Senam Nifas Hari Ke 6

Hari ketujuh: Posisi tidur terlentang, kedua kaki lurus. Kedua kaki diangkat keatas dalam keadaan lurus. Turunkan kedua kaki secara perlahan. Pada saat mengangkat kaki, perut ditarik kedalam. Atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



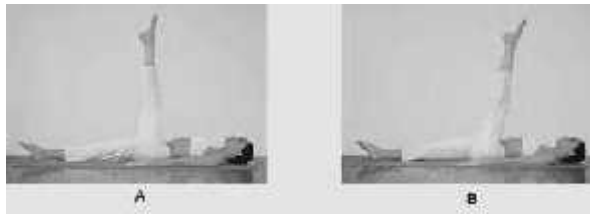
Gambar 2.18 Senam Nifas Hari Ke 7

Hari kedelapan: Posisi nungging. Nafas melalui pernafasan perut. Kerutkan anus, tahan 5-10 hitungan, lepaskan. Saat anus dikerutkan ambil nafas dan tahan 5-10 hitungan, kemudian buang nafas saat melepaskan gerakan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



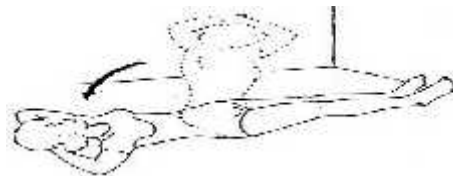
Gambar 2.19 Senam Nifas Hari Ke 8

Hari kesembilan: Posisi tidur terlentang, kedua tangan disamping badan. Kedua kaki diangkat 90° turunkan secara perlahan. Atur pernafasan saat mengangkat dan menurunkan kaki. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.20 Senam Nifas Hari Ke 9

Hari kesepuluh: Posisi tidur terlentang, kedua tangan ditekuk ke belakang kepala. Bangun sampai posisi duduk dengan kedua tangan tetap dibelakang kepala. Kembali posisi semula (tidur kembali). Lakukan secara perlahan dan jangan menghentak/memaksa. Atur pernafasan dan lakukan sebanyak 8 kali.



Gambar 2.21 Senam Nifas Hari Ke 10

h. ASI Eksklusif

1) Pengertian

ASI eksklusif adalah bayi hanya di beri ASI selama 6 bulan tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, teh, dan air putih, serta tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim, kecuali vitamin, mineral dan obat (Prasetyono, 2009)

2) Manfaat

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

Manfaat ASI bagi bayi :

- a) Ketika bayi berusia 6-12 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Setelah berumur 1 tahun, meskipun ASI hanya bisa memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, pemberian ASI tetap dianjurkan.
- b) Para dokter menyepakati bahwa pemberian ASI dapat mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit serta alergi.
- c) Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit daripada bayi yang tidak memperoleh ASI.
- d) ASI selalu siap sedia ketika bayi menginginkannya.
- e) Apabila bayi sakit, ASI adalah makanan yang terbaik untuk diberikan kepadanya.
- f) Bayi yang lahir premature lebih tumbuh cepat jika diberi ASI

g) IQ pada bayi yang memperoleh ASI lebih tinggi 7-9 poin daripada bayi yang tidak diberi ASI

3) Aspek yang terkait dalam pemberian ASI Eksklusif

Menurut Prasetyono (2009), ibu perlu mengetahui berbagai aspek yang mengharuskannya untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi sejak 6 bulan pertama kelahirannya. Aspek-aspek tersebut adalah sebagai berikut :

a. Aspek pemahaman dan pola pikir

Rendahnya tingkat pemahaman tentang pentingnya ASI selama 6 bulan pertama kelahiran bayi dikarenakan kurangnya informasi dan pengetahuan yang dimiliki oleh para ibu mengenai segala nilai plus nutrisi dan manfaat yang terkandung dalam ASI

b. Aspek gizi

ASI mengandung nutrisi lengkap yang dibutuhkan oleh bayi hingga 6 bulan pertama kelahiran. ASI pertama yang diberikan kepada bayi yang sering disebut dengan kolostrum, banyak mengandung zat kekebalan, terutama IgA yang berfungsi untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi, seperti diare.

c. Aspek Pendidikan

anak berumur 0-6 bulan dengan pemberian ASI guna Perlu diketahui bahwa 80% kecerdasan anak ditentukan saat membangun sel-sel saraf.

d. Aspek imunologik

Para ahli berpendapat bahwa ASI mengandung zat anti-infeksi yang bersih dan bebas kontaminasi. Kadar IgA dalam kolostrum cukup tinggi, zat ini berfungsi untuk melumpuhkan bakteri pathogen E.coli dan berbagai virus pada saluran pencernaan.

e. Aspek psikologis

Saat menyusui terjalin ikatan psikologis antara ibu dan bayi, yang tidak diperoleh dari pemberian susu formula. Proses ini disebut perlekatan (bonding).

f. Aspek kecerdasan

Para ahli gizi sependapat bahwa ASI mengandung DHA dan AA yang dibutuhkan bagi perkembangan otak.

g. Aspek neurologis

Dengan meminum ASI, koordinasi saraf pada bayi yang terkait aktivitas menelan, menghisap, dan bernafas semakin sempurna.

h. Aspek biaya

Ditinjau dari sudut biaya, maka dapat disimpulkan bahwa menyusui secara eksklusif dapat mengurangi biaya tambahan, yang diperlukan untuk membeli susu formula beserta peralatannya.

i. Aspek penundaan kehamilan

Menyusui secara eksklusif dapat menunda datang bulan dan kehamilan, sehingga dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi

secara alamiah yang dikenal sebagai metode amnora laktasi (MAL).

4) Manfaat ASI bagi Ibu

- a) Isapan bayi dapat membuat rahim mengecil, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa pra hamil, serta mengurangi resiko perdarahan.
- b) Lemak disekitar panggul dan yang ditimbun pada masa kehamilan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali.
- c) Resiko terkena kanker rahim dan kanker payudara lebih rendah.
- d) Menyusui bayi lebih menghemat waktu.
- e) ASI lebih praktis.
- f) ASI lebih murah.
- g) ASI selalu bebas kuman.
- h) ASI dalam payudara tidak pernah basi.

Manfaat ASI bagi Negara

- a) Menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi
 - b) Mengurangi subsidi untuk rumah sakit
 - c) Mengurangi devisa dalam pembelian susu formula
 - d) Meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa
- 5) Tanda-tanda bayi menyusui secara efektif (Wiji, 2013)

Sebagian besar mungkin ibu-ibu sudah mengetahui manfaat ASI. Walaupun mungkin mereka belum bisa menerapkan pemberian ASI secara eksklusif kepada bayinya. Terkadang pada saat menyusui bayinya ibu hanya sekedar menyusukan saja tanpa mengetahui apakah bayinya menyusui secara efektif atau tidak. Untuk mengetahui apakah seorang bayi sudah menyusui secara efektif, terdapat tanda-tanda yang bisa ibu lihat secara langsung, yaitu :

- a) Bayi terbuka matanya lebar-lebar seperti menguap, dengan lidahnya ke bawah dan ke depan persis sebelum ia merapatkan mulutnya di payudara ibu.
- b) Ia menarik puting dan sebagian besar areola masuk ke dalam mulutnya.
- c) Dagunya melekkuk pada payudara ibu dan hidungnya menyentuh susu ibu.
- d) Bibirnya di pinggir dan lidahnya menjulur di atas gusi bawahnya.
- e) Rahangnya bergerak secara ritmis ketika bayi disusui.
- f) Bayi mulai disusui dengan singkat dan cepat. Begitu susu mengendur, ia menyelesaikan ke dalam corak yang lambat dengan penuh susu dan jeda waktu yang singkat.
- g) Ibu akan merasa mendengar bayi menelan susu ibu. Pada hari-hari pertama sebelum susu penuh, bayi mungkin butuh disusui 5 hingga 10 kali sebelum bayi mendapatkan susu yang cukup untuk ditelan.

Begitu susu penuh, ibu bisa mendengarnya menelan setiap saat bayi menghisap.

6) Cara menyusui yang benar

Selain harus mengetahui apakah bayi menyusui secara efektif atau tidak, ibu juga harus mengetahui bagaimana cara menyusui yang benar. Pada saat menyusui bayi, ada beberapa cara yang harus diketahui orang ibu tentang cara menyusui yang benar, yaitu :

a) Cara menyusui dengan sikap duduk

- (1) Duduk dengan posisi santai dan tegak dengan menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- (2) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan di puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu.
- (3) Gunakan bantal atau selimut untuk menopang bayi, bayi ditidurkan di atas pangkuan ibu dengan cara :
 - (a) Bayi di pegang dengan satu lengan, kepala bayi diletakkan pada lengkung siku ibu dan bokong bayi diletakkan pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah atau bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.

- (b) Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu dan yang satu di depan.
 - (c) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
 - (d) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
 - (e) Ibu menatap bayi dengan kaih sayang.
- (4) Tangan kanan menyangga payudara kiri dan keempat jari dan ibu jari ibu menekan payudara bagian atas areola.



Gambar 2.22 Cara Meletakkan Bayi yang Benar



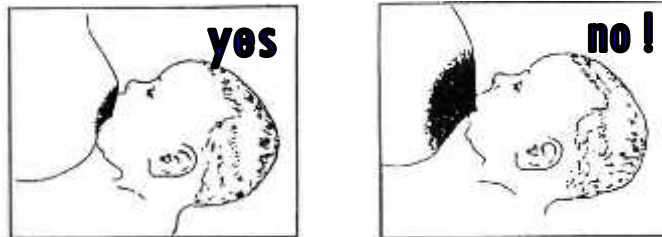
Gambar 2.23 Cara Memegang Payudara yang Benar

- (5) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.



Gambar 2.24 Cara Merangsang Mulut Bayi yang Benar

- (6) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi di dekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke dalam mulut bayi.
- (a) Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola.
- (b) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu di pegang atau di sanggah lagi.



Gambar 2.25 Perbandingan Perlekatan yang Benar dan yang Salah

b) Melepaskan isapan bayi

Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya diganti menyusui pada payudara yang lain. Cara melepas isapan bayi:

- (1) Jari kelingking ibu dimasukkan mulut bayi melalui sudut mulut atau

(2) Dagubayi di tekan ke bawah.

c) Menyusui berikutnya dimulai pada payudara yang belum terkosongkan

d) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola disekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.

e) Menyendawakan bayi

Tujuan menyendawakan bayi adalah mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Cara menyendawakan bayi:

(1) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya di tepuk perlahan-lahan.

(2) Dengan cara menelungkupkan bayi di atas pangkuan ibu, lalu usap-usap punggung bayi sampai bayi bersendawa.

7) Tanda bayi cukup ASI

a) Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam men dapatkan ASI 8-10 kali pada 2-3 minggu pertama.

b) Kotoran berwarna kuning dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.

c) Bayi akan buang aier kecil (BAK) setidaknya 6-8 kali sehari.

d) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.

e) Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.

- f) Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.
- g) Pertumbuhan berat badan bayi dan tinggi badan bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
- h) Perkembangan motorik bayi (bayi aktif dan motoriknya sesuai dengan rentang usianya).
- i) Bayi kelihatan puas, sewaktu-waktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.
- j) Bayi menyusu dengan kuat, kemudian melemah dan tertidur pulas.

8) Faktor kegagalan ASI

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kegagalan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal, yaitu:

- a) Faktor Internal, yaitu faktor-faktor yang terdapat di dalam diri individu itu sendiri, meliputi :

(1) Faktor Pendidikan

Makin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah untuk menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat sikap terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan, termasuk mengenai ASI Eksklusif.

(2) Faktor Pengetahuan

Pengetahuan yang rendah tentang manfaat dan tujuan pemberian ASI Eksklusif bisa menjadi penyebab gagalnya pemberian ASI Eksklusif pada bayi. Kemungkinan pada saat pemeriksaan kehamilan (*Ante Natal Care*), mereka tidak memperoleh penyuluhan intensif tentang ASI Eksklusif, kandungan dan manfaat ASI, teknik menyusui, dan kerugian jika tidak memberikan ASI Eksklusif.

(3) Faktor Sikap/Perilaku

Menurut Rusli, 2000, dengan menciptakan sikap yang positif mengenai ASI dan menyusui dapat meningkatkan keberhasilan pemberian ASI secara eksklusif.

(4) Faktor psikologis

(a) Takut kehilangan daya tarik sebagai seorang wanita (*estetika*).

Adanya anggapan para ibu bahwa menyusui akan merusak penampilan, dan khawatir dengan menyusui akan tampak menjadi tua.

(b) Tekanan batin.

Ada sebagian kecil ibu mengalami tekanan batin di saat menyusui bayi sehingga dapat mendesak si ibu untuk mengurangi frekuensi dan lama menyusui bayinya, bahkan mengurangi menyusui.

(5) Faktor Fisik ibu

Alasan Ibu yang sering muncul untuk tidak menyusui adalah karena ibu sakit, baik sebentar maupun lama. Sebenarnya jarang sekali ada penyakit yang mengharuskan Ibu untuk berhenti menyusui. Lebih jauh berbahaya untuk mulai memberi bayi berupa makanan buatan daripada membiarkan bayi menyusu dari ibunya yang sakit.

(6) Faktor Emosional

Faktor emosi mampu mempengaruhi produksi air susu ibu. Menurut Kartono (2007) bahwa aktifitas sekresi kelenjar-kelenjar susu itu senantiasa berubah-ubah oleh pengaruh psikis/kejiwaan yang dialami oleh ibu. Perasaan ibu dapat menghambat /meningkatkan pengeluaran oksitosin. Perasaan takut, gelisah, marah, sedih, cemas, kesal, malu atau nyeri hebat akan mempengaruhi refleks oksitosin, yang akhirnya menekan pengeluaran ASI. Sebaliknya, perasaan ibu yang berbahagia, senang, perasaan menyayangi bayi; memeluk, mencium, dan mendengar bayinya yang menangis, perasaan

bangga menyusui bayinya akan meningkatkan pengeluaran ASI.

- b) Faktor Ekternal, yaitu faktor-faktor yang dipengaruhi oleh lingkungan, maupun dari luar individu itu sendiri.

(1) Faktor Peranan Ayah

Menurut Roesli, 2000, dari semua dukungan bagi ibu menyusui dukungan sang ayah adalah dukungan yang paling berarti bagi ibu. Ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI khususnya ASI eksklusif dengan cara memberikan dukungan secara emosional dan bantuan-bantuan yang praktis.

Dukungan ayah sangat penting dalam suksesnya menyusui, terutama untuk ASI eksklusif. Dukungan emosional suami sangat berarti dalam menghadapi tekanan luar yang meragukan perlunya ASI. Ayahlah yang menjadi benteng pertama saat ibu mendapat godaan yang datang dari keluarga terdekat, orangtua atau mertua. Ayah juga harus berperan dalam pemeriksaan kehamilan, menyediakan makanan bergizi untuk ibu dan membantu meringankan pekerjaan istri. Kondisi ibu yang sehat dan suasana yang menyenangkan akan meningkatkan kestabilan fisik ibu sehingga produksi ASI

lebih baik. Lebih lanjut ayah juga ingin berdekatan dengan bayinya dan berpartisipasi dalam perawatan bayinya, walau waktu yang dimilikinya terbatas (Roesli, 2000).

(2) Perubahan sosial budaya

(a) Ibu-ibu bekerja atau kesibukan sosial lainnya.

Kenaikan tingkat partisipasi wanita dalam angkatan kerja dan adanya emansipasi dalam segala bidang kerja dan di kebutuhan masyarakat menyebabkan turunnya kesediaan menyusui dan lamanya menyusui.

Secara ideal tempat kerja yang mempekerjakan perempuan hendaknya memiliki “tempat penitipan bayi/anak”. Dengan demikian ibu dapat membawa bayinya ke tempat kerja dan menyusui setiap beberapa jam. Namun bila kondisi tidak memungkinkan maka ASI perah/pompa adalah pilihan yang paling tepat. Tempat kerja yang memungkinkan karyawatnya berhasil menyusui bayinya secara eksklusif dinamakan Tempat Kerja Sayang Ibu (Roesli, 2000).

(b) Meniru teman, tetangga atau orang terkemuka yang memberikan susu botol.

Persepsi masyarakat akan gaya hidup mewah, membawa dampak terhadap kesediaan ibu untuk menyusui. Bahkan

adanya pandangan bagi kalangan tertentu, bahwa susu botol sangat cocok buat bayi dan merupakan makanan yang terbaik. Hal ini dipengaruhi oleh gaya hidup yang selalu berkeinginan untuk meniru orang lain, atau *prestise*.

(c) Merasa ketinggalan zaman jika menyusui bayinya.

Budaya modern dan perilaku masyarakat yang meniru negara barat, mendesak para ibu untuk segera menyapih anaknya dan memilih air susu buatan sebagai jalan keluarnya.

(3) Faktor kurangnya petugas kesehatan

Kurangnya petugas kesehatan didalam memberikan informasi kesehatan, menyebabkan masyarakat kurang mendapatkan informasi atau dorongan tentang manfaat pemberian ASI. Penyuluhan kepada masyarakat mengenai manfaat dan cara pemanfaatannya.

(4) Meningkatnya promosi susu kaleng sebagai pengganti ASI.

Peningkatan sarana komunikasi dan transportasi yang memudahkan periklanan distribusi susu buatan menimbulkan pergeseran perilaku dari pemberian ASI ke pemberian Susu formula baik di desa maupun perkotaan. Distribusi, iklan dan promosi susu buatan berlangsung terus, dan bahkan meningkat

tidak hanya di televisi, radio dan surat kabar melainkan juga ditempat-tempat praktek swasta dan klinik-klinik kesehatan masyarakat di Indonesia.

Iklan menyesatkan yang mempromosikan bahwa susu suatu pabrik sama baiknya dengan ASI, sering dapat menggoyahkan keyakinan ibu, sehingga tertarik untuk coba menggunakan susu instan itu sebagai makanan bayi. Semakin cepat memberi tambahan susu pada bayi, menyebabkan daya hisap berkurang, karena bayi mudah merasa kenyang, maka bayi akan malas menghisap puting susu, dan akibatnya produksi prolactin dan oksitosin akan berkurang.

(5) Pemberian informasi yang salah

Pemberian informasi yang salah, justru datangnya dari petugas kesehatan sendiri yang menganjurkan penggantian ASI dengan susu kaleng. Penyediaan susu bubuk di Puskesmas disertai pandangan untuk meningkatkan gizi bayi, seringkali menyebabkan salah arah dan meningkatkan pemberian susu botol. Promosi ASI yang efektif haruslah dimulai pada profesi kedokteran, meliputi pendidikan di sekolah-sekolah kedokteran yang menekankan pentingnya ASI dan nilai ASI pada umur 2 tahun atau lebih.

(6) Faktor pengelolaan laktasi di ruang bersalin (praktik IMD)

Untuk menunjang keberhasilan laktasi, bayi hendaknya disusui segera atau sedini mungkin setelah lahir. Namun tidak semua persalinan berjalan normal dan tidak semua dapat dilaksanakan menyusui dini. IMD disebut *early initiation* atau permulaan menyusui dini, yaitu bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Keberhasilan praktik IMD, dapat membantu agar proses pemberian ASI eksklusif berhasil, sebaliknya jika IMD gagal dilakukan, akan menjadi penyebab pula terhadap gagalnya pemberian ASI Eksklusif.

(7) Faktor-faktor lain

Ada beberapa bagian keadaan yang tidak memungkinkan ibu untuk menyusui bayinya walaupun produksinya cukup, seperti :

- 1) Berhubungan dengan kesehatan seperti adanya penyakit yang diderita sehingga dilarang oleh dokter untuk menyusui, yang dianggap baik untuk kepentingan ibu (seperti : gagal jantung, Hb rendah).
- 2) Masih seringnya dijumpai di rumah sakit (rumah sakit bersalin) pada hari pertama kelahiran oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya, walaupun sebagian besar daripada ibu-ibu yang melahirkan di kamar mereka

sendiri, hampir setengah dari bayi mereka diberi susu buatan atau larutan glukosa.

5. Konsep Dasar Neonatal

a. Pengertian Neonatal

Kunjungan dimulai dengan wawancara singkat dengan ibu atau ayah. Perhatian khusus harus diberikan pada isu-isu yang tidak tuntas, yang berhubungan dengan pengalaman persalinan dan kelahiran atau perawatan bayi segera setelah lahir. Orang tua perlu mendiskusikan setiap memori atau pandangan keliru yang mereka miliki tentang periode tersebut (Varney, 2008).

b. Periode Neonatal

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

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

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 (Wahyuni, 2009).

Periode neonatal merupakan periode yang paling kritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi. Kurang baiknya penanganan pada bayi baru lahir atau neonatus yang sehat akan menyebabkan kelainan-kelainan yang dapat mengakibatkan kecacatan seumur hidup, bahkan kematian (Dewi, 2011).

Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupan (Ambarwati, 2009).

c. Pertumbuhan dan Perkembangan Neonatus

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:

1) Sistem pernafasan

Pernafasan pertama pada neonatal terjadi normal dalam waktu 0 menit setelah kelahiran, tekanan rongga dada pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan cairan paru-paru keluar dari

trakea sehingga cairan yang hilang ini diganti dengan udara (Lissaver, 2006).

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, 2010).

2) 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, 2010).

3) 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.

4) 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, (*Glukosa 6 Fosfat Dehidrogenase*) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatal memperlihatkan gejala *ikterus fisiologis*, misalnya enzim UDPG : *Uridin Disofat Glukoronid Transferase* dan enzim G6PD.

5) 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, hal ini karena, antara lain :

- a) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa
- b) Tidak seimbang antara luas permukaan *glomerulus* dan volume tubulus proksimal
- c) Aliran darah ginjal (*renal blood flow*) pada neonatal relative kurang dibandingkan orang dewasa.

6) Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kilogram berat badan akan lebih besar. Oleh karena itu, 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. Empat kemungkinan energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing 60-40 persen.

7) Suhu Tubuh

Mekanisme yang dapat menyebabkan kehilangan panas antara lain :

- a) Konduksi, pemindahan panas dari tubuh bayi diantarkan ke benda sekitar yang suhu lebih rendah melalui kontak langsung.
- b) Konveksi, panas yang hilang dari tubuh bayi ke udara sekitar yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).
- c) Radiasi, panas yang dipancarkan dari bayi ke lingkungan yang lebih (pemindahan panas antara objek yang memiliki suhu berbeda).
- d) Evaporasi, panas yang hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

Neonatus dapat menghasilkan panas dengan tiga cara: menggigil, aktivitas otot volunter, dan termogenesis (produksi panas tubuh) tanpa menggigil. Cara menggigil tidak efisien pada neonatus, terlihat hanya pada kondisi stres dingin yang paling berat. Aktivitas otot dapat menghasilkan panas, tetapi manfaatnya terbatas, bahkan pada

bayi cukup bulan yang memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menangis dan tetap dalam posisi fleksi.

Termogenesis tanpa menggigil mengacu pada satu dari dua cara berikut ini: peningkatan kecepatan metabolisme atau penggunaan lemak cokelat (*brown fat*) untuk memproduksi panas. Neonatus dapat menghasilkan panas dalam jumlah besar dengan meningkatkan kecepatan metabolisme mereka. Pada cara kedua lemak cokelat dimobilisasi untuk menghasilkan panas. Lapisan lemak cokelat berada pada dan di sekitar tulang belakang bagian atas, klavikula dan sternum, dan ginjal serta pembuluh darah besar. Banyaknya lemak cokelat bergantung pada usia gestasi dan berkurang pada bayi yang memiliki retardasi pertumbuhan.

Kehilangan panas pada neonatus segera berdampak pada hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis. Dampak tersebut merupakan akibat peningkatan kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh usaha untuk membuat zona suhu yang netral (Varney, 2008).

d. Kunjungan Neonatal

1) Pengertian

Kunjungan dimulai dengan wawancara singkat dengan ibu atau ayah. Perhatian khusus harus diberikan pada isu-isu yang tidak tuntas, yang berhubungan dengan pengalaman persalinan dan kelahiran atau perawatan bayi segera setelah lahir. Orang tua perlu mendiskusikan

setiap memori atau pandangan keliru yang mereka miliki tentang periode tersebut (Varney, 2008).

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali untuk mendapatkan pelayanan dasar dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah. Bentuk pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi) pemberian vitamin K dan penyuluhan neonatal di rumah menggunakan buku KIA (DepKes RI, 2004).

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

- a) Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ke tujuh (sejak 6 jam setelah lahir).
- b) Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai hari kedua puluh delapan (Syarifudin, 2009).

2) Tujuan

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami

masalah. Pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan konfeherensif, Manajemen Terpadu Bayi Muda untuk bidan/perawat, yang meliputi:

- a) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah
- b) Perawatan tali pusat
- c) Pemberian vitamin K1 bila belum diberikan pada hari lahir
- d) Imunisasi Hepatitis B 0 bila belum diberikan pada saat lahir
- e) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asli eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA
- f) Penanganan dan rujukan kasus (Ambarwati, 2009).

Tujuan kunjungan ada tiga, yaitu: mengidentifikasi gejala penyakit, merekomendasikan tindakan pemindaian, dan mendidik serta mendukung orang tua. Kategori

Kunjungan neonatal terbagi dalam dua kategori antara lain :

- a) Kunjungan Neonatal ke satu (KN 1)

Kunjungan neonatal yang ke satu (KN 1) adalah kunjungan neonatal pertama kali yaitu pada hari pertama sampai hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir).

b) Kunjungan Neonatal yang kedua (KN 2)

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatus (0-28 hari) dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kesehatan dengan syarat usia 0–7 hari minimal 2 kali, usia 8 sampai 28 hari minimal 1 kali (KN2) di dalam/diluar Institusi Kesehatan (Depkes RI, 2004).

3) Cakupan Kunjungan Neonatal

Cakupan Kunjungan Neonatal adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar 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 disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan pelayanan neonatal oleh tenaga kesehatan untuk mengetahui jangkauan layanan kesehatan neonatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat melakukan layanan kesehatan neonatal (Muslihatun, 2010).

4) Faktor yang mempengaruhi Kunjungan Neonatal

a) Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoadmojo, 2007).

b) Paritas ibu

Paritas 2-3 merupakan paritas yang aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal (Wiknjosastro, 2007).

c) Sosial Ekonomi

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

d) Sosial dan Budaya

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan (Notoatmodjo, 2007)

e) Sarana Pelayanan Kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan dapat juga mempengaruhi rendahnya kunjungan neonatal ke puskesmas. Banyaknya jenis sarana pelayanan kesehatan yang ada disekitar puskesmas dan kurang memadainya fasilitas yang tersedia di puskesmas memungkinkan masyarakat mencari alternatif pengobatan yang lebih memadai dan mudah dijangkau (Notoatmodjo, 2007).

e. Variasi umum dalam enam minggu pertama

Ada variasi tertentu diantara bayi yang sama-sama merupakan kekhawatiran orang tua dan pemberi perawatan. Dalam setiap hal, Bidan harus tetap waspada terhadap tanda dan gejala yang menunjuk ke masalah pokok yang lebih serius.

1) Ruam Popok

Sebagian besar ruam popok merupakan reaksi kulit terhadap amonia dalam urine dan kontaminasi bakteri yang berasal dari materi feses. Penting untuk mencatat lokasi dan distribusi masalah serta catat apakah terdapat kemerahan menyeluruh, ruam, atau keduanya. Kulit yang bermasalah harus dibersihkan dengan sabun ringan dan air hangat kuku.

2) *Cradle Cap*

Pada kulit kepala beberapa bayi terdapat kumpulan eksudat seborea yang akhirnya menempel. *Cradle cap* ini hanyalah masalah kosmetik. Masalah itu dapat hilang dengan melakukan masase lembut pada kulit kepala dengan minyak zaitun/minyak sayur dan dihilangkan dengan menggunakan sampo dan sisir dengan gigi yang rapat.

3) Sariawan pada mulut

Sariawan pada bayi, yang disebabkan oleh *Candida Albicans* tampak sebagai gumpalan seperti plak putih yang menempel pada lidah, gusi,

dan palatum durum. Bayi itu perlu diobati dengan preparat anti jamur atau gentian violet.

- 4) Pernapasan tidak teratur dan berisik
- 5) Bayi yang rewel (Varney, 2008).

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian

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

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

b. Metode Kontrasepsi IUD

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.

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, 2008). 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

SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI

KASUS

A. Jenis Karangan Ilmiah

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

Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan atau analisa data, membuat kesimpulan dan laporan.

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

B. Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Batu Ampar pada Bulan Februari – Mei 2017

C. Subjek Kasus

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

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam LTA ini adalah ibu hamil G₅P₄₀₀₃ dengan usia kehamilan 34 minggu diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Teknik Pengumpulan dan Analisa Data

1. Pengumpulan Data

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

Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

a. Observasi

Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu (Kriyantono, 2008).

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

b. Wawancara

Menurut Berger dalam Kriyantono (2008) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara peneliti seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek.

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

c. Pemeriksaan fisik

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

d. Studi Dokumentasi

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

2. Analisis Data

Menurut Sugiyono (2004) Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan

atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

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

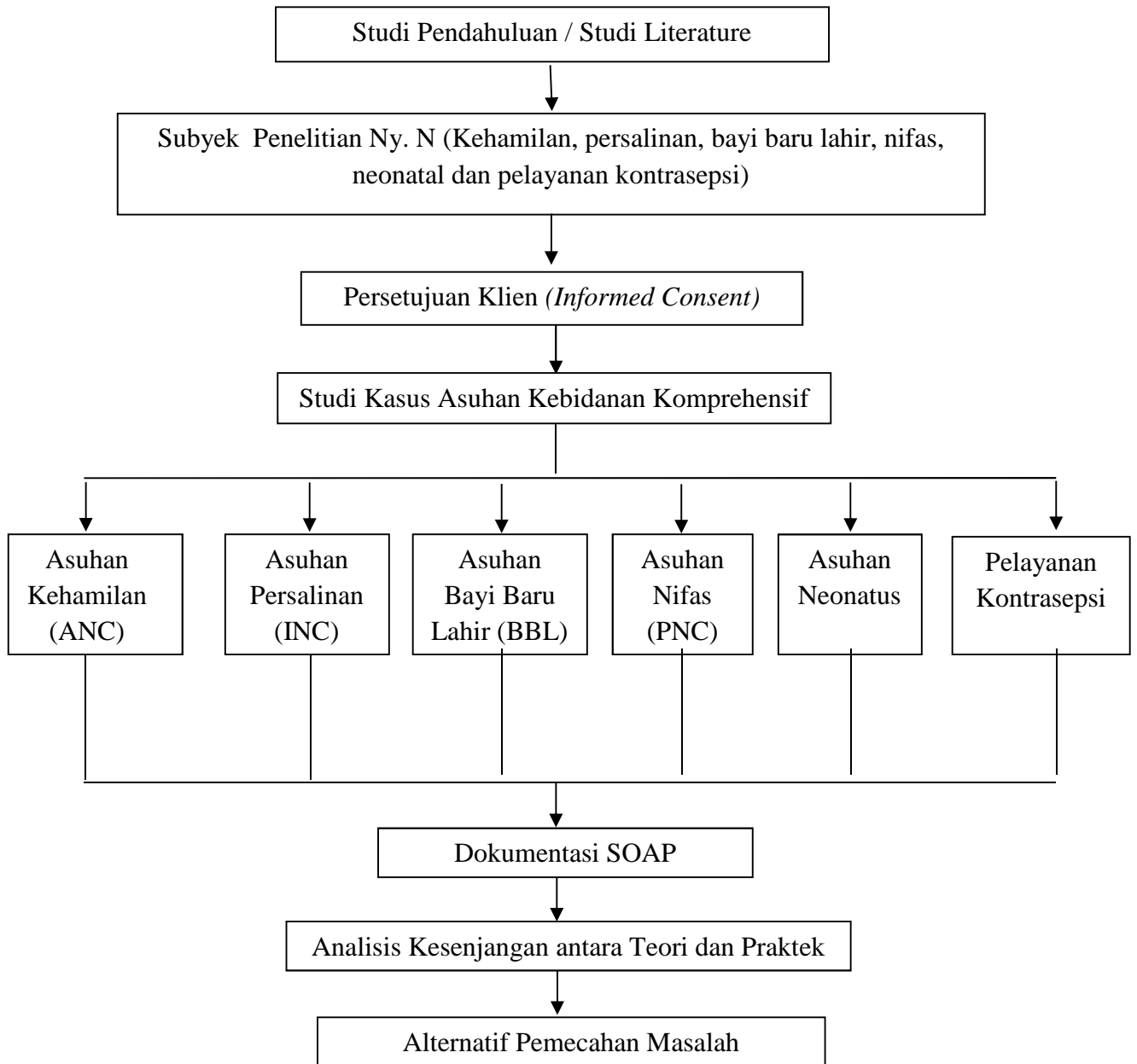
E. Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat yang dapat dipakai peneliti untuk mendapatkan data. Dalam penelitian kualitatif instrument utama dalam penelitian adalah peneliti itu sendiri. Selain itu peneliti juga menggunakan instrument lain seperti lembar pengkajian, checklist, dokumentasi. Ronny Kountur menyatakan: “instrument dimaksudkan sebagai alat pengumpulan data. Misalnya, untuk penelitian social instrument penelitian berupa lembar pengkajian, checklist, sedangkan untuk penelitian eksakta, instrument penelitian yang dipakai bermacam-macam, seperti: thermometer (alat mengukur suhu panas pada tubuh manusia), timbangan (alat pengukur berat), tensi meter (alat mengukur tekanan darah), dan lain-lain.

F. Kerangka Kerja

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005).

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



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

1. Informed Consent (Lembar Persetujuan)

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

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

2. Anonymity (Tanpa Nama)

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

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

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya yang berhubungan dengan responden. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/waktu pengkajian : 20 Maret 2017/ jam 14.00 WITA

Nama Pengkaji : Vista Vioni Jayanti

Tempat : Rumah Ny.N

S :

a. Biodata/Identitas

Nama Ibu : Ny. N

Nama Suami : Tn. B

Umur : 34 th

Umur : 61 thn

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Jawa

Suku/Bangsa : Jawa

Pendidikan : SMK

Pendidikan : SMK

Pekerjaan : Swasta

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Jl. LKMD Blok M RT.35 No.12

b. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu hamil anak ke 5 dengan masalah grandemultipara

c. Riwayat Kesehatan Klien

1) Riwayat Kesehatan yang Lalu

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

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu memeriksakan kehamilannya di puskesmas atau dokter spesialis kandungan setiap bulan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Hingga saat ini ibu telah melakukan pemeriksaan kehamilannya sebanyak 5 kali. Ibu mengatakan mulai memeriksakan kehamilannya pada tanggal 21 Oktober 2016 saat memasuki usia kehamilan 3 bulan. Ibu mulai merasakan pergerakan janin sejak usia kehamilan 5 bulan. Ibu sudah mendapatkan suntikan TT lengkap. Ibu pernah mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil.

Ibu mengatakan pada kehamilan ini ibu pernah mengalami keluhan mulai muntah pada masa awal kehamilannya hingga memasuki usia kehamilan 4 bulan, tapi ibu bersyukur mual muntah yang dialaminya tidak terlalu berlebihan. Selain mual dan muntah pada awal kehamilannya ibu mengatakan tidak mengalami keluhan lain yang mengganggu kenyamanan ibu dalam menjalani kehamilan ini. Selama hamil ibu mendapatkan obat prenatal seperti Fe, Kalk, vitamin B kompleks tetapi ibu tidak pernah meminumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny. N suami sedang/memiliki penyakit DM dan sekarang sedang dalam pengobatan cuci darah.

e. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. N adalah 27 Juli 2016, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 3 Mei 2017 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28-30 hari, lama haid 6-7 hari, banyaknya haid setiap harinya 2-3 kali ganti pembalut, warna darah merah, encer, kadang bergumpal. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 14 tahun.

f. Riwayat Obstetrik

No	Kehamilan			Persalinan				Anak				Nifas	
	mi										ormalitas	tasi	y
		erm	ada	ntan	an	M DAM	ada	0 gr / -					ada
		rm	ada	ntan	an	M DAM	ada	0 gr / 48cm					ada
		rm	ada	ntan	an	M	ada	0 gr / 48cm					ada
		rm	ada	ntan	an	SIH BUN DA	ada	0 gr / 48cm					ada
		Hamil ini											

g. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan menggunakan alat kontrasepsi Spiral selama 5 tahun dan selama menggunakan jenis alat kontrasepsi ini ibu tidak memiliki

keluhan. Ibu mendapatkan pelayanan kontrasepsi di BPS dan Rumah Sakit, dan menggunakan KB atas motivasi diri sendiri dan suami.

h. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan	
	Sebelum hamil	Saat ini
Nutrisi	Ibu makan 3 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 1 potong lauk pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pemenuhan nutrisi serta nafsu makan baik.	Pada trimester 3 ini Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2 potong lauk pauk, sayur, air putih \pm 10 gelas/hari, kadang susu. Nafsu makan ibu meningkat dibanding sebelum hamil. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebayak 4-5 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 2-3 kali dalam sehari konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.	BAK : 7-8 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 2-3 kali dalam sehari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang \pm 1 jam/hari pada hari-hari tertentu, Ibu tidur pada malam hari 6-7 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.	Ibu tidur siang \pm 1 jam/hari, pada hari-hari tertentu, Ibu tidur pada malam hari 8-9 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak, sementara kegiatan diluar rumah ibu mengantar anak ke	Dirumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah dan memasak, sementara kegiatan diluar rumah ibu mengantar anak ke

	sekolah dan mengantar suami kerumah sakit untuk mencuci darah.	sekolah dan mengantar suami kerumah sakit untuk mencuci darah.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari.	Mandi 2 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari, mengganti celana dalam 2-3 kali/hari.
Kebiasaan	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.	Ibu tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.
Seksualitas	± 1-2 kali/minggu dan Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas	Jarang, Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas.

i. Riwayat Psikososio-kultural spiritual

1) Riwayat pernikahan

Ini merupakan pernikahan kedua, Ibu menikah sejak usia 21 tahun, lama menikah 10 tahun, status pernikahan sah.

2) Respon klien dan keluarga terhadap kehamilan ini

Kehamilan ini merupakan kehamilan kelima. Ibu, suami dan keluarga menerima kehamilan ini dengan senang hati.

3) Bagaimana psikis ibu terhadap kehamilan ini

Ibu berharap kehamilannya dapat berjalan dengan lancar dan ibu dapat menjalani kehamilan ini dalam keadaan sehat. Ibu lebih antusias dari kunjungan sebelumnya saat penulis dan bidan memberikan saran mengenai kehamilannya.

4) Adat istiadat yang masih dilakukan oleh ibu dan keluarga kehamilan ini.

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

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5 °C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit; serta hasil pengukuran antropometri yaitu; tinggi badan 158 cm, berat badan sebelum hamil 60 kg, berat badan saat ini 67 kg dan LILA 28 cm.

b. Pemeriksaan fisik

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

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

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

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak tampak pernapasan cuping hidung

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

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

- Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit.
- Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, ada pengeluaran ASI, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tampak simetris, tampak bekas luka operasi kista, tampak linea nigra dan striae livide, tinggi fundus uteri 28 cm. Pada pemeriksaan Leopold I, tinggi fundus teraba 3 jari diatas pusat, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin (punggung kanan), Leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian ini masih dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (divergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 142 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(28-13) \times 155 = 2325$ gram.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tidak tampak adanya pengeluaran pervaginam, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

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

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak oedema, tidak ada varices, kapiler refill baik, dan patella positif.

c. Pemeriksaan Penunjang

1) USG (16 Maret 2017)

Taksiran Persalinan Persalinan USG : 5 Mei 2017

Taksiran berat janin : 2280 gr

Keadaan janin : Normal

2) Laboratorium

a) Golongan Darah : B

b) Hb : 11,1 gr%

c) GDS : 82 mg/dl

d) HBsAg : Non Reaktif

e) Protein Urine : Negatif

f) Glukosa Urine : Negatif

A :

Diagnosis : G₅ P₄₀₀₃ Usia Kehamilan 33 minggu 2 hari janin tunggal hidup intra uterine
 Masalah : Grandemultipara
 Dasar : Ibu mengatakan pernah melahirkan 4 kali
 Diagnosa Potensial : Ketuban Pecah Dini dan Perdarahan Post Partum
 Masalah Potensial : Tidak ada
 Dasar : Hamil ke 5 dengan skor Puji Rochjati 6
 Antisipasi : Anjurkan Ibu untuk pemeriksaan rutin selama kehamilan TM 3
 Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal/Jam	Pelaksanaan	Paraf
20 April 2015 15.00 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 8 bulan ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	

15.05 WITA	Memberikan ibu support mental : ibu merasa lebih nyaman.	
1510 WITA	Memberikan konseling tentang pentingnya mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan baik bidan ataupun dokter dan memberikan informasi pada klien tentang komplikasi yang terjadi jika klien tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan selama hamil. ibu mengerti pentingnya obat-obatan yang diberikan oleh dokter dan bidan bukan hanya untuk kesehatan ibu tetapi juga untuk pertumbuhan bayi dan ibu berencana untuk kunjungan ke puskesmas.	
15.20 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai tanda bahaya kehamilan yaitu perdarahan lewat jalan lahir, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak diwajah dan jari-jari tangan, keluar cairan lewat jalan lahir, gerakan janin tidak terasa, serta nyeri perut yang hebat (Sulistiyawati, 2009); ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan memperhatikan tanda – tanda yang disebutkan tadi.	
15.30 WITA	Melaksanakan penyuluhan pentingnya kunjungan ANC pada kehamilan dan penyuluhan kesehatan tentang ASI eksklusif. Ibu mengerti tentang tujuan pemeriksaan kehamilan dan mengerti tentang Asi Eksklusif	
15.45 WITA	Menanyakan rencana tempat, pendonor dan penolong persalinan ; ibu ingin bersalin di RSKD Balikpapan dan Pendonor belum tersedia.	
15.50 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang ; ibu bersedia untuk kunjungan ulang	

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/waktu pengkajian : 12 April 2017/ jam 13.00 WITA

Nama Pengkaji : Vista Vioni Jayanti

Tempat : Rumah Ny.N

S :

- Ibu mengatakan perut terasa kencang-kencang. Ibu mengatakan ada pengeluaran cairan seperti air pada tanggal 11 April 2017 malam.

- Ibu mengatakan hasil pemeriksaan USG air ketuban ibu mulai sedikit

O :

KU : Baik Kesadaran : Compos Mentis

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

BB : 70 kg

Inspeksi : Tampak bekas luka operasi kista, tampak linea nigra dan striae

Palpasi Leopold :

Leopold I : TFU: Pertengahan px-pusat, 30 cm. Pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong).

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

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

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

DJJ : 138 x/m

TBJ : $30-11 = 21 \times 155 = 2945$ gram

A :

G₅P₄₀₁₀₃ Usia Kehamilan 36 minggu 6 hari Janin Tunggal Hidup Intrauterin
Presentasi Kepala

Masala : Ibu mengatakan ada keluar air-air pada tanggal 11 April 2017 jernih dan tidak berbau

Diagnosa Potensial : KPD

P :

Tanggal/Janin	Pelaksanaan	Paraf
12 April 2017 13.15 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 9 bulan ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
13.20 WITA	Memberikan ibu support mental : ibu merasa lebih nyaman.	
13.23 WITA	Mengajarkan ibu tentang cara mengkaji gerakan janin. Gerakan janin minimal 10 kali dalam waktu 10 jam;	

	Ibu mengerti tentang cara mengkaji gerakan janin dan bersedia untuk melakukan penghitungan gerakan janin.	
13.35 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai tanda-tanda persalinan : terjadinya his, pengeluaran lender darah dan pengeluaran cairan ; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
14.15 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 19 April 2017; ibu mengerti mengenai kunjungan ulang	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Persalinan Kala I fase laten

Tanggal/waktu pengkajian : 13 April 2017/ jam 07.30 WITA

Nama Pengkaji : Vista Vioni Jayanti

Tempat : RSKD

S :

Ibu mengatakan mulai merasakan perut kencang-kencang sejak tanggal 12 April 2017 sejak pukul 23.00 WITA. Ibu mengatakan ada keluar lender darah pada tanggal 13 April 2017 sejak pukul 07.00 WITA banyaknya ± 5 cc. Ibu merasakan perutnya semakin mules dan kencang-kencang semakin sering maka keluarga segera membawa ibu ke RSKD pada pukul 07.30 WITA untuk menjalani pemeriksaan dan proses persalinan.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,6°C, nadi 80 x/menit, pernafasan : 20 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedem, sudah ada pengeluaran colostrum, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris, tampak bekas luka operasi kista, tampak linea nigra dan striae livide, tinggi fundus uteri 30 cm. Pada pemeriksaan Leopold I, tinggi fundus pertengahan px-pusat, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin (punggung kanan), Leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan tidak melenting (kepala). Bagian ini masih tidak dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah

janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 142 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(30-11) \times 155 = 2945$ gram.

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

Anus : Tidak tampak hemoroid

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

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 07.40 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lunak, effacement 35 %, pembukaan 3 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II.

A :

Diagnosis : G₅P₄₀₁₀₃ usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala inpartu kala I fase laten.

P :

Tanggal 13 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
05 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 mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
06 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.	
07 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi seperti berjalan-jalan, agar kepala bayi cepat turun mengikuti arah gravitasi bumi; Ibu mengerti dan mau melakukan anjuran yang di berikan bidan.	
08 WITA	Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti tehnik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
09 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu meminum teh hangat yang telah disediakan.	

Persalinan Kala I fase aktif

Jam : 10.00 WITA

S :

Kencang-kencang yang dirasakan ibu bertambah sering dari sebelumnya dan ibu merasakan keluar air-air pervaginam dan lendir darah semakin banyak.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N sedang; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 81 x/menit, pernafasan : 23 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Kontraksi uterus : frekuensi : 3 x 10', durasi : 20-25 detik, Intensitas : kuat, penurunan kepala : 3/5. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 147 x/menit, interval cepat tidak lebih dari 2, punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus.

Genetalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina, tampak pengeluaran air dan lendir bercampur darah, tidak tampak luka parut, tidak tampak fistula

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 10.05 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran air dan lendir bercampur darah, portio tipis lunak, effacement 50%, pembukaan 5 cm, ketuban (-), tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II.

A :

Diagnosis : G₅P₄₀₁₀₃ usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup
intrauterine presentasi kepala inpartu kala I fase aktif.

P :

Tanggal 13 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
05 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 5 cm dan ketuban sudah pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
08 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, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.	
10 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan gurita) dan pakaian bayi (lampir, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	
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.	
20 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu meminum teh	

00 TA	<p>Ibu mengatakan ingin meneran dan perut kencangkencang semakin sering. Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS ; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran air dan lendir bercampur darah, ortio tidak teraba, effecement 100%, pembukaan 10cm, ketuban (-) , tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah jani, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III.</p> <p>DJJ : 158 x/mnt HIS : 4-5 x 10' 40-45''</p>	
02 TA	<p>Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan mengejan miring saat ada HIS, tangan di masukkan di antara kedua paha, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.</p>	

Persalinan Kala II

S :

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

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N sedang; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 24 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 144 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kanan bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi : 4-5 x 10' dengan durasi : 40-45 detik dan intensitas : kuat.

Genetalia :

Tanggal : 13 April 2017 Jam : 13.00 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran cairan dan lendir bercampur 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 II+. Tampak adanya tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah.

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

A :

Diagnosis : G₅P₄₀₁₀₃ persalinan kala II

Masalah : Kelelahan

Dasar : Tenaga ibu untuk mengejan kurang maksimal

Diagnosa Potensial : Partus Lama

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal 13 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
04 TA	memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
05 TA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk(semi fowler).	
05 TA	Menganjurkan kepada ibu untuk memberi ibu minum manis disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih dan the manis	
06 TA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
06 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
06 TA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
07 WITA	Memberi oksigen 3 L/menit kepada ibu dikarenakan his atau kontraksi ibu tidak teratur dan ibu mulai	

	kelelahan sambil dianjurkan untuk miring kiri. ; ibu memakai oksigen dan ibu miring kiri.	
07 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
08 WITA	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	
09 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar	
10 WITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 22.20 WITA.	
12 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; Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S :	

	8/10 , jenis kelamin perempuan, air ketuban jernih	
4 WITA	Melepaskan oksigen yang tadi terpasang pada ibu ; oksigen terlepas.	

Persalinan Kala III

S :

Ibu merasakan mules pada perutnya

O :

1. Pemeriksaan Umum

Kedaaan umum sedang, kesadaran composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU : 2 Jari bawah pusat, kontraksi baik.

Kandung Kemih: Kosong

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

A :

Diagnosis : G₅ P₄₀₁₀₃ persalinan kala III

P :

Tanggal 13 April 2017

aktu	Tindakan	Paraf
4 WITA	Meriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
4 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu	

	bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
4 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
4 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.	
4 TA	Megang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
4 TA	Meringankan tubuh bayi mulai dari muka, kepala keseluruhan tubuh.	
4 TA	Letakkan bayi diatas dada ibu untuk melakukan IMD dan mengganti kain menggunakan kain yang baru dan bersih.	
5 TA	Mindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	
4 TA	Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
4 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokraniol.	
4 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokraniol hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
5 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 13.15 WITA.	
5 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	

6 WITA	<p>meriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon lengkap, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat ± 50 cm, tebal plasenta $\pm 2,5$ cm, lebar plasenta ± 16 cm.</p>	
--------	--	--

Persalinan Kala IV

S :

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

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tanda-tanda Vital tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,7 °C.

2. Pemeriksaan fisik

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

Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu setinggi 2 jari bawah pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 13.15 WITA.

A :

Diagnosis : P₅₀₁₀₄ Persalinan Kala IV

P :

Tanggal 13 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
6 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Tidak terdapat ruptur jalan lahir.	
7	Melakukan pemasangan IUD pasca persalinan ; Ibu setuju untuk dilakukan pemasangan IUD.	
8 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan ± 150cc.	
8 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
8 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
10 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36,3°C, TFU 2 jbp, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 30 cc. (data terlampir pada partograf)	
12 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah di sediakan	
15 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU 2 jbp, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
20 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
25	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan	

GA	perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 81 x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
15 WITA	ngobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
15 GA	ngobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc.(data terlampir pada partograf)	
17 GA	Melengkapi Partograf	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 13 April 2017/Pukul: 14.10 WITA

Tempat : RSKD

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. N dan Tn. B, alamat rumah berada di Kelurahan Batu AMmpar Balikpapan, tanggal lahir bayi 13 April 2017 pada hari Minggu pukul 13.10 WITA dan berjenis kelamin perempuan

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil kelima ini usia 34 tahun, tidak pernah mengalami keguguran.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Riwayat Persalinan Sekarang :

Keadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,7 °C. Jenis persalinan adalah spontan dan kondisi ketuban adalah jernih.

b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 13 April 2017 Jam : 13.10 WITA

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

2. Nilai APGAR : 8/10

Kriteria	0	1	2	Jumlah		
				1 menit	5 menit	10 menit
Frekuensi Jantung	() O tidak ada	() O < 100	() O > 100	2	2	2
Usaha Nafas	() O tidak ada	() O lambat/tidak teratur	() O menangis dengan baik	2	2	2
Tonus Otot	() O tidak ada	() O beberapa fleksi ekstremitas	() O gerakan aktif	1	2	2
Refleks	() O tidak ada	() O menyeringai	() O menangis kuat	1	2	2
Warna Kulit	() O biru/pucat	() O tubuh merah muda, ekstremitas biru	() O merah muda seluruhnya	2	2	2

Jumlah	8	10	10
--------	---	----	----

3. Tindakan Resusitasi :

Tidak dilakukan tindakan resusitasi karena bayi baru lahir segera menangis.

4. Pola fungsional kesehatan:

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

5. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 140 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu 36,7 °C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 2600 gram, panjang badan 49 cm, lingkaran kepala : 34 cm, lingkaran dada 32 cm, lingkaran perut 30 cm dan lingkaran lengan atas 10 cm

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

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

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

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

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

Genetalia : Perempuan, labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Tidak tampak adanya lesung atau sinus, tampak sfingter ani.

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

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

c. Status neurologi (refleks)

Rooting (+) bayi tampak menoleh ke arah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, morro (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menagkupakan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentakkan, palmar grasping (+) bayi tampak menggenggam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, , walking (+) kaki bayi tampak menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuhnya condong kedepan saat tubuh bayi diangkat dan diposisikan berdiri diatas

permukaan lantai dan telapak kakinya menapak di lantai, babinski (+) jari-jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya.

d. Terapi yang diberikan

Neo-K 0,5 cc

Salep Mata 1%

Hepatitis B 0,5 cc

A :

Diagnosis :Bayi Baru Lahir Normal, Sesuai Masa Kehamilan
usia 1 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 13 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
5 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi baik ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
5 WITA	Melakukan perawatan tali pusat. Membungkus tali pusat dengan kassa steril.	
5 WITA	Memberikan injeksi neo-k 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri, dan memberikan salep mata pada bayi; Bayi telah di injeksi neo-k pada paha kiri dan diberikan salep mata.	
6 WITA	Menggunakan pakaian/lampin bayi yang bersih dan kering, memasang topi pada kepala bayi serta	

	mengkondisikan bayi di dalam ruangan atau tempat yang hangat dan memberikan bayi kepada ibu agar disusui kembali.	
5 WITA	Memberikan imunisasi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan; Bayi telah di imunisasi pada paha kanan	
6 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain ; ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.	
7 WITA	Memberikan KIE tentang: ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, perawatan tali pusat, teknik menyusui ; ibu mengerti yang dijelaskan.	
10 WITA	mbuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 13 April 2017/Pukul : 19.15 WITA

Tempat : RSKD

S :

- a. Ibu mengatakan melahirkan anak kelima dan tidak pernah keguguran
- b. Ibu mengatakan melahirkan tanggal 13 April 2017
- c. Ibu mengatakan mules di perut
- d. Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,4 °C, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI namun sedikit, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak bekas operasi kista, tampak linea nigra dan striae livide, tidak tampak asites, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula. Perdarahan ± 15-20 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas

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

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

c. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	dapat beristirahat
Nutrisi	sudah makan nasi dan minum the
Terapi	mendapat asam mefenamat dan ampicillin
Mobilisasi	sudah bisa BAK sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	sudah BAK 2x, konsistensi cair, warna kuninhg jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	dapat menyusui bayinya dengan baik.

A :

Diagnosis : P₅₀₁₀₄ post partum spontan 6 jam

P :

Tanggal 13 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
19.20 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
21 WITA	ngajarkan ibu untuk melakukan perawatan payudara	

	sebelum ataupun setelah menyusui bayinya yaitu dengan membersihkan puting susu ibu dengan air bersih ; ibu telah mengerti dan bersedia melakukannya secara mandiri.	
19.22 WITA	Mengajarkan pada ibu cara istirahat/tidur cukup. Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus beristirahat untuk mengembalikan kebugarannya.; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
25 WITA	Mengajarkan ibu mengenai perawatan tali pusat bayi. Tali pusat cukup diganti dengan kassa saja, harus tetap bersih dan steril ; ibu mengerti dan bersedia melakukannya dengan benar.	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 17 April 2017 /Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. N

S :

Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan utama, darah nifas masih keluar sedikit, warna merah, dan pengeluaran ASI sudah lancar.

O :

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, tidak ada retraksi, tidak teraba pembengkakan.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak bekas operasi kista, tampak linea nigra dan striae livide, tidak terdapat asites, TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra. Perarahan yang keluar \pm 5-10 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas:

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema

c. Pola Fungsional

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

	keluhan. BAB 2 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.

A :

Diagnosis : P₅₀₁₀₄ post partum normal hari ke-4
 Masalah : tidak ada
 Diagnosis Potensial : tidak ada
 Masalah Potensial : tidak ada
 Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 17 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
13.20 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini	
13.30 WITA	melakukan penyuluhan kesehatan mengenai senam nifas hari ke-4. Senam nifas dilakukan pada hari pertama setelah melahirkan hingga hari kesepuluh setelah melahirkan. Senam nifas bertujuan untuk merelaksasikan keadaan ibu. Ibu telah melakukan senam nifas sesuai gerakan hari ke-4 dan bersedia melakukan sendiri senam nifas hari selanjutnya,	
13.40 WITA	menjelaskan ibu cara menyusui yang benar. Posisi menyusui dapat dilakukan secara duduk, berdiri atau berbaring dan diteteki secara bergantian antara payudara sebelah kanan dan kiri ; ibu mengerti dan memahami.	
13.50 W I T	melakukan konseling tentang tanda-tanda bahaya ibu nifas yaitu : Demam, Perdarahan pasca persalinan, penciutan rahim yang tidak normal, rasa sakit merah, lunak dan pembengkakan kaki.	

A		
16.00 WITA	mbuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya yaitu pada tanggal 27 April 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

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

Tempat : Rumah Ny. N

S :

Ibu tidak memiliki keluhan utama. Ibu mengatakan pengeluaran darah pervaginam berwarna kecoklatan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

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

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, tidak teraba pembengkakan.

Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae livide, tampak bekas operasi kista, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka parut. Jumlah perdarahan \pm 2-3 cc.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

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

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema, tidak tampak varices, tidak tampak trombophlebitis, kapiler refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

c. Pola Fungsional

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

	keluhan. BAB 2 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.

A :

Diagnosis : P₅₀₁₀₄ post partus normal hari ke-14

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 17 Mei 2015

Waktu	Tindakan	Paraf
16.05 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal	
16.10 W I T A	Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat ; ibu cukup makan dan istirahat.	
15 WITA	akukan penyuluhan kesehatan mengenai pengenalan alat kontrasepsi. Menjelaskan pada ibu mengenai berbagai metode KB, kelebihan, kekurangan, cara kerja, efek samping dan prosedur pemakaian berbagai alat KB ; ibu dapat menyebutkan kembali metode KB yang telah dijelaskan beserta kekurangan dan kelebihanannya.	

25 WITA	nganjurkan ibu menggunakan KB sebelum 40 hari setelah persalinan ; ibu bersedia untuk ber KB sebelum 40 hari pasca persalinan.	
30 WITA	gevaluasi kembali tentang pemberian asi eksklusif. Ibu dapat menjelaskan dan memahami sekali tentang asi eksklusif.	
20 WITA	mbuat kesepakatan untuk kunjungan ulang berikutnya pada tanggal 26 Juni 2015 di pelayanan kesehatan untuk dilakukan pemakaian alat kontrasepsi; Ibu bersedia dilakukan pemakaian alat kontrasepsi di pelayanan kesehatan.	

4. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-IV

Tanggal/Waktu Pengkajian : 11 Mei 2017/Pukul :13.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. N

S :

Ibu mengatakan sakit gigi karena gigi ibu berlubang.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 140/90 mmHg, suhu tubuh 36,8°C, nadi 82 x/menit, pernafasan: 22 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, payudara tidak tampak pembengkakan.

Abdomen : Tampak simetris, tampak linea nigra, tampak bekas operasi kista, TFU tidak teraba.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tidak tampak pengeluaran lochea serosa, tidak terdapat luka parut, tampak luka jahitan telah sembuh. Sudah tidak keluar darah.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas

Atas : Tidak oedema, kapiler refill baik, homan sign negatif,

Bawah : Bentuk simetris, teraba oedema, tidak ada varices, homan sign negatif , reflex patella positif

A :

Diagnosis : P₅₀₁₀₄ post partum normal ke 4 minggu

Masalah : ibu mengatakan gigi sakit

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 11 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf

5 CA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.
10' WITA	akukan persiapan penyuluhan KB IUD karena ibu memilih alat kontrasepsi KB IUD dan mengatur jadwal tanggal berapa ibu mau melakukan control KB IUD; ibu mengeti dan ibu belum memastikan tanggal berapa ibu control KB IUD.

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 13 April 2017/Pukul : 19.00 WITA

Tempat : RSKD

S : Ibu mengatakan bayinya menetek kuat, sudah BAK dan BAB.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 126 x/menit, pernafasan 66 x/menit dan suhu 36,7 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 2600 gram panjang badan 51 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 33 cm, lingkaran dada 32 cm, lingkaran perut 32 cm dan lingkaran lengan atas 10 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

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

- Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sklera tampak berwarna putih.
- Hidung : Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung
- Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan tidak tampak ada kotoran.
- Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu tampak menonjol.
- Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak tanda-tanda infeksi tali pusat, teraba kembung, tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Tampak simetris, tidak tampak dan tidak teraba spina bifida.

- Genetalia : Perempuan, labia mayor menutupi labia minor.
- Anus : Terdapat lubang anus
- Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung
- Verniks : Tampak verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.
- Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Reflek Fisiologis : Tidak dilakukan

d. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya minimal setiap 2 jam.
Eliminasi	- BAB 1 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 2-3 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi belum ada dimandikan. - Bayi diganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

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

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 13 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
05 WITA	memberitahu ibu tentang kondisi bayinya; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
07 WITA	mastikan bayi mendapat ASI yang cukup, ibu bersedia memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin.	
10 WITA	memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat bayi dengan membiarkan tali pusat bayi kering dan bersih ; ibu mengerti penjelasan yang dibeikan.	
12.20 WITA	Memberikan KIE mengenai tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan, tangisan tidak ada, merintih, sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang disampaikan.	
13.35 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 4 hari selanjutnya di tanggal 17 April 2017 atau saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 17 April 2017/Pukul : 13.20 WITA

Tempat : Rumah Ny. N

S :

ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya. Bayinya menetek kuat.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 136 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 2600 gram, panjang badan 47 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 34 cm, lingkaran dada 32 cm, lingkaran perut 30 cm dan lingkaran lengan atas 10 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bersih, caput/cephal tidak ada.

Mata : Tidak tampak ikhterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Telinga : Tidak ada kelainan

Mulut : Bersih, tidak ada secret

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

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.

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

Genetalia : Perempuan, nampak labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tidak ada.

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

d. Pola Fungsional

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

A :

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

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 17 April 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
13.25 WITA	Menjelaskan keadaan bayinya saat ini dan ibu mengerti tentang keadaan bayinya saat ini	
13.30 W IT A	Menjelaskan kepada ibu bahwa talipusat keadaan baik dan tidak perlu khawatir karena belum putus ; ibu mengerti penjelasan yang diberikan.	
13.35 W IT A	menganjurkan pada ibu untuk tetap mengawasi tanda bahaya pada bayi ; ruam popok, cradle cap, sariawan pada mulut, pernafasan tidak teratur, dan bayi yang rewel ; ibu mengerti dan akan memperhatikan jika ada tanda-tanda bahaya pada anaknya.	
13.45 W IT A	Mengevaluasi kembali apakah ibu memberikan ASI penuh dengan bayinya; ibu masih memberi ASI tanpa mencampur dengan susu formula.	
14.50 WITA	menbuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 17 Mei 2015.	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

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

Tempat : Rumah Ny. N

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya.

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 2700 gram panjang badan 49 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 34 cm, lingkaran dada 32 cm, lingkaran perut 30 cm dan lingkaran lengan atas 10 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bersih, caput/cepal tidak ada.

Mata : Tidak tampak ikhterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Telinga : Tidak ada kelainan

Mulut : Bersih, tidak ada secret

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

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.

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

Genetalia : Perempuan, nampak labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung

Verniks : Tidak ada.

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

d. Pola Fungsional

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

A :

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

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 17 Mei 2015

Waktu	Tindakan	Paraf
16.15 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
16.20	Menjelaskan kepada ibu tentang ketidaknyamanan	

WITA	bayi, bila bayi BAK atau BAB segera dibersihkan dan diganti dengan popok kain yang bersih ; ibu mengerti dan segera melakukannya bila bayi BAB dan BAK.	
.23 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang kenyamanan bayi, bila bayi menangis segera berikan rangsangan pada pipi bayi. Bila bayi membuka mulut maka susui bayi sampai kenyang, jangan memberikan apapun selain ASI ; ibu mengerti dan akan melakukannya.	
16.25 WITA	Memberikan motivasi ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan ; ibu bersemangat untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.	
.40 WITA	nyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya.	

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Calon Akseptor IUD

Tanggal/Waktu Pengkajian : 13 April 2017 / Pukul :13.15 WITA

Tempat : RSKD

S :

Ibu mengatakan ingin menggunakan IUD.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 130/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 82 x/menit, pernafasan: 24 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada.

Payudara : Tampak simetris, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, payudara tidak tampak pembengkakan.

Abdomen : Tampak simetris, tampak linea nigra, tampak bekas operasi.

Ekstremitas

Atas : Tidak oedema, kapiler refill baik.

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices, homan sign negatif , reflex patella positif.

A :

Diagnosis : P₅₀₁₀₃ Usia 34 tahun calon Akseptor KB IUD

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 13 April 2017

o.	Waktu	Tindakan	Paraf
	0 WITA	akukan penyuluhan kesehatan mengenai kontrasepsi IUD;	

		Ibu mengerti mengenai penkes yang diberikan ibu yakin untuk memilih kontrasepsi IUD dan mau menggunakan KB IUD saat ini juga.	
	10 WITA	nyiapkan kartu akseptor KB IUD baru dan alat IUD dan memasngkannya kepada Ny. N seta memberitahu ibu tanggal kembali untuk control pada tanggal 11 Mei 2017; Ibu bersedia diberikan KB IUD, ibu mendapatkan kartu akseptor KB baru, dan ibu berjanji akan dating control kembali sesuai jadwal.	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

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

1. Kehamilan

Klien bernama Ny. "N" usia 34 tahun G₅P₄₀₁₀₃ hamil 34 minggu janin tunggal, hidup, intrauteri, yang bertempat tinggal di Kelurahan Batu Ampar Kecamatan Balikpapan Utara Kota Balikpapan. Ny. "N" saat ini sedang mengandung anak kelima.

Ibu melakukan pemeriksaan sebanyak 5 kali selama kehamilan ini, yang terdiri dari satu kali pada trimester I, dua kali pada trimester ke II dan dua kali pada trimester ke III. Pemeriksaan kehamilan pada Ny.N mengikuti standar "10 T" yaitu : Timbang berat badan, Ukur tekanan darah, Nilai status gizi buruk (lila), Ukur tinggi fundus uteri, Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid lengkap, Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan, Test terhadap penyakit infeksi menular seksual, tes laboratorium, Temu wicara dalam rangka

persiapan rujukan. Hal ini sesuai dengan standar asuhan pelayanan *Antenatal care* 10 T Menurut Depkes RI (2009).

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. N adalah 70 kg. Ny.N mengatakan sebelum hamil berat badannya 60 kg. Pertambahan berat badan Ny. N Selama kehamilan mengalami kenaikan 10 kg. Menurut Sukarni tahun 2013 kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg- 16,5 kg.

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. N memiliki tinggi badan 158 cm. Menurut Pantikawati tahun 2010 mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit.

Tekanan darah Ny. N selalu dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan terakhir 110/80 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2009, tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg - 140/90 mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau preeklamsi dalam kehamilan.

Hasil pemeriksaan Lila Ny.N adalah 28 cm. Menurut Kusmiyati tahun 2009, Lila ibu hamil normalnya yaitu 23,5 cm – 36 cm. Pengukuran Lila hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Hasil pengukuran TFU Ny.N normal dan sesuai dengan usia kehamilannya yaitu 30 cm atau 3 jari dibawah prosesus xifoideus pada umur kehamilan 36 minggu 6 hari. Kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan hasil 2935 gram. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Manuaba tahun 2010, umur kehamilan 36 minggu TFU normalnya 3 jari dibawah prosesus xifoideus.

Hasil saat dilakukan pemeriksaan palpasi leopard pada Ny.N , presentasi janin normal yaitu kepala sebagai bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal yaitu 138 x/menit. DJJ normal yaitu 120-160 x/menit.

Saat dilakukan anamnesa mengenai imunisasi TT Ny. N mengatakan telah mendapat imunisasi TT saat bayi sebanyak 3 kali, saat sekolah 2 kali, saat menikah 1 kali, saat hamil anak pertama 1 kali, dan saat hamil anak kedua 1 kali. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT.

Saat dilakuakn anamnesa Ny.N mengatakan mendapatkan tablet Fe di Puskesmas Batu Ampar semenjak kehamilan trimester II hingga akhir trimester III. Tablet Fe yang Ny.N dapatkan sebanyak 30 tablet setiap bulan. Sehingga sampai pada trimester akhir kehamilan Ny. N mendapatkan lebih dari 90 butir tablet Fe yang dikonsumsi secara rutin. Ny. N meminum tablet Fe 1 x sehari pada malam hari dengan air putih.

Menurut Kusmiyati tahun 2009, pemberian suplement tablet tambah darah atau zat besi pada ibu hamil minimal 90 butir. Setiap tablet zat besi

mengandung FeSO₄ 320 MG (zat besi 30 mg), dasar pemberian zat besi adalah adanya perubahan volume darah (peningkatan sel darah merah 20-30% sedangkan peningkatan plasma darah 50 %). Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersamaan dengan teh atau kopi karena mengandung tanin dan pitat yang menghambat penyerapan zat besi..

Pemeriksaan hemoglobin Ny.N dilakukan dirumah Ny.N dengan menggunakan alat hb digital dengan hasil 11,1 gr%. Pemeriksaan laboratorium khusus tidak dilakukan karena tidak ada indikasi.

Pemeriksaan laboratorium berupa tes protein dan PMS tidak dilakukan pada Ny. N karena tidak ada keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut.

Hal ini didukung dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2005, bahwa pemeriksaan urine untuk tes protein dan urine glukosa dapat dilakukan atas indikasi, bila ada kelainan ibu dirujuk. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus seperti test PMS dapat dilakukan apabila ada indikasi dan pada daerah yang rawan.

Hasil dari semua pemeriksaan yang telah dilakukan, didapatkan bahwa masalah-masalah yang di keluhankan Ny.N masih dalam batas normal dan penatalaksanaannya pun masih dalam batas kewenangan bidan, sehingga tidak memerlukan tindakan rujukan.

Menurut Manuaba tahun 2010, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga

kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

Berdasarkan dengan teori yang sudah dipaparkan di atas penulis berpendapat bahwa dengan dilakukan pemantaun kehamilan secara efektif maka komplikasi pada kehamilan tidak terjadi.

Ny. N dan keluarga sebagai pengambil keputusan telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Sehubungan dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI tahun 2005, pada trimester III petugas kesehatan baiknya memberikan konseling kepada ibu dan suami untuk merencanakan proses persalinannya, dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB setelah bersalin. Diakhir kunjungan Ny. N merencanakan ingin bersalin di RSKD.

Hal tersebut sesuai dengan teori Saifuddin tahun 2008, konseling diberikan pada setiap kunjungan ANC disesuaikan dengan kebutuhan ibu. Saat pelaksanaan ANC juga telah dilakukan perencanaan persalinan yang meliputi rencana tempat bersalin, penolong persalinan, transportasi, biaya, serta keperluan ibu dan bayi. Secara keseluruhan penulis tidak mengalami kesulitan pada saat temu wicara dengan Ny.N, hal ini dikarenakan Ny.N kooperatif dan mau bekerjasama sehingga konseling berjalan lancar.

2. Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. N yaitu 37 minggu. Menurut JNPK-KR tahun 2008, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa

disertai adanya penyulit. Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan Benson tahun 2009, yaitu kehamilan cukup bulan (aterm) atau pematangan janin terjadi pada minggu 37-40 adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal. Penulis menyimpulkan bahwa tanda-tanda persalinan yang dialami Ny.N sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik.

Tanggal 12 April 2017 pukul 23.00 WITA Ny. N merasa kencangkencang namun belum keluar lendir darah dan apabila dibawa berjalan sakitnya berhenti. Tanggal 13 April 2017 pukul 07.00 WITA Ny.N memutuskan untuk segera memeriksakan diri ke RSKD karena Ny. N merasakan mules diperut dan kencangkencang yang semakin sering. Klien mengeluh sakit dan nyeri di bagian bawah pinggang menjalar hingga ke perut, yang kemudian diikuti kencangkencang yang semakin sering. Pada pukul 07.30 WITA saat di periksa dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tebal lunak, efficement 35 %, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, pembukaan serviks 3 cm, penurunan kepala hodge II, DJJ 140 x/menit dengan HIS yang masih lemah 2x dalam 10 menit dengan durasi 15-20 detik.

Dua jam selanjutnya bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf pada pukul 10.00 WITA, hasil pemeriksaan dalam vulva, uretra tidak ada kelainan, portio tipis lunak, efficement 50 %, ketubah pecah spontan dengan warna jernih, pembukaan serviks 5 cm, posisi kepala janin pada hodge II, DJJ 145 x/menit dengan HIS (3x dalam 10 menit dengan durasi 20-25detik).

Saat klien telah memasuki fase aktif bidan menyiapkan partus set serta alat pelindung diri dan perlengkapan bayi. Pukul 13.05 WITA Ny.N mengeluh ingin BAB dan merasa nyeri perut bagian bawah menjalar sampai ke pinggang. Hal ini sesuai dengan APN (JNPK-KR, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Penulis berpendapat, penyiapan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan tersebut selain memudahkan bidan dalam proses pertolongan persalinan juga sebagai mengoptimalkan waktu dalam pertolongan persalinan.

Ny. N memasuki kala II. Pukul 13.05 WITA. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tidak teraba, efficement 100 %, pembukaan serviks 10 cm, posisi kepala janin pada hodge II+, DJJ 158 x/menit, dengan HIS 4-5 x dalam 10 menit dengan durasi 40-45 detik. Pada pukul 13.07 WITA kepala 5-6 cm didepan vulva dan hodge IV. Pukul 13.10 WITA bayi lahir.

Keadaan Ny. N sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Sumarah, dkk tahun 2009, tanda-tanda persalinan yaitu rasa nyeri terasa dibagian pinggang dan menyebar ke perut bagian bawah, lendir darah semakin nampak, waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah, serviks menipis dan membuka. Penulis sependapat dengan teori tersebut, karena Ny. N merasakan kencang-kencang dan diikuti pengeluaran lendir darah pada awal persalinannya dan setelah dilakukan pemeriksaan terdapat pembukaan serviks 2 cm bertambah menjadi 5 cm dan terakhir lengkap atau 10 cm. Pertambahan

pembukaan serviks pada Ny. N didukung dengan HIS yang semakin meningkat dan adekuat.

Kala I hingga kala II yang dialami Ny. N berlangsung selama 8 jam. Menurut JNPK-KR tahun 2008, lama kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam.

Mulai pembukaan lengkap jam 13.05 WITA ibu dimotivasi atau boleh untuk mengejan apabila rasa sakit atau kontraksinya mulai semakin kuat. Pada jam 13.08 WITA ibu tampak kelelahan dan tidak kuat untuk mengejan. Disela-sela his, asupan nutrisi ibu kurang. Ibu hanya mau minum sedikit saja. Sehingga terpengaruh pada power ibu yang diakibatkan ibu menjadi kelelahan. Menurut varney tahun 2008, kebanyakan wanita saat persalinan tidak menginginkan untuk makan. Namun, cairan yang adekuat harus disediakan untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

Pembukaan lengkap Ny. N terjadi pada pukul 13.00 WITA dan bayi lahir pukul 13.10 WITA, lama kala II Ny. N berlangsung selama 10 menit dan ini merupakan keadaan yang normal. Hal tersebut sesuai dengan teori JNPK-KR tahun 2008, mengungkapkan bahwa pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam. Penulis berpendapat, proses persalinan Ny. N berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf. Ny. N telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan klien berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik.

Bayi lahir spontan dan segera menangis pada pukul 13.10 WITA, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 2600 gram panjang 49 cm.

Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung diletakkan di dada Ny.N untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Menurut Sumarah, dkk tahun 2008, sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting susu dang ibu.

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

Pada saat bayi lahir plasenta belum keluar, bidan pun segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. N dimulai dari penyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta bidan melakukan PTT, lahirkan plasenta, kemudian melakukan masase uteri.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh JNPK-KR (2008), manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri.

Pukul 10.15 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat ± 60 cm, tebal plasenta $\pm 2,5$ cm, lebar plasenta ± 16 cm. Lama kala III Ny. N berlangsung ± 5 menit. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan JNPK-KR tahun 2008 bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala III berlangsung rata-rata antara 5 sampai 10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit. Selain itu didukung pula dengan teori yang menjelaskan bahwa biasanya plasenta lepas dalam 5-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan cc atau dengan tekanan pada fundus uteri (WHO, 2013). Penulis sependapat dengan pernyataan diatas karena plasenta Ny. N lahir tidak lebih dari 30 menit. Tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Pukul 13.15 WITA plasenta telah lahir, pada perineum tidak terdapat laserasi.

Penulis berpendapat, dalam pelaksanaannya bidan segera memeriksa jalan lahir untuk mengetahui apakah ada laserasi jalan lahir atau tidak agar tidak terjadi perdarahan dan laserasi segera ditangani.

Setelah plasenta lahir, 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 (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

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

Setelah didapatkan bahwa kontraksi uterus baik dan tidak terjadi perdarahan maka bidan melanjutkan melakukan pemasangan kontrasepsi IUD pasca persalinan.

3. Bayi Baru Lahir

Kehamilan Ny. N berusia 37 minggu. Menurut Muslihatun, 2011 mengemukakan bahwa normalnya bayi lahir dengan usia kehamilan 37- 42 minggu dengan berat lahir antara 2500- 4000 gram. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena saat bersalin usia kehamilan Ny.N aterm dan berat badan bayi Ny.N diatas 2500 gram.

Setelah bayi lahir dilakukan penilaian Apgar Score (AS), didapatkan hasil A/S bayi Ny.N yaitu 8/10. Penilaian ini termasuk dalam keadaan normal karena menurut Saifuddin tahun 2006, bahwa bayi normal/asfeksia ringan apabila memiliki nilai AS 7-10, asfeksia sedang apabila nilai AS 4-6, dan bayi asfeksia berat apabila nilai AS 0-3. Sehingga penulis berpendapat bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena nilai AS bayi Ny.N dalam batas normal yaitu 8/10.

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

2010 perawatan umbilicus dimulai segera setelah bayi lahir dan tali pusat harus tetap kering.

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

Setelah 1 jam dilakukan IMD, dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi Ny.N dengan hasil yaitu BB : 2600 gram, PB : 49 cm, LK : 34 cm, LD: 32 cm, dan LP: 30 cm, caput (-), cephal (-), miksi (-), defekasi (-), cacat (-), reflek normal. Menurut Depkes tahun 2005, bayi baru lahir normal memiliki ciri berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm dan lingkar kepala 33-35 cm. Penulis berpendapat, hasil dari pemeriksaan fisik bayi Ny.N dalam batas normal dan sesuai dengan teori. Pemeriksaan fisik awal pada bayi baru lahir dilakukan sesegera mungkin dengan tujuan untuk menentukan apakah terdapat kelainan atau tidak pada bayi serta memudahkan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.

Setelah pemeriksaan fisik, bayi Ny.N diberikan tetes mata dan injeksi vitamin K 0,5 cc secara Intra Muscular (IM) pada paha kiri anterolateral. Asuhan ini di berikan sesuai dengan teori JNPK tahun 2008, bahwa 1 jam setelah bayi lahir dilakukan penimbangan dan pemantauan antropometri serta pemberian tetes mata profilaksis dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri

anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, diberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan anterolateral.

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

4. Nifas

Pada masa nifas, Ny. N mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 4 kali yaitu saat 6 jam post partum, 4 hari post partum, 2 minggu post partum dan 4 minggu post partum. Hal ini sesuai dengan kebijakan program nasional bahwa kunjungan masa nifas dilakukan saat 6-8 jam post partum, 2-6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 4-6 minggu post partum (Suherni, dkk tahun 2009). Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas.

Pada saat kunjungan dilakukan observasi KU, kesadaran, status emosi, TTV, ASI, kontraksi uterus, dan perdarahan post partum semua dalam batas yang normal. Asuhan yang diberikan pada Ny.N selama masa nifas meliputi

pemberian KIE tentang nutrisi nifas, mobilisasi dini, tanda bahaya nifas, serta mengajarkan ibu senam nifas. Menurut Prawiroharjo tahun 2008 bahwa faktor yang mempengaruhi involusi uterus antara lain senam nifas, mobilisasi dini, serta gizi yang baik.

Berdasarkan uraian diatas penulis menyimpulkan bahwa senam nifas sangat penting karena pengaruh gerakan otot-otot pada ibu nifas dapat membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul serta dapat mempercepat kembalinya bagian- bagian tersebut kembali seperti saat sebelum hamil. Hal ini terbukti dengan hasil yang didapatkan oleh Ny.N karena setiap dilakukannya kunjungan rumah uterus ibu mengecil secara bertahap, ibu tidak mengalami perdarahan , mobilisasi ibu cukup baik, serta perut ibu yang semakin mengecil kembali seperti saat sebelum hamil.

5. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 4 kali kunjungan, yaitu pada 7 jam, 3 hari, 2 minggu dan 4 minggu. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Muslihatun (2010) yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN-1 dilakukan 6-8 jam, KN-2 dilakukan 3-7 hari, KN-3 dilakukan 8-28 hari.

Menurut penulis kunjungan pada neonatus penting dilakukan karena periode neonatus yaitu bulan pertama kehidupan. Bayi banyak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat signifikan. Begitu banyak perubahan yang terjadi dalam tubuh bayi dari ketergantungan pada saat didalam

rahim menjadi tidak tergantung pada ibu saat bayi sudah melewati proses persalinan. Serta sebagai deteksi dini apabila terdapat penyulit pada neonatus.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Pada asuhan kebidanan kontrasepsi Ny. N mengatakan ingin menggunakan KB IUD dengan alasan riwayat KB sebelumnya adalah menggunakan KB IUD dan ibu merasa cocok serta tidak ada keluhan selama penggunaan kontrasepsi tersebut. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan dari ibu sendiri dan didukung oleh suami. Setelah mendapatkan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian kontrasepsi KB IUD, ibu tetap memilih kontrasepsi tersebut dan mengerti atas penjelasan yang telah diberikan.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. N 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.

2. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprefensif 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. N 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.

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N Di Kelurahan Batu Ampar Balikpapan, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis:

- a. Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.N. Pada kehamilan trimester III atau pada saat saya lakukan kunjungan Ny. N tidak memiliki keluhan. Menurut Teori kehamilan kondisi klien dalam keadaan fisiologis. Jadi tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.
- b. Melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif. Persalinan berlangsung normal tanpa ada penyulit.
- c. Melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif. Bayi lahir sehat secara spontan, segera menangis dan tanpa kelainan konginental.

- d. Melakukan asuhan masa nifas secara komprehensif. Pada masa nifas berlangsung normal, tidak ditemukan penyulit atau gangguan.
- e. Melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Bayi tidak ditemukan penyulit pada masa neonatus.
- f. Melakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif. Klien diberikan konseling tentang pelayanan kb. Konseling berjalan lancar dan ibu memilih untuk melakukan suntik 3 bulan.

B. Saran

1. Bagi institusi Poltekkes Kaltim 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 komprehensif dan untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan dari masa kehamilan sampai pada saat pemilihan kontrasepsi, sehingga menghasilkan bidan yang terampil, professional, dan mandiri.

2. 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.

3. Bagi Pasien

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

4. Bagi penulis

Bagi penulis diharapkan dapat mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif melalui pendidikan dan pencegahan serta mendapat pengalaman secara nyata di lapangan agar dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, 2008. *Asuhan [Kebidanan Nifas](#)*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Pelayanan Antenatal*
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. 2016. *Profil Kesehatan Balikpapan 2015*
- Departemen Kesehatan RI. 2015. *Profil Kesehatan Kalimantan Timur 2015*
- JNPK-KR. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi. Jakarta: JNPK-KR
- Kusmiyati, Yuni. 2009. *Penuntun Praktikum Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : Fitramaya
- Kristiyanasari, Weni. 2010. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Muha Medika
- Lissauer, Tom. 2006. *At a Galance Neonatologi*. Jakarta: Erlangga
- Mansur, Herawati. 2009. *Psikologi Ibu dan Anak Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan edisi 2*. Jakarta: EGC.

- Marmi & Rahardjo, 2014. *Asuhan Neonates, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*, Yogyakarta; Pustaka Pelajar
- Muslihatun, Wafi Nur,dkk. 2011. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Maritalia, Dewi, 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*,, Yogyakarta; Pustaka pelajar
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan* . Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, Abdul Bari. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, A.B dkk. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : BP-SP.
- Saifuddin, A.B dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP.
- Suherni, et all.2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta : Fitramaya
- Sukarni, Icesmi. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan Patologi*. Jakarta: Nuha Medika.
- Sumarah, SSiT. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya.
Patologi. Jakarta: Nuha Medika.
- Varney, Helen et al. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Varney, Helen. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 1*. Jakarta: EGC
- Wahyuni, Sari. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC

Wiknjosastro, Hanifa. 2006. *Ilmu Kebidanan, Edisi Ketiga*. Jakarta : YBP-SP.

Wiknjosastro Hanifaf. 2010. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono

Prawiroharjo