

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N G1P000
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANG JOANG KOTA
BALIKPAPAN



Oleh :

WARDAH DWI KURNIA RAHMAN

NIM : PO7224114036

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

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI DIII KEBIDANAN BALIKPAPAN

2017

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.N G₁P₀₀₀₀ Di
Wilayah Kerja Puskesmas Karang Joang Kota Balikpapan
Nama Mahasiswa : Wardah Dwi Kurnia Rahman
NIM : PO 7224114036

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

Balikpapan, 27 Juli 2017

MENYETUJUI

Pembimbing I

Novi Pasiriani, SST, MPd

NIP 19791126200112002

Pembimbing II

Ita Kusumayanti

NIP 198104232002122001

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.N G₁P₀₀₀ DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KARANG JOANG
KOTA BALIKPAPAN

TAHUN 2017

WARDAH DWI KURNIA RAHMAN

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Pada Tanggal 27 Juli 2017

Penguji Utama

Ni Nyoman Murti, M.Pd
NIP. 19650721991012001

(.....)

Penguji I

Novi Pasiriani, SST, MPd
NIP. 19791126200112002

(.....)

Penguji II

Ita Kusumayanti
NIP.1978104232002122001

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan D-III Kebidanan

Ketua Prodi D-III Kebidanan

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

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karuniaNya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada “Ny.N” G₁P₀₀₀₀ Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Joang Kota Balikpapan

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

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

1. Drs. H. Lamri, M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes, selaku Ketua Prodi Kebidanan
4. Ni Nyoman Murti, MPd selaku Penguji Utama Laporan Tugas Akhir.
5. Novi Pasiriani, SST, MPd selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal.
6. Ita Kusumayanti, SST selaku dosen pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

7. Para Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan.
8. Orang tua, kakak dan adik serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
9. Ny.N selaku pasien LTA yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi pasien saya untuk menyelesaikan LTA ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.
10. Rekan-rekan Mahasiswi Kebidanan yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala amal yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Balikpapan, 27 Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	
HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR SINGKATAN.....	
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Penelitian	5
1. Manfaat Praktis.....	5
2. Mnafaat Teoritis	6

E. Ruang Lingkup	6
F. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	8
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan	21
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian.....	59
B. Kerangka Kerja Penelitian.....	59
C. Subjek Penelitian	61
D. Pengumpulan dan Analisis Data.....	62
E. Etika Penelitian.....	66
BAB IV TINJAUAN KASUS	
A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care	68
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care.....	99
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	155
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care	121
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus	130
F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB.....	140
G. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care	68
BAB V PEMBAHASAN	
A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	141
B. Keterbatasan Pelayanan Asuhan	158

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	160
B. Saran.....	161
DAFTAR PUSTAKA	164

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Tinggi Fundus Uteri	16
2.2 Fundus Uteri dalam (cm)	16
2.3 Tabel Tafsiran Berat Janin.....	16
2.4 Pola Kesehatan Kehamilan	21
2.5 Memantau Kemajuan Persalinan Menggunakan Partograf	45
2.6 Apgar Score	47
2.7 Perubahan Normal pada Uterus Postpartum.....	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
3.3 Kerangka Kerja Penelitian	79

DAFTAR SINGKATAN

ASI	:	Air Susu Ibu
BBLR	:	Bayi berat lahir rendah
BHFI	:	<i>Breastfeeding hospital friendly initiative</i>
BPM	:	Bidan praktik mandiri

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pemohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Surat Persetujuan Pasien

Lampiran 4 Lembar Konsultasi

Lampiran 5 Lembar Partograf

Lampiran 6 Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu dan perinatal merupakan ukuran penting dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana suatu negara (Manuaba, 2010). Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan jumlah kematian ibu yang diakibatkan oleh proses reproduksi pada saat hamil, melahirkan dan masa nifas per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) merupakan banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu (Data Statistik Indonesia, 2014).

Hasil dari Deklarasi SDGs (*Sustainable Development Goals*) pada juli 2014, draft kerangka kerja SDGs memiliki 17 targetan. Dalam targetan nomor 3 mengenai ketercakupannya kesehatan yang semakin luas untuk memastikan hidup sehat dan sejahtera bagi semua kalangan. Pada sub target tersebut disebutkan bahwa pada tahun 2013 MMR atau AKI dalam skala global turun kurang dari 70 per 100.000 kelahiran (*Maternal Health Task Force* (MHTF Post- 2015)).

Data yang dilaporkan di Kalimantan Timur diperoleh data Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 113 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Pada tahun 2014 angka itu menurun menjadi 104 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 angka itu

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

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

Asuhan kebidanan komprehensif bertujuan untuk mengetahui hal apa saja yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, bbl, nifas dan kb. Maka penulis melakukan pengkajian awal pada Ny. N tanggal 20 Maret 2017 ditemukan, ibu hamil usia 28 tahun G2P1001 usia kehamilan 35 minggu 4 hari dan pada saat pemeriksaan fisik ditemukan tidak adanya gangguan pada masa kehamilan.

Berdasarkan uraian masalah pada klien diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny.N selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.N G1P0000 Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Joang Kota Balikpapan Tahun 2017”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat diidentifikasi masalah yang berkaitan dengan masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, asuhan bayi baru lahir serta KB dalam bentuk pendokumentasian kebidanan yang telah dilakukan pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ny.N G1P0000 di wilayah Puskesmas Karang Joang dalam masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Peneliti mampu memberikan Asuhan Kebidanan secara komprehensif pada Ny.N G1P0000 di wilayah kerja Puskesmas Karang Joang dari masa hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus

Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan untuk :

- 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. Bagi Penulis

Untuk meningkatkan pengalaman, wawasan dan pengetahuan mahasiswi dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.

2. Bagi Pasien

Untuk meningkatkan ilmu pengetahuan tentang asuhan kebidanan secara pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan kajian meningkatkan ilmu pengetahuan bagi peserta didik.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

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 harus dapat mengetengahkan asuhan kebidanan mulai dari langkah pengkajian, analisis masalah, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasiannya dan menggunakan metode *continuity of care*, mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan pelayanan kontrasepsi pada periode Maret-Juni 2017 pada Ny. N G₁P₀₀₀₀ hamil 35 minggu di wilayah kerja Puskesmas Karang Joang Kota Balikpapan Tahun 2017.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika umum penulisan laporan proposal tugas akhir adalah sebagai berikut :

JUDUL

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

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 Kebidanan**

1. Manajemen Varney
2. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

(Meliputi teori yang mendukung asuhan kebidanan sesuai dengan masalah klien yang disusun dari hamil, bersalin, sampai dengan nifas dan penggunaan alat kontrasepsi).

BAB III**SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS****BAB IV****DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF DALAM BENTUK SOAP****BAB V****PEMBAHASAN****BAB VI****PENUTUP****DAFTAR PUSTAKA****LAMPIRAN**

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Bidan sebagai seorang pemberi layanan kesehatan (health provider) harus dapat melaksanakan pelayanan kebidanan dengan melaksanakan manajemen yang baik. Dalam mempelajari manajemen kebidanan di perlukan pemahaman mengenai dasar-dasar manajemen sehingga konsep dasar manajemen merupakan bagian penting sebelum kita mempelajari lebih lanjut tentang manajemen kebidanan. (Wikipedia, 2013).

a. Proses Manajemen Kebidanan menurut Helen Varney (1997)

Varney (1997) menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode mengorganisasikan pikiran dan tindakan yang melibatkan teori ilmiah, penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

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

1. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Tahap ini merupakan langkah yang akan

menentukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

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

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

3. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Langkah ketiga adalah langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial

ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

Diagnosis :

G...Papah usia kehamilan..... minggu janin tunggal/ganda, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin.

G : Gravida

P : Para ->**a** : aterm

p : premature

a : abortus

h : hidup (Varney, 2006).

Intrauterin hanya boleh ditulis jika ada pemeriksaan penunjang berupa USG atau dilakukan pemeriksaan khusus (VT) dan diyakini kehamilan merupakan kehamilan intrauterin.

4. Langkah IV : Penetapan Kebutuhan Tindakan Segera

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

5. Langkah V : Penyusunan Rencana Asuhan Menyeluruh

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

6. Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ke VI ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan di langkah ke V dilaksanakan secara efisien dan aman.

7. Langkah VII : Evaluasi

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

Menurut Helen Varney, alur berpikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

- S : menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I Varney.
- O : menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.
- A : menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis/masalah potensial, dan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter,

konsultasi/kolaborasi dan/atau rujukan sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney.

P : menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan *assessment* sebagai langkah V, VI, dan VII Varney

B. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

1. Pengertian

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

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

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

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

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penentuan. Pada periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk melihat bayinya (Kusmiyati, 2009)

a. *Ante Natal Care* (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) Pelayanan atau Asuhan Standar Minimal "14T" (Francichandra, 2010):

a) Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan

b) Ukur tekanan darah

- c) Ukur tinggi fundus uteri
 - d) Pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT)
 - e) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan
 - f) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)
 - g) Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL)
 - h) Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara
 - i) Pemeliharaan Tingkat Kebugaran atau Senam Hamil
 - j) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
 - k) Pemeriksaan protein urin
 - l) Pemeriksaan reduksi urin
 - m) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok
 - n) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria
- 4) Pemeriksaan ibu hamil (Kusmiyati, 2009)
- a) Anamnesis
 - 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

Tabel 2.1

Tinggi Fundus Uteri (menurut Leopold)

12 minggu	1-2 jari atas symphysis
16 minggu	Pertengahan symphysis-pusat
20 minggu	3 jari bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari atas pusat
32 minggu	Pertengahan P.X-pusat
36 minggu	3 jari bawah P.X
40 minggu	Pertengahan P.X-pusat

Sumber : Penentuan Usia Kehamilan menurut Leopold tahun 2009

Tabel 2.2

Fundus Uteri dalam cm (menurut Mc-Donald)

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

Sumber : Penentuan Usia Kehamilan menurut Mc-Donald tahun 2009

Pengukuran tinggi fundus uteri ini untuk mengetahui pertumbuhan janin yang tidak begitu baik dengan menilai besarnya tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia kehamilan (Yayan dkk, 2009).

Tabel 2.3

Tabel Taksiran Berat Janin

UK (bulan)	BB (gram)
1 bulan	-
2 bulan	1,1
3 bulan	14,2
4 bulan	108,0
5 bulan	316
6 bulan	630
7 bulan	1045
8 bulan	1680
9 bulan	2478
10 bulan	3405

$$TBJ = (26-12) \times 155 = 14 \times 155 = 2,170 \text{ gram}$$

- TBJ (gr) = (TFU-11) x 155, jika kepala sudah masuk ke dalam panggul
- TBJ (gr) = (TFU-12) x 155, jika kepala masih diatas spina ischiadika (JNPK-KR, 2008).

b. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1) Kebutuhan fisik ibu hamil Trimester III (Varney, 2007) :

- a) Oksigen
- b) Nutrisi
- c) Kalori
- d) Protein
- e) Kalsium
- f) Zat besi (Fe)
- g) Asam folat
- h) Air
- i) Personal hygiene
- j) Pakaian
- k) Eliminasi
- l) Seksual
- m) Senam hamil
- n) Istirahat/tidur
- o) Imunisasi
- p) Persiapan laktasi
- q) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Menurut Winkjosastro (2010) pelayanan/ standar minimal dalam asuhan kehamilan "14T", meliputi :

1) Timbang berat badan

Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan masa tubuh (BMI) dimana metode ini menentukan pertambahan berat badan optimal selama masa kehamilan. Total peningkatan berat badan pada kehamilan yang normal yaitu 11,5 – 16 kg. Sedangkan menurut Kusumahati (2012) peningkatan BB selama hamil 6,5 – 16,5 kg, rata-rata 12,5 kg. Pertambahan berat badan ibu selama kehamilan mempengaruhi berat badan bayi.

2) Ukur Tinggi Badan

3) Ukur tekanan darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama masa kehamilan, tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada saat awal pemeriksaan dapat mengindikasikan potensi hipertensi.

4) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

Menurut Depkes RI (2002) dalam Program Perbaikan Gizi Makro menyatakan bahwa Kurang Energi Kronis merupakan keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan

timbulnya gangguan kesehatan pada ibu. KEK dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil (bumil).KEK adalah penyebabnya dari ketidakseimbangan antara asupan untuk pemenuhan kebutuhan dan pengeluaran energi (Departemen Gizi dan Kesmas FKMUI, 2007)

5) Ukur tinggi fundus uteri

Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan di atas 24 minggu memakai pengukuran mc donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simfisis ke fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya.

6) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

7) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoidbila di perlukan.Pemberian imunisasi tetanus toxoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja, imusisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian. Akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibentuk program jadwal pemberian imunisasi pada ibu hamil, yaitu :

a) TT1 : pada kunjungan antenatal pertama, perlindungan 80%

b) TT2 : 4 minggu setelah TT1, perlindungan 3 tahun, 95%

- c) TT3 : 6 bulan setelah TT2, perlindungan 5 tahun, 99%
 - d) TT4 : minimal 1 tahun setelah TT3, perlindungan 10 tahun, 99%
 - e) TT5 : 3 tahun setelah TT4, perlindungan seumur hidup Artinya apabila dalam waktu 3 tahun wanita tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari tetanus neonatorum (Sulistyawati, 2010).
- 8) Pemberian tablet zat besi, minum 90 tablet selama kehamilan Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil (Fe) adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Ibu hamil dianjurkan meminum tablet zat besi yang berisi 60 mg/hari dan 500 µg (FeSO₄ 325 mg). Kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester II karena absorpsi usus yang tinggi. Tablet Fe dikonsumsi minimal 90 tablet selama kehamilan, sebaiknya tidak minum bersama teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan.
- 9) Tes laboratorium (rutin dan khusus)
- 10) Senam Hamil
- 11) Pemeriksaan VDRL
- 12) Pemberian obat malaria
- 13) Tata laksana kasus

- 14) Temu wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi serta KB pasca persalinan (Depkes, 2005).

Tabel 2.1 Pola Kesehatan Kehamilan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300 kalori perhari, dengan komposisi menu seimbang dengan kebutuhan cairan paling sedikit 8 gelas berukuran 250 ml/hari untuk mencegah terjadinya sembelit dan ISK (Heidi Murkoff, 2006).
Eliminasi	Pada trimester III, terjadi pembesaran uterus yang menurunkan kapasitas kandung kemih sehingga mengakibatkan sering BAK.
Istirahat	Wanita hamil dianjurkan untuk tidur siang 1 sampai 2 jam setiap hari, 8 jam setiap tidur malam.
Personal Hygiene	Ibu hamil harus menjaga kebersihan badannya untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi, pemeliharaan buah dada juga penting, puting susu harus dibersihkan setiap terbasahi oleh colostrum. Perawatan gigi diperlukan dalam kehamilan karena gigi yang baik menjamin pencernaan yang sempurna.
Seksualitas	Apabila sudah memasuki 38-42 minggu belum ada tanda-tanda kehamilan, di anjurkan untuk melakukan hubungan intim, karena sperma yang mengandung prostaglandin ini akan dapat membantu rahim untuk berkontraksi.

(sumber: Prawihardjo, 2010)

c. Masalah dalam Kehamilan

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

1) Pre- Eklamsi

Pre- Eklamsi adalah kenaikan tekanan darah sistolik dan diastolik 30 mmHg atau 15 mmHg disertai dengan adanya protein urine dan apabila komplikasi berlanjut bisa terjadi eklamsi (Manuaba, 2007).

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

Ibu hamil yang mempunyai resiko perlu mendapat pengawasan yang lebih intensif dan perlu dibawa ketempat pelayanan kesehatan sehingga resikonya dapat dikendalikan (Manuaba, 2010).

- 9) KEK dengan lingkaran lengan atas < 23,5 cm atau penambahan berat badan < 9 kg selama masa kehamilan.

Menurut Depkes RI (2002) dalam Program Perbaikan Gizi Makro menyatakan bahwa Kurang Energi Kronis merupakan keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu. KEK dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil (bumil).

KEK adalah penyebabnya dari ketidakseimbangan antara asupan untuk pemenuhan kebutuhan dan pengeluaran energi (Departemen Gizi dan Kesmas FKMUI, 2007). Istilah KEK atau kurang energi kronik merupakan istilah lain dari Kurang Energi Protein (KEP) yang diperuntukkan untuk wanita yang kurus dan lemak akibat

kurang energi yang kronis. Definisi ini diperkenalkan oleh World Health Organization (WHO). Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah keadaan dimana remaja putri/wanita mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun. Risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah keadaan dimana remaja putri/wanita mempunyai kecenderungan menderita KEK. Seseorang dikatakan menderita risiko KEK bilamana LILA <23,5 c

a) Etiologi

(1) Usia Ibu Hamil

Melahirkan anak pada usia ibu yang muda atau terlalu tua mengakibatkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu (Baliwati, 2004: 3). Karena pada ibu yang terlalu muda (kurang dari 20 tahun) dapat terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan (Soetjningsih, 1995: 96). Sehingga usia yang paling baik adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun, sehingga diharapkan status gizi ibu hamil akan lebih baik.

(2) Jarak Kehamilan

Ibu dikatakan terlalu sering melahirkan bila jaraknya kurang dari 2 tahun. Penelitian menunjukkan bahwa apabila keluarga dapat mengatur jarak antara kelahiran anaknya lebih dari 2 tahun maka anak akan memiliki probabilitas hidup lebih tinggi dan kondisi

anaknya lebih sehat dibanding anak dengan jarak kelahiran dibawah 2 tahun. (Aguswilopo, 2015 : 5).

Jarak melahirkan yang terlalu dekat akan menyebabkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu. Ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri (ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya). Dengan mengandung kembali maka akan menimbulkan masalah gizi ibu dan janin/bayi berikut yang dikandung. (Baliwati, 2014 : 3).

(3) Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (viable).(Mochtar, 1998). Paritas diklasifikasikan sebagai berikut:

Primipara adalah seorang wanita yang telah pernah melahirkan satu kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas, tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada waktu lahir.

Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai batas viabilitas.

Grande multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami lima atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai batas viabilitas.

Kehamilan dengan jarak pendek dengan kehamilan sebelumnya kurang dari 2 tahun / kehamilan yang terlalu sering dapat

menyebabkan gizi kurang karena dapat menguras cadangan zat gizi tubuh serta organ reproduksi belum kembali sempurna seperti sebelum masa kehamilan (Departemen Gizi dan Kesmas FKMUI, 2007).

(4) Berat Badan Selama Hamil

Berat badan yang lebih ataupun kurang dari pada berat badan rata-rata untuk umur tertentu merupakan faktor untuk menentukan jumlah zat makanan yang harus diberikan agar kehamilannya berjalan dengan lancar. Di Negara maju pertambahan berat badan selama hamil sekitar 12-14 kg. Jika ibu kekurangan gizi pertambahannya hanya 7-8 kg dengan akibat akan melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Erna, dkk, 2014). Pertambahan berat badan selama hamil sekitar 10 – 12 kg, dimana pada trimester I pertambahan kurang dari 1 kg, trimester II sekitar 3 kg, dan trimester III sekitar 6 kg. Pertambahan berat badan

- 10) Anemia dengan haemoglobin < 11 g/dl.
- 11) Tinggi badan < 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.
- 12) Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini.
- 13) Sedang atau pernah menderita penyakit kronis antara lain: tuberkulosis, kelainan jantung, ginjal, hati, psikosis, kelainan endokrin (diabetes militus, sistemik lupus, eritematosus, dll), tumor dan keganasan.

14) Riwayat kehamilan buruk : keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital.

15) Kelainan jumlah janin : kehamilan ganda, janin dempet, monster.

16) Kelainan besar janin : pertumbuhan janin terhambat, janin besar (Depkes RI, 2010).

1) 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 (JNPK-KR. 2008).

a) Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan

Ada beberapa teori yang menyatakan sebab-sebab yang menimbulkan persalinan, yaitu:

1) Teori Penurunan Hormonal

minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

2) Teori Plasenta menjadi lebih tua

Yang akan menyebabkan turunnya kadar oksigen dan progesterone sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemia otot-otot sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.

4) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Frankerhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

5) Induksi Partus (Induction of labour)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan rangsang laminaria, amniotomi, dan oksitosin drips.

2. Tanda-tanda persalinan

Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu (Sumarah. dkk, 2009) :

1) Persalinan sesungguhnya

- a) Serviks menipis dan membuka
- b) Rasa nyeri dan interval teratur
- c) Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek
- d) Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah
- e) Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar ke depan
- f) Dengan berjalan bertambah intensitas

- g) Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
 - h) Lendir darah semakin nampak
 - i) Ada penurunan bagian kepala janin
 - j) Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi
 - k) Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya
- 2) Persalinan semu
- a) Tidak ada perubahan pada serviks
 - b) Rasa nyeri tidak teratur
 - c) Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
 - d) Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
 - e) Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
 - f) Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
 - g) Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi uterus dengan intensitas nyeri
 - h) Tidak ada lendir darah
 - i) Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
 - j) Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi
 - k) Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu.

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 (10 cm) 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 4cm
 - 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.

3. 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).

4. 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

5. 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.

c. Mekanisme Persalinan

Dalam mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu : (Sumarah, dkk, 2009).

- 1) Penurunan, pada primipara kepala janin turun kerongga panggul atau masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi mulai saat mulainya persalinan. masuknya kepala janin melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus atau asinklitismus, dapat juga dalam keadaan melintang atau serong, dengan fleksi ringan (dengan diameter kepala janin suboksipitofrontalis 11,25 cm) penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala II) oleh ibu. Fiksasi (engagement) ialah tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.
- 2) Sinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada ditengah-tengah jalan lahir atau PAP). Asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau

simfisis pubis).Asinklitismusanterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang. Sinklitimus posterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekatai simfisis pubis sehingga os parietal belakang lebih rendah dari pada os parietal depan.

- 3) Fleksi terjadi apabila kepala semakin turun kerongga panggul, kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya dihodege III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm). Menurut hukum koppel, fleksi kepala janin terjadi akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati sub oksiput, maka tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan kepala mengadakan fleksi didalam rongga panggul. Fleksi sangat penting bagi penurunan selama kala dua. Melalui fleksi ini, diameter terkecil dari kepala janin dapat masuk kedalam panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala berada didasar panggul tahanannya akan meningkat sehingga akan terjadi fleksi yang bertambah besar yang sangat diperlukan agar diameter terkecil dapat terus turun.

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

d. Asuhan Persalinan Normal

60 langkah langkah asuhan persalinan normal (APN, 2013)

- 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 plastic
- 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) Mencecupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung 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) 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
 - 28) 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.
 - 29) Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala
 - 30) Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki
 - 31) Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal
 - 32) Memberitahu ibu akan disuntik
 - 33) Menyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular pada bagian 1/3 atas luar paha kanan setelah melakukan aspirasi

terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah

- 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 atau kain kasa 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. Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 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 ke arah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
- 38) Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan 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

5. Partograf

a) Pengertian

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

b) Tujuan

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

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

c) Komponen Partograf

- 1) Catatan janin
- 2) Catatan kemajuan persalinan
- 3) Catatan ibu (Ujiningtyas, 2011).
- 4) Pengamatan yang dicatat dalam partograf

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

e. Kemajuan persalinan

1) Pembukaan serviks

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

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

(1) Denyut jantung janin

Bidan menilai frekuensi Djj menggunakan Doppler atau stetoskop, dihitung selama 1 menit. Observasi Dj dilakukan setiap 30 menit. Bila Djj menunjukkan <100 denyut/menit atau >180 denyut/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 pemeriksaan 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 dipisahkann

k)Memantau kondisi ibu hal yang perlu dikaji:

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

Tabel 2.3Memantau kemajuan persalinan menggunakan partograf

Kemajuan persalinan	Keadaan Ibu	Keadaan Bayi
His/kontraksi (frekuensi, lamanya, kekuatan, kontrol tiap 30 menit pada fase aktif.	Tanda vital	Periksa DJJ tiap 30 menit pada fase aktif.
Pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan bagian terendah, moelase), dikontrol 4 jam.	Status kandung kemih	Jika selaput ketuban pecah periksa : 1). Warna cairan (adanya mekonium) 2) kepekatan jumlah cairan
Pemeriksaan abdomen, pemeriksaan kepala, kecuali	Pemberian makanan/minum	

dievaluasi selama pemeriksaan dalam, dikontrol tiap 2 jam pada fase aktif.	tiap 4 jam sekali.	
--	--------------------	--

(Sumber : Saifuddin, 2010)

3. 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, nilai apgar >dan tanpa cacat. 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 persalinantelah 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) Usaha nafas bayi menangis keras ?
- b) Warna kulit cyanosis atau tidak ?
- c) Gerakan aktif atau tidak ?

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

Tabel 2.4Apgar Score

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

(Sumber : Sumarah, dkk, 2009)

3) Memotong dan merawat tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil maka lakukan pengikatan pada tali pusat, yang pertama dilakukan adalah mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam klorin 0,5% untuk membersihkan dari darah dan sekret lainnya. Kemudian bilas dengan air DTT, lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering. Ikat tali pusat 1cm dari perut bayi (pusat).Gunakan benang atau klem plastik DTT/ steril.Kunci ikatan tali pusat dengan simpul mati atau kuncikan penjepit plastik tali pusat. Kemudian selimuti bayi dengan menggunakan kain yang bersih dan kering(Sumarah, dkk, 2009).

4) Mempertahankan suhu

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

a) Mekanisme kehilangan panas

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

- (1) Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

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

b) Mencegah Kehilangan Panas

Keringkan bayi segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernafasan).

- 1) Kontak dini dengan ibu Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin, kontak dini diantara ibu dan bayi penting untuk (Saifuddin, 2006)
- 2) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir dengan memeberikan ASI

a. Pemeriksaan bayi baru lahir

1) Pemeriksaan tanda-tanda vital

- a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)
- b) Suhu tubuh ($36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C)
- c) Pernafasan (40-60 kali per menit)

2) Pemeriksaan antropometri (Wafinur, 2011)

- a) Berat badan (2500-3000 gram)
- b) Panjang badan (45-50 cm)
- c) Lingkar kepala (33-35 cm)
- d) Lingkar dada (30-33 cm)

3) Pemeriksaan fisik

- a) Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling, perlu dikurangi rangsangan terhadap reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan.
- b) Keaktifan pada bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan yang simetris pada waktu bangun. Adanya temor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.
- c) Simetris pada bayi apakah secara keseluruhan badan seimbang.
Kepala: apakah terlihat simetris, benjolan seperti tumor yang lunak dibelakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang ini disebabkan akibat proses kelahiran, benjolan pada kepala, pengukuran lingkar kepala dapat ditunda sampai kondisi benjol (capput succedaneum) dikepala hilang dan jika terjadi moulase, tunggu hingga kepala bayi kembali pada bentuknya semula.
- d) Muka wajah pada bayi tampak ekspresi, mata: perhatikan kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, perhatikan adanya tanda-

tanda perdarahan berupa bercak merah akan menghilang dalam waktu 6 minggu.

- e) Mulut bayi penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi, saliva tidak terdapat pada bayi normal, bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna.
- f) Leher, dada, abdomen terlihat adanya cedera akibat persalinan. Perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernafasan bayi, karena bayi masih ada pernafasan mulut.
- g) Punggung terdapat adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Bahu, tangan, sendi, tungkai, perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktor (bila ekstremitas lunglai/kurang gerak), farices.
- h) Kulit dan kuku dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan, kadang kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan, pengeluaran yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan, waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (cutis marmorata) ini dapat disebabkan karena temperature dingin, telapak tangan, telapak kaki dan kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat dan kuning, bercak bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (monglian spot) akan menghilang pada umur 1 sampai 5 tahun.
- i) Kelancaran menghisap dan pencernaan harus diperhatikan. Tinja dan kemih diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada

bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut, untuk kemungkinan Hirschprung/Congenital Megacolon.

- j) Refleks, refleks rooting, bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Refleks isap, terjadi apabila terdapat tanda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan. Refleks morro ialah timbulnya pergerakan tangan yang simetris seperti merangkul apabila kepala tiba-tiba digerakan. Refleks mengeluarkan lidah terjadi apabila diletakan pada benda di dalam mulut, yang sering di tafsirkan bayi menolak makanan/minuman.
- k) Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan.

4) Konseling

Jaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, awasi tanda-tanda bahaya.

b. Pemantauan bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2006), tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

1) Dua jam pertama sesudah kelahiran

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

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

2) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi

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

- a) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau kurang bulan
- b) Gangguan pernafasan
- c) Hipotermi
- d) Infeksi
- e) Cacat bawaan atau trauma lahir

c. Inisiasi menyusui dini dan ASI Eksklusif

Untuk mempererat ikatan batin antara ibu dan anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi itu dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantar ibu dan anak. Penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan memang baik bagi bayi. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Percayakah anda, satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari puting sang bunda. Perilaku bayi tersebut dikenal dengan istilah Inisiasi Menyusui Dini (IMD) (Sumarah, dkk, 2009).

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
- 10) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah

4. 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 6 minggu setelah persalinan (Manuaba. dkk, 2010).

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan system reproduksi

a) Involusi uterus

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

(1) Iskemia myometrium

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

(2) Autolysis

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

(3) Efek Oksitosin

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

Tabel 2.5 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

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

(Sumber: Saifuddin, 2010)

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) Loche Purulenta

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

c) Serviks

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

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan 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 system pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang (Saifuddin,2010).

3) Perubahan system 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 spasine 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.

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

1) Bounding Attachment

Bounding Attachment adalah suatu proses dimana sebagai hasil dari suatu interaksi terus menerus bati dan orang tua yang bersifat saling mencintai, memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan. Proses ikatan batin antara ibu dengan bayinya ini diawali dengan kasih sayang terhadap bayi yang dikandung, dan dapat dimulai sejak kehamilan. Ikatan batin antara bayi dan orang tuanya berkaitan erat dengan pertumbuhan psikologi sehat dan tumbuh kembang bayi (Suherni, dkk, 2009).

Respon Ayah dan Keluarga jika ibu sudah mengandung bayinya selama sembilan bulan, ayah benar-benar merasakan kebersamaan dengan bayinya saat bayi sudah lahir. Perkenalan ayah dengan bayi dimulai saat mereka saling bertatapan. Seperti halnya ikatan ibu dengan bayi, keberadaan ayah dengan bayi penting bagi tumbuh kembang bayi, hasil penelitian Robert A Veneziano dalam the importance of father love menyebutkan kedekatan ayah dan bayi

sangat membantu mengembangkan kemampuan sosial, kecerdasan emosi dan perkembangan kognitif bayi.

Hasil penelitian menunjukkan 62% ayah mengalami depresi pasca bayi lahir atau baby blues, perasaan cemas, khawatir dan takut dapat muncul saat seorang pria menyadari dirinya kini memiliki peran baru yaitu sebagai ayah.

2) Sibling Rivalry

Sibling rivalry merupakan suatu perasaan cemburu atau menjadi pesaing dengan bayi atau saudara kandung yang baru dilahirkan. Perasaan cemburu ini pun dapat timbul terhadap sang ayah. Kenyataannya semua anak merasa terancam oleh kedatangan seorang bayi meskipun dengan derajat yang berbeda-beda, baik selama kehamilan maupun setelah kelahiran (Suherni, dkk, 2009).

3) Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Adaptasi psikologis masa postpartum oleh Rubin dibagi dalam tiga periode (Mansur, 2009):

a) Periode Taking In

- (1) Berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan
- (2) Ibu pasif terhadap lingkungan. Ibu sangat bergantung pada orang lain.

b) Periode Taking Hold

- (1) Berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan

(2) Pasa fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu menjadi sangat sensitive, sehingga mudah tersinggung.

c) Periode Letting Go

(1) Berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(2) Ibu menerima tanggung jawab sebagai ibu dan mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

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) Member konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
- d) Pemberian ASI awal
- e) Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi
- f) 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. Tujuan Asuhan Nifas
- Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi (Suherni, dkk, 2009):
- 1) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
 - 2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat
 - 3) Memberikan pelayanan KB
 - 4) Mendapatkan kesehatan emosi
- g. 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

- 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 diagnose 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.

h. Kebutuhan Dasar Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009):

1) Nutrisi dan cairan

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

2) Ambulasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan

tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan pada hari ke 4 atau 5 sudah boleh pulang. Mobilisasi diatas mempunyai variasi yang berbeda, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

3) Eliminasi

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

4) Defekasi

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

5) Menjaga kebersihan diri

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

6) Kebersihan genitalia

Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomy, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genitalianya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu

sebelum memakaikan pembalut, dan gantilah pembalut minimal 3 kali sehari. Pada persalinan yang terdapat jahitan, jangan khawatir untuk membersihkan vulva, justru vulva yang tidak dibersihkan dapat menyebabkan infeksi. Bersihkan vulva setiap buang air besar, buang air kecil dan mandi.

7) Pakaian

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

8) Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan dalam tubuh akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Oleh karena itu, pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasa jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan menjaga agar kulit tetap dalam keadaan kering.

9) Istirahat

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

Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik pada saat ibu dan bayi istirahat untuk menghilangkan tegang dan lelah.

10) Seksual

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

11) Rencana KB

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

12) Senam nifas

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

13) Perawatan payudara

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

14) Proses Laktasi Dan Menyusui

Perkembangan kecerdasan anak sangat berkaitan erat dengan pertumbuhan otak. Factor utama yang mempengaruhi pertumbuhan otak anak adalah nutrisi yang diterima saat pertumbuhan otak cepat. Dalam hal ini pemberian nutrisi terhadap bayi dapat melalui proses menyusui Air susu Ibu (ASI). Terdapat 2 refleks yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu, yaitu reflek prolaktin dan reflek let down. Sedang pada mekanisme menyusui, bayi mempunyai 3 reflek intrinsic yang dibutuhkan dalam keberhasilan menyusui yaitu reflek mencari (rooting refleks), reflek menghisap dan reflek menelan.

Tanda-tanda bahwa bayi telah berada pada posisi yang baik pada payudara(JNPK-KR,2008):

- a) Seluruh tubuhnya berdekatan dan terarah pada ibu
- b) Mulut dan dagunya berdekatan dengan payudara
- c) Areola tidak akan bisa terlihat dengan jelas
- d) Kita dapat melihat bayi melakukan isapan yang lamban dan dalam saat menelan ASInya.
- e) Bayi terlihat tenang dan senang
- f) Ibu tidak merasakan adanya nyeri pada putting susu.

5. Metode Kontrasepsi

a. Metode Amenorrhea Laktasi (MAL)

Metode amenorrhea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI). Syarat MAL sebagai

kontrasepsi adalah menyusui secara penuh (*full breast feeding*), belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan. Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Bekerja dengan penundaan ovulasi.

Keuntungan dari metode ini adalah efektivitasnya tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya.

Sedangkan kekurangan dari metode ini adalah perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS.

b. Kontrasepsi Metode Sederhana

1. Pantang berkala

Metode pantang berkala atau yang lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami-istri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur. Manfaatnya antara lain adalah dapat digunakan untuk menghindari atau merencanakan kehamilan, tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi, tidak ada efek samping, dan murah tanpa biaya. Sedangkan kelemahannya adalah panjang siklus menstruasi setiap wanita tidaklah sama, ovulasi tidak selalu terjadi di hari ke-14, suami-istri tidak dapat

melakukan hubungan seks setiap saat bila tidak menginginkan kehamilan.

2. Suhu basal

Metode kontrasepsi suhu basal berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai sehari sebelum menstruasi berikutnya. Untuk mengetahui bahwa suhu tubuh benar-benar naik, maka harus selalu diukur dengan termometer yang sama dan pada tempat yang sama setiap pagi setelah bangun tidur sebelum mengerjakan pekerjaan apapun dan dicatat pada tabel.

3. Lendir serviks

Metode lendir serviks atau Metode Ovulasi Billings (MOB) adalah suatu cara/metode yang aman dan ilmiah untuk mengetahui kapan masa subur wanita. Cara ini dapat dipakai baik untuk menjadi hamil maupun menghindari atau menunda kehamilan. Metode ini sangat sederhana, murah, dan mudah diterapkan karena berdasarkan pengamatan diri sendiri terhadap gejala-gejala yang secara alamiah dialami oleh setiap wanita yang normal.

4. Coitus Interruptus

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

5. Kondom

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma.

c. Kontrasepsi Oral

Kontrasepsi oral/pil mencakup pil kombinasi dan sekuensial yang berisi esterogen dan progesteron dan pil yang berisi progesteron saja (mini pil). Untuk jenis pil kombinasi terdiri dari kombinasi sekuensial (bifasik/trifasik) yang jarang digunakan sebagai alat kontrasepsi. Pada bifasik, hanya esterogen dulu yang bekerja menekan sekresi gonadotropin, sedangkan pada monofasik, esterogen dan progesteron bekerja bersama-sama. Untuk minipil yang hanya mengandung progestin, penggunaannya efektif jika dibarengi dengan proses menyusui.

Cara kerja dari kontrasepsi pil adalah menghambat ovulasi, membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi, membuat lendir serviks tidak bisa ditembus sperma, dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi ovum terganggu.

Kelebihan dari metode kontrasepsi ini adalah bersifat *reversibel*, tidak mengganggu hubungan seksual, mudah dihentikan setiap saat, dapat digunakan pada semua usia.

Kelemahannya antara lain adalah pil harus diminum setiap hari, kenaikan metabolisme menyebabkan akseptor gemuk, dapat meningkatkan tekanan darah, tidak mencegah Infeksi menular seksual (IMS).

d. Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntik terdiri dari suntikan kombinasi dan suntikan progestin. Suntikan kombinasi adalah kombinasi antara 25 mg medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat. Cara kerjanya pada prinsipnya sama dengan cara kerja pil kombinasi. Suntikan kombinasi efektif bekerja selama 30 hari. Efektivitasnya tinggi, namun pengembalian kesuburan membutuhkan waktu yang lebih lama dibanding dengan kontrasepsi pil. Untuk suntikan progestin, mengandung Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) dan diberikan 3 bulan sekali pada bokong yaitu *musculus gluteus maximus*. Kontrasepsi ini cocok untuk ibu yang sedang menyusui. Hal-hal yang akan sering ditemukan adalah siklus haid memanjang atau memendek, perdarahan yang banyak ataupun sedikit, perdarahan tidak teratur ataupun perdarahan bercak, atau bahkan tidak haid sama sekali.

e. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

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

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

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

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.

f. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi berupa batang silastik yang dipasang dibawah kulit. Cara kerjanya adalah dengan menekan ovulasi, menurunkan motilitas tuba, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, dan mengentalkan lendir serviks sehingga mengganggu transportasi sperma. Efektivitas dari alat kontrasepsi ini sangat tinggi.

Keuntungan dari AKBK adalah daya guna tinggi, cepat bekerja dalam 24 jam setelah pemasangan, perlindungan jangka panjang, pengembalian kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu proses senggama, dapat dicabut setiap saat.

Adapun kerugian dari AKBK adalah dapat menyebabkan perubahan pola haid, keluhan nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pusing/sakit kepala, perubahan perasaan, tidak melindungi dari IMS termasuk HIV/AIDS, klien tidak dapat menggunakan dan melepas sendiri.

Kontraindikasi dari pemakaian AKBK adalah wanita yang hamil atau diduga hamil, perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya, kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

g. Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP)

Kontrasepsi ini bisa disebut juga kontrasepsi mantap, pada wanita disebut tubektomi, yaitu tindakan penutupan tuba falopii dengan cara pomerooy, irving, pemasangan cincin falope klip filshie atau elektro koagulasi memotong tuba falopii. Sedangkan pada pria, kontrasepsi mantap disebut vasektomi, yaitu tindakan memotong vas deferens (Prawirohardjo, 2003). Cara mencapai tuba:

d. Laparatomi

Cara ini mencapai tuba melalui laparatomi biasa, terutama pada pasca persalinan.

e. Laparatomi mini

Laparatomi mini khusus untuk tubektomi paling mudah dilakukan 1-2 hari pasca persalinan. Uterus yang masih besar, tuba masih panjang dan dinding perut yang masih longgar memudahkan mencapai tubadengan sayatan kecil sepanjang 1-2 cm di bawah pusat. Bila tubektomi dilakukan 3-5 hari post partum, maka dapat dilakukan insisi

mediana karena uterus dan tuba lebih terinvolusi. Dilakukan insisi mediana setinggi 2 jari di bawah uteri sepanjang 1-2 cm.

f. Laparaskopi

Pasien diletakkan dalam sikap litotomi, kanula rubin dipasang pada kanalis servikalis dan bibir depan serviks dijepit dengan tenakulum bersama-sama yaitu untuk mengemudikan uterus selagi operasi dilakukan. Kulit kiri kanan pusat di jepit dengan Allis dan dengan pisau runcing ditusuk ditengah dan diperbesar sampai 1,5 cm.

Kelebihan dari metode ini adalah sangat efektif, tidak mempengaruhi proses menyusui pada wanita, tidak bergantung pada faktor senggama, tidak ada efek samping jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual, lebih ekonomis, sifatnya permanen.

Kelemahan/efek samping dari metode kontrasepsi ini adalah harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat diputuskan kembali) kecuali dengan operasi rekanalisasi, klien dapat menyesal dikemudian hari, tidak melindungi diri dari Infeksi Menular Seksual (IMS), menyangkut resiko dan efek samping pembedahan, kadang ada sedikit rasa nyeri setelah operasi, infeksi mungkin saja terjadi jika prosedur operasi tidak benar (Saifuddin, 2003).

Syarat-syarat kontrasepsi mantap (Tubektomi) adalah klien harus sudah memiliki paritas >2 anak terkecil berumur 2 tahun, perakawinan stabil (keluarga harmonis), sudah mendapatkan konseling terlebih dahulu karena klien akan diberikan kesempatan untuk menilai keuntungan, kerugian, akibat, prosedur, dan alternatiflain dan tidak

harus menentukan pilihannya saat itu juga, adanya *Informed consent* yaitu sebuah pernyataan bahwa klien menerima atau menyetujui sebuah tindakan medis (sudarmo, 2001).

Konseling yang diberikan pasca operasi adalah perawatan luka, diusahakan agar luka tetap kering sebelum sembuh, karena dapat timbul infeksi (maksimal 7 hari), menjaga kebersihan diri terutama daerah sekitar luka operasi, segera lapor bila terjadi perdaraha, demam tinggi, nyeri hebat, pusing, muntah atau sesak nafas, memakai obat yang diberikan yaitu antibiotik profilaktif dan analgesik, setelah hari ke-3 ganti pembalut dengan kassa bersih dan bubuhi luka operasi dengan salep atau larutan anti septik, jangan mengorek luka dengan jari atau logam (bila gatal ataupun ingin membersihkan kerak darah atau serum kering), jangan mencabut atau melepaskan benang jahitan, lakukan kontrol ulang sesuai tanggal yang ditentukan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian/ Penelitian Studi Kasus

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

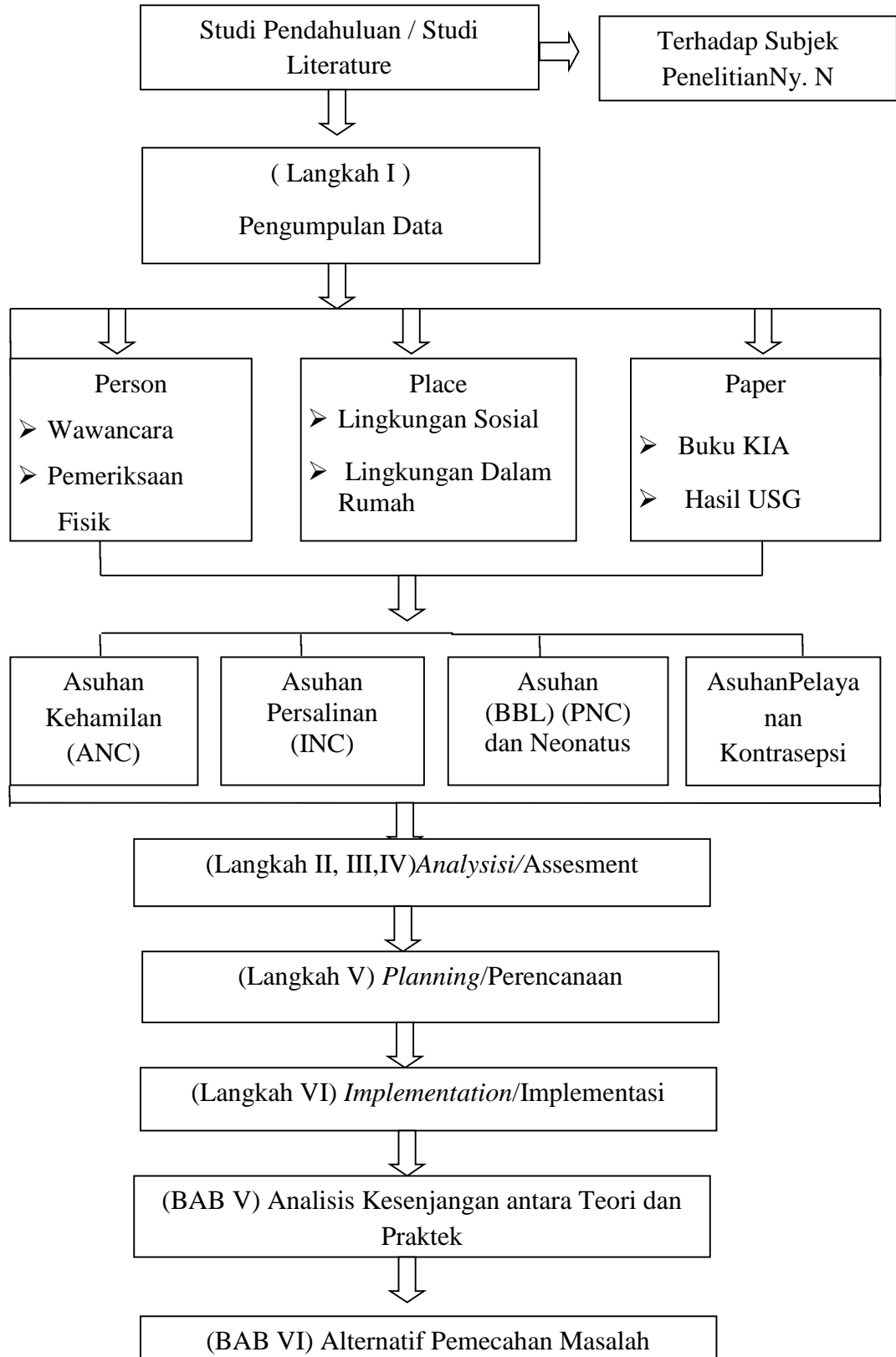
Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat deskripsi lengkap dari suatu fenomena yang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

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

B. Kerangka Kerja Penelitian

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

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



Gambar. 3.1 Kerangka Kerja Penelitian

C.Subyek Penelitian

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

Subjek penelitian adalah ibu hamil trimester III dengan usia kehamilan 35 minggu pada saat implementasi asuhan kebidanan, dengan atau tanpa faktor risiko menurut skor Puji Roechjati. Kelompok faktor risiko I merupakan kategori ada potensi gawat darurat obstetrik (APGO). Adapun ibu hamil yang termasuk dalam kelompok faktor risiko I/APGO antara lain:

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

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

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam LTA ini adalah ibu hamil G₂P₁₀₀₁ dengan usia kehamilan 32 minggu 4 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D.Pengumpulan dan Analisis Data

1. Pengumpulan Data

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

a) *Person*

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

a. Wawancara

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

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

b. Pemeriksaan fisik

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

b) *Place*

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

a. Lingkungan social

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

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

b. Keadaan ekonomi

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

c) *Paper*

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

a. Buku KIA

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

b. Hasil USG

USG atau ultrasonografi adalah pemeriksaan yang penting dilakukan saat hamil. Melalui USG, dokter dan ibu hamil dapat mengetahui kondisi janin dalam kandungan. Tidak hanya untuk

melihat jenis kelamin bayi, tetapi juga bisa melihat pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan..

2. *Analysis/Assessment*

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

3. *Planning/Perencanaan*

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

4. *Implementation/Implementasi*

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

5. *Evaluation/evaluasi*

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

untuk mengembangkan tindakan alternative sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

E. Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untuk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden. Menurut Hidayat (2008) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah-langkah :

1. Respect for persons

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

2. Beneficence dan non maleficence

Tenaga kesehatan akan memberikan pengawasan kepada Ny. N dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan bahkan sampai bersalin, nifas serta KB. Penulis telah melakukan pengkajian, pemeriksaan sampai dengan dokumentasi unyuk meminimalkan terjadinya resiko, yaitu melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, memakai Alat Pelindung Diri (APD) untuk

mencegah penularan infeksi seperti handscoon. Penulis juga memberikan dukungan emosional pada Ny. N agar lebih tenang.

3. *Justice*

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

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan Asuhan

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/waktu pengkajian : 23 April 2017/17.00 WITA

Nama Pengkaji : Wardah Dwi Kurnia Rahman

Tempat : Klinik Avisena

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

O :

KU : Baik Kesadaran : Compos Mentis

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

BB : 86 kg

Inspeksi : Tidak tampak bekas luka operasi, tampak linea nigra dan striae

Palpasi Leopold

TFU : Berdasarkan mc donal : 33 cm

Berdasarkan Leopold : 2 jari bwh/px

Leopold I : 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 ,melenting. Bagian ini sudah susah untuk digoyangkan (kepala).

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

DJJ : 157 x/m

TBJ (menurut Jhonson) : $33-11 = 22 \times 158 = 3,476$ gram

A :

G₁P₀₀₀ Usia Kehamilan 39 minggu 2 hari Janin Tunggal Hidup Intrauterin

P :

Tanggal : 23 April 2017

Jam	Pelaksanaan	Paraf
17.15 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.	
17.15 WITA	Memberikan ibu support mental : ibu merasa lebih nyaman. Mengkaji kembali keluhan sebelumnya apakah sudah teratasi atau belum ; ibu mengatakan sakit pinggang belakangnya masih terasa hanya saja tidak sakit seperti yang sebelumnya.	
17,30 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.	
17.39	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai tanda-tanda persalinan : terjadinya his, pengeluaran lender darah dan pengeluaran cairan ; ibu	

WITA	mengerti apa yang dijelaskan.	
17.45 WITA	Melakukan KIE persiapan yang harus dibawa jika nanti ke RS meliputi foto copy BPJS, buku KIA, kartu keluarga fotocopy, serta fotocopy KTP suami istri serta perlengkapan Ibu dan bayi.	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Persalinan Kala I fase laten

Tanggal/waktu pengkajian : 3 Mei 2017/ Pukul 18.18 WITA

Nama Pengkaji : Wardah Dwi Kurnia Rahman

Tempat : Klinik Griya Bunda Balikpapan

S :

Ibu mengatakan mulai merasakan perut kencang-kencang sejak tanggal 1 mei sejak pukul 21.00 WITA, tetapi ibu belum mau memeriksakan kebidan pada tanggal 03 mei 2017 perut terasa sakit dan keluar lendir darah dari jam 17.00 WITA lalu ibu datang ke Klinik Griya Bunda jam 17.30 WITA.

Setelah dilakukan pemeriksaan ternyata ibu pembukaan 1cm dan ibu memutuskan untuk pulang kerumah

O :

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.

Pemeriksaan fisik

Abdomen : Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea alba dan tidak tampak bivide; Tinggi fundus uteri 33 cm. Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba bulat dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan punggung ibu dan pada sebelah kiri teraba bagian kecil janin (punggung kanan), Leopold III pada segmen bawah rahim teraba bagian keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian ini tidak dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen); konsistensi keras; dan kandung kemih kosong; TBJ : $(33-11) \times 158 = 3,47$ gram, kontraksi uterus : frekuensi : $3 \times 10'$, durasi : 20-25 detik, Intensitas : sedang, penurunan kepala : 5/5. Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 140 x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal, terletak di kuadran kanan bawah umbilicus.

Genitalia : 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.

Pemeriksaan Dalam (Data Berdasarkan Pemeriksaan Klinik griya bunda)

Pukul : 17.30 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lembut, effacement 50%, pembukaan 1-2 cm, presentasi belakang kepala, station +1/ hodge 1+, ketuban (+)

A :

Diagnosis : G₁P₀₀₀₀ usia kehamilan 39 minggu 2 hari janin tunggal hidup intrauterine inpartu kala I fase laten.

P :

Tanggal 03 Mei 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
18.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 1-2 cm dan ketuban belum pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
18.45 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.	
19.00 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.	
19.00 WITA	Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti teknik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
19.10 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu meminum teh hangat yang telah disediakan.	

Setelah pemeriksaan selesai pada pukul 20.00 wita ibu pulang kerumah dan pada jam 23.00 WITA Perut ibu semakin kencang dan sakit akhirnya ibu memutuskan untuk pergi ke Klinik Griya Bunda Balikpapan

Persalinan Kala I fase aktif

Pukul: 06.30 WITA

S :

Ibu mengatakan perutnya kencang semakin sering dan keluar lendir darah

O :

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. N sedang; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/90 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 81 x/menit, pernafasan : 23 x/menit.

Pemeriksaan fisik

Abdomen : Kontraksi uterus : frekuensi : 3 x 10', durasi : 30-35 detik,
Intensitas : kuat, penurunan kepala : 3/5. Auskultasi DJJ :
terdengar jelas, teratur, frekuensi 141 x/menit, interval teratur
tidak lebih dari 2, punctum maximal, terletak di kuadran kanan
bawah umbilicus.

Genetalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina,
tampak pengeluaran cairan lendir bercampur darah ketuban
(+).

Pemeriksaan Dalam

Pukul : 06.30 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba pembukaan 10 cm ketuban (-) warna keruh penurunan kepala H-III

A :

Diagnosis : G₁P₀₀₀₀ usia kehamilan 39 minggu 2 hari janin tunggal hidup intrauterine inpartu kala II fase aktif.

P :

Tanggal 04 Mei 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
06.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ketuban belum pecah keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 8-9 cm ; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
06.30 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2buah, gunting tali pusat 1buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.0	
06.30 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.	
06.30 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.	
06.30 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu meminum teh hangat	

06.30 WITA	Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effecement 100%, pembukaan 10cm, , tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah jani, presentasi kepala, denominator UUK, hodge III. DJJ : 141 x/mnt Observasi His Intensitas: kuat Frekuensi : “5x dalam 10 mnt” Durasi : 40-45 detik Interval : ± 1 menit	
06.30 WITA	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.	

Persalinan Kala II

Pukul: 07.15 WITA

S :

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

O :

Pemeriksaan Umum

Kedadaan umum Ny. N sedang; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 21 x/menit.

Pemeriksaan fisik

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

Genetalia :

Tanggal : 04 Mei 2017

Jam: 07.15 WITA

Tampak adanya tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah. Jam 07.15 WITA hodge IV.

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

A :

Diagnosis : G₁ P₀₀₀₀ inpartu kala II persalinan normal

Masalah : tidak ada

Dasar : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

P :

Tanggal 04 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
07.15 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	

07.15 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
07.15 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
07.15 WITA	Menganjurkan kepada ibu untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	
07.30 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
07.30 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.	
07.45 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
07.45 WITA	.Melindungi perineum dengan duk steril ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	
08.00 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	
0810 WITA	Memegang secara bipariental. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk	

	melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 08.13 WITA.	
08.13 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 Laki-laki, air ketuban jernih caput (-), <i>cephallhematoma</i> (-)	

Persalinan Kala III

Pukul: 08.18

S :

Ibu merasakan mules pada perutnya

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU : 2 Jari bawah pusat, UC: keras

Kandung Kemih : Kosong

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

Bayi lahir spontan segera menangis pukul 08.13 WITA, JK : Laki-laki, A/S :

7/8 caput (-), *cephallhematoma* (-)

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ inpartu kala III persalinan normal

P :

Tanggal 04 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
0818 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
08.23 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
08.23 WITA	Menyuntikkan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
08.23 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
08.23 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal	
08.23 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
08.23 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 08.23 WITA.	
08.25 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	
08.25 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap,; Kotiledon lengkap, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat	

	berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat \pm 50 cm, tebal plasenta \pm 2,5 cm, lebar plasenta \pm 16 cm.	
08.25 WITA	Plasenta dibersihkan dari dari darah lalu memasukkannya kedalam baskom tapa dipotong	
08.25 WITA	Meletakkan bayi dengan posisi terlentang dibawah lampu pemanas, pertahankan selimut yang melingkupi tubuh bayi. Memosisikan kepala dan leher bayi dengan posisi setengah ekstensi dengan mengganjal bahu bayi dengan lipatan kain untuk membuka jalan nafas. Melakukan pengisapan lendir menggunakan kanul suction, pada mulut terlebih dahulu $<$ 5 cm lalu pada hidung $<$ 3 cm. Mengeringkan tubuh bayi dan melakukan rangsang traktil dengan memberikan sedikit tekanan mulai darimuka, kepala keseluruh tubuh. Menggunakan telapak tangan untuk menggosok punggung, perut, dada.	

Persalinan Kala IV

Pukul: 09.30

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 130/70 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, UC= keras, dan kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 08.18 WITA.

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ Kala IV Persalinan Normal

P :

Tanggal 04 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
09.30 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat ruptur derajat II pada perinium ibu.	
09.30 WITA	Menyiapkan alat hecting set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.	
09.30 WITA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perinium, memasukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka. Melakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Menyuntikkan cairan lidokain 1% secukupnya sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perinium. Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik, anastesi daerah bagian dalam robekan dengan alur suntikan anastesi akan berbentuk seperti kipas : tepi perinium, dalam luka, tepi mukosa vagina. Menunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.	
09.30 WITA	Melakukan tindakan penjahitan luka. Melakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan. Meraba dengan ujung jari anda seluruh daerah luka. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, pasang tampon atau kassa ke dalam vagina (sebaiknya menggunakan tampon bertali). Menempatkan jarum jahit pada pemegang jarum, kemudian kunci pemegang jarum. Pasang benang jahit pada mata jarum. Lihat dengan jelas batas luka episiotomi.	

<p>Peganglah pemegang jarum dengan tangan lainnya. Menggunakan pemegang jarum (pinset) untuk menarik jarum melalui jaringan. Mengikat jahitan pertama dengan simpul mati. Memotong ujung benang yang bebas (ujung benang tanpa jarum) hingga tersisa kira-kira 1 cm. Menjahit mukosa vagina dengan menggunakan jahitan jelujur hingga tepat di belakang lingkaran himen. Jarum kemudian akan menembus mukosa vagina, sampai kebelakang lingkaran himen, dan tarik keluar pada luka perineum. Memperhatikan seberapa dekatnya jarum ke puncak lukanya. Menggunakan teknik jahitan jelujur saat menjahit lapisan ototnya. Melihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya, menjahit otot ke otot. Merasakan dasar dari luka, ketika sudah mencapai ujung luka, pastikan jahitan telah menutup lapisan otot yang dalam. Setelah mencapai ujung luka yang paling akhir dari luka, putar arah jarum dan mulai menjahit ke arah vagina dengan untuk menutup jaringan subcuticuler. Mencari lapisan subcuticuler umumnya lembut dan memiliki warna yang sama dengan mukosa vagina lalu membuat jahitan lapis kedua. Memperhatikan sudut jarumnya. Jahitan lapis kedua ini akan meninggalkan lebar luka kira-kira 0.5 cm terbuka. Luka ini akan menutup sendiri pada waktu proses penyembuhan berlangsung. Memindahkan jahitannya dari bagian luka perineal kembali ke vagina di belakang cincin himen untuk diamankan, mengikat dan memotong benang. Mengikat jahitan dengan simpul mati. Memotong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1 cm. Memasukkan jari anda ke dalam rektum. Merabalah puncak dinding rektum untuk mengetahui apakah ada jahitan. Memeriksa ulang kembali untuk memastikan bahwa tidak meninggalkan apapun seperti kassa, tampon, instrumen di dalam vagina ibu. Membersihkan alat kelamin ibu. Memberikan petunjuk kepada ibu mengenai cara pembersihan daerah perineum dengan sabun dan air 3 sampai 4 kali setiap hari. Memberitahu ibu agar menjaga perineumnya tetap kering dan bersih. Memberitahu ibu agar memperhatikan luka jahitannya jika ada bintik merah, nanah atau jahitan yang lepas atau terbuka, atau pembengkakan segera menghubungi petugas kesehatan; Telah dilakukan penjahitan perineum, ibu mengerti dan bersedia melaksanakan saran bidan.</p>	
---	--

10.00 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 75cc.	
10.00 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
10.00 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
10.00 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36,3°C , TFU 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
10.05 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah di sediakan	
10.30 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/60 mmHg, nadi 84x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 20 cc. (data terlampir pada partograf)	
11.00 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC:keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 85 cc. (data terlampir pada partograf)	
12.00 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 81 x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
13.00 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 5 cc. (data terlampir pada partograf)	
14.00 WITA	Melengkapi Partograf	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 04 Mei 2017 /Pukul 13.00 WITA

Tempat : Klinik Griya Bunda

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. N dan Tn. E, alamat rumah berada di Kilometer 15 RT 31 Balikpapan, tanggal lahir bayi 04 Mei 2016 pada hari Kamis pukul 08.13 WITA dan berjenis kelamin laki-laki.

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil anak pertama ini usia 23 tahun, tidak pernah mengalami keguguran.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Riwayat Persalinan Sekarang :

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

b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 04 Mei 2017

Jam : 08.13 WITA

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

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	2	2	2
Warna Kulit	() O biru/pucat	() O tubuh merah muda, ekstremitas biru	() O merah muda seluruhnya	1	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 3350 gram, panjang badan 47 cm, lingkar kepala : 33 cm, lingkar dada 30 cm, lingkar perut 32 cm dan lingkar lengan atas 10 cm, anus (+), m/d -/- , refleks hisap (+)

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput *sauchedaneum*, 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 : laki-laki.

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 menggengam 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, *babinsky* (+) jari-jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya.

d. Terapi yang diberikan

Neo-K 0,5 cc

Hepatitis B 0,5 cc

Salep mata (gentamisin) 1 %

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa
Kehamilan usia 1 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

P :

Tanggal : 04 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
14.00 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan ibu baik ; ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.	
14.00 WITA	Melakukan perawatan tali pusat	
14.00 WITA	Memberikan injeksi neo-k 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri, serta, salep mata gentamisin 1% pada mata kanan dan mata kiri bayi; Bayi telah di injeksi neo-k pada paha kiri dan telah diberi salep mata pada kedua matanya.	

14.00 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.	
14.00 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.	
14.00 WITA	Memberikan KIE tentang: ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, perawatan tali pusat, teknik menyusui ; ibu mengerti yang dijelaskan.	
14.00 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	
14.15 WITA	Memberi injeksi Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan, dan kiri bayi; Bayi sudah di injeksi Hepatitis B	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 04 Mei 2017 /Pukul : 13.00 WITA

Tempat : Klinik Griya Bunda Sehat

S :

- a. Ibu mengatakan melahirkan anak pertama dan tidak pernah keguguran
- b. Ibu mengatakan melahirkan tanggal 04 Mei 2017
- c. Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitannya
- d. Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar.

O :

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.

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 (+), tampak *hyperpigmentasi* pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

Abdomen :Tampak simetris, posisi membujur, tidak tampak bekas operasi, tampak *linea nigra* dan *striae livide*, tidak tampak asites, TFU sepusat, 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, luka perineum dan jahitan tampak baik. Perdarahan \pm 10cc.

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.

a. Pola Fungsional

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

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ post partum spontan 6 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

P :

Tanggal 04 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
13.00 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, luka jahitan tampak baik. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
13.00	Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan payudara sebelum ataupun setelah menyusui bayinya yaitu dengan membersihkan	

WITA	putting susu ibu dengan air bersih ; ibu telah mengerti dan bersedia melakukannya secara mandiri.	
13.10 WITA	Mengajarkan pada ibu cara istirahat/tidur cukup. Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus beristirahat untuk mengembalikan kebugarannya.; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
13.15 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.	
13.20 WITA	Memberi KIE tentang mengenai; personal hygiene dan perawatan luka jahitan. Ibu harus tetap menjaga kebersihan genetalia, agar tidak terjadi infeksi pada luka jahitan. Harus sering mengganti kassa setelah BAB dan BAK; ibu mengerti cara membersihkan perawatan luka jahitan.	

2. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 April 2017/Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. N

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

O :

Pemeriksaan Umum

Kedadaan umum Ny. N baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 cm.

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, ASI (+), tampak *hyperpigmentasi* pada areolla, puting susu menonjol, tidak ada retraksi, tidak teraba pembengkakan.

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

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguinolenta, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, luka jahitan baik, tampak kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Perdarahan 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

a. Pola Fungsional

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

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum normal hari ke-3

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

P :

Tanggal 23 April 2017

Jam	Tindakan	Paraf
09.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini	
19.45 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai senam nifas hari ke-3. Senam nifas dilakukan pada hari pertama setelah melahirkan hingga hari kesepuluh setelah melahirkan. Senam nifas bertujuan untuk merelaksasikan keadaan ibu. Ibu telah melakukan senam nifas sesuai gerakan hari ke-6 dan bersedia melakukan sendiri senam nifas hari selanjutnya,	
10.00 WITA	Mengajarkan 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.	

10.05 WITA	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.	
10.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya yaitu pada tanggal 26 April 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 juni 2017

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, 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, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguinilenta, tidak terdapat luka parut, luka jahitan telah telah sembuh. 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	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ post partus normal hari ke-7

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 20 Juni 2017

Jam	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 WITA	Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat ; ibu cukup makan dan istirahat.	
16.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai pengenalan alat kontrasepsi. Menjelaskan pada ibu mengenai berbagai metode KB, kelebihan, kekurangan, cara kerja, efek samping dan prosedur pemakaian berbagai alat KB ; ibu dapat menyebutkan kembali metode KB yang telah dijelaskan beserta kekurangan dan kelebihanannya.	
16.25 WITA	Menganjurkan ibu menggunakan KB sebelum 40 hari setelah persalinan ; ibu bersedia untuk ber KB sebelum 40 hari pasca persalinan.	
16.30 WITA	Mengevaluasi kembali tentang pemberian asi eksklusif. Ibu dapat menjelaskan dan memahami sekali tentang asi eksklusif.	
16.20 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan ulang berikutnya pada tanggal 4 Mei 2017. Ibu bersedia mengikuti metode KB (Metode Amenore Laktasi) atau yang disebut MAL.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 04 Mei 2017/13.00 WITA

Tempat : Klinik Griya Bunda Balikpapan

S :

Ibu mengatakan bayinya menetek kuat, sudah 2 kali BAK dan 1 kali 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 panjang badan 50 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 30 cm, lingkaran dada 30 cm, lingkaran perut 32 cm dan lingkaran lengan atas 10 cm. Berat badan: 2,680 gram.

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 7 jam

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 04 Mei 2017

Waktu	Tindakan	Paraf
13.00 WITA	Memberitahu ibu tentang kondisi bayinya; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
13.00 WITA	Memastikan bayi mendapat ASI yang cukup, ibu bersedia	

	memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin.	
13.10 WITA	Memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat bayi dengan membiarkan tali pusat bayi kering dan bersih ; ibu mengerti penjelasan yang dibeikan.	
13.15 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.	
13.15 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 3 hari selanjutnya atau saat ada keluhan.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 07 Mei 2017/ 09.00

Tempat : Rumah Ny. N

S :

Ibu mengatakan pada daerah wajah bayi terlihat seperti sedikit kuning.

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 3,100 gram, panjang badan 50 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 32 cm, lingkaran dada 33 cm, lingkaran perut 33 cm dan lingkaran lengan atas 11 cm. Berat badan: 2,920 gram

b. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Bersih, *caput/cepal* tidak ada.
- Mata : 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 2-3 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-3

Masalah :

Kebutuhan :

Diagnosis Potensial :

P :

Tanggal : 07 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
09.30 WITA	Menjelaskan keadaan bayinya saat ini bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan bagian muka serta mata bayi terlihat kuning dan ibu mengerti tentang keadaan bayinya saat ini	
09.45 WITA	Memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan/tangisan tidak ada, merintih, bayi sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang di sampaikan.	
10.00 WITA	menganjurkan pada ibu untuk tetap mengawasi tanda bahaya pada bayi ; kuning, 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.	
10.15 WITA	Memberi KIE tentang cara mengatasi kuning pada bayi tidak diperlukan pengobatan khusus cukup dengan cara menyusui minimal 2 jam sekali.	
10.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 26 April 2017.	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 14 Mei 2017/16.00

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 4000 gram panjang badan 52 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 34 cm, lingkaran dada 34 cm, lingkaran perut 34 cm dan lingkaran lengan atas 12 cm. Berat badan: 3,100 gram

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 2-3 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-7
- Masalah : Tidak ada
- Kebutuhan : Tidak ada
- Diagnosis Potensial : Tidak ada

P :

Tanggal : 14 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
16.15 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat i; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
16.17 WITA	Melakukan <i>follow up</i> mengenai kuning pada bayi hilang sejak kapan; ibu mengatakan kuning pada bayinya telah hilang sejak 3 hai yang lalu	
16.20 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang ketidak nyamanan 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.	
16.23 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.	
\ 16.40 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Calon Akseptor KB MAL

Tanggal/Waktu Pengkajian : 21 Mei 2017/Pukul : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. N

S :

Ibu tidak memiliki keluhan utama.

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 80 x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada

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

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

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

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 :P₁₀₀₁ post partum normal ke 2 minggu

Masalah :tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 21 Mei 2017

Jam	Tindakan	Paraf
16.15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	
16.20 WITA	Melakukan evaluasi mengenai cara menyusui yang benar serta waktu pemberian ASI eksklusif tanpa campuran susu formula.	

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 23 tahun G₁P₀₀₀ hamil 39 minggu 2 hari janin tunggal, hidup, intrauterin, yang bertempat tinggal di km 15 Kota Balikpapan. Ny. "N" saat ini sedang mengandung anak pertama.

Selama kehamilan, Ny. "N" memeriksakan kehamilannya secara teratur sebab Ny. "N" tidak ingin terjadi masalah dengan kehamilannya serta menghindari terjadinya masalah pada persalinan nanti. Pada trimester I Ny. "N" melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali, pada trimester II sebanyak 2 kali, pada trimester III sebanyak 6 kali. Frekuensi pemeriksaan ini telah memenuhi standar sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa WHO menganjurkan sedikitnya ibu hamil melakukan 4 kali kunjungan. *Antenatal Care* (ANC) selama kehamilan yaitu dengan frekuensi pemeriksaan ANC

pada trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali, trimester III minimal 2 kali (Kusmiyanti, 2009).

Ny. "N" tidak pernah mengalami keluhan yang berat pada kehamilan ini, keluhan yang dialami Ny. N hanyalah keluhan fisiologis seperti nyeri punggung dibagian bawah. Keluhan ini sesuai dengan teori yaitu Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya (Kusmiyanti, 2009).

Menurut Depkes RI (2009) standar asuhan pelayanan *Antenatal care* 10 T meliputi; timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekana darah, menilai status gizi buruk (LILA), mengukur TFU, menentukan presentasi janin, menghitung denyut jantung janin, *skrining* status imunisasi TT, tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium, tata laksana kasus, dan temu wicara (konseling). Penulis berpendapat, dengan adanya ANC yang berstandar 10 T maka resiko atau penyulit pada ibu hamil dapat dideteksi sejak dini, adapun pelayanan yang diberikan sebagai berikut :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. N adalah 68 kg. Ny.N mengatakan sebelum hamil berat badannya 59 kg. Sehingga Ny. N mengalami kenaikan berat badan sekitar 4 kg. Menurut (Sukarni, 2013) kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg- 16,5 kg.

Menurut penulis tidak ada suatau kesenjangan dimana kenaikan berat badan yang dialami Ny. N sesuai dalam batas normal karena sekitar

dari 6,5 kg. Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. N memiliki tinggi badan 158 cm. Menurut (Pantikawati, 2010) mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit. Penulis berpendapat, pentingnya dilakukan pengukuran tinggi badan karena sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidak sesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Dan tinggi badan Ny.N normal karena tidak kurang dari 145 cm.

b. Pemeriksaan tekanan darah

Tekanan darah Ny. N selalu dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan terakhir 120/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh (Depkes RI, 2009) tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg - 140/90 mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau preeklamsi dalam kehamilan. Penulis berpendapat, dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada setiap kunjungan, dapat diketahui pula ibu beresiko atau tidak dalam kehamilannya dan menurut penulis tekanan darah Ny. N normal karena tidak melebihi 140/90 mmHg.

c. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)

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).

Menurut penulis dengan mengukur status gizi pada ibu hamil, dapat diketahui kecukupan gizi pada ibu. Apabila gizi ibu kurang, tentunya kurang pula asupan gizi ke janin dan Lila Ny.N termasuk normal karena tidak kurang dari 23,5 cm. Sehingga antara teori dan praktek tidak terjadi kesenjangan.

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Hasil pengukuran TFU Ny.N normal dan sesuai dengan usia kehamilannya yaitu 33 cm atau 2 jari dibawah *proccesus xifoideus* pada umur kehamilan 39 minggu 2 hari. Kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin (menurut jhonson) dengan hasil 3,435 gram. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh (Manuaba, 2010) umur kehamilan 39 minggu TFU berdasarkan leopold normalnya 2 jari dibawah *proccesus xifoideus* sedangkan berdasarkan mc donal 33 cm.

Penulis berpendapat, perlunya dilakukan pengukuran TFU pada ibu hamil yakni sebagai acuan pertambahan berat badan janin dalam keadaan normal atau tidak.

e. Mentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Hasil saat dilakukan pemeriksaan palpasi leopold pada Ny.N, presentasi janin normal yaitu kepala sebagai bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal yaitu 148 x/menit. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Manuaba, 2010) letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Menentukan presentasi janin dimulai pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Pemeriksaan ini

dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin, atau kelainan panggul sempit. Selain itu penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan ANC. DJJ normal yaitu 120-160 x/menit.

Penulis berpendapat dengan dilakukannya asuhan tersebut, dapat menjadi acuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa klien. Sehingga dapat dilakukan asuhan selanjutnya berdasarkan diagnosa yang telah ditentukannya dan posisi janin Ny. N tidak mengalami kelainan letak, DJJ normal karena tidak melebihi 160 x/menit. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

f. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus

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.

Hal ini sependapat dengan teori yang dipaparkan Kusmiyati, dkk tahun 2008, pemberian imunisasi TT pada saat ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini sehingga apabila Imunisasi TT5 sudah didapatkan (*TT Long live*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Menurut penulis imunisasi TT Ny. N sudah lengkap sampai TT5. Sesuai dengan teori yang sudah dijelaskan di atas Ny.N sudah tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Imunisasi TT penting diberikan sebagai pencegahan terhadap penyakit Tetanus.

g. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Saat dilakuakn anamnesa Ny.N mengatakan mendapatkan tablet Fe di Klinik Avicena 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, 2009) pemberian suplement tablet tambah darah atau zat besi pada ibu hamil minimal 90 butir. Setiap tablet zat besi mengandung FeSO_4 320 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.

Menurut penulis Ny. N sudah patuh dalam mengkonsumsi tablet Fe, dan sudah benar tentang cara meminumnya. Dengan demikian resiko Ny.N untuk terkena anemia sangatlah kecil.

h. Test laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan hemoglobin Ny.N saat TM III dilakukan dirumah Ny.N dengan menggunakan alat hb digital dengan hasil 12 gr% .

Hal tersebut sesuai dengan Teori (Saifuddin, 2007), pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu pada saat TM I dan TM III. Kadar Hb normal pada ibu hamil yaitu tidak kurang dari 11 gr%.

Menurut penulis kadar Hemoglobin darah Ny. N pada TM III dalam batas normal karena pada pemeriksaan pertama didapatkan Hb Ny.N yaitu 12 gr% dan termaksud dalam kategori normal

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, 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.

i. Tatalaksana kasus

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, 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 perencanaan penatalaksanaan kegawat daruratan untuk merujuk tidak dilakukan pada Ny.N mengingat hasil pemeriksaan Ny.N

dalam batas normal. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

- j. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan

Ny. N dan keluarga sebagai pengambil keputusan telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Sehubungan dengan teori yang dinyatakan oleh (Depkes RI, 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 Klinik Bersalin Griya Bunda.

Hal tersebut sesuai dengan teori (Saifuddin, 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 39 minggu 2 hari. Menurut (JNPK-KR, 2008) persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan (Benson, 2009) yaitu kehamilan cukup bulan (aterm) atau

pematangan janin terjadi pada minggu 37- 40 adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal. Penulis menyimpulkan bahwa tanda-tanda persalinan yang dialami Ny.N sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik.

Tanggal 03 Mei 2017 pukul 17.00 WITA Ny.N merasa kencang-kencang namun belum keluar lendir darah dan apabila dibawa berjalan sakitnya berhenti. Tanggal 03 Mei 2017 pukul 23.00 WITA Ny.N memutuskan untuk segera memeriksakan diri KE Klinik Griya Bunda karena Ny.N merasakan mules diperut dan kencang-kencang yang semakin sering. Ny.N mengeluh sakit dan nyeri di bagian bawah pinggang menjalar hingga ke perut, yang kemudian diikuti kencang-kencang yang semakin sering. Pada pukul 17.00 WITA saat di periksa dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tipis lunak, efficement 50 %, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, pembukaan serviks 1-2 cm, penurunan kepala hodge I+, DJJ 140 x/menit dengan HIS yang masih lemah 3x dalam 10 menit dengan durasi 25-30 detik.

Pukul 00.30 WITA, hasil pemeriksaan dalam vulva, uretra tidak ada kelainan, portio tipis lunak, efficement 75 %, ket (-), pembukaan serviks 5 cm, posisi kepala janin pada hodge II, DJJ 145 x/menit dengan HIS (4x dalam 10 menit dengan durasi 40-45detik).

Saat klien telah memasuki fase aktif bidan menyiapkan partus set serta alat pelindung diri dan perlengkapan bayi. Pukul 05.30 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 06.30 WITA. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tidak teraba, selaput ketuban pecah spontan dengan warna jernih, effacement 100 %, pembukaan serviks 10 cm, posisi kepala janin pada hodge III, DJJ 141 x/menit, dengan HIS 5 x dalam 10 menit dengan durasi 40-45 detik. Pada pukul 07.00 WITA kepala 5-6 cm didepan vulva dan hodge IV. Pukul 08.13 WITA bayi lahir.

Keadaan Ny. N sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh (Sumarah, dkk, 2009) tanda-tanda persalinan yaitu rasa nyeri terasa dibagian pinggang dan penyebar ke perut bagian bawah, lendir darah semakin nampak, waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah, serviks menipis dan membuka. Penulis 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 3 cm bertambah menjadi 4 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, 2008) lama kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam.

Mulai pembukaan lengkap jam 06.30 WITA ibu dimotivasi atau boleh untuk mengejan apabila rasa sakit atau kontraksinya mulai semakin kuat. Ibu sambil dianjurkan untuk miring kiri karna krpala janin masih di hodge III.

Bayi lahir pukul 08.18 WITA, lama kala II Ny. N berlangsung selama 1jam dan ini merupakan keadaan yang normal. Hal tersebut sesuai dengan teori (JNPK-KR, 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 08.18 WITA, jenis kelamin laki-laku dengan berat badan 3350 gram panjang 47 cm lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 30 cm, lingkar perut 32 cm, lingkar lengan atas 10 cm, *caput (-)*, *chepalhematoma (-)*.

Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung diletakkan di dada Ny.N untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Menurut (Sumarah, dkk, 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 menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Hal ini akan menghindari bayi dari kedinginan atau *hypotermia*.

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.

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 08.18 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, panjang tali pusat ± 50 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, 2008) bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala III berlangsung rata-rata antara 5 sampai 10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit. Selain itu didukung pula dengan teori yang menjelaskan bahwa biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan cc atau dengan tekanan pada fundus uteri (WHO, 2013). Penulis sependapat dengan pernyataan diatas karena plasenta Ny. N lahir tidak lebih dari 30 menit.

Pukul 08.18 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi yaitu mulai dari mukosa, kulit vagina dan otot perineum. Sesuai dengan pengkategorian laserasi menurut (Depkes RI, 2004) laserasi perineum derajat II yaitu yang luasnya mengenai mukosa, kulit vagina dan otot perineum, perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka.

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

Setelah dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, bidan melanjutkan pemantauan 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.

3. Bayi Baru Lahir

Kehamilan Ny. N berusia 39 minggu 2 hari. 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, 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 tali pusat dimasukkan kedalam baskom tanpa dipotong (*lotus birth*) adalah praktek meninggalkan tali pusat yang tidak diklem dan lahir secara utuh. Tali pusat akan mengering dan kemudian lepas dari umbilicus setelah 3-10 hari. Hal ini sesuai dengan penelitian yang diungkapkan (Sarah Buckley, MD dan Int'I bidan Robin Lim) membiarkan plasenta utuh tidak merusak atau memotongnya mempunyai 99% bahan genetika.

Setelah 1 jam dilakukan IMD, dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi Ny.N dengan hasil yaitu BB : 3350 gram, PB : 50 cm, LK : 33 cm, LD: 30 cm, lingkar perut 32 cm, caput (-), cephal (-), miksi (-), defekasi (-), cacat (-), reflek normal. Menurut (Depkes, 2005) bayi baru lahir normal memiliki ciri berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm dan lingkar kepala 33-35 cm. Penulis berpendapat, hasil dari pemeriksaan fisik bayi Ny.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. Setelah satu jam kemudian bayi Ny.N diberikan imunisasi hepatitis B secara IM pada paha kanan anterolateral. Asuhan ini di berikan sesuai dengan teori (JNPK, 2008) bahwa 1 jam setelah bayi lahir dilakukan penimbangan dan pemantauan antropometri serta pemberian tetes mata profilaksis dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, diberikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan anterolateral.

Penulis berpendapat bahwa tujuan diberikannya salep mata pada bayi Ny. 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 vitamin.

4. Nifas

Pada masa nifas, Ny. N mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 4 kali yaitu saat 7 jam post partum, 3 hari post partum, 1 minggu post partum dan 2 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, 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, cara perawatan luka jahitan perineum serta mengajarkan ibu senam nifas. Menurut (Prawiroharjo, 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, luka jahitan pada perineum ibu cepat mengering, serta perut ibu yang semakin mengecil kembali seperti saat sebelum hamil.

5. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 7 jam, 3 hari, dan 1 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 berencana mau menggunakan KB kondom selama beberapa bulan dengan alasan Ny.N mau menetralkan kadar hormone dalam tubuhnya setelah itu Ny.N akan mengikuti KB suntik 3 bulan secara teratur. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan dari ibu sendiri dan didukung oleh suami. Setelah mendapatkan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian kontrasepsi ibu 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 komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PKK III dan PKL II terkadang menyebabkan kesulitan bagi peneliti untuk mengatur waktu dan pasien juga yang sibuk bekerja. 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.

1. *Antenatal Care (ANC)*

Mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dimana pada saat pemeriksaan tidak terdapat kesenjangan pada Ny. N dikehamilan ini dikarenakan Ny. N rajin untuk memeriksakan kehamilannya dengan teratur.

2. *Intranatal Care (INC)*

Mampu melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif pada Ny. N berlangsung normal tanpa ada penyulit.

3. *Bayi baru lahir (BBL)*

Mampu melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif dan hasil pemeriksaan fisik bayi dalam batas normal.

4. *Post Natal Care* (PNC)

Mampu melakukan asuhan nifas secara komprehensif. Masa nifas Ny. N berjalan dengan normal tanpa adanya penyulit.

5. Neonatus

Mampu melakukan asuhan neonatus secara komprehensif pada neonatus berjalan dengan normal dan tidak ada penyulit.

6. Keluarga Berencana

Mampu memberikan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif sesuai kondisi Ny. N. Klien telah memilih menjadi akseptor KB Sutik 2017.

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

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

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 klien

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

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

- e. Pergi ke fasilitas kesehatan terdekat bila mengalami keluhan yang dirasakan

4. Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- 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. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/22463/4/Chapter%20II.pdf>. diakses tanggal 03 April 2015
- Departemen Kesehatan RI. 2012. Profil Kota Balikpapan Tahun 2011
http://dkk.balikipapan.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=137&Itemid=103, Diakses pada tanggal 20 Maret 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. *IlmuKebidanan, Edisi Ketiga*.Jakarta : YBP-SP.
- Wiknjosastro Hanifaf. 2010. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo

**L
A
M
P
I
R
A
N**

Tanggal : Senin / 27februari 2017

Pukul : 19.00 Wita

Oleh : Wardah Dwi Kurnia Rahman

1. Langkah I (Pengkajian)

a. Identitas

Nama klien	: Ny.M	Nama suami	: Tn. A
Umur	: 28 tahun	Umur	: 31 tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Akademi	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Bidan	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Alamat	: jln. Pandan arum RT.38 no.4 kecamatan Balikpapan tengah kota:balikpapan		

b. Keluhan

Ibu mengatakangatal pada kaki kiri (alergi)

c. Riwayat obstetric dan ginekologi

a. Riwayat menstruasi

1. HPHT / TP : 06 Juni 2016 / 13 April 2017
2. Umur kehamilan : 35 4 hari
3. Lamanya : \pm 7hari
4. Banyaknya : 3 kali ganti pembalut
5. Konsistensi : kental
6. Siklus : 28 hari

- 7. Menarche : 12tahun
- 8. Teratur / tidak : Teratur
- 9. Dismenorrhea : Tidak Ada
- 10. Keluhan lain : Tidak Ada

b. Flour albus

- 1) Banyaknya : 4x ganti pembalut
- 2) Warna : Putih bening
- 3) Bau/gatal : Tidak berbau dan tidak gatal

1. Tanda – tanda kehamilan

- a. Test kehamilan : PP Test
- b. Tanggal : juni 2016
- c. Hasil : Positif (+)
- d. Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu : Usia kehamilan 4 bulan
- e. Gerakan janin dalam 24 jam terakhir: Baik (>12x)

2. Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

- a. Mioma uteri : Tidak ada
- b. Kista : Tidak ada
- c. Mola hidatidosa : Tidak ada
- d. PID : Tidak ada
- e. Endometriosis : Tidak ada
- f. KET : Tidak ada
- g. Hydramnion : Tidak ada

- h. Gemelli : Tidak ada
 - i. Lain – lain : Tidak ada
3. Riwayat kehamilan
- G₂ P₁ A₀
- Kehamilan I : 2013/mual saat TM 1
- Kehamilan II : Hamil ini
4. Riwayat imunisasi
- a. Imunisasi Catin : Tempat : Puskesmas Tanggal : lupa
 - b. Imunisasi TT I : Tempat : Puskesmas Tanggal : lupa
 - c. Imunisasi TT II : Tempat : Puskesmas Tanggal : lupa
5. Riwayat kesehatan
- a. Penyakit jantung : Tidak ada
 - b. Hipertensi : Tidak ada
 - c. Hepar : Tidak ada
 - d. DM : Tidak ada
 - e. Anemia : Tidak ada
 - f. PSM/HIV/AIDS : Tidak ada
 - g. Campak : Tidak ada
 - h. Malaria : Tidak ada
 - i. TBC : Tidak ada
 - j. Gangguan mental : Tidak ada
 - k. Operasi : 2013/abses payudara
 - l. Hemorrhoid : Tidak ada

m. Lain-lain : Tidak ada

6. Alergi

a. Makanan : udang

b. Obat – obatan : Asmnefenamat

7. Keluhan selama hamil

a. Rasa lelah : Ada, pada trimester III

b. Mual dan muntah : Ada, pada trimester I

c. Tidak nafsu makan : Tidak ada

d. Sakit kepala/pusing : Ada, pada trimester I

e. Penglihatan kabur : Tidak ada

f. Nyeri perut : Tidak ada

g. Nyeri waktu BAK : Tidak ada

h. Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada

i. Perdarahan : Tidak ada

j. Haemorrhoid : Tidak ada

k. Nyeri pada tungkai : Tidak ada

l. Oedema : Tidak ada

8. Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/tgl lahir	Tempat Lahir	Gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
1.	21 agustus 2013	Ibnu sina	Aterm	Tidak ada	Spontan	Bidan	Ta'a	Laki-laki	2800	49	Hidup
2.	Hamil ini										

9. Riwayat menyusui

Anak I :Ya Lamanya :3bulan Alasan : pekerjaan

10. Riwayat KB

- a. Pernah ikut KB : Ya
- b. Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan : Pil/kondom
- c. Lama pemakaian : ±2 tahun
- d. Keluhan selama pemakaian : Tidak ada
- e. Tempat pelayanan KB : puskesmas
- f. Alasan ganti metode : -
- g. Ikut KB atas motivasi : Ibu dan suami

11. Kebiasaan sehari – hari

- a. Merokok sebelum / selama hamil : Tidak
- b. Obat–obatan/jamu, sebelum / selama hamil : Ibu hanya meminum vitamin dari puskesmas (Fe,Kalk,Vitamin BC)
- c. Alkohol : Tidak

12. Makan / diet

- a. Jenis makanan : Nasi, lauk pauk, sayuran, buah-buahan dan susu
- b. Frekuensi : 3-4 kali/ hari
- c. Porsi : 1 piring
- d. Pantangan : Tidak ada

13. Defekasi / miksi

- a. BAB

- b. Frekuensi : 1 hari sekali
- c. Konsistensi : sedang
- d. Warna : Kekuningan
- e. Keluhan : Tidak ada

14. BAK

- a. Frekuensi : 5-6 x/hari
- b. Konsistensi : Cair
- c. Warna : Kuning Jernih
- d. Keluhan : Tidak ada

15. Pola istirahat dan tidur

- a. Siang : \pm 1-2 jam
- b. Malam : \pm 7 -8 jam

16. Pola aktivitas sehari – hari

- a. Di dalam rumah : Pekerjaan rumah tangga
- b. Di luar rumah : bekerja dipuskesmas

17. Pola seksualitas

- a. Frekuensi : 3x seminggu
- b. Keluhan : Tidak ada

18. Riwayat Psikososial

- a. Pernikahan
 - 1. Status : Menikah
 - 2. Yang ke : 1
 - 3. Lamanya : 6 tahun

4. Usia pertama kali menikah : 20 tahun
 5. Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan :ibu memahami pentingnya memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan.
- b. Respon ibu terhadap kehamilan : Senang, ibu antusias akan kehamilannya ini
 - c. Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : Ibu mengatakan ingin sekali anak perempuan
 - d. Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak
Senang, suami mengatakan perempuan atau laki – laki sama saja
 - e. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak ada
 - f. Pantangan selama kehamilan : Tidak ada
19. Persiapan persalinan
- a. Rencana tempat bersalin : ibnu sina
 - b. Persiapan ibu dan bayi : Sudah ada (baju ibu, pakaian dalam, sarung ibu, bedong bayi, baju bayi, popok bayi, topi dan sarung tangan kaki bayi)
20. Riwayat kesehatan keluarga
- a. Penyakit jantung : Tidak ada
 - b. Hipertensi : Tidak ada
 - c. Hepar : Tidak ada
 - d. DM : Tidak ada
 - e. Anemia : Tidak ada
 - f. PSM / HIV / AIDS : Tidak ada

- g. Campak : Tidak ada
 - h. Malaria : Tidak ada
 - i. TBC : Tidak ada
 - j. Gangguan mental : Tidak ada
 - k. Operasi : Tidak ada
 - l. Bayi lahir kembar : Tidakada
 - m. Lain-lain : Tidak ada
21. Pemeriksaan Fisik
- a. Keadaan umum : Baik
 - b. Berat badan
 - 1) Sebelum hamil : 50 kg
 - 2) Saat hamil : 57 kg
 - c. Tinggi badan : 163 cm
 - d. BMI= $75 : (1,55)^2 =$: 18
 - e. Lila : 23 cm
 - f. Kesadaran : Compos Mentis
 - g. Ekspresi wajah : Tenang dan terbuka
 - h. Keadaan emosional : Stabil
 - i. Tanda – tanda vital
 - 1) Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - 2) Nadi : 80x/menit
 - 3) Suhu : 36,0°C
 - 4) Pernapasan : 20x/menit

j. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

a) Kepala

- (1) Kulit kepala : Bersih
- (2) Kontriksi rambut : Kuat
- (3) Distribusi rambut : Merata
- (4) Lain – lain : Tidak ada

b) Mata

- (1) Kelopak mata : Tidak oedema
- (2) Konjungtiva : Tidak anemis
- (3) Sklera : Tidak ikterik
- (4) Lain – lain : Tidak ada

c) Muka

- (1) Kloasma gravidarum : Tidak ada
- (2) Oedema : Tidak ada
- (3) Pucat / tidak : Tidak ada
- (4) Lain – lain : Tidak ada

d) Mulut dan gigi

- (1) Gigi geligi : lengkap
- (2) Mukosa mulut : Lembab

- (3) Caries dentis : Ada
- (4) Geraham : ada
- (5) Lidah : Bersih
- (6) Lain – lain : Tidak ada

e) Leher

- (1) Tonsil : Tidak ada peradangan
- (2) Faring : Tidak ada peradangan
- (3) Vena jugularis : Tidak ada pembesaran
- (4) Kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran
- (5) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- (6) Lain-lain : Tidak ada

f) Dada

- (1) Bentuk mammae : Simetris
- (2) Retraksi : Tidak ada
- (3) Puting susu : Menonjol
- (4) Areola : Hiperpigmentasi
- (5) Lain-lain : tidak ada

g) Punggung ibu

- (1) Bentuk /posisi : Lordosis
- (2) Lain-lain : Tidak ada

h) Perut

- (1) Bekas operasi : Tidak Ada
- (2) Striae : Ada (striae albican)

- (3) Pembesaran : Sesuai Usia Kehamilan
- (4) Asites : Tidak ada
- (5) Lain-lain : Tidak ada

i) Vagina

- (1) Varises : Tidak ada
- (2) Pengeluaran : Cairan berwarna putih tidak berbau
- (3) Oedema : Tidak ada
- (4) Lain – lain : Tidak ada

j) Ekstremitas

- (1) Oedema : Tidak ada
- (2) Varises : Tidak ada
- (3) Turgor : Baik
- (4) Lain – lain : Tidak ada

2) Palpasi

a) Leher

- (1) Vena jugularis : Tidak ada pembesaran
- (2) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- (3) Kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran
- (4) Lain – lain : Tidak ada

b) Dada

- (1) Mammae : Simetris

- (2) Massa : Tidak ada
- (3) Konsistensi : Kenyal
- (4) Pengeluaran Colostrum : Tidak ada
- (5) Lain-lain : tidak ada

c) Perut

- (1) Leopold I : Teraba Bokong
TFU : 30 cm
- (2) Leopold II : Punggung Kiri
- (3) Leopold III : Kepala
- (4) Leopold IV : Sudah masuk PAP
- (5) TBJ : gram

d) Tungkai

- (1) Oedema tangan kanan : - Kiri : -
Kaki kanan : - Kiri : -
- (2) Varices kanan : - Kiri : -

e) Kulit

- (1) Turgor : Baik
- (2) Lain – lain : Tidak ada

3) Auskultasi

a) Paru – paru

- (1) Wheezing : Tidak ada

(2) Ronchi : Tidak ada

b) Jantung

(1) Irama : Teratur

(2) Frekuensi : 80x/menit

(3) Intensitas : Baik

(4) Lain-lain : Tidak ada

c) Perut

(1) Bising usus ibu : (+)

(2) DJJ

(a) Punctum maksimum : 1/3 kuadran kiri bawah

(b) Frekuensi : 148x/ menit

(c) Irama : Teratur

(d) Intensitas : Kuat

(e) Lain-lain : Tidak ada

4) Perkusi

a) Dada : Tidak dilakukan

b) Perut : Tidak dilakukan

c) Ekstremitas

(1) Refleks patella : Kanan : Positif (++)

Kiri : Positif (++)

(2) Lain – lain : Tidak Ada

k. Pemeriksaan Khusus

a. Pemeriksaan dalam

- 1) Vulva / uretra : Tidak dilakukan
- 2) Vagina : Tidak dilakukan
- 3) Dinding vagina : Tidak dilakukan
- 4) Porsio : Tidak dilakukan
- 5) Pembukaan : Tidak dilakukan
- 6) Ukuran serviks : Tidak dilakukan
- 7) Posisi serviks : Tidak dilakukan
- 8) Konsistensi : Tidak dilakukan

b. Pelvimetri klinik

- 1) Promontorium : Tidak dilakukan
- 2) Linea inominata : Tidak dilakukan
- 3) Spina ischiadica : Tidak dilakukan
- 4) Dinding samping : Tidak dilakukan
- 5) Ujung sacrum : Tidak dilakukan
- 6) Arcus pubis : Tidak dilakukan
- 7) Adneksa : Tidak dilakukan
- 8) Ukuran : Tidak dilakukan
- 9) Posisi : Tidak dilakukan
- 10) Distansia Spinarum : Tidak dilakukan
- 11) Distansia Kristarum : Tidak dilakukan
- 12) Conjugata Eksterna : Tidak dilakukan
- 13) Lingkar Panggul : Tidak dilakukan

1. Pemeriksaan laboratorium

- a. Darah Tanggal : 27februari 2017
- 1) Hb : 12,6gr%
 - 2) Golongan darah : AB (+)
 - 3) HbSAg : Nonreaktif
 - 4) GDS : 94 mg/dl
- b. Urine Tanggal : 27Februari 2017
- 1) Protein : Negatif
 - 2) Lain – lain : Tidak ada

m. Pemeriksaan penunjang

- a. USG tanggal : 25januari 2017, air ketuban mencukupi, plasenta tidak menutupi jalan lahir, jenis kelamin perempuan, TBJ : gram.
- b. X – Ray : Tidak dilakukan
- c. Lain – lain : Tidak Ada

2. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Diagnosa	Dasar
G ₂ P ₁₀₀₁ hamil 35-36 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan kek	<p>S :</p> <p>Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran dan melahirkan anak cukup bulan 1 kali dan jumlah anak hidup 1 orang Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya 06 Juni 2016 Ibu mengatakan PPtest (+) Ibu mengatakan makan 3-4 kali dalam sehari dan minum susu ibu hamil. Ibu mengatakan kaki gatal pada kaki kiri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ku : Baik Kes : Compos mentis 2. TP : 13April 2017 3. TTV <p>TD : 110/70 mmHg</p>

	<p>Nadi : 80x/ menit Pernafasan : 20x/ menit Temp : 36,0⁰C</p> <p>4. BB sebelum hamil : 50 kg BB terakhir : 57 kg TB : 163 cm Usia kehamilan 35 : gram Lila : 23 cm</p> <p>5. Inspeksi : konjungtiva tidak anemis</p> <p>6. Palpasi Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (+) Ekstermitas : Tidak ada oedema Palpasi Leopold LI : Teraba bokong TFU: 30 cm LII : Punggung kiri LIII : Presentasi kepala L IV : Sudah masuk PAP TBJ : 2,5gram</p> <p>7. Auskultasi DJJ (+) 148 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat</p> <p>8. Perkusi Refleks Patella Kaki kanan (++) Kaki kiri (++)</p> <p>9. Pemeriksaan GDS : 94 mg/dl</p>
--	--

Masalah	Data Dasar
Kekurangan energi kronik	<p>S : ibu mengatakan makan 3-4 kali dalam sehari dan minum susu ibu hamil.</p> <p>O : Lila :23 cm</p>

3. Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial)

Diagnosa : Ny.M G2P1001 Hamil 34 minggu 4 hari janin tunggal
hidup intra uteri letak kepala

Masalah : ibu tidak nafsu makan hanya minum air putih

Kebutuhan : KIE nutrisi dan gizi yang baik untuk ibu hamil

Diagnosa Potensial : KEK

Masalah potensial : potensial terjadi perdarahan

BBLR

IUGR

Antisipasi Tindakan : Kolaborasi dengan Ahli gizi dan dokter SpOg

S : Ibu mengatakan makan 2 kali dalam sehari dan minum
susu ibu hamil.

O : Lila : 23cm

P

1. Melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga penambahan lila ibu dapat dipantau sebelum persalinan
 2. Konsultasikan pola makan dan asupan gizi semasa hamil dengan dokter/ahli gizi.
 3. Lebih banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein (ikan, susu, daging, tahu, tempe) vitamin dan mineral (sayur dan buah buahan).
 4. Ibu dibrikan vitamin suplemen besi dan suolemen kalsium
4. Langkah IV (Menetapkan Terhadap Tindakan Segera)
- Kolaborasi dokter untuk melakukan kontrol
5. Langkah V (Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh)

1. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Rasional :

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

2. Berikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang kekurangan energi kronik yaitu terdiri dari pengertian, akibat dan cara mengatasinya

Rasional :

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

3. Lakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan ahli gizi untuk mengetahui gizi pada ibu hamil

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

4. Berikan pendidikan kesehatan tentang ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu braxton hicks yang terkadang ibu alami saat ini.

Rasional : Braxton hicks pada trimester 3 adalah hal yang normal, yaitu karena adanya kontraksi usus mempersiapkan persalinan. Cara untuk mengatasinya yaitu istirahat dan teknik nafas (Saifuddin, 2010).

5. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.

Rasional :Pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting selama kehamilan, karena dapat mencegah secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menetapkan resiko kehamilan, menyiapkan persalinan, menuju ibu dan bayi sehat. Saat memasuki usia kehamilan 36 minggu, pemeriksaan kehamilan dilakukan setiap 1 minggu sekali. (Manuba Ida Ayu, 2012).

6. Langkah VI (Pelaksanaan Langsung Asuhan/Implementasi)

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, yaitu :

- a. Ku : baik
- b. Kesadaran : cm
- c. TTV :
 - 1) TD : 110/70 mmHg
 - 2) Nadi : 80x/ menit
 - 3) Pernafasan : 20x/ menit
 - 4) Temp : 36,0⁰C
- d. BB sebelum hamil : 50 kg
- e. BB terakhir : 57 kg
- f. TB : 163 cm
- g. BMI= 75: (1,55)² = 31,22
- h. LILA : 23cm
- i. Inspeksi : konjungtiva tidak anemis
- j. Palpasi
 - 1) Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran

ASI(+)

2) Ekstermitas : Tidak ada oedema

k. Palpasi Leopold

LI : Teraba bokong, TFU: 30cm

LII : Punggung kiri

LIII : Presentasi kepala

L IV : Sudah masuk PAP

TBJ : 2,5 gram

l. Auskultasi

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

m. Perkusi

Refleks Patella

Kaki kanan (++)

Kaki kiri (++)

n. Pemeriksaan GDS : 94 mg/dl.

- 5) Menjelaskan tentang gizi ibu hamil terdiri dari pengertian, akibat dan cara mengatasinya

Rasional :

Berat badan ibu harus memadai, bertambah sesuai umur kehamilannya.

Memasuki trimester ketiga dibutuhkan vitamin dan mineral untuk mendukung pesatnya pertumbuhan janin dan pertumbuhan otak (Albugis, 2008).

- 6) Lakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan ahli gizi

Rasional :

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

- 7) Berikan pendidikan kesehatan tentang ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu braxton hiks yang terkadang ibu alami saat ini.

Rasional :

Braxton hiks pada trimester 3 adalah hal yang normal, yaitu karena adanya kontraksi usus mempersiapkan persalinan. Cara untuk mengatasinya yaitu istirahat dan teknik nafas (Saifuddin, 2010).

- 8) Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.

Rasional :

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

7. Langkah VII (Evaluasi)

Tanggal : 27 februari 2017

Jam : 19.00 Wita

1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
2. Ibu mampu menyebutkan 1 dari 3 akibatkekurangan energi kronik dan cara mengatasinya.
3. Ibu akan berkonsultasi dengan ahli gizi untu menambah asupan makan

4. Ibu mengerti tentang ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu braxton hicks yang terkadang ibu alami saat ini
5. Ibu akan melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.

C. Dokumentasi SOAP

ANC pada usia kehamilan 35-36 minggu

Tanggal / waktu pengkajian : Senin, 27februari 2017

Pukul : 19.00 WITA

Nama Pengkaji : Wardah Dwi Kurnia Rahman

Tempat : jln pandan arum rt.38 no.04 kecamatan:balikpapan
tengah kota:balikpapan

S : Ibu mengatakan hamil anak kedua, pernah 1 kali melahirkan cukup bulan, tidak pernah melahirkan prematur, tidak pernah keguguran, dan jumlah anak hidup 1 orang.

HPHT : 06 Juni 2016

Ibu mengatakan PP test (+)

Ibu mengatakan makan 3-4 kali sehari dan minum susu

O : Ku : Baik

Kes : Compos mentis

TP : 13 April 2017

Tinggi badan : 163 cm

Lila : 23 cm

Berat badan :

Sebelum hamil : 50 kg

Sekarang : 57 kg

TTV : TD : 110/ 70 mmHg

Nadi : 80x/ menit

Pernafasan : 20x/ menit

Temp : 36 °C

Palpasi

Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran
ASI (+)

Ekstermitas : Tidak ada oedema

Palpasi Leopold

LI : 30cm, bagian fundus
Teraba bulat, lunak, tidak melenting
TBJ :2,5 gram

LII : Bagian perut ibu sebelah kiri teraba keras datar
seperti papan (punggung), sebelah kanan teraba
bagian kecil janin

LIII : Bagian terendah janin teraba bulat, keras,
melenting (kepala), sudah masuk PAP

L IV : Divergen

Auskultasi

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

Perkusi

Refleks Patella : Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)

A: Diagnosa : Ny.M G2P1001 Hamil 34 minggu 4 hari janin tunggal hidup intra uteri letak kepala

Masalah : ibu tidak nafsu makan hanya minum air putih

Kebutuhan : KIE nutrisi dan gizi yang baik untuk ibu hamil

Diagnosa Potensial : KEK

Masalah potensial : potensial terjadi perdarahan

BBLR

IUGR

Antisipasi Tindakan : Kolaborasi dengan Ahli gizi dan dokter SpOg

Melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga dapat dipantau asupan makan ibu

1. Konsultasikan pola makan dan asupan gizi semasa hamil dengan dokter.
2. Lebih banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein (ikan, susu, daging, tahu, tempe) vitamin dan mineral (sayur dan buah buahan).

Tindakan Segera :

Kolaborasi dokter untuk memantau gizi ibu

P :

1. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

2. Berikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang kek yaitu terdiri dari pengertian, akibat dan cara mengatasinya
3. Lakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter ahli gizi
4. Berikan pendidikan kesehatan tentang ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu braxton hicks yang terkadang ibu alami saat ini.
5. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.

Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/waktu pengkajian : 07 Maret 2017/15.00 WITA

Nama Pengkaji : Wardah Dwi Kurnia Rahman

Tempat : Rumah Ny.M

S :

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

O :

KU : Baik Kesadaran : Compos Mentis

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

BB : 67 kg Hb : tidak dilakukan

Lila : 23,4 cm

Inspeksi

Wajah : Tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat

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

Palpasi Leopold

TFU : 32 cm

Leopold I : 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 melenting. Bagian ini sudah susah untuk digoyangkan (telah masuk PAP).

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

DJJ : 138 x/m

TBJ (menurut Jhonson) : $32-11 = 21 \times 155 = 3,0$ gram

A : G₂P₁₀₀₁ Usia Kehamilan 35 minggu 10 hari Janin Tunggal
Hidup Intrauterin

P :

Tanggal : 07 Maret 2017

Jam	Pelaksanaan	Paraf
15.20 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan umum ibu dan janin baik, saat ini usia kehamilan ibu sudah 8 bulan ; ibu mengetahui kondisinya saat ini.	
15.30 WITA	Memberikan ibu support mental : ibu merasa lebih nyaman. Serta menjelaskan bahwa sakit pinggang belakang yang sekarang Ibu alami merupakan hal yang alamiah akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dengan postur tubuhnya. : ibu mengerti apa yang dijelaskan	
15.45 WITA	Menganjurkan Ibu untuk menggunakan kasur yang menyokong atau menggunakan bantal dibawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan: ibu mau melaksanakannya	
15.45	Mengajarkan ibu tentang cara mengkaji gerakan janin. Gerakan janin	

WITA	minimal 10 kali dalam waktu 10 jam; Ibu mengerti tentang cara mengkaji gerakan janin dan bersedia untuk melakukan penghitungan gerakan janin.	
16.00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai tanda-tanda persalinan : terjadinya his, pengeluaran lender darah dan pengeluaran cairan ; ibu mengerti apa yang dijelaskan.	
16.10 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang	