

**LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN
KOMPREHENSIF PADA NY."R" G3P1001 DENGAN MASALAH
ANEMIA RINGAN DAN KEK DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS DAMAI KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2017**



Oleh:

YANA KARNILA
NIM. PO.7224114037

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

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

HALAMAN PENGESAHAN

“ASUHAN KEBIDANAN KONPREHENSIF PADA NY.”R”

YANA KARNILA

Proposal 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 26 Juli 2017

Penguji Utama

Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes (.....)

NIP.195507131974022001

Penguji I

Dr. Hj. Nina Mardiana S.pd M.kes (.....)

NIP. 196109251982032001

Penguji II

Ita Kusumayanti,SST (.....)

NIP. 198104232002122001

MENGETAHUI

Program Studi
Kebidanan Balikpapan
Ketua

Politeknik Kesehatan Kaltim
Jurusan Kebidanan Balikpapan
Ketua

Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes

NIP.195507131974022001

Eli Rahmawati S.SiT,M.Kes

NIP : 197403201993032001

“ASUHAN KEBIDANAN KONPREHENSIF PADA NY.”R”

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yana Karnila

NIM : PO 7224114037

Tempat Tanggal Lahir : Bontang, 15 Agustus 1994

Agama : Islam

Alamat : Jalan Tari Gantar 2 No.34 RT.07 Kelurahan
Guntung Kecamatan Bontang Utara.

Riwayat Pendidikan :

- TK DARUL ULUM Bontang, Lulus Tahun 2000
- SD DARUL ULUM Bontang Bontang, Lulus Tahun 2006
- SMP Negeri 5 Bontang, Lulus Tahun 2009
- SMABAHRUL ULUM Bontang, Lulus Tahun 2012
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi DIII Kebidanan Balikpapan Tahun 2014 – sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, karunia dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R G₃P₁₀₀₁ Usia Kehamilan 36 Minggu 2 hari dengan Anemia di Wilayah Kerja Puskesmas Damai kecamatan Balikpapan Utara Tahun 2017” dengan baik dan lancar.

Penulis menyadari bahwa Proposal Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan rendah hati penulis menerima semua masukan dan saran untuk perbaikan dan penyempurnaan pada Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak yang sangat berarti dan dalam kesempatan ini tidak lupa penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang tidak terhingga kepada :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia., S.Pd., M.Kes ,selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur Dan selaku penguji Utama dalam sidang Laporan Tugas Akhir.
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
4. Dr. Hj. Nina Mardiana S.Pd., M.Kes selaku dosen pembimbing 1, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

5. Ita Kusumayanti, SST selaku Pembimbing II yang senantiasa mengingatkan dan memberi motivasi penulis untuk segera menyelesaikan Proposal ini.
6. Para Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur Prodi D III Kebidanan Balikpapan.
7. Teristimewa kedua Orang Tua, Kakak serta keluarga Saya yang telah memberi semangat, doa, serta dukungan materi dan spiritualnya dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Klien beserta keluarga yang kooperatif sehingga memudahkan penulis dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini.

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

Atas partisipasi dan dukungan dari berbagai pihak, penulis mengucapkan terimakasih dan memohon maaf atas segala kekurangan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Terimakasih

Balikpapan, 27 Maret 2017

Penulis

YanaKarnila

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan	
1. Tujuan Umum.....	8
2. Tujuan Khusus	8
D. Manfaat Penelitian	
1. Manfaat Teoritis.....	9
2. Manfaat Praktis	9
E. Ruang Lingkup	10
F. Sistematika Penulisan.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	14
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif.....	14
C. Konsep Dasar Teori	32
1. Kehamilan Trimester III.....	32
2. Kehamilan dengan anemia	44
3. Persalinan	65
4. Bayi Baru Lahir.....	96
5. Nifas.....	106

6. Neonatus.....	119
7. Keluarga Berencana.....	128
BAB III SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI	
KASUS	
A. Rancangan Penulisan.....	135
B. Kerangka Kerja Penelitian.....	135
C. Subjek Penelitian.....	136
D. Pengumpulan dan Analisi.....	137
E. Etika Penelitian.....	137
BAB IV TINJAUAN KASUS.....	98
DAFTAR PUSTAKA.....	124

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

2.1 Peningkatan berat badan selama kehamilan.....	24
---	----

2.2	Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri	25
2.3	Taksiran berat janin sesuai usia kehamilan	25
2.4	Pemberian imunisasi tetanus toxoid	27
2.5	Asuhan kebidanan pada ibu bersalin	31
2.6	Apgar Skor	34
2.7	Daftar tilik penapisan klien	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman	
2.1	Tinggi Fundus Uteri	51

2.2	Tinggi Fundus Uteri Dalam CM.....	51
2.3	Peningkatan Berat Badan selama Hamil	64
2.4	Patograf	92
2.5	Apgar Score	98
2.6	Perubahan Normal Pada Uterus Selama post Partum.....	108

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan merupakan proses yang alamiah (normal) dan bukan proses patologi/abnormal. Menyadari hal tersebut dalam melakukan asuhan tidak perlu melakukan intervensi-intervensi yang tidak perlu kecuali ada indikasi (Jannah, 2012).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan normal biasanya berlangsung selama 280 hari atau (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, trimester pertama dimulai dari minggu ke-1 sampai minggu ke-12, trimester kedua dimulai dari minggu ke-13 sampai minggu ke-24, trimester ketiga dimulai dari minggu ke-25 sampai minggu ke-40 (Yuni Kusmiati, 2009).

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pada keluarga berencana. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Saifuddin, 2006).

Hasil dari Deklarasi SDGs (*Sustainable Development Goals*) pada juli 2014, draft kerangka kerja SDGs memiliki 17 targetan. Dalam targetan nomor 3 mengenai ketercakupan kesehatan yang semakin luas untuk memastikan hidup sehat dan

sejahtera bagi semua kalangan. Pada sub targetan tersebut disebutkan bahwa pada tahun 2030 *Maternal Mortality Rate* (MMR) atau Angka Kematian Ibu (AKI) dalam skala global turun kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2015).

Penelitian WHO (World Health Organization), diseluruh dunia terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun dan kematian bayi khususnya neonatus sebesar 10.000.000 jiwa per tahun. Kematian maternal dan bayi tersebut terjadi terutama di negara berkembang sebesar 99 %. Kematian ibu dan bayi mempunyai peluang yang sangat besar untuk dicegah dengan meningkatkan kerjasama antara pemerintah, swasta, dan badan sosial lainnya (Manuaba, 2010)

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2013 menyatakan bahwa rata-rata Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tercatat mencapai 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100 ribu. Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan Vietnam (59/100.000), dan Cina (37/100.000).

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

menjadi 762 kematian per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2015).

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

Data dari Direktorat Kesehatan Keluarga menunjukkan bahwa 40% penyebab kematian pada ibu hamil adalah perdarahan, risiko perdarahan ini akan lebih diperberat apabila ibu hamil menderita anemia . Diketahui bahwa 10% - 20% ibu hamil di dunia menderita anemia pada kehamilannya. Di dunia 34 % terjadi anemia pada ibu hamil dimana 75 % berada di negara sedang berkembang . Prevalensi anemia pada ibu hamil di negara berkembang 43 % dan 12 % pada wanita hamil di negara maju (Allen, 2007). Di Indonesia prevalensi anemia kehamilan relatif tinggi, yaitu 38% -71.5% dengan rata-rata 63,5%, sedangkan di Amerika Serikat hanya 6% (Saifudin, 2006).

Kasus anemia merupakan salah satu masalah gizi yang masih sering terjadi pada semua kelompok umur di Indonesia, terutama terjadinya anemia defisiensi

besi. Masalah anemia defisiensi besi merupakan masalah kesehatan masyarakat luas yang berhubungan dengan peningkatan resiko morbiditas dan mortalitas yang bukan hanya pada wanita hamil dan anak-anak, tetapi juga pada wanita usia produktif, khususnya wanita yang bekerja.

Prevalensi anemia di Indonesia masih cukup tinggi. Anemia menduduki urutan keempat dalam sepuluh besar penyakit di Indonesia. Adapun dalam dua puluh lima besar penyakit yang banyak diderita perempuan anemia juga berada di urutan keempat (Depkes,2006).

Menurut data hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi anemia diIndonesia yaitu 21,7% dengan penderita anemia berumur 5-14 tahun sebesar 26,4% dan 18,4% penderita berumur 15-24 tahun (Kemenkes RI, 2014). Data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2012 menyatakan bahwa prevalensi anemia pada balita sebesar 40,5%, ibu hamil sebesar 50,5%, ibu nifas sebesar 45,1%,remaja putri usia 10-18 tahun sebesar 57,1% dan usia 19-45 tahun sebesar 39,5%. Wanita mempunyai risiko terkena anemia paling tinggi terutama pada remaja putri (KemenkesRI, 2013).

Tingkat kecukupan gizi dan kondisi fisiologik mempengaruhi kadar hemoglobin dan kadar hemoglobin yang menurun akan berpengaruh pada produktivitas kerja wanita. Menurut Badan Pusat Statistik (2011), jumlah wanita yang bekerja di Indonesia mengalami peningkatan sebesar 47.139.551 orang yang sebelumnya pada tahun 2010 sebesar 44.645.783 orang. Namun peningkatan jumlah wanita yang bekerja di Indonesia berbanding terbalik dengan status kesehatan dan gizi yang belum ditangani secara maksimal sehingga berakibat

menurun. Anemia lebih dikenal dengan sebagai penyakit kurang darah (Citrakesumasari, 2012) .

Program kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu program pokok di puskesmas yang mendapat prioritas tinggi, mengingat kelompok ibu hamil, menyusui, bayi, dan anak merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap kesakitan dan kematian (Sani, dkk., 2009). Angka kejadian kelahiran premature yang disebabkan karena ibu hamil mengalami kurang gizi (kurang energi kronis/KEK, yang ditandai dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm. Akibat yang paling relevan dari ibu hamil KEK adalah terjadinya bayi lahir dengan BBLR (kurang dari 2.500 gr) (Mina, 2013).

Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand. Beberapa penyebab kematian bayi dapat bermula dari masa kehamilan 28 minggu sampai hari ke-7 setelah persalinan (masa perinatal). Penyebab kematian bayi yang terbanyak adalah karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran prematur dan berat badan bayi lahir yang rendah, yaitu sebesar 38,85% (Sutriani, 2010).

Angka kematian bayi dan ibu serta bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang tinggi pada hakekatnya juga ditentukan oleh status gizi ibu hamil. Ibu hamil dengan status gizi buruk atau mengalami KEK (Kurang Energi Kronis) cenderung melahirkan bayi BBLR dan dihadapkan pada risiko kematian yang lebih besar dibanding dengan bayi yang dilahirkan ibu dengan berat badan yang

normal. Sampai saat ini masih banyak ibu hamil yang mengalami 3 masalah gizi khususnya gizi kurang seperti Kurang Energi Kronik (KEK) dan anemia (Saimin dalam Ferial (2011)). Kejadian KEK dan anemia pada ibu hamil umumnya disebabkan karena rendahnya asupan zat gizi ibu selama kehamilan bukan hanya berakibat pada ibu bayi yang dilahirkannya, tetapi juga faktor resiko kematian ibu (Almatsier, 2004) Prevalensi KEK di negara-negara berkembang seperti Banglades, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Srilanka dan Thailand adalah 15-47% yaitu dengan BMI <18,5.

Adapun negara yang mengalami prevalensi yang tertinggi adalah Banglades yaitu 47%, sedangkan Indonesia menjadi urutan ke empat terbesar setelah India dengan prevalensi 35,5% dan yang paling rendah adalah Thailand dengan prevalensi 15-25%. (Sigit, 2009). Masalah gizi dalam kehamilan yang dihadapi masyarakat Indonesia adalah KEK pada ibu hamil. Dimana hal ini disebabkan oleh pengetahuan gizi terhadap ibu hamil yang kurang, ketidakmampuan keluarga dalam menyediakan makanan bergizi dan kurangnya kesadaran pada ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang. Gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandung (Astri, 2011).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, proporsi wanita usia subur resiko KEK usia 15-19 tahun yang hamil sebanyak 38,5% dan yang tidak hamil sebanyak 46,6%. Pada usia 20-24 tahun adalah sebanyak 30,1% yang hamil dan yang tidak hamil sebanyak 30,6%. Selain itu, pada usia 25-29 tahun adalah sebanyak 20,9% yang hamil dan 19,3% yang tidak hamil. Serta pada usia 30-34 tahun adalah sebanyak 21,4% yang hamil dan 13,6% yang tidak hamil.

Upaya pencegahan awal dari faktor risiko kehamilan yaitu dengan pemeriksaan ANC (Antenatal Care). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Antenatal care untuk mendeteksi dini terjadinya risiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin (Huliana, 2001). Kualitas bayi yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh keadaan ibu sebelum dan selama hamil. Jika zat gizi yang diterima dari ibunya tidak mencukupi maka janin tersebut akan mempunyai konsekuensi yang kurang menguntungkan dalam kehidupan berikutnya (Nora, 2013).

Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang ibu akan mempengaruhi dalam pengambilan keputusan dan juga berpengaruh pada perilakunya. Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik kemungkinan akan memberikan gizi yang cukup bagi bayinya.

Pengkajian awal yang dilakukan penulis pada Ny.R tanggal 9 April 2017 ditemukan Ny.R usia 25 tahun G3P1001 usia kehamilan 36 minggu dengan masalah Anemia ringan dan KEK. Dengan data dasar Hb 9,5gr/dl ,LILA 22cm ,peningkatan berat badan 9kg.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. "R" selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."R" dengan Anemia Ringan dan KEK Di Kelurahan Damai Balikpapan Tahun 2017".

B . Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif (pengkajian, identifikasi masalah, dan penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dan pendokumentasian) sejak masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan pada Ny. R ?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. “R” sejak masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk laporan tugas akhir.

2. Tujuan Khusus

Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan membantu penulis agar mampu:

- a. Mampu melakukan asuhan kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. “R”.
- b. Mampu melakukan asuhan persalinan (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. “R”.

c.Mampu melakukan asuhan Bayi Baru Lahir (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. “R”.

d.Mampu melakukan asuhan nifas (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. “R”.

e.Mampu melakukan asuhan neonatus (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. “R”.

f. Mampu melakukan asuhan Keluarga Berencana (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. “R”.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

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

2. Manfaat Praktis

a.Bagi penulis

Memberikan pengalaman bagi penulis untuk dapat melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

b. Bagi institusi

Memberikan pendidikan dan pengalaman bagi mahasiswanya dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi sehingga dapat menumbuhkan dan menciptakan bidan terampil, profesional dan mandiri.

c. Bagi klien

Klien mendapatkan pelayanan secara komprehensif sesuai standar pelayanan kebidanan.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun berdasarkan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny."R" mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan pelayanan kontrasepsi pada periode Maret-Juni 2017.

F. Sistematika Penulisan

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

Ada pun metode pengumpulan data yang dipergunakan adalah:

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

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

3. Studi Dokumentasi

Untuk mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan materi pembahasan, seperti lembar status.

Sistematika umum penulisan laporan tugas akhir adalah sebagai berikut:

JUDUL

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Dasar Teori

- A. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Konprehensif
- B. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan
- C. Pengkajian Awal Asuhan Kebidanan

BAB III

METODE PENELITIAN

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Konprehensif

1. Asuhan Kebidanan Konprehensif

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

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi yang dilahirkan serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat,antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Varney, 2008)

B. 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).

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

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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

Langkah II : Interpretasi data

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

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan masalah dan diagnose saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan, jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan

persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam member perawatan kesehatan yang aman.

Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

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

Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

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

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

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

Langkah VII : Evaluasi

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

Dokumentasi

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

- S :Menurut perspektif klien. Data ini diperoleh melalui anamnesa atau allow anamnesa (sebagai langkah I dalam manajemen Varney)
- O :Hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medic pasien yang lalu. (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).
- A :Analisis/interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi diagnosa/masalah. Identifikasi diagnose/masalah potensial. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi kolaborasi dan rujukan. (sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney).

P :Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana berdasarkan pada langkah V, VI, VII pada evaluasi dari flowsheet. Planning termasuk : Asuhan mandiri oleh bidan, kolaborasi/konsultasi dengan dokter, nakes lain, tes diagnostic/laboratorium, konseling/penyuluhan Follow up.

3. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Komprehensif

a. Konsep manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil

1) Langkah 1 . Pengkajian Data

Pengkajian Data Ibu

Data yang harus dikumpulkan pada ibu hamil, meliputi: biodata/identitas baik ibu maupun suami, data subjektif dan data objektif, yang terdiri atas pemeriksaan fisik, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul dan pemeriksaan laboratorium/penunjang lainnya. Biodatayang dikumpulkan dari ibu hamil dan suaminya, meliputi: nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat lengkap.

Data subjektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan , meliputi:

- a) Riwayat perkawinan, terdiri atas: status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan.
- b) Riwayat menstruasi, meliputi: HPHT, siklus haid, perdarahan pervaginam, dan flour albus.

- c) Riwayat kehamilan sekarang, meliputi: riwayat ANC, gerakan janin, tanda-tanda bahaya atau penyulit, keluhan utama, obat yang dikonsumsi, termasuk jamu, kekhawatiran ibu.
- d) Riwayat obstetric (Gravida(G)...Para (P)...Abortus (A)...Anak hidup (AH)...), meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan BB bayi lahir < 2500 gram atau > 4000 gram serta masalah selama kehamilan.
- e) Riwayat keluarga berencana, meliputi: jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti.
- f) Riwayat kesehatan/penyakit ibu dan keluarga , meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- g) Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat/makanan
- h) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygiene, aktivitas dan istirahat.
- i) Riwayat psikososial, meliputi: pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu

Data objektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan meliputi:

a) Pemeriksaan fisik ibu hamil ,meliputi :

- (1) Keadaan umum, meliputi: tingkat energy, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, TB dan BB
- (2) Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, frekuensi, denyut nadi dan pernapasan.
- (3) Kepala dan leher, meliputi: edema wajah, kloasma gravidarum, mata (kelopak mata pucat atau tidak, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan), keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher: pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe.
- (4) Payudara, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe.
- (5) Abdomen, meliputi: adanya bekas luka, hiperpigmentasi (linea nigra, striae gravidarum), Tinggi fundus Uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan lebih dari 12 minggu, dan dengan pita ukuran jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 28 minggu), DJJ janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu.

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

b) Palpasi abdomen

Ada 4 macam palpasi abdomen pada ibu hamil, bertujuan untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. 4 macam palpasi abdomen pada ibu hamil, antara lain: Palpasi Leopold, Palpasi Afbeld, Palpasi budin dan Palpasi Knebel. Dari 4 macam palpasi abdomen pada ibu hamil ini, yang paling sering dipakai dan relative lebih lengkap adalah Palpasi Leopold yang terdiri dari Leopold I, II, III dan IV. Palpasi

Leopold secara lengkap (I sampai IV) baru dapat dilakukan kurang lebih pada usia 24 minggu:

(1) Palpasi Leopold I

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

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

(2) Palpasi Leopold II

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

- (a) Kedua tangan pindah kesamping
- (b) Tangan kiri menahan sisi uterus ibu sebelah kanan, tangan kanan meraba sisi sebelah kiri uterus ibu dari

atas ke bawah, apakah teraba bagian punggung atau bagian-bagian kecil janin adalah berbenjol-benjol, sempit, bila didorong tahanan lemah. Pada letak lintang sisi uterus sebelah kanan atau kiri bisa teraba kepala atau bokong janin

- (c) Berganti tangan kanan menahan sisi uterus sebelah kiri, tangan kiri meraba sisi uterus ibu sebelah kanan atau kiri bisa teraba kepala atau bokong janin

(3) Palpasi Leopold III

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

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

(4) Palpasi Leopold IV

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

- (a) Bidan menghadap ke arah kaki ibu
- (b) Kedua tangan ditempatkan pada permukaan presentasi janin. Jika kedua tangan konvergen berarti hanya sebagian kecil presentasi janin yang sudah masuk panggul. Jika kedua tangan sejajar berarti separuh bagian presentasi janin sudah masuk rongga panggul. Jika kedua tangan divergen berarti bagian terbesar dari rongga panggul dan telah melewati PAP. Pemeriksaan palpasi Leopold IV ini tidak dilakukan jika presentasi janin masih tinggi

(5) Pemeriksaan Panggul

Indikasi pemeriksaan ukuran panggul adalah pada ibu-ibu hamil yang diduga panggul sempit, yaitu: pada primigravida kepala belum masuk panggul pada 4 minggu terakhir, pada multipara dengan riwayat obstetric jelek, pada ibu hamil dengan kelainan letak pada 4 minggu terakhir dan pada ibu hamil dengan kiposis, skilosis, kaki pincang atau cebol

Ada 2 jenis ukuran panggul pada ibu hamil, yaitu ukuran panggul luar dan panggul dalam. ukuran panggul

luar tidak dapat menilai persalinan dapat berlangsung spontan atau tidak, tetapi bisa member petunjuk kemungkinan ibu hamil memiliki panggul sempit. Ukuran panggul luar terdiri atas: distansia spinarum (24-26 cm), distansia kristaru (28-30 cm), konjungata eksterna (18 cm), distansia tuberum (10,5 cm) dan lingkaran panggul (80-90 cm).

Ukuran panggul dalam dapat dikur dengan melakukan pemeriksaan dalam pada usia kehamilan 32 minggu. Ukuran panggul dalam yang harus ditentukan adalah konjungata diagonalis, meraba linea innominata, keadaan sacrum convex, keadaan dinding samping panggul lurus/konvergen, spina ischiadica menonjol/tidak, keadaan os pubis exostose tidak, keadaan arcus pubis kurang dari 90 derajat atau tidak.

(6) Pemeriksaan Laboratorium

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

Pemeriksaan darah ibu hamil, antara lain bertujuan untuk memeriksa hemoglobin, golongan darah,

hematokrit darah, factor resus, rubella, VDRL/RPR dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan dengan persetujuan ibu hamil.

Pengkajian Data Fetus

a) Gerakan Janin

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

b) Denyut Jantung Janin (DJJ)

DJJ merupakan salah satu tanda pasti kehamilan dan kehidupan janin. DJJ mulai terdengar pada usia kehamilan 16 minggu. Dengan dopler DJJ mulai terdengar pada usia kehamilan 12 minggu.

Ciri-ciri DJJ adalah ketukan lebih cepat daripada denyut nadi dengan frekuensi normalnya 120-160 x/menit. Janin mengalami bradycardi apabila DJJ < 120 x/menit selama 10 menit. Janin mengalami tachycardia apabila DJJ > 160 x/menit selama 10 menit.

Sebagai berikut: jika janin sehat, maka pada saat janin bergerak aktif, DJJ akan meningkat. Jika janin kurang baik, pergerakan tidak diikuti dengan peningkatan DJJ.

a. Langkah 2 . Interpretasi Data Dasar

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

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

b. Langkah 3. Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

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

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

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

d. Langkah 5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

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

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

- a) Jelaskan kondisi kehamilan dan rencana asuhan yang akan diberikan
- b) Diskusikan jadwal pemeriksaan dan hasil yang diharapkan
- c) Jelaskan pada ibu, bila diperlukan pemeriksaan khusus/konsultasi ke disiplin ilmu lain. Bila perlu, ibu dapat dirujuk ke tenaga ahli/fasilitas kesehatan yang lebih lengkap

- d) Beritahukan beberapa hal/gejala klinis penting dalam kehamilan yang menyebabkan ibu harus segera melakukan kunjungan ulang
- e) Beritahukan ibu tentang fasilitas kesehatan dan system yang ada untuk melakukan rujukan
- f) Pastikan ibu mengerti informasi dan hasil pemeriksaan/diagnosis serta penatalaksanaannya
- g) Beri kartu ibu, antarkan ibu keluar dan ucapkan salam

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis normal, antara lain: pemberian konseling gizi, latihan fisik, perubahan fisiologis, kebersihan diri, kunjungan ulang berikutnya, pertolongan bila terjadi tanda-tanda bahaya ,rencana dan persiapan kelahiran, pengambilan keputusan bila terjadi komplikasi. Ibu hamil normal juga harus mendapatkan tablet zat besi serta imunisasi TT sesuai jadwal.

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan masalah/kebutuhan khusus adalah sama seperti rencana asuhan yang menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis normal dan sedikit perubahan. Rencana asuhan ditambah dengan konseling khusus sesuai dengan masalah/kebutuhan khusus bagi ibu hamil hadapi saat ini.

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan penyakit/komplikasi adalah:

- a) Rujuk ke dokter untuk konsultasi

- b) Lanjutkan pemantauan ibu dan janin selama kehamilan
- c) Berikan asuhan antenatal
- d) Rencana dini jika ibu tidak aman melahirkan di rumah

Rencana asuhan menyeluruh bagi ibu hamil yang didiagnosis hamil dengan keadaan darurat adalah:

- a) Rujuk segera ke fasilitas kesehatan terdekat yang tersedia pelayanan kegawatdaruratan obstetric.
 - b) Sambil menunggu transportasi, berikan pertolongan awal, bila perlu berikan pengobatan
 - c) Temani ibu dan anggota keluarga
 - d) Bawa obat dan kebutuhan lain
 - e) Bawa catatan medic, kartu ibu dan surat rujukan
- e. Langkah 6. Pelaksanaan Perencanaan

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

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

f. Langkah 7. Evaluasi

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

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, mulai proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik

Manajemen kebidanan yang terdiri atas 7 langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan/diterapkan dalam setiap situasi (Muslihatun, 2010)

C. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Konsep Dasar Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan Trimester III

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

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

1) Minggu ke-32/ bulan ke-8

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

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

2) Minggu ke-36 / bulan ke-9

Perkembangan Janin → Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak/berputar banyak. Antibody ibu

ditransfer ke bayi. Hal ini akan memberikan kekebalan untuk 6 bulan pertama sampai system kekebalan bayi dapat bekerja sendiri

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

3) Minggu ke-37 :

Kepala bayi turun ke ruang pelvik. Bentuk bayi semakin membulat dan kulitnya menjadi merah jambu. Rambutnya tumbuh dengan lebat dan bertambah 5cm. Kuku terbentuk dengan sempurna. Bayi sudah bisa melihat adanya cahaya diluar rahim. Bayi pada saat ini sedang belajar untuk mengenal aktifitas harian, selain itu bayi juga sedang belajar untuk melakukan pernafasan walaupun pernafasannya masih dilakukan di dalam air. Berat badan bayi di minggu ini 2700-2800 gram, dengan tinggi 48-49 cm.

4) Minggu ke-38 hingga minggu ke-40

Proses pembentukan telah berakhir dan bayi siap dilahirkan.

c. Perubahan Psikologis pada kehamilan Trimester III :

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda atau gejala akan terjadinya persalinan dan perasaan takut kalau seandainya bayi yang dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Adanya kemungkinan perasaan takut dan bahaya yang akan timbul pada waktu persalinan nanti.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan seperti merasa dirinya aneh dan jelek pun timbul kembali. Ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Maka dari itu, ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

Ibu mulai aktif mempersiapkan untuk kelahiran bayinya dan penasaran bagaimana rupanya.

d. Ketidaknyamanan pada kehamilan Trimester III :

1) Sakit Punggung

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

Pakailah sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, berdiri dan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, mintalah pertolongan untuk melakukan pekerjaan rumah ibu sehingga ibu tak perlu membungkuk terlalu sering dan pakailah kasur yang nyaman.

2) Payudara

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

3) Konstipasi

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

4) Napas Sesak

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

Progesteron yang membuat bernapas lebih dalam dan lebih sering juga bisa karena Anemia sehingga pengangkutan oksigen keseluruhan tubuh berkurang.

Penanganan →

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

5) Sering Kencing

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

6) Masalah Tidur

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

7) Varises

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

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

8) Kontraksi Perut

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

9) Bengkak

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

10) Kram Kaki

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

11) Cairan Vagina meningkat

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

e. Antenatal care pada Kehamilan Trimester III, yaitu :

- 1) Setiap 2 minggu sekali sampai ada tanda kelahiran
- 2) Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan
- 3) Diet sehat empat lima sempurna
- 4) Pemeriksaan USG
- 5) Imunisasi tetanus II
- 6) Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga.
- 7) Rencana pengobatan
- 8) Nasehat tentang tanda-tanda inpartu, kemana harus datang untuk melahirkan

f. Jadwal Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

Menurut WHO menganjurkan agar setiap wanita hamil mendapatkan paling sedikit empat kali kunjungan ANC:

- 1) 1 kali pada trimester I
- 2) 1 kali pada trimester II
- 3) 2 kali pada trimester III

Pelayanan Asuhan Standart “7T”

- 1) Timbang berat badan
- 2) Ukur Tekanan Darah
- 3) Ukur Tinggi Fundus Uteri
- 4) Pemberian imunisasi TT lengkap
- 5) Pemberian Tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan
- 6) Tes terhadap adanya PMS
- 7) Temu wicara dala rangka persiapan rujukan

Persiapan Keluarga Menghadapi Persalinan

- 1) Menentukan persalinan akan di tolong bidan atau dokter
 - 2) Suami atau keluarga perlu menabung untuk persiapan persalinan
 - 3) Siapkan donor darah, jika sewaktu-waktu dibutuhkan
 - 4) Ibu dan suami menanyakan pada bidan kapan perkiraan tanggal lahir
 - 5) Suami dan masyarakat menyediakan kendaraan jika sewaktu-waktu ibu dan bayi perlu segera ke RS
 - 6) Jika bersalin di rumah, suami atau keluarga perlu menyiapkan :
 - a) Ruang yang terang
 - b) Air bersih dan sabun untuk cuci tangan
 - c) Kain, handuk dan pakaian bayi yang bersih dan kering
 - d) Kain dan pakaian ganti yang bersih setelah ibu melahirkan
- g. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III
- 1) Perdarahan pervaginam

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

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

3) Pengelihatn kabur

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

4) Bengkak di wajah dan jari tangan

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

5) Keluar cairan pervaginam

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

6) Gerakan janin tidak terasa

Bila gerakan janin mulai berkurang bahkan tidak ada sama sekali. Assesmen yang mungkin adalah kematian janin dalam

rahim. Janin mati terlalu lama dalam menimbulkan gangguan pada ibu. Bahaya yang terjadi berupa gangguan pembekuan darah, disebabkan oleh zat-zat berasal dari jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu.

7) Nyeri perut yang hebat

Apabila perut ibu terasa sangat nyeri secara tiba-tiba bahkan jika disentuh sedikit saja dan terasa sangat keras seperti papan serta disertai perdarahan pervaginam. Ini menandakan terjadinya solusio placenta.

h. Indikasi Pemeriksaan USGpad TM II dan III

- 1) Penentuan Usia Kehamilan
- 2) Evaluasi pertumbuhan janin
- 3) Terduga kematian janin
- 4) Terduga kehamilan kembar
- 5) Terduga kelainan volume cairan amnion
- 6) Evaluasi kesejahteraan janin
- 7) Ketuban pecah dini atau persalinan preterm
- 8) Penentuan presentasi janin
- 9) Memantu tindakanversi luar
- 10) Terduga incompetensi servik
- 11) Terduga plasenta previa
- 12) Terduga solutio plasenta
- 13) Terduga kehamilan mola

- 14) Terdapat nyeri pelvic atau nyeri abdomen
- 15) Terduga adanya kelainan kromosom (Usia > 35 tahun atau hasil tes biokimia abnormal)
- 16) Terduga kehamilan ektopik
- 17) Evaluasi kelainan congenital
- 18) Riwayat kelainan congenital pada kehamilan sebelumnya
- 19) Terduga adanya tumor pelvic / kelainan uterus
- 20) Membantu tindakan invasive, seperti amniosintesis, amnioinfus.

2. Kehamilan Berisiko Menurut Skor Poedji Rochjati

Kehamilan dengan faktor risiko adalah kehamilan dimana ditemukannya suatu keadaan yang mengoptimalkan pada kehamilan yang di hadapi (Manuaba, 2008)

1. Risiko

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

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
Kehamilan tanpa masalah/faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

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

- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor >12, kehamilan dengan faktor risiko :

Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, tingkat risiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter Spesialis.

2. Batasan Faktor Risiko/Masalah

- a) Ada Potensi Gawat Obstetri

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

- b) Ada Gawat Obstetri

- (1) Penyakit pada ibu hamil

- (a) Anemia
 - (b) Tuberculosis paru
 - (c) Payah jantung
 - (d) Diabetes melitus
 - (e) HIV/AIDS
 - (f) Toksoplasmosis
- (2) Preeklampsia ringan
 - (3) Gemeli
 - (4) Hidramnion
 - (5) IUFD (Intra Uteri Fetal Died)
 - (6) Hamil serotinus
 - (7) Letak sungsang
 - (8) Letak lintang
- c) Ada Gawat Darurat Obstetri
- (1) Perdarahan antepartum
 - (2) Pre-eklampsia berat/Eklampsia

3. Anemia dalam Kehamilan

Anemia ringan adalah suatu keadaan menurunnya kadar hemoglobin, dan jumlah sel darah merah dibawah nilai normal yang dipatok untuk perorangan <11 gr% (Arisman, 2009).

Gejala anemia ringan antara lain cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, susah tidur dan badan lemas. Penatalaksanaan anemia

ringan yaitu dengan meningkatkan konsumsi gizi penderita, terutama protein dan zat besi dan memberi suplemen zat besi secara peroral (Arisman, 2009).

Anemia pada kehamilan dapat membahayakan ibu dan anak, akibat fungsi dari hemoglobin untuk membawa oksigen ke seluruh tubuh tidak berjalan dengan baik, sebagai akibatnya oksigen untuk anak pun berkurang. Hal ini tak hanya mengancam pertumbuhan janin, tapi juga merupakan penyebab utama kematian ibu saat melahirkan, yang biasanya terjadi akibat perdarahan (Manuaba, 2007).

Menurut Manuaba (2007), bahaya anemia selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Tumbuh kembang janin terlambat dengan berbagai manifestasi
- 2) Kliniknya
- 3) Menimbulkan hiperemesis gravidarum dan gestosis
- 4) Menimbulkan plasenta previa
- 5) Dapat menimbulkan solusio plasenta.

4. Etiologi Anemia

Penyebab utama anemia pada wanita adalah kurang memadainya asupan makanan sumber Fe, meningkatnya kebutuhan Fe saat hamil dan menyusui (kebutuhan fisiologis), dan kehilangan banyak darah saat menstruasi (Manuaba, 2007).

Pola konsumsi makan sehari-hari yang sesuai dengan kebutuhan gizi setiap individu sangat berpengaruh untuk hidup sehat dan produktif, sehingga untuk dapat mencapai keseimbangan gizi maka setiap orang harus

mengonsumsi minimal 1 jenis bahan makanan dari tiap golongan bahan makanan yaitu karbohidrat, protein hewani dan nabati, sayuran, buah dan susu (Bobak, 2005). Seringnya ibu hamil mengonsumsi makanan yang mengandung zat yang menghambat penyerapan zat besi seperti teh, kopi, dan kalsium (Kusumah, 2009).

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

Penyebab anemia menurut Manuaba (2007) adalah sebagai berikut:

- a. Kurang gizi (malnutrisi)
- b. Kurang zat besi dalam diet
- c. Malabsorpsi
- d. Kehilangan darah banyak seperti persalinan yang lalu, haid dan lain-lain
- e. Penyakit-penyakit kronik seperti TBC, paru, cacing usus, malaria dan lain-lain.

5. Patofisiologi Anemia

Anemia lebih sering ditemukan dalam kehamilan karena keperluan akan zat-zat makanan makin bertambah dan terjadi pula perubahan-perubahan dalam darah dan sumsum tulang. Volume darah bertambah banyak dalam kehamilan, yang lazim disebut hidremia atau hipervolemia. Akan tetapi,

bertambahnya sel-sel darah kurang dibandingkan dengan plasma, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi). Pertambahan tersebut berbanding sebagai berikut: plasma 30%, sel darah 18%, dan hemoglobin 19%. Hemodilusi dianggap sebagai penyesuaian diri secara fisiologi dalam kehamilan dan bermanfaat bagi ibu yaitu dapat meringankan beban kerja jantung yang harus bekerja lebih berat dalam masa hamil, yang disebabkan oleh peningkatan cardiac output akibat hipervolemia. Kerja jantung lebih ringan apabila viskositas darah rendah. Resistensi perifer berkurang pula, sehingga tekanan darah tidak naik. Kedua, pada perdarahan waktu persalinan, banyaknya unsur besi yang hilang lebih sedikit dibandingkan dengan apabila darah itu tetap kental. Bertambahnya darah dalam kehamilan sudah mulai sejak kehamilan umur 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32 dan 36 minggu. (Wiknjosastro, 2005).

6. Pencegahan Anemia

1) Pencegahan Anemia

Untuk mencegah terjadinya anemia sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan sebelum hamil sehingga dapat diketahui data dasar kesehatan ibu tersebut, dalam pemeriksaan kesehatan disertai pemeriksaan laboratorium.

2) Pencegahan anemia pada ibu hamil dapat dilakukan antara lain dengan cara meningkatkan konsumsi zat besi seperti sayur-sayuran, hati ayam, selain itu diperlukan alternatif yang lain untuk mencegah anemia yaitu dengan mengonsumsi tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan ditambah dengan vitamin C karena mampu mengoptimalkan penyerapan

zat besi dalam tubuh. Setelah ibu memperbaiki pola nutrisinya ibu juga harus mengurangi aktivitas sehingga ibu bisa beristirahat yang cukup, tidak terlalu larut malam tidur (Kusmiyati, 2009).

3) Pengaruh Anemia

Pengaruh anemia terhadap kehamilan menurut Manuaba (2007), adalah:

- a) Dapat terjadi abortus
- b) Persalinan prematuritas
- c) Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim
- d) Mudah terjadi infeksi
- e) Ancaman decompensasi kordis (Hemoglobin < 6 gr%)
- f) Hiperemesis gravidarum
- g) Pendarahan antepartum
- h) Ketuban pecah dini.

4) Penatalaksanaan Anemia

Menurut Wirakusuma (2005), penatalaksanaan anemia adalah sebagai berikut:

- a) Memberi dan menambah suplemen zat besi
- b) Memberi tambahan asam folat 15 – 30 mg/ hari, vitamin B12 1,25 mg/ hari, sulfas ferrosus 500 mg / hari
- c) Melakukan transfusi darah (kolaborasi).

2. Konsumsi tablet Fe selama hamil.

Kebutuhan bumil terhadap energi, vitamin maupun mineral meningkat sesuai dengan perubahan fisiologis ibu terutama pada akhir trimester kedua

dimana terjadi proses hemodilusi yang menyebabkan terjadinya peningkatan volume darah dan mempengaruhi konsentrasi hemoglobin darah.

Dengan kadar Hemoglobin 9-11 gr% masih dianggap ringan sehingga hanya perlu diberikan kombinasi 60 mg/ hari, zat besi dan 400 mg asam folat peroral sekali sehari (Arisman, 2009). Akan tetapi pada keadaan gizi kurang bukan saja membutuhkan suplemen energi juga membutuhkan suplemen vitamin dan zat besi. Keperluan yang meningkat pada masa kehamilan, rendahnya asupan protein hewani serta tingginya konsumsi serat / kandungan fitat dari tumbuh-tumbuhan serta protein nabati merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya anemia besi.

Dampak yang ditimbulkan

a. Ibu

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain: Anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi. Sehingga akan meningkatkan kematian ibu (Wirakusuma, 2005).

b. Persalinan

Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan prematur / sebelum waktunya, perdarahan post partum, serta persalinan dengan tindakan operasi cesar cenderung meningkat (Wirakusuma, 2005).

c. Janin

Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan bila status gizi ibu normal pada masa sebelum dan selama hamil

kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan dengan berat badan normal. Apabila status gizi ibu buruk, baik sebelum dan selama kehamilan akan menyebabkan berat badan lahir rendah (Lubis, 2007).

d. Bayi Baru Lahir

Bayi dengan ibu anemia dapat mengalami BBLR ataupun hipoksia karena kala I dan 2 memanjang sehingga ketika lahir bayi bidan dengan segera menentukan kebutuhan resusitasi pada bayi (Manuaba, 2008).

3. Kebutuhan pada Ibu Hamil

a. Kebutuhan Fisiologi pada Ibu Hamil Trimester III

1) Nutrisi ibu hamil

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari (Kusmiyati, 2009). Sebaiknya 55% didapatkan dari umbi-umbian serta nasi sebagai sumber karbohidrat, lemak nabati, dan hewani 35%, serta 10% berasal dari sayur dan buah-buahan. Kekurangan dan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil tersebut. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus partus prematurus, inersia uteri, hemoragic postpartum, sepsis puerperalis dan sebagainya (Winkjosastro, 2005). Ada pemeriksaan antropometrik yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain dengan memantau pertambahan berat badan selama hamil dengan mengukur tinggi fundus uteri dan juga mengukur kadar hemoglobin (Jimenes dkk, 2003).

Tabel 2.1.

Tinggi Fundus Uteri (menurut Leopold)

12 minggu	1-2 jari atas syimpisis
16 minggu	Pertengahan syimpisis-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.

Tinggi 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).

Nutrisi penting yang diperlukan selama hamil menurut Kusmiyati (2009), antara lain sebagai berikut:

a) Karbohidrat dan lemak

Karbohidrat sebagai sumber zat tenaga untuk menghasilkan kalori yang dapat diperoleh dari sereal dan umbi-umbian (Sabrina, 2008). Pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Hal ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan sangat baik dan ibu sangat merasa lapar (Kusmiyati, 2009).

b) Protein

Protein sebagai sumber zat pembangun dapat diperoleh dari daging, ikan, telur dan kacang-kacangan (Sabrina, 2008). Tambahan protein yang diperlukan selama kehamilan sebanyak 12 gr/hari. Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu untuk ibu juga penting protein plasma, hemoglobin dan lain-lain (Kusmiyati, 2009).

c) Mineral

Sebagai zat pengatur dapat diperoleh dari buah-buahan dan sayur-sayuran (Sabrina, 2008). Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Kebutuhan akan zat besi pada kehamilan kembar atau pada wanita sedikit anemik, dibutuhkan 60-100 mg/hari.

Kebutuhan kalsium, umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium (Kusmiyati, 2009).

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin (Kusmiyati, 2008). Kebutuhan asam folat selama hamil adalah 800 mcg per hari, terutama pada 12 minggu pertama kehamilan. Kekurangan asam folat dapat mengganggu pembentukan otak, sampai cacat bawaan pada susunan saraf pusat maupun otak janin (Sabrina, 2008).

(1) Ukuran rumah tangga

Banyaknya makanan yang dibutuhkan oleh ibu hamil tergantung dari kondisi badan si ibu. Namun jika terjadi gangguan masa kehamilan maka dapat diatur sebagai berikut (Marbun, 2005):

(a) Pada Trimester I :

Pada umur kehamilan 1-3 bulan kemungkinan terjadi penurunan berat badan. Hal ini disebabkan adanya gangguan pusing, mual bahkan muntah. Untuk itu dianjurkan porsi makanan kecil tetapi sering. Bentuk makanan kering/tidak berkuah.

(b) Pada Trimester II :

Nafsu makan ibu membaik, makan makanan yang diberikan : 3x sehari ditambah 1x makanan selingan. Hidangan lauk pauk hewani seperti : telur, daging, teri, hati sangat baik dan bermanfaat untuk menghindari kurang darah

(c) Pada Trimester III :

Makanan harus disesuaikan dengan keadaan badan ibu. Bila ibu hamil mempunyai berat kelebihan, maka makanan pokok dan tepung-tepungan dikurangi, dan memperbanyak sayur-sayuran dan buah-buahan segar untuk menghindari sembelit.

Menurut Puji (2012), contoh menu makanan untuk ibu hamil antara lain sebagai berikut:

a) Pagi

- (1) Nasi uduk
- (2) Telur mata sapi
- (3) Jus jeruk atau susu 1 gelas

b) Siang

- (1) Nasi putih 1 porsi
- (2) Ayam kecap
- (3) Tempe goreng
- (4) Sayur bayam dan buah semangka

c) Malam

- (1) Nasi putih 1 porsi
- (2) Ikan kakap asam manis
- (3) Tahu bacem
- (4) Capjay dan buah apel

d) Selingan I (pagi-siang)

Bubur kacang hijau 1 porsi sedang.

e) Selingan II (setelah makan malam)

- (1) Kue talam ubi

(2) Susu

Akibat kekurangan nutrisi pada ibu hamil menurut Manuaba (2007), adalah:

a) Anemia

Anemia adalah suatu kondisi dimana tubuh mengalami kekurangan sel-sel darah merah serta hemoglobin (Hb) sehingga sirkulasi zat dalam tubuh tidak berjalan secara normal.

b) Abortus

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan.

c) Partus prematurus

Partus prematurus adalah persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gram.

d) Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang terjadi segera setelah persalinan melebihi 500 cc.

2) Imunisasi

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

3) Kebersihan dan Pakaian

Kebersihan harus dijaga selama hamil. Baju hendaknya longgar dan mudah dipakai. Sepatu atau alas kaki lain yang tumitnya tinggi

sebaiknya jangan dipakai, karena tempat titik berat wanita hamil berubah sehingga mudah tergelincir atau jatuh. Mammae yang bertambah besar juga membutuhkan BH yang lebih besar dan cukup menyangga payudara (Wiknjosastro, 2005).

4) Istirahat dan Rekreasi

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

Aktivitas yang berlebih dan istirahat yang kurang dapat mengancam pada kehamilan. Untuk mengetahui aktivitas ibu berlebihan atau tidak dan adakah trauma kecelakaan kerja, karena hal itu dapat mengancam pada kehamilan (Wiknjosastro, 2005).

5) Perawatan Buah Dada

Masa kehamilan kadang menimbulkan perasaan lesu dan lelah sehingga muncul rasa malas. Walaupun demikian ibu hamil hendaknya selalu merawat tubuhnya, khususnya dalam hal merawat payudara baik selama masa kehamilan maupun setelah bersalin selain akan menjaga bentuk payudara juga akan memperlancar pengeluaran ASI (Wiknjosastro, 2005). Karena pengeluaran ASI sangat berpengaruh untuk ibu yang ingin menyusui secara eksklusif.

1. KEK(Kekurangan Energi Kronik)

a. Pengertian

Kekurangan energi kronis pada ibu hamil merupakan keadaan dimana seorang wanita atau ibu hamil mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein). Ibu hamil di katakan menderita KEK bila LILA kurang dari 23,5 cm (Winkjosastro,2007)

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

b. Faktor – faktor yang mempengaruhi

Dari penelitian Surasih (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi KEK antara lain : jumlah asupan energi, umur, beban kerja ibu hamil,penyakit/infeksi, pengetahuan ibu tentang gizi dan pendapatan keluarga.Adapun penjelasannya :

1) Jumlah asupan makanan

Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari pada kebutuhan wanita yang tidak hamil. Upaya mencapai gizi masyarakat yang baik atau optimal dimulai dengan penyediaan pangan yang cukup. Penyediaan pangan dalam negeri yaitu : upaya pertanian dalam menghasilkan bahan makanan pokok, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan. Pengukuran konsumsi makanan sangat penting untuk mengetahui kenyataan apa yang dimakan oleh masyarakat dan hal ini dapat berguna untuk mengukur gizi dan menemukan faktor diet yang menyebabkan malnutrisi.

2) Umur

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

3) Beban kerja/Aktifitas

Aktifitas dan gerakan seseorang berbeda-beda, seorang dengan gerak yang otomatis memerlukan energi yang lebih besar dari pada mereka yang hanya duduk diam saja. Setiap aktifitas memerlukan energi, maka apabila semakin banyak aktifitas yang dilakukan, energi yang dibutuhkan juga semakin banyak. Namun pada seorang ibu hamil kebutuhan zat gizi berbeda karena zat-zat gizi yang dikonsumsi selain untuk aktifitas/ kerja zat-zat gizi juga digunakan untuk perkembangan janin yang ada dikandung ibu hamil tersebut. Kebutuhan energi rata-rata pada saat hamil dapat ditentukan sebesar 203 sampai 263 kkal/hari, yang mengasumsikan penambahan berat badan 10-12 kg dan tidak ada perubahan tingkat kegiatan.

4) Penyakit /infeksi

Malnutrisi dapat mempermudah tubuh terkena penyakit infeksi dan juga infeksi akan mempermudah status gizi dan mempercepat malnutrisi, mekanismenya yaitu :

- a) Penurunan asupan gizi akibat kurang nafsu makan, menurunnya absorpsi dan kebiasaan mengurangi makanan pada waktu sakit.
- b) Peningkatan kehilangan cairan atau zat gizi akibat diare, mual, muntah dan perdarahan yang terus menerus.
- c) Meningkatnya kebutuhan, baik dari peningkatan kebutuhan akibat sakit atau parasit yang terdapat pada tubuh.

5) Pengetahuan ibu tentang Gizi

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

6) Pendapatan keluarga

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Pada rumah tangga berpendapatan rendah, sebanyak 60 persen hingga 80 persen dari pendapatan riilnya dibelanjakan untuk membeli makanan. Artinya pendapatan tersebut 70-80 persen energi dipenuhi oleh karbohidrat (beras dan penggantinya) dan hanya 20 persen dipenuhi oleh sumber energi lainnya seperti lemak dan protein. Pendapatan yang

meningkat akan menyebabkan semakin besarnya total pengeluaran termasuk besarnya pengeluaran untuk pangan.

c. Patofisiologi

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

d. Pencegahan KEK

Cara pencegahan KEK (Chinue (2009) antara lain :

Meningkatkan konsumsi makanan yang bergizi yaitu :

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

e. Pengaruh KEK

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

- 1) Terhadap ibu : dapat menyebabkan resiko dan komplikasi antara lain: anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi.
- 2) Terhadap janin : menimbulkan keguguran/abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

f. Penatalaksanaan KEK

Penatalaksanaan KEK (Waryana, 2010) adalah :

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

Tablet Fe adalah suatu tablet mineral yang sangat dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (*hemoglobin*) (Muchtadi, 2009). Ketika mengkonsumsi tablet fe beberapa ibu merasakan mual, jadi sebaiknya tablet fe di minum saat malam hari ketika ingin tidur agar mengurangi efek mual pada ibu dan sebaiknya di minum dengan menggunakan minuman yang mengandung vitamin c seperti jus jeruk atau air jeruk hangat agar penyerapan nya menjadi lebih baik.

- b) Rutin memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama hamil untuk mendapatkan pelayanan yang maksimal
- c) Pengaturan konsumsi makanan

Penambahan kebutuhan untuk memperbaiki jaringan tubuh dengan mengkonsumsi gizi seimbang. Bahan makanan yang terdapat dalam tiap kelompok bahan makan sebagai sumber energi atau tenaga yaitu padi-padian, tepung, umbi-umbian, sagu, pisang. Sumber pengatur yaitu Sayur-sayuran dan Buah-buahan.

Sumber zat pembangun yaitu daging, ikan, telur, susu, kacang-kacangan dan hasil olahannya yaitu tahu, tempe dan oncom.

d) Istirahat yang cukup

e) Pemantauan berat badan dan pengukuran LILA

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

f) Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

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

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

g. Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil

Kenaikan berat badan tergantung dari berat badan sebelum kehamilan karena penting dari segi kesehatan bagi ibu dan bayi. Apabila mempunyai berat badan yang

berlebihan sebelum kehamilan, maka penambahan yang dianjurkan harus lebih kecil dari ibu dengan berat badan ideal, yaitu antara 12,5 - 17,5 kg hal ini dikarenakan akan mempunyai resiko untuk menjadi diabetes gestasional (kenaikan kadar gula darah karena adanya proses kehamilan) atau terjadinya preeklampsia (keracunan kehamilan dimana terjadi peningkatan tekanan darah). Demikian pula sebaliknya, pada wanita yang berat badannya sebelum hamil kurang, maka ketika hamil ia perlu menambah berat badan yaitu sebanyak 14 - 20 kg dari berat ibu hamil yang sebelum hamil memiliki berat badan normal. Apabila terjadi asupan gizi yang kurang sudah jelas akan menghambat pertumbuhan janin dalam kandungan seperti BBLR (berat badan lahir rendah) dan gangguan kehamilannya (Mintarsih, 2006).

Dengan adanya kehamilan maka akan terjadi penambahan berat badan yaitu sekitar 12,5 kg. Berdasarkan Huliana peningkatan tersebut adalah sebanyak 15% dari sebelumnya. Proporsi penambahan berat badan tersebut dapat dilihat dibawah ini :

- a. Janin 25-27%
- b. Placenta 5%
- c. Cairan amnion 6%
- d. Ekspansi volume darah 10%
- e. Peningkatan lemak tubuh 25-27%
- f. Peningkatan cairan ekstra seluler 13%
- g. Pertumbuhan uterus dan payudara 11%

Periode kehamilan dibedakan menjadi 3 trimester yaitu masa kehamilan trimester I : 0-12 minggu, masa kehamilan trimester II : 13-27 minggu, masa kehamilan

trimester III : 28-40 minggu. Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut:

- (1) Kenaikan berat badan trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- (2) Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada ibu.
- (3) Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

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

Tabel 2.3 peningkatan berat badan selama kehamilan

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

Sumber: (Sukarni, 2013).

Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah. Sedangkan berat badan *overweight* meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan. Penilaian indeks

masa tubuh (BMI) diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Perencanaan gizi untuk wanita hamil sebaiknya mengacu pada RDA (Recommended Daily Allowance atau asupan harian yang dianjurkan). Dibandingkan ibu yang tidak hamil, kebutuhan ibu hamil akan protein meningkat sampai 68%, asam folat 100%, kalsium 50%, dan zat besi 20-30%. Bahan makanan yang dianjurkan harus meliputi 6 kelompok yaitu makanan yang mengandung protein (hewani dan nabati), susu dan olahannya, roti dan biji-bijian, buah dan sayuran yang kaya akan vitamin C, sayuran berwarna hijau, buah dan sayuran lain.

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

5. Konsep Dasar Persalinan dengan Anemia dan KEK

a. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya

penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR. 2008).

b. Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan

Menurut Sujianti (2011), ada beberapa teori yang menyatakan sebab-sebab yang menimbulkan persalinan, yaitu:

1) Teori Penurunan Hormonal

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron 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.

c. 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
- d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Peran dari penolong adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Penanganan yang terbaik dapat berupa observasi yang cermat, dan seorang bidan harus mampu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab persalinan sehingga diharapkan dalam memberikan asuhan kebidanan pada proses persalinan yaitu passage (jalan lahir), power (his dan tenaga mengejan), dan passanger (janin, plasenta dan ketuban), serta factor lain seperti psikologi dan paktor penolong (Sumarah. dkk, 2009).

- 1) Passage

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

- a) Pintu atas panggul (PAP) atau pelvic inlet.
- b) Bidang luas panggul.
- c) Bidang sempit panggul (mid pelvic).
- d) Pintu bawah panggul (PBP).

Dari bentuk dan ukuran berbagai bidang rongga panggul, rongga ini merupakan saluran yang tidak saam luasnya diantara tiap-tiap bidang. Bidang yang terluas dibentuk pada pertengahan simfisis dengan os sacral I-III, sehingga kepala janin dimungkinkan bergeser melalui PAP masuk ke dalam ruang panggul. Kemungkinan kepala dapat lebih masuk kedalam ruang panggul jika sudut antara sacrum dan lumbal, yang disebut inklinasi, lebih besar. Dengan demikian, tulang jalan lahir sangat menentukan proses persalinan apakah dapat berlangsung melalui jalan biasa atau melalui tindakan operasi dengan kekuatan dari luar. Menurut Sarwono, pada jalan lahir lunak dapat terjadi gangguan yaitu:

- a) Pembukaan serviks

- (1) Serviks yang kaku. Terdapat pada primi tua primer atau sekunder. Serviks yang mengalami banyak cacat perlukaan atau sikatrik.
- (2) Serviks gantung. Ostium uteri eksternum terbuka lebar, namun ostium uteri internum tidak terbuka dan sebaliknya.
- (3) Edema servik. Terutama karena pnggul sempit, serviks terjepit antara kepala dan jalan lahir sehingga terjadi gangguan sirkulasi darah dan cairan yang menimbulkan edema serviks.
- (4) Serviks dupleks karena kelainan congenital.

b) Vagina

Kelainan vagina yang dapat mengganggu perjalanan persalinan:

- (1) Septum vagina (transvaginal septum vagina, longitudinal septum vagina)
- (2) Tumor pada vagina
- (3) Hymen dan perineum. Kelainan hymen imperforate, atau hymen elastic pada perineum, yaitu kekakuan pada hymen sehingga memerlukan episiotomy yang luas.

2) Power (His dan Tenaga ibu)

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

Sifat His yang sempurna dan efektif:

- a) Adanya koordinasi dari gelombang kontraksi, sehingga kontraksi simetris.
- b) Kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di fundus uteri.
- c) Sesudah tiap his, otot-otot korpus uteri menjadi lebih pendek dari sebelumnya, sehingga servik tertarik dan membuka karena servik kurang mengandung otot.
- d) Adanya relaksasi

Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya dihitung dalam waktu 10 menit. Misalnya, pada akhir kala I frekuensi his menjadi 2-4 kali kontraksi dalam 10 menit. Aktifitas uterus adalah amplitude dikali frekuensi his yang diukur dengan unit Montevideo. Durasi his adalah lamanya setiap his berlangsung (detik). Lamanya his terus meningkat, mulai dari hanya 20 detik pada permulaan partus sampai 60-90 detik pada akhir kala I atau permulaan kala II. Interval adalah waktu relaksasi/jangka waktu antara 2 kontraksi (Saifuddin, 2009).

3) Passanger

Kepala janin merupakan bagian yang paling besar dan keras daripada bagian-bagian lain janin yang akan dilahirkan. Janin dapat memengaruhi jalannya persalinan dengan besarnya dan posisi kepala.

a) Kepala janin

Berbagai posisi kepala janin dalam kondisi defleksi dengan lingkaran yang melalui jalan lahir bertambah panjang sehingga menimbulkan masalah. Kedudukan rangkap yang paling berbahaya adalah antara kepala dan tali pusat, sehingga makin turun kepala makin terjepit tali pusat, menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

Kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki ciri sebagai berikut :

- (1) Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besarnya lahir, maka bagian lainnya lebih mudah lahir.
- (2) Persendian kepala terbentuk kogel, sehingga dapat digerakan kesegala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam.
- (3) Letak persendian kepala sedikit ke belakang, sehingga kepala melakukan fleksi untuk putaran paksi dalam.
- (4) Kepala janin mempunyai kemampuan untuk berubah bentuk yang disebut dengan moulase.

b) Badan janin Ukuran badan janin yang lain (Saifuddin, 2009):

- (1) Lebar bahu, jarak antara kedua akromion (12 cm).
- (2) Lingkar bahu (34 cm).
- (3) Lebar bokong, diameter intertrokanterika (12 cm).
- (4) Lingkar bokong (27 cm).

4) Psikologi ibu

Menurut Saifuddin (2009), keadaan psikologis yaitu keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan. Banyak wanita normal dapat merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Psikologi ibu dapat memengaruhi persalinan apabila ibu mengalami kecemasan, stress, bahkan depresi. Hal ini akan memengaruhi kontraksi yang dapat memperlambat proses persalinan. Selain itu, ibu yang tidak siap mental juga akan mempengaruhi persalinan karena ibu akan sulit diajak kerjasama dalam proses persalinannya. Untuk itu sangat penting bagi Bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan.

5) Penolong

Menurut Saifuddin (2009), peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar. Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 60

langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang merah asuhan persalinan normal.

e. Tahapan Persalinan

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 \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar \pm 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 \pm 6 jam, di bagi atas 3 sub fase, yaitu :

(1) Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm

(2) Periode dilatsi maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

(3) Periode deselerasi berlangsung lambat, selama 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

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

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

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum/pada vaginanya
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Pada kala ini his terkoordinir cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali kepala janin telah masuk keruangan panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengedan karena, tekanan pada rectum, ibu ingin seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka. Pada saat his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, dahi, hidung mulut dan muka serta seluruhnya, diikuti oleh putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala dengan punggung. Setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 2 jam dan multigravida 1 jam (JNPK-KR, 2008).

Pada kala II persalinan dapat dilakukan tindakan episiotomi atau pelebaran jalan lahir untuk membantu kelahiran bayi. Tindakan ini dilakukan atas indikasi seperti gawat janin, persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presentasi bokong, distosia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vacum, selain itu indikasi lain seperti perineum kaku atau diperkirakan tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebih seperti bayi besar, dan bayi prematur untuk mengurangi tekanan pada kepala janin. Sebelum dilakukan tindakan episiotomi baiknya penolong melakukan anastesi lokal terlebih dahulu untuk mengurangi nyeri (Saifuddin, 2006).

3) Kala III (kala uri)

Kala III yaitu 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

c) Evaluasi perdarahan kala III

Perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam 500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

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

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). Menurut JNPK-KR (2008), Klasifikasi laserasi perineum dibagi menjadi empat derajat:
 - (1) Robekan derajat I

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

(2) Robekan derajat II

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

(3) Robekan derajat III

Sebagaimana ruptur derajat II hingga otot sfingter ani

(4) Robekan derajat IV

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

e) Evaluasi keadaan umum ibu

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

f. Mekanisme Persalinan

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

- 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). Asinklitismus anterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal

depan lebih rendah dari os parietal belakang. Sinklitimus posterior, yaitu bila sutura sagitalis mendekati 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 di hodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm). Menurut hukum Koppel, fleksi kepala janin terjadi akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati sub oksiput, maka tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan kepala mengadakan fleksi didalam rongga panggul. Fleksi sangat penting bagi penurunan selama kala dua. Melalui fleksi ini, diameter terkecil dari kepala janin dapat masuk kedalam panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala berada didasar panggul tahanannya akan meningkat sehingga akan terjadi fleksi yang bertambah besar yang sangat diperlukan agar diameter terkecil dapat terus turun.
- 4) Putaran paksi dalam, kepala yang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kearah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala melakukan

rotasi/putaran paksi dalam, yaitu UUK memutar kearah depan (UUK berada dibawah simfisis).

- 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).

g. Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal (www.pustakasekolah.com)

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam partus set
- 3) Memakai celemek plastik

- 4) Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk periksa dalam
- 6) Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan dan letakkan kembali kedalam partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan $\frac{1}{2}$ kocher 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) Menceleupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka srung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang

kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

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

22) Setelah bayi menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala bayi, tarik secara hati-hati ke arah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati ke atas sampai bahu posterior/belakang lahir.

Bila terdapat lilitan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara kedua klem tersebut.

23) Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher, dan bahu bayi bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada/punggung bayi, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu bayi bagian anterior saat badan dan lengan lahir

24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah bayi untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut bayi)

25) Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke penolong. Nilai bayi, kemudian letakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan)

- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2cm dari klem pertama
- 28) Memegang tali pusat diantara 2klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat diantara 2klem.

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 kassa 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 1cm 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

h. Partograf

1) Pengertian

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

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

2) Tujuan

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

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

3) Komponen Partograf

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

4) Pengamatan yang dicatat dalam partograf

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

- a) Kemajuan persalinan
 - (1) Pembukaan serviks

Bidan menilai pembukaan servik dengan melakukan periksa dalam. Periksa dalam dilakukan setiap 4 jam sekali (indikasi waktu). Pemeriksaan dalam yang dilakukan kurang dari 4 jam harus atas indikasi. Bidan harus memeriksa adanya tanda gejala kala II, ketuban pecah sendiri, atau gawat janin. Penulisan pembukaan serviks di partograf dengan tanda (x) (Sumarah, dkk, 2009).

(2) Penurunan bagian terendah

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

(3) His

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

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

(1) Denyut jantung janin

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

(2) Ketuban

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

(3) Moulase kepala janin

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

- (a) 0 bila tulang-tulang kepala terpisah dan sutura mudah diraba (tidak ada moulase).

- (b) 1 bila tulang-tulang kepala saling menyentuh satu sama lain.
 - (c) 2 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
 - (d) 3 bila tulang-tulang kepala saling tumpang tindih berat, tidak dapat dipisahkan.
- c) Memantau kondisi ibu hal yang perlu dikaji:
- (1) Tanda-tanda vital, tekanan darah diukur setiap 4 jam, nadi dinilai setiap 30 menit, suhu di ukur setiap 2 jam.
 - (2) Urine dipantau setiap 2-4 jam untuk volume, protein, dan aseton, serta dicatat dipartograf pada kotak yang sesuai.
 - (3) Obat-obatan dan cairan infuse. Catat obat ataupun cairan infuse yang diberikan pada ibu selama persalinan

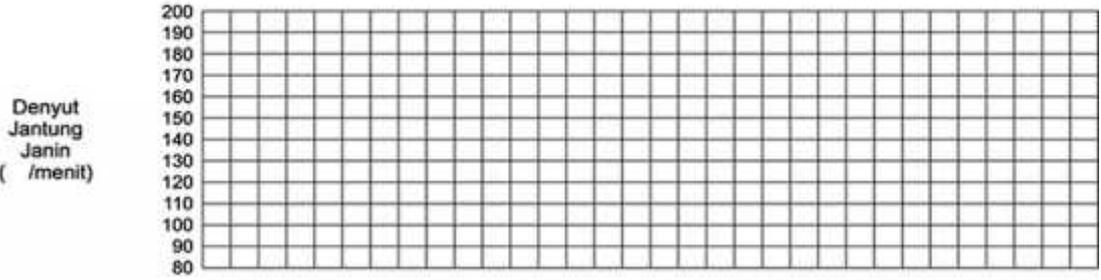
Tabel 2.3 Memantau kemajuan persalinan menggunakan partograf

Kemajuanpersalinan	Keadaan ibu	Keadaan bayi
His/kontraksi (frekuensi, lamanya, kekuatan), dikontrol tiap 30 menit pada fase aktif.	Tanda vital.	Periksa DJJ tiap 30 menit pada fase aktif.
Pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penueunan bagian terendah, moelase), dikontrol tiap 4 jam.	Status kandung kemih.	Jika selaput ketuban pecah periksa : 1) Warna cairan

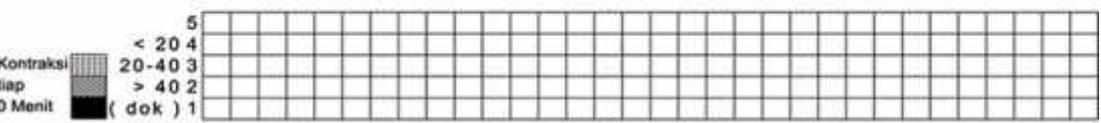
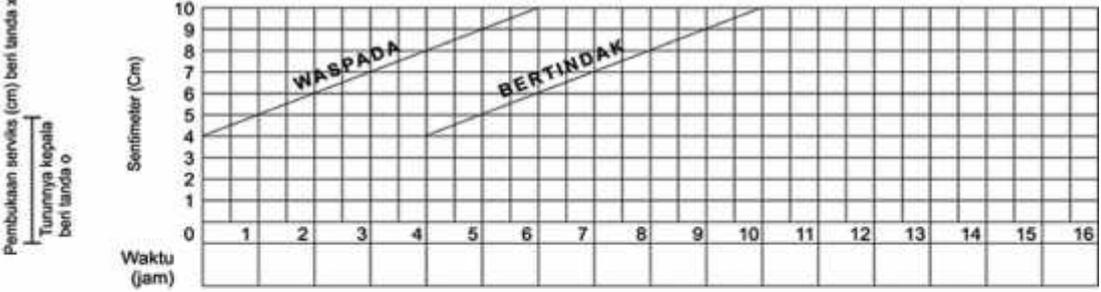
<p>Pemeriksaan abdomen Pemeriksaan kepala, kecuali dievaluasi selama pemeriksaan dalam, dikontrol tiap 2 jampada fase aktif.</p>	<p>Pemberian makanan/ minum tiap 4 jam sekali.</p> <p>Perubahan perilaku Kebutuhan akan dukungan.</p>	<p>(adanya mekonium)</p> <p>2) Kepekatan jumlah cairan.</p>
--	---	---

PARTOGRAF

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

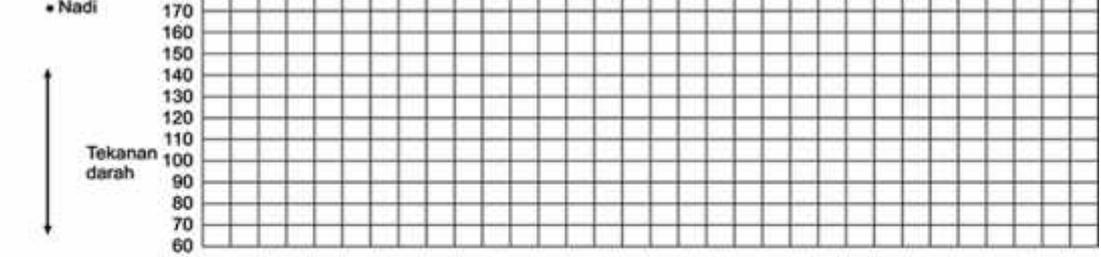


Air ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin { Protein
Aseton
Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penanganan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
40. Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Gambar 2.1 Partograf

i. Persalinan dengan Anemia dan KEK

Anemia dan KEK dapat menyebabkan komplikasi pada persalinan yaitu kala 1 dan 2 memanjang, pada kala 4 ibu dapat mengalami perdarahan karena atonia uteri yang disebabkan kurangnya asupan oksigen yang di bawa oleh hemoglobin keseluruhan tubuh termasuk uterus. Sehingga, bidan harus memantau ibu dengan melakukan observasi sesuai dengan partograf, karena dengan begitu bidan dapat menentukan kapan asuhan kolaborasi dan rujukan dilakukan (Manuaba, 2008).

Pengaruh anemia dan KEK pada persalinan menurut Manuaba (2007), adalah:

1) Gangguan his-kekuatan mengejan.

Anemia dan KEK dalam kehamilan dapat menyebabkan kelemahan dan kelelahan sehingga mempengaruhi ibu saat mengedan untuk melahirkan bayi.

2) Kala satu berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar.

3) Kala dua berlangsung lama, sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan.

4) Kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri.

5) Kala empat dapat terjadi pendarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.

6. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

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

a. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

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

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

e) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan (JNPK-KR, 2008).

2) Penilaian bayi baru lahir

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

Yang dinilai (Sukarni, 2013):

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

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

Tabel 2.4 Apgar Skor

Skor	0	1	2
Appearance color(warna kulit)	Biru pucat	Badan merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	Lambat <100x/menit	>100x/menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada Lumpuh	Merintih	Menangis dengan kuat, batuk/ bersin
	Tidak ada	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif Menangis kuat

Activity (tonus otot)		Lemah, tidak teratur	
Respiration (usaha nafas)			

(Sumber : Saifuddin, 2006)

Klasifikasi (Saifuddin, 2006):

- a) Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
 - b) Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
 - c) Asfiksia berat (apgar skor 0-3)
- 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), dan untuk tidak memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir untuk mencegah hipotermi (Depkes RI, 2004).

5) Kontak dini dengan ibu

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

a) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir

b) Ikatan batin pemberian ASI

b. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

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

- 1) Periksa bayi di bawah pemancar panas dengan penerangan yang cukup, kecuali ada tanda-tanda jelas bahwa bayi sudah kepanasan.
- 2) Untuk kasus bayi baru lahir rujukan, minta orang tua/keluarga bayi hadir selama pemeriksaan dan sambil berbicara dengan keluarga bayi serta sebelum melepaskan pakaian bayi, perhatikan warna kulit, frekuensi nafas, postur tubuh, reaksi terhadap rangsangan dan abnormalitas yang nyata.
- 3) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan.

- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan.
- 5) Bersikap lembut pada waktu memeriksa.
- 6) Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah pemeriksaan *head to toe* secara sistematis.
- 7) Jika ditemukan factor risiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
- 8) Catat setiap hasil pengamatan

Pemeriksaan Umum :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital
 - a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)
 - b) Suhu tubuh (36,5°C-37°C)
 - c) Pernafasan (40-60 kali per menit)
- 2) Pemeriksaan antropometri (Saifuddin, 2010)
 - a) Berat badan (2500-4000 gram)
 - b) Panjang badan (44-53 cm)
 - c) Lingkar kepala (31-36 cm)
 - (1)Fronto-oksipito (34 cm)
 - (2)Bregma-oksipito (32cm)
 - (3)Subment-oksipito (35 cm)
 - d) Lingkar dada (30-33 cm)
 - e) Lingkar lengan (>9,5 cm)

- 3) Berikan vitamin K 1 mg IM dipaha kiri anterolateral dan setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.

c. 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) 2 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

d. Inisiasi menyusui dini

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

e. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

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

- 1) Sulit menyusui
- 2) Letargi (tidur terus sehingga tidak menyusui)
- 3) Demam (suhu badan $>38^{\circ}\text{C}$ atau hipotermi $<36^{\circ}\text{C}$)
- 4) Tidak BAB atau BAK setelah 3 hari lahir (kemungkinan bayi mengalami atresia ani), tinja lembek, hijau tua, terdapat lendir atau darah pada tinja
- 5) Sianosis (biru) atau pucat pada kulit atau bibir, adanya memar, warna kulit kuning (ikterus) terutama dalam 24 jam pertama
- 6) Muntah terus menerus dan perut membesar
- 7) Kesulitan bernafas atau nafas lebih dari 60 kali per menit
- 8) Mata bengkak dan bernanah atau berair

9) Mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah

Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah

f. Bayi Baru Lahir dengan Ibu Anemia dan KEK

Data fokus yang dikaji pada kasus ini meliputi jam berapa bayi lahir, apakah bayi lahir cukup bulan, apakah bayi lahir segera menangis, apakah bayi bergerak aktif, kemudian melakukan antropometri pada bayi baru lahir meliputi berat badan, panjang badan, lingkar dada dan kepala bayi. Asuhan yang dapat diberikan bidan disesuaikan dengan apa yang dialami bayi, pengaruh anemia terhadap bayi baru lahir menurut Manuaba (2008), salah satunya adalah BBLR ataupun hipoksia karena kala 1 dan 2 memanjang sehingga ketika lahir bayi dengan segera ditentukan kebutuhan resusitasi pada bayi.

BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram

b. Faktor penyebab

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

1) Faktor Ibu

a) Gizi saat hamil yang kurang (Anemia dan KEK)

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

b) Faktor Pekerjaan

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

2) Faktor Kehamilan

- a) Hamil dengan Hidramnion
- b) Perdarahan antepartum

3) Faktor Janin

- a) Cacat bawaan
- b) Infeksi dalam rahim

7. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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

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

tersebut keluar sedikit demi sedikit. Darah yang keluar sebelum melahirkan disertai tanda-tanda kelahiran, maka itu termasuk darah nifas juga (Saifuddin, 2010).

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

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

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat bias berminggu-minggu, bulan atau tahun. Dalam agama islam telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari. Kebijakan Program Pemerintah Dalam Asuhan Masa Nifas Paling sedikit melakukan 4 kali kunjungan nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan antara lain 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, dan 6minggu setelah persalinan (Manuaba, dkk, 2010).

c. Tujuan Asuhan Nifas

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

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

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Involusi uterus

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

(1) Iskemia miometrium

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

(2) Autolysis

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

(1) Efek Oksitosin

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

Tabel 2.5 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 sympisis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

a) 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.

b) 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).

c) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil, dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Sukarni, 2013).

d) Perubahan sistem pencernaan

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

e) Perubahan sistem perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan. Buang air kecil sulit kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo minggu (Saifuddin, 2010).

f) Perubahan endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesterone turun pada hari ke 3 postpartum.

Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

e. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

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

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

Tujuan :

- a) Mencegah perdarahan masa nifas
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan

- c) Memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
- d) Mobilisasi dini
- e) Pemberian ASI awal
- f) Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi
- g) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum

Tujuan :

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

3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum

Tujuan : sama dengan kunjungan hari ke 6

4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum

- a) Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini

f. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009):

- 1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi

- 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, social serta memberikan semangat kepada ibu
- 3) Membantu ibu dalam menyusui bayinya. Pada ibu dengan anak pertama sering ditemui puting susu ibu belum menonjol sehingga ibu mengalami kesulitan dalam menyusui bayinya. Bidan dapat melakukan perawatan payudara yang bertujuan untuk memelihara kebersihan payudara dan memperbanyak atau memperlancar produksi ASI. Pelaksanaan perawatan payudara idealnya dilakukan sedini mungkin, namun dapat juga dilakukan sejak hari kedua setelah persalinan sebanyak dua kali sehari (Roesli, 2003).
- 4) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu
- 5) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua.
- 6) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 7) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- 8) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 9) Memberikan asuhan secara professional.

g. 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 genetalia

Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomi, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya 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 kontrasepsi

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung hormone, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu

produksi ASI. Hubungan suami istri pada masa nifas tidak terganggu.

12) Senam nifas

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

- a) Hari pertama: Posisi tidur terlentang tangan dengan kedua kaki selurus kedepan. Tarik nafas (pernafasan perut) melalui hidung sambil merelaksasikan otot perut. Keluarkan nafas pelan sambil mengkontraksikan otot perut. Tahan nafas selama 3-5 detik untuk relaksasi. Lakukan secara perlahan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.
- b) Hari kedua: Posisi tidur terlentang dengan kedua kaki lurus kedepan. Kedua tangan ditarik lurus keatas sampai kedua telapak tangan bertemu. Turunkan tangan sampai sejajar dada (posisi terlentang). Lakukan secara perlahan, Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.
- c) Hari ketiga: Posisi tidur terlentang. Kedua tangan berada di samping badan. Kedua kaki ditekuk 45° . Bokong diangkat ke atas. Kembali ke posisi semula. Lakukan

secara perlahan dan jangan menghentak. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

- d) Hari keempat: Posisi tidur terlentang, kaki ditekuk 45° . Tangan kanan diatas perut kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada. Gerakan anus dikerutkan. Kerutkan otot anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.
- e) Hari kelima: Posisi terlentang, kaki kiri ditekuk 45° gerakan tangan kiri kearah kaki kanan, kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada. Lakukan gerakan tersebut secara bergantian. Kerutkan otot sekitar anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali
- f) Hari keenam: Posisi tidur terlentang, lutut ditarik sampai keatas, kedua tangan disamping badan. Lakukan gerakan tersebut secara bergantian. Lakukan secara perlahan dan bertenaga. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.
- g) Hari ketujuh: Posisi tidur terlentang, kedua kaki lurus. Kedua kaki diangkat keatas dalam keadaan lurus. Turunkan kedua kaki secara perlahan. Pada saat mengangkat kaki, perut ditarik kedalam. Atur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.
- h) Hari kedelapan: Posisi nungging. Nafas melalui pernafasan perut. Kerutkan anus, tahan 5-10 hitungan,

lepaskan. Saat anus dikerutkan ambil nafas dan tahan 5-10 hitungan, kemudian buang nafas saat melepaskan gerakan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

- i) Hari kesembilan: Posisi tidur terlentang, kedua tangan disamping badan. Kedua kaki diangkat 90^0 turunkan secara perlahan. Atur pernafasan saat mengangkat dan menurunkan kaki. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.
- j) Hari kesepuluh: Posisi tidur terlentang, kedua tangan ditekuk ke belakang kepala. Bangun sampai posisi duduk dengan kedua tangan tetap dibelakang kepala. Kembali posisi semula (tidur kembali). Lakukan secara perlahan dan jangan menghentak/memaksa. Atur pernafasan dan lakukan sebanyak 8 kali.

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 (rootingrefleks), 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 puting susu.

h. ASI Eksklusif

1) Pengertian

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

2) Manfaat

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

Manfaat ASI bagi bayi :

- a) Ketika bayi berusia 6-12 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Setelah berumur 1 tahun, meskipun ASI hanya bisa memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, pemberian ASI tetap dianjurkan.
- b) Para dokter menyepakati bahwa pemberian ASI dapat mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit serta alergi.
- c) Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit daripada bayi yang tidak memperoleh ASI.
- d) ASI selalu siap sedia ketika bayi menginginkannya.
- e) Apabila bayi sakit, ASI adalah makanan yang terbaik untuk diberikan kepadanya.
- f) Bayi yang lahir premature lebih tumbuh cepat jika diberi ASI
- g) IQ pada bayi yang memperoleh ASI lebih tinggi 7-9 poin daripada bayi yang tidak diberi ASI

Manfaat ASI bagi Ibu :

- a) Isapan bayi dapat membuat rahim mengecil, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa prahamil, serta mengurangi resiko perdarahan.

- b) Lemak disekitar panggul dan yang ditimbun pada masa kehamilan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali.
- c) Resiko terkena kanker rahim dan kanker payudara lebih rendah.
- d) Menyusui bayi lebih menghemat waktu.
- e) ASI lebih praktis.
- f) ASI lebih murah.
- g) ASI selalu bebas kuman.
- h) ASI dalam payudara tidak pernah basi.

Manfaat ASI bagi Negara :

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

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

- a) Bayi terbuka matanya lebar-lebar seperti menguap, dengan lidahnya ke bawah dan ke depan persis sebelum ia merapatkan mulutnya di payudara ibu.
 - b) Ia menarik puting dan sebagian besar areola masuk ke dalam mulutnya.
 - c) Dagunya melekuk pada payudara ibu dan hidungnya menyentuh susu ibu.
 - d) Bibirnya di pinggir dan lidahnya menjulur di atas gusi bawahnya.
 - e) Rahangnya bergerak secara ritmis ketika bayi disusui.
 - f) Bayi mulai disusui dengan singkat dan cepat. Begitu susu mengendur, ia menyelesaikan ke dalam corak yang lambat dengan penuh susu dan jeda waktu yang singkat.
 - g) Ibu akan merasa mendengar bayi menelan susu ibu. Pada hari-hari pertama sebelum susu penuh, bayi mungkin butuh disusui 5 hingga 10 kali sebelum bayi mendapatkan susu yang cukup untuk ditelan. Begitu susu penuh, ibu bisa mendengarnya menelan setiap saat bayi menghisap.
- 4) Cara menyusui yang benar
- Selain harus mengetahui apakah bayi menyusui secara efektif atau tidak, ibu juga harus mengetahui bagaimana cara menyusui yang benar. Pada saat menyusui bayi, ada beberapa cara yang harus diketahui orang ibu tentang cara menyusui yang benar, yaitu :

a) Cara menyusui dengan sikap duduk

- (1) Duduk dengan posisi santai dan tegak dengan menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- (2) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian di oleskan di puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu.
- (3) Gunakan bantal atau selimut untuk menopang bayi, bayi di tidurkan di atas pangkuan ibu dengan cara :
 - (a) Bayi di pegang dengan satu lengan, kepala bayi diletakkan pada lengkung siku ibu dan bokong bayi diletakkan pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah atau bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - (b) Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu dan yang satu di depan.
 - (c) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
 - (d) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
 - (e) Ibu menatap bayi dengan kaih sayang.
- (4) Tangan kanan menyangga payudara kiri dan keempat jari dan ibu jari ibu menekan payudara bagian atas areola.

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

(6) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi di dekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke dalam mulut bayi.

(a) Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola.

(b) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu di pegang atau di sanggah lagi dan yang Salah

b) Melepaskan isapan bayi

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

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

(2) Daggu bayi di tekan ke bawah.

c) Menyusui berikutnya dimulai pada payudara yang belum terkosongkan

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

e) Menyendawakan bayi

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

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

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

5) Tanda bayi cukup ASI

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

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

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

d) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.

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

f) Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.

g) Pertumbuhan berat badan bayi dan tinggi badan bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.

- h) Perkembangan motorik bayi (bayi aktif dan motoriknya sesuai dengan rentang usianya).
- i) Bayi kelihatan puas, sewaktu-waktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.
- j) Bayi menyusu dengan kuat, kemudian melemah dan tertidur pulas.

i. Nifas dengan Anemia

Anemia dapat menyebabkan *hemoragic post partum* salah satunya disebabkan karena atonia uteri. Perdarahan yang terjadi disebabkan kurangnya asupan oksigen keseluruhan tubuh termasuk ke uterus sehingga kontraksi uterus lemah dan terjadinya atonia uteri (Manuaba, 2008).

Data fokus yang dikaji adalah keluhan ibu saat ini, berapa kali mengganti pembalut, pengeluaran pervaginam (warna, bau dan banyaknya), berat lahir bayi, penyulit persalinan. Sedangkan data fokus yang dikaji pada pemeriksaan meliputi tanda-tanda vital, wajah, konjungtiva, dan kada HB ibu.

(4) Pengaruh anemia pada kala nifas menurut Manuaba (2007), adalah:

Anemia pada masa nifas memberikan pengaruh yang kurang baik bagi ibu dan pada nifas selanjutnya. Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia, seperti:

- 1) Terjadi sub involusio uteri yang menyebabkan perdarahan postpartum
- 2) Memudahkan infeksi puerperium

- 3) Terjadi decompensasio cordis yang mendadak setelah persalinan
- 4) Pengeluaran ASI berkurang
- 5) Mudah terjadi infeksi mammae.

8. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Macam-macam Kontrasepsi

1) Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi Hormonal adalah salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif, dan reversible untuk mencegah terjadinya konsepsi (Baziad,2002)

Jenis-jenis Kontrasepsi Hormonal adalah sebagai berikut :

- a) Suntik Kb
- b) Implan/susuk KB
- c) Kontrasepsi Oral/Pil

(Maritalita dkk,2012)

2) Kontrasepsi Non Hormonal

Kontrasepsi Non Hormonal merupakan berbagai macam metode untuk mencegah kehamilan yang dibagi menjadi tiga yaitu :

- a) Kontrasepsi Teknik
 - (1) Kalender
 - (2) LAM (Lactational Amenorrhoe Methode)
 - (3) Senggama terputus

(Anonim,2011)

b) Kontrasepsi Mekanik

- (1) AKDR –IUD

(2) Kondom

(Anonim,2011)

c) Sterilisasi

(1) Tubektomi (mengikat indung telur pada wanita)

(2) Vasektomi (testis pada pria)

(Anonim,2011)

b. Kontrasepsi dengan anemia

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan. Tujuan utama program KB adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi alam dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Saifuddin, 2010).

Ibu dengan anemia harus lebih memperhatikan alat kontrasepsi yang dipilih tidak cocok justru akan memperparah anemia tersebut karena terjadinya perdarahan ataupun spotting (Saiffudin, 2013).

a. Macam-macam Metode Kontrasepsi

1) Kontrasepsi Pil (Everett, 2007)

Kontrasepsi pil dapat mengurangi resiko anemia, akan tetapi salah satu indikasinya ibu menyusui tapi tidak memberikan secara eksklusif. Adapun jenis kontrasepsi pil yang digunakan yaitu jenis POP (*Progesteron Only Pil*).

2) Kontrasepsi Suntik (Everett, 2007)

Kontrasepsi suntik dapat menyebabkan perdarahan bulanan teratur dan jarang menyebabkan spotting, biasanya untuk penderita anemia jenis kontrasepsi suntik yang digunakan adalah jenis DMPA (*Depo Medroxy Progesteron Asetat*).

3) Kontrasepsi implant (Saifuddin, 2006)

a) Pengertian

- (1) Efektif 5 tahun untuk norplant, 3 tahun untuk jadena, indoplant, atau implanon
- (2) Nyaman
- (3) Dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi
- (4) Pemasangan dan pencabutan perlu diperhatikan
- (5) Kesuburan segera kembali setelah implant tersebut dicabut
- (6) Efek perdarahan teratur, perdarahan bercak, dan amenorea
- (7) Aman dipakai pada masa laktasi

b) Jenis

- (1) Norplant: 6 batang silastik lembut yang berongga p:3,4 cm, D: 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun

- (2) Implanon : 1 batang putih lentur p:40 mm, D: 2 mm, yang disebut dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun
- (3) Jadena dan indoplant: 2 batang yang diisi dengan 75 mg Levonor gestrel dwengan lama kerja 3 tahun.

c) Cara kerja

- (1) Lendir servik menjadi kental
- (2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- (3) Mengurangi transportasi sperma
- (4) Menekan ovulasi

d) Keuntungan Kontrasepsi

- (1) Daya guna tinggi
- (2) Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun
- (3) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- (4) Tidak mengganggu ASI
- (5) Klien hanya perlu kembali bila ada keluhan
- (6) Dapat dicabut setiap saat

e) Keuntungan Non kontrasepsi

- (1) Mengurangi nyeri haid
- (2) Mengurangi jumlah darah haid
- (3) Mengurangi / memperbaiki anemia
- (4) Melindungi terjadinya kanker endometrium
- (5) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara

(6) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul

(7) Menurunkan angka kejadian endometriosis

f) Keterbatasan

Perubahan pola haid perdarahan bercak(spotting , hipermeneroea), atau meningkatnya jumlah darah haid serta amenorea. Timbulnya keluhan – keluhan, seperti:

(1) Nyeri kepala

(2) Peningkatan dan penurunan berat badan

(3) Nyeri payudara

(4) Perasaan mual

(5) Pening/pusing kepala

(6) Perubahan perasaan mood

(7) Terjadinya kehamilan ektofik lebih tinggi

g) Yang boleh menggunakan implant

(1) Usia reproduksi

(2) Telah memiliki anak ataupun yang belum

(3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas dan pencegahan kehamilan jangka panjang.

(4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi

(5) Pasca persalinan dan tidak boleh menyusui

(6) Pasca keguguran

(7) Riwayat kehamilan ektofik

(8) Tekanan darah <180/110 mmhg

h) Yang tidak boleh menggunakan implant

(1) Hamil atau diduga hamil

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(3) Benjolan/ kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(4) Miom uterus dan kanker payudara

(5) Gangguan toleransi glukosa

i) Jadwal kunjungan kembali ke klinik

Klien tidak perlu kembali ke klinik jika:

(1) Amenorea dan nyeri perut bagian bawah

(2) Perdarahan yang banyak dari kemaluan

(3) Rasa nyeri pada lengan

(4) Luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah

(5) Ekspulsi dari batang implant

(6) Sakit kepala hebat atau penglihatan menjadi kabur

(7) Nyeri dada hebat

(8) Dugaan adanya kehamilan

4) Kontrasepsi AKDR

Berdasarkan hasil penelitian penggunaan AKDR berhubungan dengan anemia defisiensi besi. Hasil penelitian ini sejalan dengan Estrin (2000) yang menemukan bahwa kejadian anemia mencapai 65% dibandingkan dengan 35% wanita yang menggunakan metode hormonal. Estrin juga menambahkan bahwa wanita yang mengandalkan

AKDR bukan hanya tinggi prevalensi anemianya, namun kemungkinan mereka menderita anemia berat.

Kejadian anemia yang dihubungkan dengan banyaknya darah yang dikeluarkan setelah pemasangan kontrasepsi. Weir (2007) menyatakan bahwa AKDR menimbulkan beberapa efek samping yang umum seperti perdarahan dan nyeri menstruasi atau *dismenorrhea*.

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Pelaksanaan Study Kasus

Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomi serta serasi dengan tujuan penelitian (Nasution, 2007). Penulisan studi kasus secara menyeluruh berisi hasil observasi dan wawancara mendalam pada subjek yang dipilih saat memberikan asuhan berkesinambungan (*continuity of care*).

Pelaksanaan asuhan kebidanan akan dilaksanakan pada bulan Maret-Mei 2017, Studi kasus atau *case study* pada penelitian ini adalah *continuity of care* yang menggunakan pendekatan dan memberikan asuhan menggunakan manajemen kebidanan menurut varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

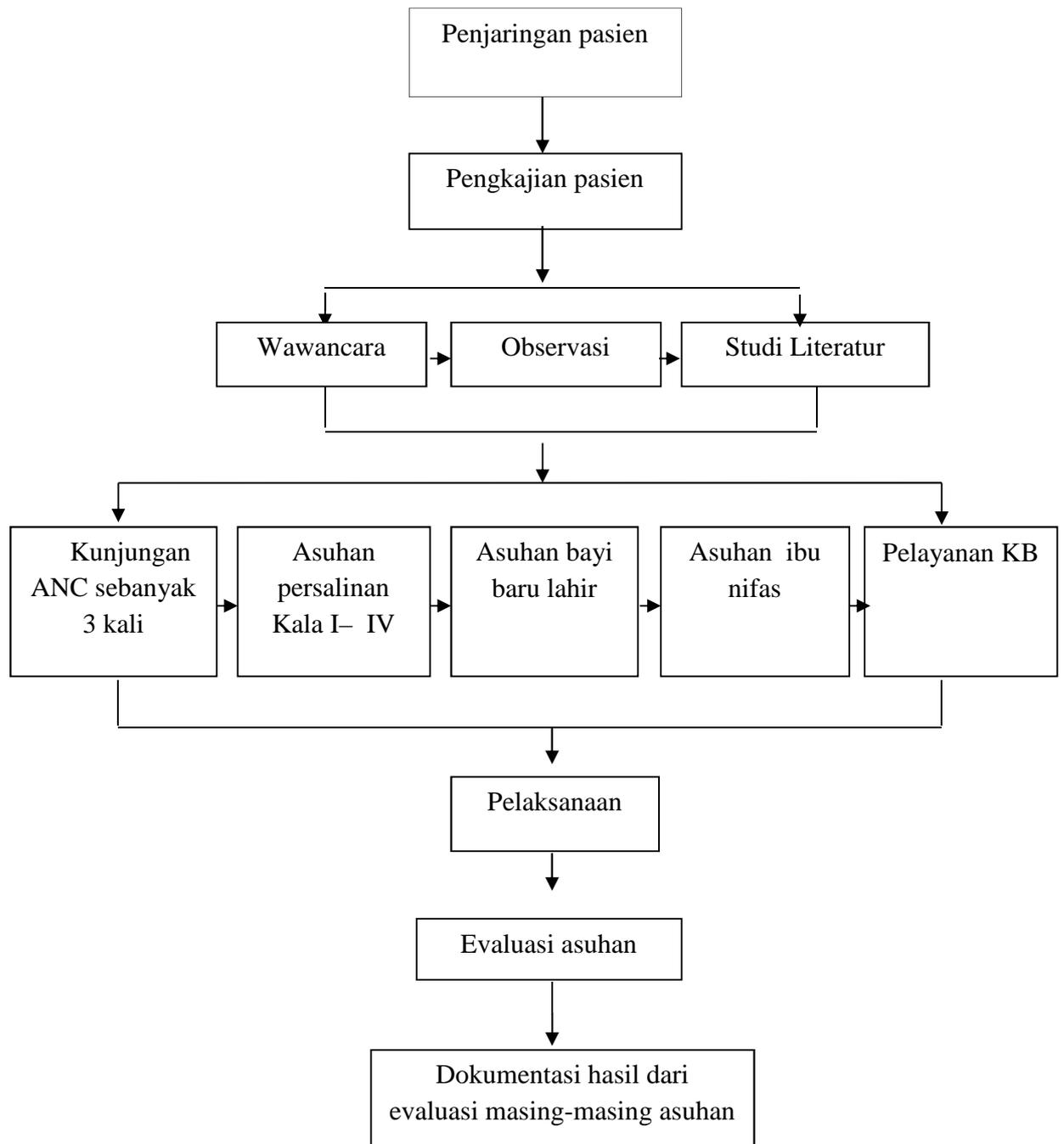
B. Kerangka kerja pelaksana Study Kasus

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin di amati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan.

Kerangka kerja dalam penulisan study kasus ini dimulai dari penjarangan dan pengkajian subjek penelitian, pengambilan kesimpulan diagnosa, penyusunan rencana asuhan, implementasi asuhan, dan evaluasi asuhan.

Kerangka kerja dalam studi kasus ini diuraikan dalam bentuk skema di bawah

:



Gambar. 3.1 Kerangka Studi Kasus

C. Subjek Study Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda atau pun lembaga (Amirin, 2009). Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau tanpa faktor resiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatal serta calon akseptor kontrasepsi. Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah asuhan yang akan dilaksanakan kepada Ny. R G₃P₁₀₀₁ yang berumur 25 tahun dengan usia kehamilan 36 minggu 2 hari pada tanggal 9 April 2017, dimana hari pertama haid terakhir (HPHT) tanggal 28 juli 2016. Ny. R bertempat tinggal di Jalan siaga, Kec. Bpn tengah, diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Etika Penelitian

1. Respect for Persons definisi

Prinsip ini menekankan pemberi asuhan harus menghormati klien dan memberikan perlindungan terhadap haknya. Setiap individu memiliki hak dan kemampuan untuk memutuskan bagi dirinya sendiri dan memiliki hak untuk mendapat informed consent.

Telah dilakukan informed consent pada Ny.R dan telah menyetujui untuk ikut serta dalam pelaksanaan studi kasus ini secara sadar dan telah membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan tanpa paksaan dari pihak manapun.

2. *Beneficence dan non maleficence*

Prinsip ini menekankan pencegahan pada terjadinya risiko, dan melarang perbuatan yang berbahaya selama melakukan asuhan. Dalam memberikan asuhan pada Ny.R dilakukan secara hati-hati tanpa membahayakan klien dan setiap pemberian asuhan didampingi oleh pembimbing yang berkompeten dibidangnya.

3. *Justice*

Prinsip justice menekankan pada saat seleksi subjek penelitian harus adil dan seimbang. Pemberi asuhan juga harus memberikan perhatian secara khusus pada subjek pelaksanaan studi kasus.

Subjek yang telah dipilih adalah Ny.R karena sesuai dengan kriteria pelaksanaan studi kasus dan Ny.R telah bersedia ikut serta dalam pelaksanaan studi kasus ini. Ny.R telah mendapat perhatian khusus dengan asuhan yang diberikan secara komprehensif dan akan mendapatkan solusi dari masalah yang dialami.

BAB IV

LANGKAH I

PENGAJIAN

A. Identitas

Nama klien	: Ny.R	Nama suami	:
Tn.H			
Umur	: 25 th	Umur	: 24
th			
Suku	: Bugis	Suku	:
Bugis			
Agama	: islam	Agama	:
islam			
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	:
SMA			
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	:
Swasta			
Alamat	: jl.kemunung RT.19 kel.damai	Alamat	:
	:jl.kemun-		
		ning RT.19 kel.damai	

B. Anamnesa

Tanggal	: 9 april 2017	Pukul	:
11.00			
Oleh	: yana karnila		

1. Alasan kunjungan saat ini : pemeriksaan kehamilan

2. Keluhan : nyeri pinggang

3. Riwayat obstetric dan ginekologi

a. Riwayat menstruasi

- HPHT / TP : 28-07-2016 / 05-05-2017
- Umur kehamilan : 36 mgg ,2 hari
- Lamanya : 4 hari
- Banyaknya : 2-3 x ganti pembalut/ hari
- Konsistensi : cair
- Siklus : 30 hari
- Menarche : 14 th
- Teratur / tidak : teratur
- Dismenorrhea : tdk ada
- Keluhan lain : tdk ada

b. Flour albus

- Banyaknya : tdk ada
- Warna : -
- Bau/gatal : -

c. Tanda – tanda kehamilan

- Test kehamilan : ya
- Tanggal : september 2016
- Hasil : +
- Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu : 24 mgg
- Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : $\pm 10x$

d. Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

- Mioma uteri : tdk ada
- Kista : tdk ada
- Mola hidatidosa :tdk ada
- PID :tdk ada
- Endometriosis :tdk ada
- KET :tdk ada

- Hydramnion :tdk ada
- Gemelli :tdk ada
- Lain – lain : -

e. Riwayat kehamilan

G3 P1 A1

Kehamilan I : tahun 2012

Kehamilan II : abortus

Kehamilan III : hamil ini

f. Riwayat imunisasi

- Imunisasi Catin : tempat : puskesmas tanggal :
- Imunisasi TT I : tempat : tanggal :
- Imunisasi TT II : tempat : tanggal :

4. Riwayat kesehatan :

1) Riwayat penyakit yang pernah dialami

- a. Penyakit jantung : tdk ada
- b. Hipertensi : tdk ada
- c. Hepar : tdk ada
- d. DM :tdk ada
- e. Anemia :tdk ada
- f. PSM/HIV/AIDS :tdk ada
- g. Campak :tdk ada
- h. Malaria :tdk ada
- i. TBC :tdk ada
- j. Gangguan mental :tdk ada
- k. Operasi :tdk ada
- l. Hemorrhoid :tdk ada
- m. Lain-lain :-

2) Alergi

- a. Makanan : ikan tongkol

b. Obat – obatan : tdk ada

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

6. Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Je nis	BB	PB	Kead
1	2012	BPM	aterm	Letsu	spontan	bidan	letsu		2,70 0 gr	47 cm	Hidu
2	Abortus 2016 (juni)										
3	Hamil ini										

7. Riwayat menyusui

Anak I : ya Lamanya : ASI 4 bulan Alasan :
asi

keluar sedikit

Anak II : Lamanya : Alasan :

Anak III : Lamanya : Alasan :

8. Riwayat KB

- a. Pernah ikut KB : ya
- b. Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan : IUD
- c. Lama pemakaian : 1 minggu
- d. Keluhan selama pemakaian : tdk ada
- e. Tempat pelayanan KB : BPM
- f. Alasan ganti metode : takut
- g. Ikut KB atas motivasi : diri sendiri

9. Kebiasaan sehari – hari

- a. Merokok sebelum / selama hamil : tidak ada
- b. Obat – obatan /jamu, sebelum / selama hamil : tdk
- c. Alkohol : tdk ada
- d. Makan / diet
 - Jenis makanan : nasi , lauk pauk , sayur , buah
 - Frekuensi : 2-3x sehari
 - Porsi : banyak
 - Pantangan : tidak ada
- e. Perubahan makan yang dialami : tdk ada

f. Defekasi / miksi

1. BAB

- Frekuensi : 1x / hari
- Konsistensi : lunak
- Warna : kecoklatan
- Keluhan : tdk ada

2. BAK

- Frekuensi : sering
- Konsistensi : cair
- Warna : jernih kekuningan
- Keluhan : tdk ada

g. Pola istirahat dan tidur

- Siang : 1-2 jam
- Malam : 7-8 jam

h. Pola aktivitas sehari – hari

- Di dalam rumah : mengerjakan pekerjaan rumah
- Di luar rumah : tdk ada

i. Pola seksualitas

- Frekuensi :
- Keluhan :

10. Riwayat Psikososial

a. Pernikahan

- Status : kawin
- Yang ke : 2
- Lamanya : ± 1 thn
- Usia pertama kali menikah : 24 thn

b. Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : baik

c. Respon ibu terhadap kehamilan : baik

- d. Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : / yang penting sehat
- e. Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak : sangat baik
- f. Keperayaan yang berhubungan dengan kehamilan : tdk ada
- g. Pantangan selama kehamilan : tdk ada
- h. Persiapan persalinan
 - Rencana tempat bersalin : BPM
 - Persiapan ibu dan bayi : sudah ada

11. 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 : tidak ada
- m. Lain-lain : tidak ada

12. Pemeriksaan

- a) Keadaan umum

- Berat badan
 - Sebelum hamil : 41 kg
 - Saat hamil : 50 kg
 - Penurunan : tdk ada
- Tinggi badan : 150 cm
- Lila : 22 cm
- Kesadaran : Composmentis
- Keadaan emosional : stabil

b) Tanda – tanda vital

- Tekanan darah : 110/70 mmHg
- Nadi : 80x/ menit
- Suhu : 36,5 C
- Pernapasan : 20x/menit

c) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

1. Kepala : bersih ,distribusi rambut merata
2. Mata : simetris,konjungtiva tidak anemis , sklera tdk ikterik
3. Muka : simetris , tdk tampak oedema , tampak pucat
4. Mulut dan gigi : mukosa mulut lembab, tidak ada caries , graham utuh , lidah bersih
5. Leher : tdk tampak pembesaran pada kelenjar tiroid ,kelenjar limfe dan vena jugularis
6. Dada : simetris, tdk tampak retraksi , puting menonjol , hiperpigmentasi pada aerola
7. Perut : tdk ada bekas operasi , tampak striae , pembesaran perut sesuai masa kehamilan
8. Ekstremitas : tdk tampak oedema, tdk tampak varices

Palpasi

1. Leher : tdk teraba pembesaran pada vena jugularis,
kelenjar

limfe dan kelenjar tiroid

2. Dada : tdk teraba masa , mammae kanan dan kiri
sudah ada

pengeluaran colostrum

3. Perut

a. Leopold I : bokong

b. Leopold II : punggung kiri

c. Leopold III : oblik kiri

d. Leopold IV : konvergen

4. Tungkai

a. Oedema

- Tangan

Kanan : tdk

Kiri : tdk

- Kaki

Kanan : tdk

Kiri : tdk

b. Varices

Kanan : tdk

Kiri : tdk

1. Perut

▪ DJJ

: 138x/menit

Ekstremitas

Refleks patella : Kanan : +

Kiri : +

1. Lain – lain :

13. Pemeriksaan laboratorium

a. Darah Tanggal :

- Hb : 9,5 gr/dl

- Golongan darah :

- Lain – lain :

b. Urine Tanggal :

a. Protein :

b. Albumin :

c. Reduksi :

d. Lain – lain :

c. Pemeriksaan penunjang Tanggal :

a. USG :

b. X – Ray :

c. Lain – lain :

LANGKAH II

INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa	Dasar
----------	-------

<p>Ny.R G3P1A1 UK 36 -37 minggu</p> <p>Janin tunggal hidup intra uteri presentasi obliq kiri</p>	<p>S= -ibu mengatakan ini kehamilan yang ke 3 dan pernah keguguran satu kali</p> <p>-ibu mengatakan HPHT 28-07-2016</p> <p>O= ku baik kes : Composmentis</p> <p>TD: 110/70mmHg</p> <p>N/R : 80/20 x / menit</p> <p>T: 36,5 C</p> <p>Kenaikan BB: 9kg</p> <p>HB: 9,5gr/dl</p> <p>TFU:29cm</p> <p>DJJ:138x/menit</p> <p>L1:bokong</p> <p>L2:PU-KI</p> <p>L3:oblik kiri</p> <p>L4:konvergen</p>
--	--

Masalah	Dasar
---------	-------

3.tanda bahaya pada kehamilan dan persalinan

-Anjurkan kunjungan ulang ke bidan atau SPog

Asuhan Kebidanan *Antenatal Care* Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 09 April 2017/Pukul : 14.30 WITA

Tempat : Rumah Ny R

Oleh : Yana karnila

S : Ibu mengeluh sering sakit pinggang

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. R baik; kesadaran *composmentis*; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, Lila 22,5cm, kenaikan berat badan 9kg.

b. Pemeriksaan fisik

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

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

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

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

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

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

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

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak *hyperpigmentasi* pada areola mammae, puting susumenonjol, ada pengeluaran ASI, tidak teraba massa/*oedema*.

Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas luka operasi, tampak *linea nigra* dan *striae livide*, tinggi fundus uteri 29 cm.
TBJ : $(TFU-11) \times 155 = (29-12) \times 155 = 2,635$ gram

Leopold I : Pada fundus teraba bagian lembut, agak bulat dan tidak melenting. TFU 29 cm/3 jari dibawah px.

Leopold II : Teraba bagian panjang keras seperti papan pada sebelah kiri perut ibu, dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin

Leopold III : Teraba bagian keras, bulat dan melenting pada bagian perut bawah ibu.

Leopold IV : Bagian terendah belum masuk PAP (*concergen*)

Denyut jantung janin (DJJ) : 142 x/menit

Ekstremitas : Bentuk tampak simetris, tidak *oedema*, *kapiler refill* baik

c. Pemeriksaan Hb : 9,5 gr/dl

A:

Diagnosis : G₃P₁₀₀ usia kehamilan 36 minggu 2 hari
Janin tunggal hidup *intrauterine* presentasi kepala
dengan masalah anemia ringan dan KEK

P:

Tabel 2.7
Implementasi Kunjungan Kehamilan K2 Tanggal 04 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.50 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C, Lila 22,5cm, kenaikan berat badan 9 kg, Hb 9,5 gr/dl. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak <i>linea nigra</i> dan tidak tampak <i>striae bivide</i> ; Tinggi fundus uteri 29 cm (3 jari bawah px). Pada pemeriksaan <i>Leopold I</i> , pada fundus teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong), pada <i>Leopold II</i> teraba tahanan panjang seperti papan di sebelah kiri perut ibu (punggung kiri) <i>Leopold III</i> teraba bundaran keras dan melenting (kepala). Bagian ini masih dapat digoyangkan, dan pemeriksaan <i>Leopold IV</i> bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (<i>konvergen</i>). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 138 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(29-12) \times 155 = 2.635$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan. Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2.	15.00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai nutrisi. Meningkatkan asupan makanan terutama yang mengandung zat besi dan protein misalnya seperti bayam, ikan, telur, tempe, tahu dan susu, serta anjurkan ibu untuk mengonsumsi tablet fe.	
3.	15.15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ±10 menit mengenai Tanda-tanda Persalinan ; keluarnya lender bercampur darah, keluarnya air ketuban dan perut terasa mules. Ibu memahami informasi yang telah diberikan dan dapat menyebutkan salah satu dari tanda persalinan.	

4.	15.25 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai persiapan persalinan, ibu sudah paham dan sudah menyiapkan persiapan persalinan.	
5.	15.30 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Dan membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah. Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang dirumahnya.	

Asuhan Kebidanan *Antenatal Care* Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 28 April 2017/Pukul : 14.30 WITA

Tempat : Rumah Ny R

Oleh : Yana Karnila

S : Ibu tidak ada keluhan.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. R baik; kesadaran *composmentis*; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, LILA 23cm, kenaikan berat badan 11kg.

b. Pemeriksaan fisik

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

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

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

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

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

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

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

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak *hyperpigmentasi* pada areola mammae, puting susu tenggelam, ada pengeluaran ASI, tidak teraba massa/*oedema*.

Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas luka operasi, tampak *linea nigra* dan *striae livide*, tinggi fundus uteri 31 cm.
TBJ : $(TFU-11) \times 155 = (31-11) \times 155 = 3,100$ gram

Leopold I : Pada fundus teraba bagian lembut, agak bulat dan tidak melenting. TFU 31 cm/3 jari dibawah px.

Leopold II : Teraba bagian panjang keras seperti papan pada sebelah kiri perut ibu, dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin

Leopold III : Teraba bagian keras, bulat dan melenting pada bagian perut bawah ibu.

Leopold IV : Bagian terendah sudah masuk PAP (*divergen*)

Denyut jantung janin (DJJ) : 142 x/menit

Ekstremitas : Bentuk tampak simetris, tidak *oedema*, *kapiler refill* baik

Janin tunggal hidup *intrauterine* presentasi kepala

Masalah Potensial : KEK

Kebutuhan Segera : tidak ada

P:

Tabel 2.8

Implementasi Kunjungan Kehamilan K2 Tanggal 28 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C, Lila 22,5cm, kenikan berat badan 11 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak <i>linea nigra</i> dan tidak tampak <i>striae bivate</i> ; Tinggi fundus uteri 31 cm (3 jari bawah px). Pada pemeriksaan <i>Leopold I</i> , pada fundus teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong), pada <i>Leopold II</i> teraba tahanan panjang seperti papan d isebelah kiri perut ibu (punggung kiri) <i>Leopold III</i> teraba bundaran keras dan melenting (kepala). Bagian ini masih dapat digoyangkan, dan pemeriksaan <i>Leopold IV</i> bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (<i>konvergen</i>). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 142 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(31-11) \times 155 = 3,100$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan. Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2.	14.35 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai nutrisi. Meningkatkan asupan makanan terutama yang mengandung zat besi dan protein misalnya seperti bayam, ikan ,telur, tempe, tahu dan susu, serta anjurkan ibu untuk mengkonsumsi tablet fe.	
3.	14.45 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ± 10 menit mengenai Tanda-tanda Persalinan ; keluarnya lender bercampur darah, keluarnya air ketuban dan perut terasa mules. Ibu memahami informasi yang telah diberikan dan dapat menyebutkan salah satu dari tanda persalinan.	
4.	14.55 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan tentang asi eksklusif, ibu memahami tentang pengertian dan manfaat asi eksklusif	
5.	15.00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai persiapan persalinan,	

		ibu sudah paham dan sudah menyiapkan persiapan persalinan.	
6.	15.10 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Dan membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah. Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang dirumahnya.	

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 April 2017 /Pukul 02.00 WITA

Tempat : BPM Bidan Nilawati

Oleh : Yana Karnila

Persalinan Kala I

Tanggal : 29 April 2017 Pukul : 02.00 WITA

S : Ibu merasakan mules pada perutnya sejak jam 22.00 wita serta keluar lendir darah sejak jam 22.30 wita

O: KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,5°C

Mata :Kelopak mata tidak tampak oedema, konjungtiva tidak tampak pucat dan sclera tidak tampak ikterik

Leher :Tidak tampak pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran pembuluh limfe dan pembesaran vena jugularis

Payudara :Puting tampak bersih, menonjol dan tidak terbelah, tampak pengeluaran colostrum, dan tidak teraba massa atau benjolan

Leopold I :TFU 3 jr b/px (31 cm) bagian atas teraba lunak dan tidak melenting (Bokong)

Leopold II :Bagian kanan teraba datar dan memanjang (Punggung) dan kiri teraba kecil-kecil dan putus-putus (ekstermitas)

Leopold III : Teraba keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Sudah masuk PAP (divergen)

TBJ : (31-11) x 155 = 3100 gram

DJJ : 145 x/menit

HIS : Intensitas : sedang, Frekuensi : 2 x 10' , durasi : 35"

Ekstermitas : Punggung kaki kiri dan kanan tidak tampak oedema

VT :Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tipis/lembut, Effecement 40%, Pembukaan : 2cm, ketuban negatif (+), Hodge I. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala.

A: Diagnosis :G3P1001 usia kehamilan 39 minggu 1 hari Inpartu kala

I fase laten janin tunggal hidup

Masalah potensial : Tidak Ada

Dasar : Tidak Ada

Tindakan segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 29 April 2017

Tabel 2.9

intervensi kala 1

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	02.00-03.30 WITA	Melakukan observasi meliputi his dan DJJ Jam 02.00 :intensitas sedang dengan frekuensi 3x (30-35) dan DJJ: 145x/m Jam 03.00 :intensitas sedang dengan frekuensi 3x (35-40) dan DJJ: 139x/m Jam 04.00 :intensitas sedang dengan frekuensi 4x (35-40) dan DJJ: 130x/m Jam 05.00 :intensitas sedang dengan frekuensi 4x (40-45) dan DJJ : 135x/m	

Catatan Perkembangan kala I

1. Catatan perkembangan

Tanggal 29 April 2017 Jam : 06.00 wita

S : Ibu perut mengatakan bertambah sakit

O : KU :Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,5°C

DJJ : 130 x/menit

HIS : Intesitas : Kuat, Frekuensi : 4 x 10', Durasi :40-45"

VT : Portio : tipis/lembut, Effecement 100%, Pembukaan : 10 cm, ketuban negative dengan amniotomi, Hodge III. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala

A :Diagnosis : G3P1001 usia kehamilan 39 minggu 1 hari Inpartu kala I

fase aktif janin tunggal hidup

P:

Tanggal 29 April 2017

Tabel 2.10

Intervensi catatan perkembangan I

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	03.30 WITA	Melakukan observasi dan didapatkan hasil: Intensitas his semakin kuat dengan frekuensi 4x (40-45)'' Kemudian ibu mengatakan ingin meneran dan tampak tekanan pada anus, perineum menonjol serta vulva membuka.	

Persalinan Kala II

Tanggal: 29 April 2017 Jam 06.00 wita

S :Ibu mengeluh ingin BAB, merasa ingin meneran

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, R : 20 x/menit, T : 36,5°C

HIS : Intensitas kuat dengan frekuensi 4x (40-45) dan DJJ : 148
x/menit

Terdapat tanda gejala kala II : Tampak tekanan pada anus,
perineum menonjol dan vulva
membuka

VT :Effecement 100%, Pembukaan: lengkap (10
cm), ketuban pecah spontan. Tidak terdapat

bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala, denominator UUK, hodge III, Ibu dianjurkan meneran.

A : Diagnosa : G3P100₁ inpartu kala II

P : Tanggal 29 Mei 2016

Tabel 2.11

Intervensi kala II

Catatan Perkembangan Kala II

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.00 WITA	Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan bayi dalam keadaan baik; ibu mengetahui kondisinya saat ini	
2.	06.02 WITA	Mengajarkan ibu teknik meneran	

Tanggal : 29 April 2017

Jam :06.00 wita

S : Ibu mengatakan ingin meneran

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, R : 20 x/menit, T : 36,5°C

DJJ : 148 x/menit

HIS : Intensitas his kuat dengan frekuensi 4x10' (40-45)''

A : Diagnosa : G3P100₁ inpartu kala II

P:

Tanggal : 29 April 2017

Tabel 2.12

Intervensi catatan perkembangan kala II

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.00 WITA	Bidan memimpin persalinan	
2.	06.15 WITA	Bayi lahir spontan pervaginam	

Perkembangan Kala III

Tanggal: 29 April 2017 Jam: 06.01 WITA

S : Ibu merasakan mules pada perutnya

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 80x/menit, R : 22 x/menit, S : 36,5°C

Abdomen : TFU : Sepusat, kontraksi uterus : baik, janin teraba tunggal

Genetalia : Tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah.

A : Diagnosa : G3P1001 Kala III Persalinan Normal

Masalah : Perut ibu merasa mules

P :

Tanggal 29 April 2017

Tabel 2.13

Intervensi kala III

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.14 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	

2.	06.17 WITA	Meletakkan bayi di atas perut ibu untuk dilakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)	
3.	06.20 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	
4.	06.29 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
5.	06.32 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III; Perdarahan \pm 150 cc dan kontraksi uterus baik	

Persalinan Kala IV

Tanggal : 29 April 2017 Jam: 06.35 wita

S : Ibu mengatakan merasa kelelahan tetapi ia senang bayi sudah lahir dalam keadaan sehat.

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg, N: 80x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,5°C

Payudara : Puting susu ibu menonjol, tampak pengeluaran colostrum dan konsistensi payudara tegang dan berisi serta tidak teraba massa atau benjolan.

Abdomen : TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra.

Plasenta lahir spontan lengkap jam 06.30 wita.

Terdapat ruptur karena stenan yang tidak kuat. Lebar ruptur mulai hanya di bagian kulit luar vagina.

A : P2001 kala IV Persalinan Normal

P : Tanggal 29 April 2017

Tabel 2.14

Intervensi kala IV

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.34 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat robekan jalan lahir di bagian luar kulit vagina.	
2.	06.35 WITA	Menyiapkan alat hecing set serta 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.	
3.	06.36 WITA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada 1cm ujung luka atau robekan perineum, 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.. Menunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.	
4.	06.37 WITA	Melakukan tindakan penjahitan pada robekan jalan lahir.	
5.	06.45 WITA	Melakukan obsevasi ttv, kontraksi, tfu, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua TD: 110/70, N: 80x/m, R:20x/m, T: 36,5°C uc: baik, tfu: 2 jrb/pst, VU:kosong, perd ±20cc	
6.	06.48 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit)	
7.	07.00 WITA	Melakukan obsevasi ttv, kontraksi, tfu, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua TD: 110/70, N:80x/m, R:20x/m uc: baik, tfu: 2 jrb/pst, VU:kosong, perd ±10cc	

8.	07.03 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian ; ibu telah dibersihkan dan ibu merasa nyaman.	
9.	07.06 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.	
10.	07.08 WITA	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman pada ibu; keluarga segera memberikan makanan dan minuman pada ibu.	
11.	07.20 WITA	Melengkapi Partograf; partograf telah dilengkapi sesuai hasil observasi.	
12.	07.30- 08.00 WITA	Melakukan observasi ttv, kontraksi, tfu, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua Didapatlah hasil: Jam 07.30 : TD: 110/70, N/R: 80x/20x, uc: baik, tfu: 2 jrb/pst, VU:kosong, perd ±15cc Jam 08.00 : TD: 110/70, N/R: 80x/20x, T36°C, uc: baik, tfu: 2 jrb/pst, VU:kosong, perd ±15cc Jam 08.30 : TD: 110/70, N/R: 80x/20x, uc: baik, tfu: 2 jrb/pst, VU:kosong, perd ±10cc	

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

Tanggal : 29 April 2017

Jam : 08.00

Tempat : BPM Bidan Nilawati

Oleh : Yana Karnila

S : -

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny.R dan Tn. H, alamat rumah berada di Kelurahan Damai, tanggal lahir 29 April 2017 pada hari sabtu pukul 06.10 WITA dan berjenis kelamin laki-laki.

O :Bayi lahir spontan segera menangis, jenis kelamin laki-laki , A/S 7/8 pukul 06.10

BB=3,150gr, PB=49cm, LK=33cm, LD=33cm

A : Neonatus Cukup Bulan-Sesuai Masa Kehamilan usia 2 jam

P :

Tabel 2.15

Implementasi Bayi Baru Lahir Usia 1 Jam Tanggal 29 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	08.10 WITA	Melakukan pemeriksaan antropometri, BB : 3150 gram, PB : 49 cm, LK : 33 cm,LD : 33 cm, LP : 31 cm.	
2.	08.25 WITA	Memberikan KIE Ibu tentang ASI eksklusif. Memberikan Hanya ASI saja tanpa tambahan apa pun termasuk air putih selama 6 bulan.	
3.	08.30 WITA	Memberi KIE ibu tentang Nutrisi ibu nifas. Menjelaskan pada ibu bahwa kebutuhan nutrisi ibu nifas lebih besar dari masa sebelum hamil dan pada saat hamil.	
4.	08.35 WITA	Memberi KIE tentang posisi menyusui	
5.	08.40 WITA	Dokumentasi	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan *Post Natal*

B. Asuhan Kebidanan *Post Natal Care* Kunjungan ke-I (6 jam Post Partum)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 April 2017 Pukul : 12.00 WITA

Tempat : BPM Bidan Nila

Oleh : Yana Karnila

S :

- a. Ibu mengatakan saat ini perasaanya sangat senang dan bersyukur sekali atas kelahiran bayinya
- b. Ibu mengatakan nyeri luka jahitan masih terasa.
- c. Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang berarti, hanya saja pinggangnya masih terasa pegal

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. R baik; kesadaran *composmentis*; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah	: Tampak pucat, tidak ada <i>oedema</i>
Mata	: konjungtiva tidak anemis ,skelera tidak ikterik,
Dada	: Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi
Payudara	: Payudara simetris, tampak bersih, tampak <i>hyperpigmentasi</i> pada areola, puting susu menonjol, pengeluaran ASI kanan, kiri (+)
Abdomen	: Tampak simetris, tampak <i>linea nigra</i> , tidak tampak bekas operasi, TFU 1 Jari bawah pusat, kontraksi baik dan kandung kemih kosong
Genetalia	: Perdarahan sedang (1 pembalut tidak penuh),
luka jahitan	masih basah.
Ekstremitas	:Bentuk simetris, tidak teraba <i>oedema</i> , tidak ada varises, <i>homan sign</i> negatif

c. Pola Fungsional

Tabel 2.15
Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu cukup beristirahat setelah proses persalinan
Nutrisi	Ibu memakan makanan yang dibawa dari rumah yaitu nasi, sayur, lauk-pauk, buah, dan minum teh manis
Mobilisasi	Ibu sudah bisa berjalan pelan, mereng kanan dan kiri dan duduk
Eliminasi	BAK (+) BAB (-)
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₁ *Post partum* 6 jam

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah : tidak ada

Masalah potensial : tidak ada

P :

Tabel 2.16

Implementasi PNC K1 (6 jam postpartum) Tanggal 29 April 2017

No.	Waktu	Pelaksanaan	Paraf
1.	14.40 WITA	<p>a. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa dari hasil pemeriksaan keadaan ibu baik-baik saja dan dalam batas normal. Ibu memahami tentang kondisinya sekarang.</p> <p>b. Menjelaskan pada ibu bahwa wajahnya terlihat sedikit pucat ibu butuh cukup istirahat dan cairan serta nutrisi yang cukup dan perbanyak makan yang ber protein, sayur dan buah. Ibu memahami informasi yang diberikan.</p> <p>c. Menganjurkan ibu untuk melakukan personal hygiene dan perawatan luka jahitan dengan</p>	

		<p>menganti pembalut dan kasa setelah buang air kecil, buang air besar atau saat mandi. Ibu memahami informasi yang diberikan.</p>	
2.	15.55 WITA	<p>a. Mengajarkan ibu untuk terus menyusui bayinya minimal 2 jam sekali dan mengingatkan kembali tentang pentingnya pemberian ASI diawal kehidupan bayinya Ibu memahami informasi yang diberikan</p>	
3.	15.10 WITA	<p>a. Mengajarkan ibu teknik dan posisi menyusui yang benar dengan sebelum menyusui bersihkan terlebih dahulu bagian putingnya lalu keluarkan asi sedikit dan dioleskan didaerah sekitar putingnya, lalu meletakkan kepala bayi pada salah satu siku tangan dan tangan yang lain membentuk huruf "C" pada payudara, pastikan dagu bayi menempel pada payudara ibu, memasukan puting susu hingga sebagian penuh areola masuk kedalam mulut bayi, posisikan ibu senyaman mungkin dengan bersandar di kursi atau di dinding. Ibu dapat mempraktekkan posisi dan teknik menyusu yang baik dan benar.</p> <p>b. Mengajarkan ibu cara menyendawakan bayi Ibu dapat mempraktekkan cara menyendawakan bayi</p>	
4.	15.25 WITA	<p>Mengajarkan ibu perawatan tali pusat pada bayi Ibu mengerti apa yang telah diajarkan</p>	

C. Asuhan Kebidanan *Post Natal Care* Kunjungan ke-II (4 hari *Post Partum*)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 2 Mei 2017/Pukul : 14.25 WITA

Tempat : Rumah "Ny.R"

Oleh : Yana karnila

S : a. Ibu mengatakan payudara bengkak, darah nifas masih keluar sedikit, warna merah kecoklatan dan pengeluaran ASI sudah lancar.

b. Bayinya sudah diberikan Imunisasi HB0 pada tanggal 29 April 2017

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. R baik; kesadaran *composmentis*; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/70 mmhg, suhu tubuh 36,4 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala :Tampak tidak ada lesi, tampak kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tampak bersih

Wajah : Tidak *oedem* dan tidak pucat

Mata : Tidak tampak *oedem* pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak

	lembab, tidak ada <i>caries dentis</i> pada gigi, tidak tampak stomatitis.
Leher	:Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
Dada	:Bentuk dada simetris,tidak tampak retraksi dinding dada
Payudara	:Simetris, tampak <i>hyperpigmentasi</i> pada areola, puting susu menonjol , ada pengeluaran ASI pada payudara kanan dan kiri, payudara teraba keras
Abdomen	:Tampak simetris, posisi membujur, tampak <i>linea nigra</i> , tidak tampak bekas operasi, TFU pertengahan pusat-simfisis, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong
Genetalia	:luka jahitan masih belum kering , Vulva tidak <i>oedem</i> , tidak ada varises, tampak pengeluaran <i>lochea sangulenta</i>
Ekstremitas	:Bentuk simetris, tidak teraba <i>oedema</i> , tidak ada varises, <i>homan sign</i> negatif

c. Pola Fungsional

Tabel 2.17
Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat sebentar 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 ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa seperti mencuci baju, memasak, membereskan rumah dan mengurus bayinya sendiri.
Eliminasi	BAK 3-4 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 : P₃₀₀₁ *Post Partum* Hari Ke-4

Masalah : mammae bengkak

Masalah Potensial : bendungan ASI

Kebutuhan Segera : anjurkan ibu kompres payudara dengan air hangat

P :

Tabel 2.18
Implementasi PNC K2 Tanggal 17 April 2017

No.	Waktu	Pelaksanaan	Paraf
-----	-------	-------------	-------

1.	14.30 WITA	<p>a. Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat-simpisis, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran <i>lochea sangulenta</i>, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal. Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.</p> <p>b. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit seperti:mengalami pusing hebat, perdarahan hebat, bau tidak normal seperti bau busuk dan ada rembesan dari vagina . Ibu dapat menyusui bayinya dengan benar. Ibu mengatakan tidak ada penyulit</p> <p>c. Menjelaskan pada ibu bahwa wajahnya terlihat sedikit pucat namun ibu tidak perlu khawatir karena ini hal yang wajar. ibu belum sepenuhnya pulih, ibu hanya butuh cukup istirahat dan cairan serta nutrisi yang cukup. Ibu memahami informasi yang diberikan.</p>	
2.	14.40 WITA	<p>b. KIE tentang gizi ibu nifas: Mengkonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari yang memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral,minum minimal 2,5-3liter/hari. ibu mengerti dengan apa yang diinformasikan</p> <p>c. KIE tentang istirahat yang cukup : saat bayi tidur usahakan ibu tidur juga. ibu mengerti dengan apa yang diinformasikan</p>	
3.	14.50 WITA	<p>Mengajarkan ibu untuk perawatan payudara dengan cara mengompres dengan air hangat dan air dingin secara bergantian,</p> <p>Ibu mengerti dan dapat mempraktekan tindakan yang telah diajarkan</p> <p>a. Memberikan ibu KIE tentang perawatan bayi di rumah: memandikan bayi, menjaga bayi tidak kehilangan panas tubuhnya. Ibu memahami informasi yang diberikan.</p>	

4.	15.00 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya atau saat ada keluhan. Ibu bersedia dilakukannya kunjungan pada hari berikutnya.	

3. Asuhan Kebidanan *Post Natal Care* Kunjungan ke-III (2 minggu *Post Partum*)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Mei 2017/Pukul : 14.30 WITA

Tempat : Rumah "Ny.R"

Oleh : Yana karnila

S : -

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. R baik; kesadaran *composmentis*; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,1°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit. BB:47 kg.

b. Pemeriksaan fisik

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

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

- Mata : Tidak tampak *oedem* pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tidak tampak ikterik
- Telinga : Tampak bersih dan tidak ada pengeluaran sekret
- Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak tampak pernapasan cuping hidung
- Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada *caries dentis* pada gigi, tidak tampak *stomatitis*
- Leher : Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Payudara : Tampak simetris, ada pengeluaran ASI, tampak *hyperpigmentasi* pada areola, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, tidak teraba pembengkakan.
- Abdomen : TFU tidak teraba
- Ekstremitas : hofman sign negative

c. Pola Fungsional

Tabel 2.19
Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu bisa sebentar-sebentar 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 seperti telur, ikan dan terkadang daging, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya dan tidak ada pantangan makan.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa seperti memasak, mencuci baju, mengurus bayinya sendiri dan berbelanja keperluan sehari-hari.
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/2 hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.

Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.
----------	---

A :

Diagnosis : P₃₀₀₁ *Post Partum* Hari Ke-19

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tabel 2.20
Implementasi PNC K3 Tanggal 23 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU: tidak teraba, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran <i>lochea serosa</i> , sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal,	
3.	14.40 WITA	Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, tidur/ istirahat saat bayi tidur.. Ibu mengerti anjuran yang disampaikan.	
4.	14.50 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 10 menit mengenai imunisasi dasar bagi bayi : Pengertian Imunisasi, macam-macam imunisasi, dasar, efek samping imunisasi dasar dan jadwal pemberian imunisasi dasar; ibu mengerti dengan konseling yang diberikan.	
5.	15.00 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG di fasilitas kesehatan terdekat; ibu bersedia untuk melakukan imunisasi BCG di fasilitas kesehatan	
6.	15.10 WITA	Memastikan ibu telah memilih metode kontrasepsi apa yang akan digunakan. Ibu sudah memilih alat kontasepsi yang akan digunakan adalah suntik KB 3 bulan	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Kunjungan Neonatus ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 29 April 2017/Pukul :12.10 WITA

Tempat : BPM Bidan Nilawati

Oleh : Yana Karnila

S : -

O: KU : Baik

a. TTV; N : 142 x/menit, R : 43 x/menit, S : 36,7 °C.

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Rambut tampak banyak dan berwarna hitam, tidak tampak cephal hematoma dan moulase, tampak caput dan ubun-ubun teraba datar

Wajah : Tampak simetris, posisi mata, mulut, telinga dan dagu tepat diposisinya

Mata : Tidak tampak strabismus, tidak tampak perdarahan pada konjungtiva dan tidak tampak pengeluaran cairan

Telinga : Tidak tampak pengeluaran secret, ketika telinga ditekuk cepat kembali

Hidung : Tidak tampak pengeluaran secret dan tidak terdapat gerakan cuping hidung

Mulut : Tidak tampak labio palatoshklisis/ labioklisis, tidak tampak bercak putih pada mukosa mulut

Leher : Tidak tampak keterbatasan gerak, tidak tampak lipatan kulit yang berlebihan dan tidak teraba pembengkakan

Klavikula : Klavikula tampak dan teraba utuh

Dada : Simetris, tidak tampak retraksi atau kesulitan bernapas

Abdomen : Tidak tampak pembesaran atau pembengkakan

Tali pusat : Tampak 2 arteri dan 1 vena, dan tidak tampak perdarahan tali pusat

Punggung : Tidak tampak kelainan, tidak tampak dan teraba pembengkakan

Genetalia : Laki-laki, tidak ada kelainan lubang uretra ,skrotum sudah turun

Anus : Positif (+), terdapat lubang anus.

Ekstremitas: Tidak tampak polidaktili dan sindaktili dan pergerakan tangan dan kaki tampak aktif

c. Pemeriksaan reklek

Refleks Moro : Positif (+)

Reflek Swallowing : Positif (+)

Refleks Graps : Positif (+)

Refleks Sucking : Positif (+)

Refleks Rooting : Positif (+)

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

P :

Tanggal 13 April 2017

Table 2.21
Intervensi Kunjungan Neonatus ke-I

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	12.20 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
2.	12.30 WITA	Menjelaskan nutrisi yang baik untuk bayi dan menganjurkan hanya memberikan asi pada bayi	
3.	12.40 WITA	Menganjurkan sering-sering menyusui bayi minimal 2 jam 1x	
4.	13.00 WITA	Menjelaskan cara perawatan tali pusat dengan menjaga tali pusat agar tetap kering	
5.	13.10 WITA	KIE tentang imunisasi dasar	
6.	13.20 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 7 hari selanjutnya.	

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Mei 2017/ pukul 14.30

Tempat : Rumah Ny.R

Oleh : Yana Karnila

S :

Pola nutrisi : Bayi menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI

Pola eliminasi : BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning.
BAK 5-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih

Pola istirahat : Lama tidur bayi pada siang hari tidak menentu dan pada saat malam hari biasanya tidur jam 20.00 wita dan terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

Pesonal hygiene : Bayi dimandikan 2 kali sehari pada pagi dan dimandikan pada sore hari

O: KU : Baik, N : 127 x/menit, R : 41 x/menit dan S : 36,7 °C. BB = 3,500gr

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 4 hari

P :

Tanggal : 2 Mei 2017

Table 2.22
Intervensi kunjungan ke-2 Neonatus

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.40 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
2.	14.50 WITA	menganjurkan ibu menyusui bayinnya sesering mungkin ibu mengerti	
3.	15.00 WITA	menganjurkan untuk menjemur bayinnya saat pagi hari ibu mengerti	
4.	15.10 WITA	membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 Mei 2017/Pukul : 14.30 WITA

Tempat : Rumah "Ny.R"

Oleh : Yana Karnila

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 141 x/menit, pernafasan 39 x/menit dan suhu 36,5 °C, berat badan 5200 gram

b. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak *caput*, tidak tampak *molase*, ubun-ubun datar tidak cekung ataupun cembung
- Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, tidak tampak *oedema* pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada konjungtiva, 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..
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, puting susu tampak menonjol.
- Abdomen : Tampak simetris, tali pusat sudah lepas, tidak teraba benjolan/massa.
- 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. Pola Fungsional

Tabel 2.23
Pola fungsional kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI
Eliminasi	BAB 1 kali 1 minggu konsistensi lunak warna kuning. BAK 6-8 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa

Kehamilan usia 19 hari

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tabel 2.24
Implementasi Neonatus KN3 Tanggal : 23 Mei 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.40 WITA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
2.	14.50 WITA	Menanyakan pada ibu mengenai masalah – masalah yang di alami terutama dalam proses menyusui. Ibu mengatakan tidak mengalami masalah dalam menyusui bayinya.	
3.	15.00 WITA	Menanyakan pada ibu tentang apakah terdapat tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, gerakan/tangisan tidak ada, merintih, bayi sesak, infeksi mata, diare, kejang. Ibu mengatakan tidak menemui tanda-tanda tersebut dan akan membawa bayinya ke tenaga kesehatan jika menemui tanda-tanda tersebut.	
6.	15.10 WITA	Mangingatkan kembali pada ibu untuk menjaga kebersihan telinga dan kuku bayinya dengan membersihkan telinga bayi sehabis mandi serta menjaga kuku bayinya tetap pendek dan memotong kuku jari bayi yang panjang tiap 3 atau 4 hari sekali. Ibu telah rutin menjaga kebersihan telinga bayi dan menjaga kuku bayi tetap pendek.	
7.	15.20 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk membawa bayinya imunisasi BCG ke rumah sakit khusus bersalin sayang ibu	

Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Calon Akseptor KB 3 Bulan

Tanggal Pengkajian/ Waktu : 23 Mei 2017/14.30 WITA

Tempat : Rumah "Ny.R"

Oeh : Yana Karnila

S : 1. Ibu telah yakin dengan pilihannya untuk memakai kontrasepsi KB 3 Bulan

2. ibu mengatakan sudah pernah menggunakan AKDR sebelumnya

O:

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. R baik; kesadaran *composmentis*; hasil pengukuran

tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36.5 °C, nadi 80

x/menit, pernafasan : 22 x/menit.

A:

Diagnosa : P₂₀₀₁ calon akseptor kontrasepsi KB 3 Bulan

P:

Tabel 2.24
Implementasi KB Tanggal 02 Mei 2017

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.40 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny.R , hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal ;Ibu mengerti mengenai kondisinya.	
2.	14.55 WITA	Mengingatkan ibu mengenai alat kontrasepsi yang di pilih,. Ibu mengerti dan paham tentang anjuran yang disampaikan dan bersedia memakai alat kontrasepsi yang dipilih	
4.	15.05 WITA	Menganjurkan ibu untuk ke fasilitas kesehatan atau konsultasi pada bidan jika ingin mengganti alat kontrasepsi. Ibu mengerti anjuran yang diberikan dan berjanji akan berkonsultasi pada bidan jika mengalami keluhan. Ibu memilih KB 3 bulan sebagai kontrasepsi	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang di terapkan pada klien Ny.R Usia 25 tahun G₃P₁₀₀₁ sejak kontak pertama pada tanggal 9 April 2017 yaitu dimulai pada masa kehamilan 36 minggu 2 hari, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Kehamilan

Memasuki kehamilan trimester III dengan usia kehamilan saat itu 36 minggu 2 hari, Ny. R mengeluh sering nyeri pinggang.

Sering nyeri pinggang yang dialami Ny. R merupakan hal yang normal. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kusmiyati (2009), menyatakan bahwa wanita dapat mengalami masalah ini pada TM III kehamilan. Hal ini dikarenakan oleh kelelahan, ukuran rahim yang makin membesar dan kepala menekan syaraf-syaraf pada daerah panggul. Dalam hal ini penulis menganjurkan ibu untuk jangan membungkuk saat mengambil barang, sebaiknya turunkan badan dalam posisi jongkok, lalu kemudian mengambil barang yang dimaksud. Istirahat, pijat, kompres dingin atau panas pada bagian yang sakit. Hal ini terbukti setelah dilakukan asuhan dan setelah ibu melakukan apa yang disampaikan oleh penulis nyeri pada pinggang ibu berkurang.

Selama kehamilannya, Ny.R telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 7 kali, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester kedua, dan 4 kali pada trimester ketiga. Hal ini sesuai dengan syarat kunjungan kehamilan yang dikemukakan oleh Kementerian Kesehatan(2016), yaitu minimal 4 kali, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga.

Selama ANC Ny.R telah memperoleh standar asuhan 14 T kecuali standar asuhan ke 13 dan 14 yaitu test pemberian terapi yodium untuk daerah endemis gondok dan pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis dikarenakan Ny.R tidak memiliki keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal-hal patologis.

Saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah Ny.R selalu dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan terakhir 110/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI (2009), tekanan darah yang normal adalah 90/60mmHg-140/90mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau *preeklamsi* dalam kehamilan. Dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada saat kunjungan, dapat diketahui pula klien berisiko atau tidak dalam kehamilannya.

Pada saat melakukan kunjungan hamil yang pertama pada tanggal 9 April 2017 Ny. R dalam kondisi segar tetapi konjungtiva mata sedikit pucat, kemudian di lakukan pemeriksaan Hb dan hasilnya 9,5 gr %. Ny. R mengalami anemia ringan karna setelah dilakukan pemeriksaan HB hasilnya <11,5 gr %. (Arisman, 2009). Diketahui Ny.R tidak rutin mengkonsumsi tablet Fe dan .

Pada kunjungan tersebut diberikan asuhan kepada Ny. R mengenai tanda bahaya anemia dan cara mengatasinya, dan gizi seimbang pada ibu hamil.

Saat dilakukan pemeriksaan, LILA Ny. R termasuk KEK yaitu 22 cm. Hal ini dikarenakan sebelum hamil dihitung dari IMT Ny.R memang sudah termasuk kurus, kurang mengkonsumsi makan yang mengandung protein dan Ny.R sangat aktif di kesehariannya. Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI(2009) bahwa angka normal LILA yang sehat 23,5 - 36 cm. Dengan mengukur status gizi pada ibu hamil, dapat diketahui kecukupan gizi pada ibu. Apabila gizi ibu kurang, tentunya kurang pula asupan gizi ke janin.

Saat dilakukan pemeriksaan palpasi *leopold*, presentasi janin yaitu kepala sebagai bagian terendah janin. 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 akhir 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.

2. Persalinan

Memasuki proses persalinan di usia kehamilannya 39 minggu 1 hari, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Kehamilan cukup

bulan (aterm) atau pematangan janin terjadi pada minggu 37-40 adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal (JNPK-KR, 2008).

Tanggal 29 April 2017 pukul 03.00 WITA Ny.R datang ke BPM Bidan Nilawati dengan keluhan keluar lendir darah dari kemaluannya dan merasa kencang-kencang di bagian perut bawah. Ny.R mengatakan hamil anak kedua dan pernah keguguran 1 kali. HPHT 28 juli 2016, usia kehamilan 39 minggu 1 hari, dilakukan pemeriksaan VT dan didapatkan hasil : Vulva/vagina : tak ada kelainan, portio tebal/lembut, eff 40%, pembukaan 2 cm, ketuban positif, kepala hodge 1, moulase 0, tali pusat tidak teraba, auskultasi DJJ: terdengar jelas, teratur, frekuensi 147 x/menit. His: Intensitas : kuat, Frekuensi : 3 x dalam 10 menit, durasi 25-30 detik.

Dalam hal ini Ny.R mengalami tanda-tanda persalinan yaitu adanya pengeluaran lendir darah pervagina, his 3x dalam 10 menit dengan durasi 25-30 detik. Hal ini sesuai dengan teori tanda-tanda persalinan menurut Manuaba (2010), yaitu : kekuatan his makin sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek, dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu pengeluaran lendir, lendir bercampur darah.

Saat memasuki proses persalinan pada tanggal 29 April 2017 usia kehamilan Ny. R yaitu 39 minggu 1 hari. Menurut teori persalinan di anggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa di sertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2008). Penulis sependapat dengan pernyataan tersebut karena Ny. R menunjukkan tanda tanda persalinan saat usia kehamilan 39 minggu 1 hari.

Ibu merasa perut kencang-kencang semakin bertambah, nyeri perut bagian bawah menjalar sampai ke pinggang sehingga penulis melakukan

pemeriksaan dalam lagi pada pukul 05.30 WITA, hasil pemeriksaan portio lembut tipis, efficement 75 %, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, pembukaan serviks 6-7 cm, penurunan kepala hodge II, DJJ 132 x/menit dengan HIS yang kuat 4 x 10 menit dengan durasi 40-45 detik.

Saat klien telah memasuki fase aktif bidan menyiapkan partus set serta alat pelindung diri dan perlengkapan bayi. Pukul 05.30 WITA Ny.R mengeluh ingin BAB dan merasa nyeri perut bagian bawah menjalar sampai ke pinggang. Hal ini sesuai dengan APN 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 (JNPK-KR, 2008).

Ny. R memasuki kala II. Pukul 06.00 WITA. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tidak teraba, selaput ketuban pecah spontan dengan warna jernih, efficement 100 %, pembukaan serviks 10 cm, posisi kepala janin pada hodge IV, DJJ 148 x/menit, dengan HIS >4 x dalam 10 menit dengan durasi >40 detik. Pukul 06.10 WITA bayi lahir.

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. R merasakan kencang-kencang dan diikuti pengeluaran lendir darah pada awal persalinannya dan setelah dilakukan pemeriksaan terdapat pembukaan serviks 2 cm bertambah menjadi 6-7 cm dan terakhir lengkap atau 10 cm. Pertambahan pembukaan serviks pada

Ny. R didukung dengan HIS yang semakin meningkat dan adekuat (Sumarah, dkk, 2009).

Kala I hingga kala II yang dialami Ny. R berlangsung selama 8 jam. Lama kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Kala I berlangsung dengan normal ± 8 jam karena his yang adekuat (JNPK-KR, 2008).

Pembukaan lengkap Ny. R terjadi pada pukul 06.10 WITA dan bayi lahir pukul 06.10 WITA, lama kala II Ny. R berlangsung selama 10 menit dan ini merupakan keadaan yang normal. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam (JNPK-KR, 2008). Penulis berpendapat, proses persalinan Ny. R berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf. Ny. R telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan klien berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik .

Bayi lahir spontan dan segera menangis pada pukul 06.10 WITA, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3.150 gram dan panjang 49 cm. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung di lakukan IMD.

Pada saat bayi lahir plasenta belum keluar, penulis pun segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. R dimulai dari penyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta penulis melakukan PTT, melahirkan plasenta, kemudian melakukan masase uteri. Manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri (JNPK-KR, 2008).

Pukul 06.30 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat lateralis, diameter 20 cm, berat 500 gram, tebal 2cm, panjang tali pusat 45 cm. Lama kala III Ny. R berlangsung \pm 20 menit. 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 plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (JNPK-KR, 2008). Penulis sependapat dengan pernyataan diatas karena plasenta Ny. R lahir tidak lebih dari 30 menit .

Pukul 06.30 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi jalan lahir derajat 1 dan dilakukan penjahitan. Setelah melakukan penjahitan perenium penulis 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.

Penulis berpendapat, dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi. Dalam pemantauan kala IV tidak di temukan komplikasi. Perdarahan yang normal setelah kelahiran mungkin hanya akan sebanyak satu pembalut perempuan per jam, selama 6 jam pertama atau seperti darah haid yang banyak. Jika perdarahan lebih banyak dari ini, ibu hendaknya diperiksa lebih sering dan penyebab – penyebab perdarahan berat harus diselidiki. Apakah ada laserasi pada vagina atau serviks, apakah uterus berkontraksi dengan baik,

apakah kandung kencingnya kosong atau apakah ada sisa plasenta yang tertinggal (Rohani 2011)

Pada saat kala IV persalinan ditemukan hasil observasi yaitu uterus ibu keras, perdarahan normal.

3. Nifas

Pada masa nifas Ny. R prosesnya berlangsung dengan normal dan tanpa kendala. Masa involusi dan penurunan fundus sesuai dengan teori dari Prawirohardjo (2010), dimana tinggi fundus uteri pada 6 jam postpartum adalah 1 jari bawah pusat, pada kunjungan 4 hari postpartum normal pada tanggal 2 Mei 2017 tinggi fundus uteri pertengahan pusat simfisis, pada kunjungan 2 minggu post partum tanggal 23 Mei 2017 tinggi fundus uteri tidak teraba. Uterus berangsur-angsur mengalami involusi hingga akhirnya mengecil dan masuk kedalam rongga panggul.

Pada hari kunjungan I, II dan III post partum normal semua hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu dalam keadaan normal. Pada 6 jam pertama ibu berhasil memberikan ASI pada bayi, hal ini bisa terjadi sebab ibu telah melakukan perawatan payudara dan ibu mau mencoba memberikan kolostrum setelah ibu mendengar informasi yang diberikan bidan bahwa kolostrum bukanlah susu yang basi, justru susu yang pertama inilah yang dapat memberikan kekebalan tubuh pada bayi sehingga bayi tidak mudah terserang penyakit dan mengandung banyak gizi.

Pada hari pertama Ny. R sudah dapat buang air kecil dan buang air besar di hari kedua. hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa miksi

dan defekasi harus secepatnya sesudah bersalin (Yuni Kusmiyanti, 2009). Buang air kecil harus dilakukan sesudah bersalin agar tidak terjadi bendungan urine dikandung kemih yang dapat mengganggu kontraksi rahim, sedangkan buang air besar normalnya harus dilakukan maksimal 3 hari setelah melahirkan agar rektum tidak penuh dan kontraksi berjalan dengan baik.

Pengeluaran *lochea* pada Ny. R berjalan dengan normal, sesuai dengan teori dan hasil pengawasan yang dilakukan *lochea* yang keluar sampai 2 minggu didapat hasil, pada hari pertama darah berwarna merah segar, pada hari keempat didapat *lochea sanguilenta* berwarna merah kekuningan, pada kunjungan hari kesembilan belas didapat *lochea serosa* berwarna kuning (Sukarni, 2013). Pada hari pertama nifas pengeluaran lochea bewarna merah karena berisi darah segar dari perlukaan tempat lepasnya plasenta, jaringan sisa plasenta, lemak bayi, lanugo. Pada hari keempat pengeluaran lochea sanguilenta bewarna merah kekuningan karena perlukaan tempat lepasnya plasenta mulai sembuh sehingga darah yang keluar bukan darah segar lagi. Hari kesembilan pengeluaran lochea serosa bewarna kuning mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta.

4. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam, 4 hari, dan 2 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 dan 3-7 hari, KN-2 dilakukan 8-28 hari. Tujuannya untuk mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan atau masalah kesehatan pada neonatus.

Pada saat bayi baru lahir sisa ketuban hijau kental dengan segera bayi baru lahir dilakukan pengisapan lendir dari mulut lalu ke hidung. Menurut teori adanya *mekonium* pada cairan *amnion* lebih sering terlihat saat janin mencapai maturitas dan dengan sendirinya bukan merupakan tanda-tanda gawat janin. Sedikit *mekonium* tanpa dibarengi dengan kelainan pada denyut jantung janin merupakan suatu peringatan untuk pengawasan lebih lanjut (Saifuddin, 2010).

Penanganan *mekonium* pada saluran napas atas neonatus untuk mencegah terjadinya aspirasi *mekonium* dengan cara bersihkan jalan napas dengan menghisap mulut lalu hidung. Jika terdapat darah atau *mekonium* di mulut atau hidung, isap segera untuk menghindari aspirasi. Jangan menghisap terlalu dalam di tenggorok, karena dapat mengakibatkan turunnya frekuensi denyut jantung bayi atau bayi berhenti nafas. Bayi lahir segera menangis APGAR skor yang dimiliki bayi saat lahir 7/9. Sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada kunjungan 6-8 jam telah dilakukan pemeriksaan, hasil pemeriksaan berat badan 3150 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, nadi 146 x/menit, pernapasan 40 x/menit, suhu 36,7 °C, bayi telah BAK. Pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan bahwa tidak ada kelainan bayi terhadap refleks. Pemberian ASI awal atau inisiasi menyusui dini (IMD) telah dilakukan. Menurut Kosim (2009), kontraindikasi dari IMD antara lain infeksi pada bayi. Air ketuban keruh bercampur mekonium (AKK) dapat menyebabkan sindrom aspirasi mekonium (SAM) yang mengakibatkan asfiksia neonatorum yang selanjutnya dapat berkembang menjadi infeksi neonatal. Namun tidak semua neonatus yang mengalami AKK berkembang

menjadi SAM. Sehingga bayi perlu diobservasi tanda-tanda vital dan sesak dan tidak memungkinkan untuk menyusui.

Bayi Ny.“R” memiliki APGAR skor 7/9 yang menandakan tidak terjadinya asfiksia neonatorum pada bayi. Proses IMD dilakukan dengan observasi tanda-tanda vital dan sesak. Maka dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Perawatan tali pusat bayi Ny. R berlangsung dengan baik. Ny. R tidak pernah memberikan apapun pada pusat bayi. Pada hari ke-4 pusat bayi Ny.R telah lepas. Pada pemeriksaan hari ke-4 berat badan bayi mengalami kenaikan 150 gram dari berat lahir yaitu menjadi 3300 gram. Pada pemeriksaan hari ke-19 berat badan bayi mengalami kenaikan 900 gram dari berat sebelumnya pada kunjungan kedua yaitu menjadi 5200 gram.

5. Keluarga Berencana (KB)

Tanggal 23 Mei 2017 Ny. R penulis memberikan konseling mengenai berbagai macam alat kontrasepsi antara lain : pil, suntik dan IUD, kemudian Ny.R memutuskan akan memakai alat kontrasepsi suntik 3 bulan. Setelah diberikan konseling mengenai kontrasepsi suntik 3 bulan Ny.R mengerti apa saja indikasi, kontraindikasi, kerugian, keuntungan dan efek samping dari kontrasepsi suntik 3 bulan itu sendiri. Menurut penulis pilihan kontrasepsi Ny.R sangat tepat karena Ny.R masih dalam masa nifas dan menyusui bayinya sehingga tidak mengganggu pengeluaran asi pada ibu.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

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

1. Penjaringan pasien

Menjaring pasien atau klien yang sesuai dengan persyaratan yang telah ditetapkan oleh institusi bukanlah hal yang mudah. Penulis sempat beberapa kali berganti pasien sampai akhirnya bertemu Ny.R dan keluarga yang bersedia menjadi pasien studi kasus ini.

2. Waktu yang terbatas

Melaksanakan asuhan yang berkesinambungan untuk mencapai hal yang maksimal tentunya membutuhkan waktu yang panjang. Namun pada studi kasus ini waktu yang diberikan hanya \pm 3 bulan dengan banyak kegiatan lainnya sehingga membuat waktu untuk memberikan asuhan kepada klien kurang maksimal.

3. Pengetahuan yang terbatas

Keterbatasan pengetahuan karena baru pertama kali melakukan penelitian sehingga penulis masih banyak kekurangan baik dalam penyusunan dan pengolahan data sehingga masih jauh dari sempurna.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. R G₃P₁₀₀₁ Usia 36 Minggu 2 hari dengan masalah KEK di wilayah puskesmas Damai , dapat diambil kesimpulan bahwa penulis:

1. Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. “R” dilaksanakan 3 kali kunjungan dilaksanakan pemberian asuhan sesuai temuan masalah pada Ny. “R” pada usia kehamilan 36 minggu 2 hari. Hasil : asuhan yang diberikan berhasil mengurangi keluhan dan masalah yang dirasakan klien sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat dan telah didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
2. Mampu melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif dimana pada awal pemeriksaan Ny.R telah di diagnosa KEK. namun hingga akhir persalinan Ny.R berlangsung normal tanpa ada penyulit : asuhan yang diberikan berhasil mengurangi keluhan dan masalah yang dirasakan klien sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat dan telah didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

B. Saran

1. Bagi institusi Poltekkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Agar terus memperbaharui keterampilan yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah

terjun dimasyarakat. Selain itu lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang ditetapkan.

2. Bagi Penulis

Agar selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dalam perkuliahan serta dapat mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif melalui pendidikan dan pencegahan, serta mendapat pengalaman secara nyata di lapangan agar dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan.

3. Bagi Klien

Agar lebih memanfaatkan kesempatan yang ada untuk menanyakan dan berbagi pengalaman terutama tentang masalah yang berkaitan dengan kesehatan baik dirinya maupun anggota keluarganya untuk dapat menambah pengetahuannya sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi

Daftar Pustaka

- Ambarwati, R.E., & Wulandari, D. (2009). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Mitra. Cendika Press
- Cunningham, F. Gary.Dkk. (2005). *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC
- Depkes RI. (2005). *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI, (2007). *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Dinkes Balikpapan. (2016). *Derajat Kesehatan*. Retrieved April 20, 2017, from <http://dkk.balikkpapan.go.id/page/derajat-kesehatan>
- Dinkes Samarinda. (2013). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2013*. Samarinda: Dinas Kesehatan Kalimantan Timur.
- JNPK-KR. (2008). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI.
- JNPK-KR. (2012). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes RI. (2010). *Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI*. Retrieved April 20, 2017, from <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf>

Kristiyanasari, Weni. 2010. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nuha Medika

Mansyur Nurliana dan Dahlan Kasrinda. (2014). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Malang: Selaka Media

Manuaba, I.B.G. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.

Manuaba, I. B. G. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk pendidikan bidan edisi 2*. Jakarta: EGC.

Muslihatun, W.N., (2011). *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Yogyakarta: Fitra Maya

Saifuddin, A. B. (2006). *Pelayanan Kesehatan Maternal & Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saifuddin, A. B. (2010). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saifuddin, A. B. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Suherni, dkk. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta :Fitramaya

Sulistyawati, Ari. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*, Yogyakarta : Graha Ilmu.

Sulistyoningsih, Hariyani. (2011). *Gizi Untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sumarah, dkk. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya

Varney, H. 1997. *Varney's midwifery*, 3rd edition, Journal of Midwifery and Women's Health
Varney, H. (2006). *Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC.

Varney, H. (2007). *Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2*. Jakarta: EGC.

Wahyuni, Sari. 2009. *Asuhan Neonatus Bayi & Balita: Penuntun Belajar Praktik Klinik*. Jakarta : EGC.

Wiji. (2013). *ASI dan panduan ibu menyusui*. Yogyakarta; Nuha Medik

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

Wiknjosastro, Hanifa. (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Wiknjosastro, Hanifa. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo