

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "S" G₃P₂₀₀₂ HAMIL
40 MINGGU 1 HARI KALA II MEMANJANG + ASFIKSIA
RINGAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BARU ULU KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2017



Oleh :

YENI DEWI PURWATI
NIM. PO 7224114038

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

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI DIII KEBIDANANBALIKPAPAN
2017

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.S G₃P₂₀₀₂
hamil 40 minggu 1 hari kala II memanjang + asfiksia
ringan di Wilayah Kerja Puskesmas Baru Ulu Kota
Balikpapan Tahun 2017

Nama Mahasiswa : Yeni Dewi Purwati

NIM : PO 7224114038

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

Balikpapan, Juni 2017

MENYETUJUI

Pembimbing I

Dra.Meity Albertina,SKM.,SST.,M.Pd

NIP. 195708121979092001

Pembimbing II

Hj.Nilawati, SST

NIP 195811251981112002

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."S" DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BARU ULU KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2017

YENI DEWI PURWATI

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

Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur

Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Pada Juni 2017

Penguji Utama

Novi Pasiriani, SST., M.Pd (.....)
NIP.197911262001122002

Penguji I

Dra.Meity Albertina, SKM., SST., M.Pd (.....)
NIP.195708121979092001

Penguji II

Hj.Nilawati, SST (.....)
NIP. 195811251981112002

Mengetahui,

Ka. Jurusan Kebidanan Balikpapan

Ka. Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

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

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yeni Dewi Purwati

NIM : P0 7224114038

Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 24 Maret 1995

Agama : Islam

Alamat : Jl. Sultan Hasanuddin Rt.38 No.78 Balikpapan
Barat 76132

Riwayat Pendidikan :

- SD Negeri 014 Balikpapan, Lulus Tahun 2007
- SMP Islam Al-Ula Balikpapan, Lulus Tahun 2010
- SMK Harapan Bhakti Perawat dan Farmasi Balikpapan, Lulus Tahun 2013
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi DIII Kebidanan Balikpapan Tahun 2014 - sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tak terhingga peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, karunia dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. "S" di Wilayah Kerja Puskesmas Baru Ulu Kota Balikpapan Tahun 2017 dengan baik dan lancar.

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.

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 yang telah memberikan izin dan memfasilitasi kami dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
2. Sonya Yulia., S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur yang telah memberikan dukungan dalam pelaksanaan asuhan dan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur yang telah memberikan dukungan dalam pelaksanaan asuhan dan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

4. Novi Pasiriani,SST,M.Pd, selaku Penguji utama yang memberikan masukan yang sangat baik sekali pada kasus saya di Laporan Tugas Akhir ini.
5. Dra. Meity Albertina,SKM.,SST.,M.Pd, selaku Pembimbing I yang senantiasa mengingatkan dan memberi motivasi penulis untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Hj.Nilawati, SST,selaku pembimbing II yang telah memberi masukan dan motivasi yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Para Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur Prodi D III Kebidanan Balikpapan.
8. Teristimewa kedua Orang Tua Saya yang telah memberi semangat, doa, serta dukungan materi dan spiritualnya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu.
9. Sahabat yang senantiasa memberi semangat dan doa dalam kelancaran Studi Kasus saya.
10. Teman-teman seperjuangan yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
11. Klien Tn. S dan Ny. S yang kooperatif sehingga memudahkan penulis dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
12. Serta semua pihak yang telah membantu penulis, yang tidak dapat diucapkan satu-persatu.

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.

Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi penulis maupun bagi semua pihak yang membaca.

Balikpapan, Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat Penelitian	7
E. Ruang Lingkup.....	9
F. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	12
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif.....	17
C. Kala II Memanjang	50
D. Asfiksia Ringan.....	59

BAB III SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAANSTUDI KASUS

A. Rancangan Penelitian.....	97
B. Kerangka Kerja Penelitian.	97
C. Subjek Penelitian	99
D. Pengumpulan Dan Analisis Data	100
E. Etika Penulisan.....	101

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care kunjungan I	103
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care kunjungan II.....	111
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care kunjungan III.....	116
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care.....	121
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir.....	133
F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care kunjungan I	138
G. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care kunjungan II.....	141
H. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care kunjungan III.....	143
I. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus kunjungan I	146
J. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus kunjungan II.....	148
K. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus kunjungan III.....	151
L. Dokumentasi Manajemen Pelayanan KB	153

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	159
B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan.....	171

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	173
B. Saran.....	175
DAFTAR PUSTAKA	177

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 2.2 Kebutuhan Makanan Ibu Hamil Setiap Hari.....	24
Tabel 2.3 Peningkatan berat badan selama hamil	25
Tabel 2.4 Jadwal pemberian imunisasi	30
Tabel 2.5 Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus	37
Tabel 2.6 Usia Kehamilan Berdasarkan Mcdonald.....	38
Tabel 2.7 Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan	38
Tabel 2.8 Apgar Score.....	58
Tabel 2.9 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Post Partum	71
Tabel 2.10 Menu makanan untuk ibu KEK	94
Tabel 4.1 Riwayat obstetric kehamilan.....	105
Tabel 4.2 Pola Fungsional ANC I.....	105
Tabel 4.3 Implementasi ANC I	110
Tabel 4.4 Pola Fungsional ANC II.....	112
Tabel 4.5 Implementasi ANC II.....	115
Tabel 4.6 Pola Fungsional ANC III.....	116
Tabel 4.7 Implementasi ANC III	120
Tabel 4.8 Pola Fungsional INC Kala I	121
Tabel 4.9 implementasi INC Kala I	125
Tabel 4.10 Pola Fungsional INC Kala II.....	126
Tabel 4.11 implementasi INC Kala II	127

Tabel 4.12 Pola Fungsional INC Kala III	129
Tabel 4.13 implementasi INC Kala III.....	130
Tabel 4.14 Pola Fungsional INC Kala IV	131
Table 4.15 implementasi INC Kala IV	132
Tabel 4.16 Pola Fungsional BBL.....	134
Tabel 4.17 Data Rekam Medis.....	134
Tabel 4.18 APGAR Skor BBL.....	135
Tabel 4.19 implementasi BBL.....	137
Tabel 4.20 Pola Fungsional PNC I.....	138
Tabel 4.21 implementasi PNC I.....	140
Tabel 4.22 Pola Fungsional PNC II.....	141
Tabel 4.23 implementasi PNC II.....	143
Tabel 4.24 Pola Fungsional PNC III.....	143
Tabel 4.25 implementasi PNC III.....	145
Tabel 4.26 Pola Fungsional KN I.....	146
Tabel 4.27 implementasi KN I.....	148
Tabel 4.28 Pola Fungsional KN II	149
Tabel 4.29 implementasi KN II.....	150
Tabel 4.30 Pola Fungsional KN III.....	151
Tabel 4.31 implementasi KN III	152
Tabel 4.32 Riwayat Obstetrik KB.....	154
Tabel 4.33 Pola Fungsional KB	154
Tabel 4.34 implementasi KB.....	157

DAFTAR BAGAN

Bagan Halaman

2.1 Perubahan fisiologis ibu hamil trimester III.....	19
3.1 Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus	98

DAFTAR LAMPIRAN

Surat Persetujuan Klien.....	
Lembar Konsul.....	
Jadwal kunjungan ANC	
Jadwal kunjungan INC	
Jadwal kunjungan PNC	
Jadwal kunjungan KB	
partograf.....	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan jumlah kematian ibu yang diakibatkan oleh proses reproduksi pada saat hamil, melahirkan dan masa nifas per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) merupakan banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu (Data Statistik Indonesia, 2014).

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

Berdasarkan penelitian *World Health Organization* (WHO) di seluruh 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 trauma di negara berkembang sebesar 99 %. WHO memperkirakan jika ibu hanya melahirkan rata-rata 3 bayi, maka kematian ibu dapat diturunkan menjadi 300.000 jiwa dan kematian bayi sebesar 5.000.000 jiwa per tahun (Manuaba, 2010).

Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2014 di Provinsi Kalimantan Timur sebanyak 177 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi (AKB)

sebanyak 21 per 1000 kelahiran hidup (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2015).

Di Kota Balikpapan pada Tahun 2012 terdapat 9 kasus. Tahun 2013 AKI mengalami kenaikan, yakni berjumlah 10 kasus. Sedangkan AKI pada Tahun 2014 mengalami kenaikan kembali dengan jumlah sebanyak 14 kasus. Pada Tahun 2015 mengalami penurunan sebanyak 9 kasus kematian. Sedangkan AKB pada Tahun 2012 mencapai 6 kasus. Tahun 2013 AKB menjadi 5 kasus, pada tahun 2014 jumlah AKB meningkat menjadi 11 kasus, dan ditahun 2015 menurun menjadi 6 kasus (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2016).

Secara keseluruhan, anemia terjadi pada 45 % wanita di negara berkembang dan 13 % di negara maju (*developed countries*). Di Amerika, 11 % wanita hamil usia subur mengalami anemia. Sementara presentase wanita hamil dari keluarga miskin makin terus meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan (8 % anemia di trimester I, 12 % anemia di trimester II, dan 29 % anemia di trimester III. (Fatmah dalam Departemen Gizi dan Kesmas, 2012).

Penyebab tak langsung kematian ibu antara lain adalah keadaan “4 terlalu” (terlalu muda/tua, sering, dan banyak), anemia, dan Kurang Energi Kronis (KEK) (Saifuddin 2009, h.6). Salah satu penyebab yang utama adalah anemia, disamping menyebabkan kematian melalui henti kardiovaskuler, juga berhubungan dengan penyebab langsung kematian ibu. Ibu yang anemia tidak dapat menoleransi kehilangan darah seperti perempuan sehat tanpa anemia (Saifuddin 2008, h.55).

Suatu penelitian menunjukkan bahwa angka kematian ibu yang tinggi berhubungan erat dengan anemia yang dideritanya ketika hamil. Anemia

defisiensi besi pada wanita hamil merupakan problema kesehatan yang dialami oleh wanita diseluruh dunia terutama dinegara berkembang. Badan kesehatan dunia (World Health Organization=WHO) melaporkan bahwa ibu-ibu hamil yang mengalami defisiensi besi sekitar 35-75% serta semakin meningkat seiring dengan pertambahan usia kehamilan (Miyata 2010, h.131). Prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia adalah 70%, ini berarti 7 dari 10 wanita hamil menderita anemia. Selain konsumsi makanan yang buruk, anemia pada ibu hamil disebabkan karena kehamilan berulang dalam waktu singkat (Khomsan 2004, h.29). Hoo Swie Tjiong menemukan angka anemia kehamilan 3,8% pada trimester I, 13,6% trimester II, dan 24,8% pada trimester III (Manuaba 2010, h.237-238).

Di Kalimantan Timur, sekitar 50 % ibu hamil mengalami anemia. Ibu hamil yang kekurangan darah diberi 90 tablet darah untuk dikonsumsi 30 tablet per tiga bulan selama tiga triwulan (Kaltim Post, 2013). Di Balikpapan tahun 2012, cakupan pemberian tablet Fe sebesar 91,68 % mengalami penurunan dari tahun 2011 sebesar 93,52 % dan masih jauh diatas target nasional yaitu 90 % (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2012)

Selain anemia masalah gizi ibu hamil di Indonesia adalah Kurang Energi Kronis (KEK). Hasil survey menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada ibu hamil masih sangat tinggi, yaitu 51 % dan pada ibu nifas 45%, sedangkan prevalensi wanita usia subur (WUS) menderita KEK pada tahun 2002 adalah 17,6%. Tidak jarang kondisi anemia dan KEK pada ibu hamil menjadi penyebab

utama terjadinya perdarahan, partus lama, aborsi dan infeksi yang merupakan faktor kematian utama ibu (Sutriani, 2010).

Kematian ibu 15-20 % secara langsung atau tidak langsung berhubungan dengan anemia. Prevalensi anemia pada wanita hamil di Indonesia berkisar 20- 80 % tetapi pada umumnya banyak penelitian yang menunjukkan prevalensi anemia pada wanita hamil yang lebih besar dari 50 %. Juga banyak dilaporkan bahwa prevalensi pada Trimester III berkisar 50-79 %. Anemia dalam kehamilan juga berhubungan dengan meningkatnya Angka Kesakitan Ibu (Saiffudin, 2009).

Partus tak maju atau kala II lama adalah suatu persalinan dengan his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan servik. Turunnya kepala dan putaran paksi selama 2 jam terakhir. Persalinan pada primipara bias any lebih lama. Menurut SDKI 2007, 53% ibu tidak mengalami komplikasi selama persalinan, persalinan lama sebesar 37%, perdarahan berlebihan sebesar 9% dan demam sebesar 7%, komplikasi kejang 2%, dan KPD lebih dari 6 jam 17% (depkes RI, 2007).

Partus lama masih merupakan suatu masalah di Indonesia. Berdasar hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) tahun 2002-2003 dilaporkan bahwa dari seluruh persalinan, kejadian persalinan lama adalah sebesar 31%, perdarahan berlebihan terjadi pada 7% persalinan, dan angka kejadian infeksi sebesar 5%. Sementara ibu yang tidak mengalami komplikasi selama persalinan adalah sebesar 64%. Berdasarkan survei ini, maka pelayanan

kesehatan ibu di Indonesia masih perlu peningkatan pelayanan dan harus dibenahi dengan berbagai pendekatan (Kusumawati, 2006).

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting, dipakai pada setiap kesempatan memeriksa kesehatan anak pada semua kelompok umur. Pada setiap kehamilan atau persalinan yang dialami seorang wanita, yang dapat berubah adalah berat badan janin. Besar atau berat janin ini dapat ditentukan dengan pengamatan berdasarkan pengalaman atau dengan alat ultrasonografi. Kesalahan penafsiran berat anak yang paling besar sebaiknya tidak melebihi 10% berat anak yang sesungguhnya (Yanti, 2010, p. 176).

Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan (Varney, 2008, pp. 691).

Aturan kala II, yang pada dasarnya membatasi durasi menjadi 2 jam, tidak dapat ditentukan secara individual (Hellman dan Prystowsky, 1952). Edisi pertama Williams Obstetrics pada tahun 1903 menyatakan bahwa forceps biasanya diindikasikan apabila kala II berlangsung lebih dari 2 jam, aturan ini berasal dari kekhawatiran akan kesehatan janin .

Penelitian Cohen (1997) di Beth Israel Hospital tentang lamanya persalinan kala II pada janin pada waktu yang modern, menyatakan 4403 nullipara aterm yang menjalani pemantauan frekuensi denyut jantung janin secara elektronik. Angka kematian bayi tidak meningkat pada wanita kala II persalinan melebihi 2 jam. Diperbolehkannya penambahan 1 jam untuk kala II

apabila dilakukan analgesi regional. Menticoglu (1995b), mereka memperbolehkan kala II berlangsung lebih lama dengan harapan akan lebih sedikit diperlukan tindakan operatif vagina (Chunningham, 2006, pp.473).

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal merupakan salah satu unsur penentu status kesehatan neonatal. Pelayanan kesehatan neonatal dimulai sebelum bayi dilahirkan, melalui pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil. Pertumbuhan dan perkembangan bayi periode neonatal merupakan periode yang paling kritis karena dapat menyebabkan kesakitan dan kematian bayi (Saifudin, 2002).

Menurut Wibawa (2008), faktor yang berhubungan terjadinya asfiksia adalah faktor ibu dan faktor janin. Dimana faktor ibu meliputi usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, pre-eklamsi, ketuban pecah dini, dan partus lama. Faktor janin meliputi lilitan tali pusat, letak sungsang, dan BBLR. Sedangkan menurut Manuaba (2010), ada 8 faktor yang berpengaruh terhadap kejadian asfiksia neonatorum, yaitu berat lahir rendah, ketuban pecah dini, persalinan lama, tindakan persalinan seksio Cesaria, umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, riwayat obstetri jelek, kelainan letak janin dan status ANC buruk.

Menurut WHO, setiap tahunnya, kira-kira 3% (3,6 juta) dari 120 juta bayi lahir mengalami asfiksia, hampir 1 juta bayi ini kemudian meninggal. Di Indonesia, dari seluruh kematian bayi, sebanyak 57% meninggal pada masa neonatal (usia di bawah 1 bulan). Setiap 6 menit terdapat 1 neonatus yang meninggal. Penyebab kematian neonatal di Indonesia adalah berat bayi lahir rendah 29%, asfiksia 27%, trauma lahir, tetanus neonatorum, infeksi lain, dan

kealainan congenital. Berbagai upaya yang aman dan efektif untuk mencegah dan mengatasi penyebab utama kematian bayi baru lahir, meliputi pelayanan antenatal yang berkualitas, asuhan persalinan normal atau dasar, dan pelayanan asuhan neonatal oleh tenaga professional. Untuk menurunkan angka kematian bayi baru lahir karena asfiksia, persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan keterampilan manajemen asfiksia pada bayi baru lahir, kemampuan dan keterampilan ini harus digunakan setiap kali menolong persalinan. Oleh karena itu, keterampilan dan kemampuan penanganan resusitasi pada neonatal sangat penting dimiliki oleh setiap tenaga professional yang terlibat dalam penanganan bayi baru lahir.

Angka kematian bayi dan ibu 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)

Mengingat masih tingginya AKI dan AKB di kawasan Balikpapan dan diketahui bahwa kurangnya pengawasan terhadap kehamilan dapat

menimbulkan banyak kelainan-kelainan mengenai kehamilan, bersalin, nifas, cara merawat bayi serta keluarga berencana maka penulias tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny”S" selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul; “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.S” usia 34 Tahun G₃P₂₀₀₂ Usia Kehamilan 40 minggu 1 hari Janin Tunggal Hidup Intra Uteri Presentasi Kepala dengan kala II memanjang + asfiksia ringan data yang didapatkan, kala II ibu lebih 1,5 jam seharusnya untuk multigravida kala II hanya 1 jam dan pada saat bayi lahir bayi mengalami asfiksia ringan dengan apgar skor 6/10, sehingga sangat penting bagi Ny. S untuk mendapatkan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif.

B. . Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian) pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan pada Ny. S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari?”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Peneliti mampu memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny.S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari.
- b. Mampu melakukan asuhan persalinan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari.
- c. Mampu melakukan asuhan Bayi Baru Lahir (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny.S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari.
- d. Mampu melakukan asuhan Nifas (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari.
- e. Mampu melakukan asuhan Neonatus (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan

pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari.

- f. Mampu melakukan asuhan Pelayanan Kontrasepsi (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari.

D. Manfaat

1. Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Untuk mengaplikasikan teori yang diperoleh selama perkuliahan dalam rangka menambah wawasan khususnya asuhan kebidanan komprehensif, serta dapat mempelajari kesenjangan yang terjadi di masyarakat.

b. Bagi Masyarakat/ Klien

Terpantaunya keadaan klien dan bayinya sejak masa kehamilan, persalinan, dan nifas, sampai pelayanan Keluarga Berencana, serta menambah wawasan klien melalui KIE yang diberikan.

c. Bagi Bidan/ Nakes

Memberikan pengalaman bagi tenaga kesehatan atau bidan untuk dapat mengimplementasikan asuhan kebidanan yang telah dipelajari kepada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta pelayanan KB, sehingga dapat menambah wawasan penulis.

d. Bagi Institusi

Memberikan pendidikan dan pengalaman bagi mahasiswannya 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

e. Bagi Profesi

Memberikan informasi kepada tenaga kerja lainnya dalam memberikan asuhan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi serta dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam mengembangkan asuhan yang diberikan pada masa nifas.

2. Manfaat Teoritis

Dengan pelaksanaan asuhan kebidanan secara berkelanjutan (*continuity of care*), diharapkan ilmu kebidanan semakin berkembang sesuai dengan pendekatan manajemen kebidanan dan *evidence based* dalam praktik asuhan kebidanan.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus harus dapat mengetengahkan asuhan kebidanan mulai dari langkah pengkajian, analisis masalah, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasiannya, dan menggunakan metode *continuity of care*, mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan pelayanan kontrasepsi pada periode Februari – Juni

2017 pada Ny. S G₃P₂₀₀₂ hamil 40 minggu 1 hari di wilayah kerja Puskesmas Baru Ulu Kota Balikpapan Tahun 2017.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika umum penulisan laporan proposal tugas akhir adalah sebagai berikut : Judul, halaman judul, halaman persetujuan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, bab I pendahuluan (Latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup, sistematika penulisan), bab II tinjauan pustaka (konsep dasar manajemen kebidanan, konsep dasar asuhan kebidanan), bab III subjek dan kerangka kerja pelaksanaan studi kasus, bab IV dokumentasi asuhan kebidanan secara komprehensif dalam bentuk SOAP, bab V pembahasan, bab VI kesimpulan dan saran, daftar pustaka dan lampiran informed consent, lembar konsul, lembar bimbingan LTA, partograf dan lampiran lainnya

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

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

anajemen kebidanan. (Wikipedia, 2013).

a. Proses Manajemen Kebidanan menurut Helen Varney (1997)

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

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

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Tahap ini data/fakta yang dikumpulkan adalah data subjektif dan atau data objektif dari pasien (wildan dan hidayat, 2008).

1) Data subjektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien (auto anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (allo anamnesis).

2) Data Objektif

Pencatatan dilakukan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan, data penunjang, hasil laboratorium seperti HBsAg, HIV, pemeriksaan radiodiagnostik, ataupun USG yang dilakukan sesuai dengan beratnya masalah.

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.

G : Gravida

P : Para ->**a** : Aterm

p: premature

a: abortus

h: hidup (Varney, 2006)

Berikut ini daftar diagnosa nomenklatur kebidanan :

1. Persalinan Normal
2. Partus Normal
3. Syok
4. DJJ tidak normal
5. Abortus
6. Solusio Placentae
7. Akut Pyelonephritis
8. Amnionitis
9. Anemia Berat
10. Apendiksitis
11. Atonia Uteri
12. Infeksi Mammariae
13. Pembengkakan Mammariae
14. Presentasi Bokong
15. Asma Bronchiale
16. Presentasi Daggu
17. Disproporsi Sevalo Pelvik
18. Hipertensi Kronik
19. Koagilopati
20. Presentasi Ganda
21. Cystitis
22. Eklampsia
23. Kelainan Ektopik
24. Ensephalitis
25. Epilepsi
26. Hidramnion
27. Presentasi Muka
28. Persalinan Semu
29. Kematian Janin
30. Hemoragik Antepartum
31. Hemoragik Postpartum
32. Gagal Jantung
33. Inertia Uteri
34. Infeksi Luka
35. Invertio Uteri
36. Bayi Besar
37. Malaria Berat Dengan Indikasi
38. Malaria Ringan Dengan Komplikasi
39. Mekonium
40. Meningitis
41. Metritis
42. Migrain
43. Kehamilan Mola
44. Kehamilan Ganda
45. Partus Macet
46. Posisi Occiput Posterior
47. Posisi Occiput Melintang
48. Kista Ovarium
49. Abses Pelvix
50. Peritonitis
51. Placenta Previa
52. Pneumonia
53. Pre-Eklampsia Ringan/Berat
54. Hipertensi Karena Kehamilan
55. Ketuban Pecah Dini
56. Partus Prematurus
57. Prolapsus Tali Pusat
58. Partus Fase Laten Lama
59. Partus Kala II Lama
60. Sisa Plasenta
61. Retensio Plasenta
62. Ruptura Uteri
63. Bekas Luka Uteri
64. Presentase Bahu
65. Distosia Bahu
66. Robekan Serviks dan Vagina

67. Tetanus

68. Letak Lintang

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 memberi perawatan kesehatan yang aman.

Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan sikap kesinambungan proses penatalaksanaan yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodic, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat ia menjalani persalinan. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian 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 implementasi benar-benar dilakukan. Rencana asuhan menyeluruh seperti yang sudah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

Langkah VII : Evaluasi

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

Dokumentasi

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

S: Menurut perspektif klien. Data ini diperoleh melalui anamnesa

atau allow anamnesa (sebagai langkah I dalam manajemen Varney)

O : Hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medic pasien yang lalu. (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).

A : Analisis/interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi diagnosa/masalah. Identifikasi diagnose/masalah potensial. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi kolaborasi dan rujukan. (sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney).

P : Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana berdasarkan pada langkah V, VI, VII pada evaluasi dari flowsheet.

Planning termasuk : Asuhan mandiri oleh bidan, kolaborasi/konsultasi dengan dokter, nakes lain, tes diagnostic/laboratorium, konseling/penyuluhan Follow up.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

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

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

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian

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

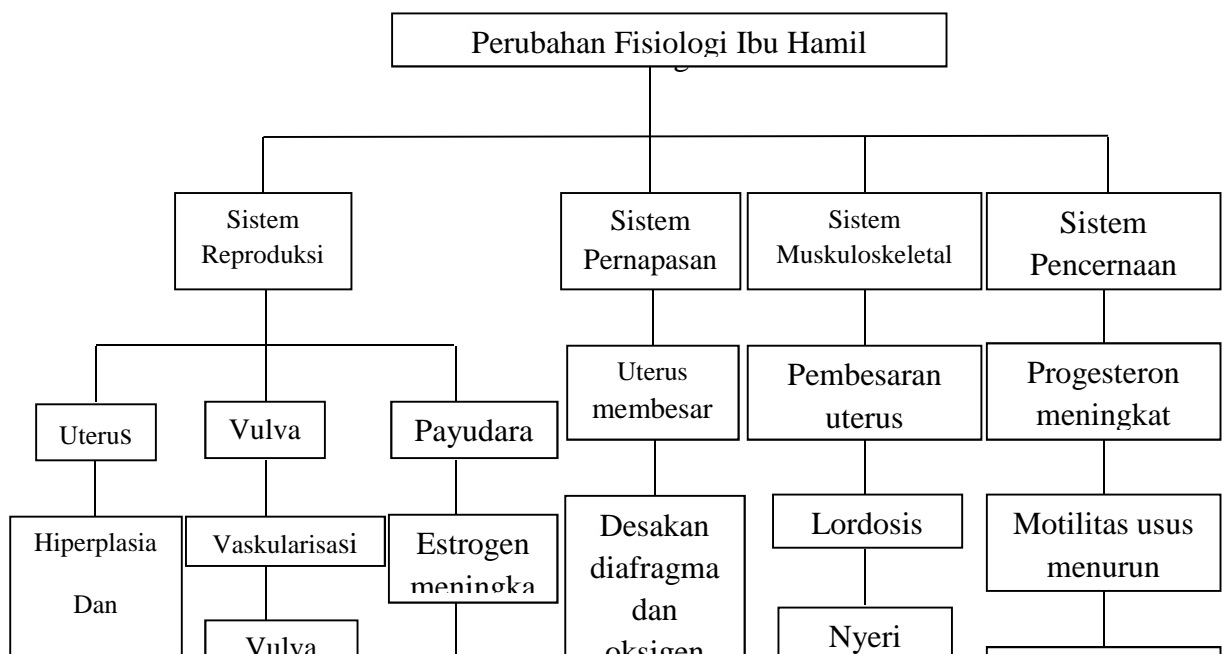
Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Saifuddin, 2010).

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

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

Dalam Depkes RI 2010, pada pedoman pelayanan ANC terpadu disebutkan standar minimal Pelayanan ANC adalah “14 T”, yaitu ukur tinggi badan dan berat badan ditimbang; periksa tekanan darah, yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi; ukur tinggi fundus uteri; terapi pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan; skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toxoid (TT); tentukan kadar Hb; pemeriksaan VDRL (PMS) sesuai indikasi; perawatan payudara; pemeliharaan tingkat kebugaran/ senam hamil; temu wicara dan konseling; pemeriksaan protein urine atas indikasi; pemeriksaan reduksi urine atas indikasi; pemberian terapi konsul yodium untuk daerah endemis gondok; pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis serta pemeriksaan USG, BTA dan HIV atas indikasi.

b. Perubahan Fisiologis Trimester III



c. 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 colustrum adalah makanan bayi pertama yang kaya akan protein.

3) Konstipasi

Pada trimester ke tiga ini konstipasi juga karena tekanan rahim yang membesar kedaerah 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 dibawah diafragma menekan paru ibu. Tetapi setelah kepala bayi sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang pertama kali hamil maka ibu akan merasa lega dan bernafas lebih mudah . Selain itu juga rasa terbakar didada (heart burn) biasanya juga ikut hilang. Karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi dibawah tulang iga ibu. Napas sesak juga disebabkan Progesteron yang membuat bernapas lebih dalam dan lebih sering juga bisa karena Anemia sehingga pengangkutan oksigen keseluruh tubuh berkurang.

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 turunrendah 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

3. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

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

a) Oksigen

Meningkatnya jumlah progesterone selama kehamilan mempengaruhi pusat pernafasan, CO₂ menurun dan O₂

meningkat. Kehamilan menyebabkan hiperventilasi, dimana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

b) Nutrisi

Nutrisi pada ibu hamil sangat menentukan status kesehatan ibu dan janinnya. Hal yang harus diperhatikan ibu hamil yaitu makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu seimbang, mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung.

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeklamsia. Total penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10 - 12 kg selama hamil.

Tabel 2.2

KebutuhanMakanan Ibu Hamil Setiap hari

Nama Bahan	Berat (gram)	Ukuran Rumah Tangga
Beras	300	4 gelas nasi
Daging	75	3 potong sedang
Tempe	75	3 potong kecil
Sayuran	300	3 gelas
Buah	200	2 potong
Susu	200	1 gelas

Gula	10	1 sendok makan
Minyak	25	5 sendok makan
Selingan	2x	
Nilai Gizi		
-Kalori : 2500	- Lemak	: 82
-Protein:85	- H.A	: 414

Sumber : Marbun (2007)

Tabel 2.3

peningkatan berat badan selama kehamilan

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

(Sumber: Sukarni, 2013)

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

(1) Pagi

- (a) Nasi uduk
- (b) Telur mata sapi
- (c) Jus jeruk atau susu 1 gelas

(2) Siang

- (a) Nasi putih 1 porsi
- (b) Ayam kecap
- (c) Tempe goreng
- (d) Sayur bayam dan buah semangka

(3) Malam

- (a) Nasi putih 1 porsi
- (b) Ikan kakap asam manis
- (c) Tahu bacem
- (d) Capcay dan buah apel

(4) Selingan I (pagi-siang)

Bubur kacang hijau 1 porsi sedang.

(5) Selingan II (setelah makan malam)

- (a) Kue talam ubi
- (b) Susu

c) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari

tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu dan telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia dan oedema.

d) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka.

e) Zat besi (Fe)

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil terutama pada trimester II, karena pada trimester ini memiliki kemampuan perkembangan yang semakin pesat yaitu terjadi perkembangan tumbuh kembang organ janin yang sangat penting. Pemberian tablet zat besi dimulai setelah rasa mual dan muntah hilang, satu tablet sehari selama minimal 90 hari yang bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan (Saifuddin, 2006).

f) Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mg perhari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Asam folat telah terkandung di dalam tablet Fe, 1 tablet mengandung zat besi 60 mg dan asam folat 500 mg (Saifuddin, 2006).

g) Air

Air diperlukan tetapi sering dilupakan pada saat pengkajian. Air untuk membantu sistem pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. (Saifuddin, 2006)

h) Personal hygiene

Bagian tubuh yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital karena saat hamil, biasanya terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan. Selain mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal sehari dua kali sangat dianjurkan. (Saifuddin, 2006).

i) Pakaian hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil

- (1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat didaerah perut.
- (2) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- (3) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- (4) Memakai sepatu dengan hak rendah.
- (5) Pakaian dalam harus selalu bersih.

j) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot halus. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat

dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung sedang kosong. (Saifuddin, 2006).

k) Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti:

- (1) Sering abortus dan kelahiran premature
- (2) Perdarahan per vaginam
- (3) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan
- (4) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri.

l) Senam hamil

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

(Kushartanti, 2004).Latihan Senam hamil ini dilakukan pada umur kehamilan 22 minggu keatas dimana resiko keguguran sudah jauh berkurang. Senam hamil ditujukan bag ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit jantung, ginjal, dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak dan kelainan yang disertai dengan anemia) (Kusmiyati, 2009).

m) Istirahat/tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena. (Kusmiyati, 2009)

Ibu hamil dianjurkan untuk tidur siang 1 sampai 2 jam setiap hari, 8 jam setiap tidur malam (Prawihardjo, 2010)

n) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah *Tetanus Toxoid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus.

Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Imunisasi TT diberikan 3 dosis vaksin *Difteri Pertusis Tetanus* (DPT 3) pada bayi melalui imunisasi rutin, 1 dosis ulangan atau penguat vaksin Difteri Tetanus (DT) pada siswa kelas 2 dan 3 SD, akselerasi atau 3 putaran imunisasi tambahan dengan sasaran

Wanita Usia Subur (WUS) berusia 15-19 tahun, dan setelah wanita menikah atau saat hamil sehingga status imunisasi tersebut lengkap yaitu hingga TT 5 (Kemenkes RI, 2012).

Tabel 2.4
Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	Durasi Perlindungan
TT1	Selama kunjung antenatal pertama	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun (seumur hidup)

Sumber : suryati, romauli, 2011

o) Persiapan laktasi

Payudara perlu disiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar, karena pengurutan yang keliru bisa dapat menimbulkan kontraksi pada rahim. (Kusmiyati, 2009)

p) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

(1) Membuat rencana persalinan

(2) Idealnya setiap keluarga mempunyai kesempatan untuk membuat suatu rencana persalinan.

(3) Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambil keputusan tidak ada. (JNPKKR, 2011)

(4) Penting bagi bidan dan keluarga mendiskusikan:

- (a) Siapa pembuat keputusan utama dalam keluarga.
 - (b) Siapa yang membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan.
 - (c) Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan.
- (5) Setiap keluarga seharusnya mempunyai rencana transportasi untuk ibu, jika ia mengalami komplikasi dan perlu segera dirujuk ke tingkat asuhan yang lebih tinggi. Rencana ini harus disiapkan lebih dini dalam kehamilan, dan harus terdiri dari elemen-elemen berikut:
- (a) Dimana ibu akan bersalin (desa, fasilitas kesehatan, rumah sakit).
 - (b) Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan.
 - (c) Bagaimana cara mencari pendonor darah yang potensial.
- (6) Membuat rencana/pola menabung
- (7) Mempersiapkan langkah yang diperlukan untuk persalinan. Seorang ibu dapat mempersiapkan segala sesuatunya untuk persalinan.
- Ia dan keluarganya dapat menyiapkan barang-barang, seperti pembalut wanita atau kain, sabun, seprai dan

menyimpannya untuk persiapan persalinan. (Saifuddin, 2010).

(8) Lakukan kunjungan ulang minimal 1 kali trimester I, 1 kali trimester II dan 2 kali trimester III.

4. Masalah dalam Kehamilan

Menurut Manuaba (2007), masalah dalam kehamilan yang sering terjadi antara lain :

1) Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis Gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan hidup ibu hamil.

2) Abortus

Abortus adalah kegagalan kehamilan sebelum umur 28 minggu atau berat janin kurang dari 1000 gram.

3) Pre- Eklamsi

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

4) Kehamilan Lewat Waktu

Kehamilan lewat waktu berarti kehamilan yang melampaui usia 292 hari (42 minggu) dengan komplikasinya.

5) Kehamilan Kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan 2 janin atau lebih.

6) Kehamilan Letak Pada Kehamilan

- a) Letak sungsang adalah letak membujur dengan kepala janin di fundus uteri.
- b) Letak Lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang (sumbu panjang janin kira- kira tegak lurus dengan sumbu panjang ibu) didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu sedangkan bokong berada pada sisi yang lain.

7) Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar Hb dan atau hitung eritrosit lebih rendah dari harga normal. Wanita hamil atau dalam masa nifas dinyatakan anemia bila kadar hemoglobinnya dibawah 11gr %

5. Standar Asuhan Kebidanan Dan Kewenangan Bidan Dalam Kehamilan

1) Standar pelayanan Ante Natal Care (ANC)

a) Standar 3 yaitu identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami, dan anggota masyarakat agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilan sejak dini secara teratur

b) Standar 4 yaitu pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesa dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal resti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS.infeksi HIV, memberikan

pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas.

c) Standar 5 yaitu palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, dan bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d) Standar 6 yaitu pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan penanganan dan atau semua kasus anemia pada kehamilan

e) Standar 7 yaitu pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya

f) Standar 8 yaitu persiapan persalinan (Dewi & sunarsih, 2011)

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.

6. Risiko kehamilan menurut Poedji Rochjati:

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

1) Resiko

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

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

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

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

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

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

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

2) Batasan Faktor Resiko / Masalah

a) Ada Potensi Gawat Obstetri / APGO

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

b) Ada Gawat Obstetri / AGO

- (1) Penyakit pada ibu hamil
 - (a) Anemia (kurang darah)
 - (b) Tuberculosis paru
 - (c) Payah jantung
 - (d) Diabetes mellitus
 - (e) HIV / AIDS
 - (f) Toksoplasmosis
- (2) Pre-eklamsi ringan
- (3) Hamil kembar
- (4) Hidramnion / hamil kembar air
- (5) Janin mati dalam rahim
- (6) Hamil serotinus / hamil lebih bulan

- (7) Letak sungsang
- (8) Letak lintang
- c) Ada Gawat Darurat Obstetri / ADGO
 - (1) Perdarahan antepartum
 - (2) Pre-eklamsia berat / eklamsia

Berikut ini ukuran tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan dapat dilihat pada tabel 2.5

Tabel 2.5
Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 jari di atas simfisis	12 minggu
1/2 di atas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
2 jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : Manuaba, 2012

Tabel 2.6
Usia Kehamilan Berdasarkan Mcdonald

TFU	Umur Kehamilan
24 – 25 cm diatas simp	24 – 25 mgg
26.7 cm diatas simp	28 mgg
27.5 – 28 cm diatas simp	30 mgg
29.5 – 30 cm diatas simp	32 mgg
31 cm diatas simp	34 mgg
32 cm diatas simp	36 mgg
33 cm diatas simp	38 mgg
37,7 cm diatas simp	40 mgg

Sumber : Benson, dkk, 2009

Tabel 2.7
Tafsiran Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan

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

Sumber : Benson, dkk, 2009

7. Persalinan Normal

a. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan adalah adalah proses dimana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari uters iu. Persalinan di anggap normal jika usia kehamilan 37 minggu tanpa di sertai penyulit (APN , 2008).

b. Teori Persalinan.

1) Kadar progesteron

Mempunyai tugas mempertahankan kehamilan semakin menurun dengan semakin tuanya kehamilan, sehingga otot rahim lebih mudah di ransang oleh oksitosin.

2) Oksitosin

Menjelang kelahiran oksitosin makin meningkat sehingga cukup kuat untuk merangsang kelahiran

3) Regangan otot rahim

Dengan meregangnya otot rahim dalam batas tertentu menimbulkan batas persalinan dengan sendirinya

4) Prostaglandin

Banyak di hasilkan oleh lapisan dalam lahir yang juga dapat menyebabkan kontraksi rahim, pemberian prostaglandin dari luar menyebabkan keguguran atau terjadinya persalinan.

c. Fase persalinan (APN, 2008).

Tanda dan gejala persalinan yaitu penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan serviks, cairan lendir bercampur darah

1) Kala I

Kala satu terbagi menjadi dua fase yaitu laten dan aktif.

a) Fase laten

Di mulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga

pembukaan serviks 4 cm, pada umumnya berlangsung hingga 8 jam.

b) Fase aktif

Frekuensi meningkat dan adekuat tiga kali dalam sepuluh menit durasi 40 detik, pembukaan 4 cm sampai 10 cm, dan terjadi penurunan kepala.

2) Kala II (Pengeluaran)

Ketika pembukaan serviks 10 cm dan berakhir lahirnya kepala disebut sebagai pengeluaran bayi. Tanda dan gejala ini ingin mengeran bersamaan kontraksi, peningkatan tekanan rektum dan vagina, perineum menonjol, vulva dan sfinger ani membuka dan peningkatan lendir campur darah. Pemantauan kala II nadi ibu setiap 30 menit, frekuensi dan lama kontraksi 30 menit, warna cairan ketuban, apakah ada majemuk tali pusat, putaran paksi luar setelah kepala bayi lahir.

3) Kala III (Kala Uri)

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (Wiknjosastro dkk, 2005).

Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan di atas puncak rahim dengan cara Crede untuk membantu pengeluaran plasenta.

Plasenta diperhatikan kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder(Manuaba, 2010).

4) Kala IV (2 Jam Setelah Melahirkan)

Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya (Manuaba,2010).

d. Mekanisme Persalinan

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

- 1) Engangement, pada primi gravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multi gravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engangement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi.
- 2) Penurunan Kepala, terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong, kontraksi otot-otot abdomen, ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.

- 3) Fleksi, terjadi apabila kepala semakin turun ke rongga panggul, kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya di hodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm).
- 4) Putaran paksi dalam, kepala melakukan rotasi/putaran paksi dalam, yaitu UUK memutar ke arah 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), untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.
- 7) Ekspulsi, terjadi setelah kepala lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Maka lahirnya bayi seluruhnya (ekspulsi).

e. Asuhan Persalinan normal

60 langkah asuhan persalinan normal, yaitu:

- 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 $\frac{1}{2}$ koher 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) Melakukakan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka srung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang

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

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

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

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

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

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

- 56) Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum
- 57) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
- 58) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%
melepaskan sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 59) Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir
- 60) Melengkapi partograf

f. Lilitan Tali Pusat

1) Definisi

Lilitan tali pusat adalah tali pusat yang dapat membentuk lilitan sekitar badan, bahu, tungkai atas/ bawah dan leher pada bayi. Keadaan ini dijumpai pada ait ketuban yang berlebihan, tali pusat yang panjang, dan bayinya yang kecil.

Tali pusat atau Umbilical cord adalah saluran kehidupan bagi janin selama dalam kandungan, dikatakan saluran kehidupan karena saluran inilah yang selama 9 bulan 10 hari menyuplai zat – zat gizi dan oksigen janin. (Sarwono, 2008).

Tetapi begitu bayi lahir, saluran ini sudah tak diperlukan lagi sehingga harus dipotong dan diikat atau dijepit. (Sarwono, 2008).

Tali pusat sangatlah penting. Janin bebas bergerak dalam cairan amnion, sehingga pertumbuhan dan perkembangannya berjalan dengan baik. Gerakan janin dalam rahim yang aktif pada tali pusat yang panjang besar kemungkinan dapat terjadi lilitan tali pusat. Tali pusat dapat membentuk lilitan sekitar badan, bahu, tungkai atas

/ bawah, leher. Keadaan ini dijumpai pada air ketuban yang berlebihan, tali pusat yang panjang, dan bayinya yang kecil.

Sebenarnya lilitan tali pusat tidaklah terlalu membahayakan namun, menjadi bahaya ketika memasuki proses persalinan dan terjadi kontraksi rahim (mules) dan kepala janin turun memasuki saluran persalinan. Lilitan tali pusat bisa menjadi semakin erat dan menyebabkan penurunan utero-placenter, juga menyebabkan penekanan / kompresi pada pembuluh-pembuluh darah tali pusat. Akibatnya suplai darah yang mengandung oksigen dan zat makanan ke bayi menjadi hipoksia.

2) Etiologi

Pada usia kehamilan sebelum 8 bulan umumnya kehamilan janin belum memasuki bagian atas panggul. Pada saat itu ukuran bayi relative kecil dan jumlah air ketuban berlebihan (polihidramnion) kemungkinan bayi terlilit tali pusat.

Tali pusat yang panjang menyebabkan bayi terlilit. Panjang tali pusat bayi rata-rata 50 – 60 cm, namun tiap bayi mempunyai tali pusat berbeda-beda. Dikatakan panjang jika melebihi 100 cm dan dikatakan pendek jika kurang dari 30 cm.

Puntiran tali pusat secara berulang-ulang kesatu arah. Biasanya terjadi pada trimester pertama dan kedua. Ini mengakibatkan arus darah dari ibu ke janin melalui tali pusat terhambat total. Karena dalam usia kehamilan umumnya bayi bergerak bebas.

Lilitan tali pusat pada bayi terlalu erat sampai dua atau tiga lilitan, hal tersebut menyebabkan kompresi tali pusat sehingga janin mengalami hipoksia / kekurangan oksigen

3) Cara Mengatasinya

- (a) Memberikan oksigen pada ibu dalam posisi miring. Namun, bila persalinan masih akan berlangsung lama dengan DJJ akan

semakin lambat (Bradikardia), persalinan harus segera diakhiri dengan operasi Caesar.

(b) Melalui pemeriksaan teratur dengan bantuan USG untuk melihat apakah ada gambaran tali pusat disekitar leher. Namun tidak dapat dipastikan sepenuhnya bahwa tali pusat tersebut melilit leher janin atau tidak. Apalagi untuk menilai erat atau tidaknya lilitan. Namun dengan USG berwarna (Coller Doppen) atau USG tiga dimensi, dan dapat lebih memastikan tali pusat tersebut melilit atau tidak dileher, atau sekitar tubuh yang lain pada janin, serta menilai erat tidaknya lilitan tersebut.(Conectique.com >> Pregnancy : Waspadaai ,Janin Terlilit Tali Pusat)

(c) Dalam pimpinan persalinan terutama kala dua observasi, DJJ sangatlah penting segera setelah his dan refleks mengejan. Kejadian distress janin merupakan indikasi untuk menyelesaikan persalinan sehingga bayi dapat diselamatkan. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi namun jika tali pusat melilit erat dileher, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem di dua tempat, kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera. Dalam situasi terpaksa bidan dapat melakukan pemotongan tali pusat pada waktu pertolongan persalinan bayi.

g. Kala II lama

1) pengertian

Partus lama dalam kala II adalah begitu cervix mencapai dilatasi penuh, jangka waktu sampai terjadinya kelahiran tidak boleh melampaui 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara (Oxorn H dan Forte, 2010).

Persalinan lama ialah persalinan yang berlangsung lebih dari 12 jam, baik pada primipara maupun multipara. Persalinan lama dapat terjadi dengan pemanjangan kala I dan atau kala II (Prawirohardjo, 2010).

Kala II lama yaitu persalinan yang sudah dipimpin mengejan pada primigravida dibatasi 2 jam dan diperpanjang 3 jam apabila digunakan analgesi regional, sedangkan pada multigravida dibatasi 1 jam dan diperpanjang sampai 2 jam apabila digunakan anagesi regional. Kala II lama merupakan klasifikasi dari persalinan lama. Pengalaman menunjukkan bahwa setelah batas waktu ini, morbiditas maternal dan fetal akan naik. Sekiranya terjadi gawat janin atau ibu tindakan segera merupakan indikasi. Tanda gejala kala II pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan, tetapi tak ada kemajuan penurunan. (Prawirohardjo, 2010).

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan hambatan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, jika tidak dapat diatasi dapat megakibatkan kemacetan persalinan. Baik atau tidaknya his dinilai dengan kemajuan persalinan, sifat dari his itu sendiri (frekuensinya,

lamanya, kuatnya dan relaksasinya) serta besarnya caput succedaneum.

Pimpinan persalinan yang salah dari penolong, teknik meneran yang salah, bahkan ibu bersalin yang kelelahan dan kehabisan tenaga untuk meneran dalam proses persalinan juga bisa menjadi salah satu penyebab terjadinya kala II lama.

2) Etiologi

Menurut Purwaningsih dan Fatmawati (2010) Terjadinya kala II lama ini adalah multikomplek dan tentu saja bergantung pada pengawasan selagi hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya. Faktor-faktor penyebabnya menurut antara lain :

- a. Kelainan letak janin
- b. Kelainan-kelainan panggul
- c. Kelainan kekuatan his dan mengejan
- d. Pimpinan persalinan yang salah
- e. Janin besar atau ada kelainan kongenital
- f. Primi tua primer dan sekunder
- g. Perut gantung, grandemulti
- h. Ketuban pecah dini ketika servik masih menutup, keras dan belum mendatar
- i. Analgesi dan anestesi yang berlebihan dalam fase laten
- j. Wanita yang dependen, cemas dan ketakutan.

3) Gejala Klinik

Menurut Purwaningsih dan Fatmawati (2010), gejala klinik pada partus lama yaitu:

a) Pada Ibu

- 1) Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernafasan cepat dan meteorismus
- 2) Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

b) Pada Janin

- 1) Denyut jantung janin cepat/tidak teratur, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau
- 2) Caput succedaneum yang membesar
- 3) Maulage kepala yang hebat
- 4) Kematian janin dalam kandungan
- 5) Kematian janin intrapartum

4) Penatalaksanaan Kala II Lama

Menurut Saifuddin (2009), penanganan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan kala II lama antara lain:

- a. Ibu dianjurkan mengejan secara spontan
- b. Bila malpresentasi dan tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan oksitosin drip
- c. Bila pemberian oksitosin drip tidak ada kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan vakum atau forceps bila persyaratan dipenuhi

d. Lahirkan dengan sectio caesaria bila persyaratan vakum dan forceps tidak dipenuhi.

Menurut Oxorn dan Forte (2010) penatalaksanaan pada partus dengan kala II lama dapat dibagi menjadi dua yaitu:

a. Disproporsi atau cincin konstriksi

Dilakukan section caesaria merupakan indikasi

b. Tanpa disproporsi

1) Melakukan infus oxytocin untuk memperbaiki kontraksi uterus,

2) Pemecahan ketuban diperlukan jika ketuban masih utuh,

3) Pasien dipimpin setiap mau mengejan ketika ada his,

4) Dilakukan episiotomi untuk mengatasi perineum yang kaku.

Apabila metode-metode ini gagal atau kelahiran per vaginam dengan tindakan dianggap terlalu traumatik bagi kelahiran yang aman maka section caesaria merupakan indikasi.

h. Standar Asuhan Kebidanan dan Wewenang Bidan Dalam Asuhan Persalinan

1) Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I

Bidan memiliki secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

2) Standar 10 : Persalinan Kala II yang aman

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

3) Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

4) Standar 12 : Penanganan Kala II dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomy dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 10 ayat (2c) Pelayanan Kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan persalinan normal, ayat (2f) fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif dan ayat (2g) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.

8. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan

2500-4000 gram. Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin (Muslihatun, 2011).

b. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 1) Pencegahan infeksi
- 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).

Klasifikasi (Saifuddin, 2006):

- a) Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
- b) Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
- c) Asfiksia berat (apgar skor 0-3)

2.8

Tabel Apgar Skor

Skor	0	1	2
Appearance color(warna kulit)	Biru pucat	Badan merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda

Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	Lambat <100x/menit	>100x/menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Merintih	Menangis dengan kuat, batuk/ bersin
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam	
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	fleksi sedikit Lemah, tidak teratur	Gerakan aktif Menangis kuat

Sumber : Saifuddin (2006)

- 3) Memotong dan merawat tali pusat
 - 4) Mempertahankan suhu
 - 5) Kontak dini dengan ibu
- c. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

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

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

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

Pemeriksaan Umum :

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

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

d. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada bayi baru lahir adalah sulit menyusu, letargi (tidur terus sehingga tidak menyusu), demam (suhu badan $>38^{\circ}\text{C}$ atau hipotermi $<36^{\circ}\text{C}$), tidak BAB atau BAK setelah 3 hari lahir (kemungkinan bayi mengalami atresia ani), tinja lembek, hijau tua, terdapat lendir atau darah pada tinja, sianosis (biru) atau pucat pada kulit atau bibir, adanya memar, warna kulit kuning (ikterus) terutama dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus dan perut membesar, kesulitan bernafas atau nafas lebih dari 60 kali per menit, mata bengkak dan bernanah atau berair, mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk dan berdarah

e. Standar Asuhan dan Kewenangan Bidan Pada Bayi Baru Lahir

Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 11 ayat 2 dikatakan

bahwa Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk:

- 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat
- 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dengan segera merujuk
- 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan pra sekolah
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
- 8) Pemberian keterangan kematian

f. Asfiksia Neonatorum

1) Definisi

Asfiksia neonatorum merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya. (Dewi.2010; h.102).

Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O₂ dan makin meningkatkan CO₂ yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Manuaba, 2010; h.421).

Asfiksia adalah keadaan bayi tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Seringkali bayi yang sebelumnya mengalami gawat janin akan mengalami asfiksia setelah persalinan. Masalah ini mungkin saling berkaitan dengan keadaan ibu, tali pusat atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan.(JNPK KR 2008; h. 146).

2) Etiologi dan Faktor Predisposisi

Penyebab terjadinya Asfiksia menurut (DepKes RI, 2009)

a) Faktor Ibu

- (1) Preeklamsia dan eklamsia.
- (2) Perdarahan abnormal (plasenta previa atau plasenta).
- (3) Partus lama atau partus macet.
- (4) Demam selama persalinan.
- (5) Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV).
- (6) Kehamilan post matur. 7) Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun

b) Faktor Bayi

- (1) Bayi Prematur (Sebelum 37 minggu kehamilan).
- (2) Persalinan sulit (letak sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, forsef).
- (3) Kelainan kongenital.
- (4) Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan).

c) Faktor Tali Pusat

- (1) Lilitan tali pusat.
- (2) Tali pusat pendek.

(3) Simpul tali pusat.

(4) Prolapsus tali pusat.

3) Faktor-faktor yang dapat menimbulkan gawat janin (Asfiksia)

Menurut (Manuaba, 2010; h.421) Beberapa keadaan pada ibu dapat menyebabkan aliran darah ibu melalui plasenta berkurang, sehingga aliran oksigen kejanin berkurang, akibatnya terjadi gawat janin.

a) Gangguan Sirkulasi Menuju Janin

(1) Gangguan aliran pada tali pusat (lilitan tali pusat, simpul tali pusat, tekanan pada tali pusat, ketuban telah pecah, kehamilan lewat waktu)

(2) Pengaruh obat, karena narkosa saat persalinan

b) Faktor Ibu

(1) Gangguan his (tetania uteri/hipertonik)

(2) Penurunan tekanan darah dapat mendadak (perdarahan pada plasenta previa dan solusio plasenta) Vasokonstriksi arterial (hipertensi pada hamil dan gestosis preeklampsia-eklampsia)

(3) Gangguan pertukaran nutrisi/O₂ (solusio plasenta)

4) Diagnosis

Untuk dapat mendiagnosa gawat janin dapat ditetapkan dengan melakukan pemeriksaan sebagai berikut :

a) Denyut jantung janin (Manuaba, 2010; h.421)

(1) DJJ meningkat 160 kali permenit tingkat permulaan

(2) Mungkin jumlah sama dengan normal, tetapi tidak teratur

(3) Frekuensi denyut menurun <100 kali permenit, apalagi disertai irama yang tidak teratur.

(4) Pengeluaran mekonium pada letak kepala menunjukkan gawat janin, karena terjadi rangsangan nervus X, sehingga peristaltik usus meningkat dan sfingter ani terbuka

b) Mekonium dalam air ketuban

Pengeluaran mekonium pada letak kepala menunjukkan gawat janin, karena terjadi rangsangan nervus X, sehingga peristaltik usus meningkat dan sfingter ani terbuka (Manuaba, 2010; h.422)

c) Pernapasan

Awalnya hanya sedikit nafas. Sedikit napas ini dimaksudkan untuk mengembangkan paru, tetapi bila paru mengembang saat kepala masih dijalan lahir, atau bila paru tidak mengembang karena suatu hal, aktivitas singkat ini akandiikuti oleh henti napas komplet. Kejadian ini disebut apnue primer (drew.2009;h.9)

d) Usia Ibu

Umur ibu pada waktu hamil sangat berpengaruh pada kesiapan ibu sehingga kualitas sumber daya manusia makin meningkat dan kesiapan untuk menyehatkan generasi penerus dapat terjamin. Kehamilan di usia muda/remaja (dibawah usia 20 tahun) akan mengakibatkan rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, hal ini dikarenakan pada usia tersebut ibu mungkin belum siap untuk

mempunyai anak dan alat-alat reproduksi ibu belum siap untuk hamil. Begitu juga kehamilan di usia tua (diatas 35 tahun) akan menimbulkan kecemasan terhadap kehamilan dan persalinannya serta alat-alat reproduksi ibu terlalu tua untuk hamil. Umur muda (< 20 tahun) beresiko karena ibu belum siap secara medis (organ reproduksi) maupun secara mental. Hasil penelitian menunjukkan bahwa primiparity merupakan faktor resiko yang mempunyai hubungan yang kuat terhadap mortalitas asfiksia, sedangkan umur tua (> 35 tahun), secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. Keadaan tersebut memberikan predisposisi untuk terjadi perdarahan, plasenta previa, ruptur uteri, solutio plasenta yang dapat berakhir dengan terjadinya asfiksia bayi baru lahir (Purnamaningrum, 2010)

e) Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang telah dilakukan ibu. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas lebih dari 4 mempunyai angka kematian maternal yang disebabkan perdarahan pasca persalinan lebih tinggi. Paritas yang rendah (paritas satu), ketidak siapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidak mampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi dalam kehamilan, persalinan dan nifas (Winkjosastro, 2007). Paritas 1 beresiko karena ibu belum siap secara medis (organ reproduksi) maupun secara mental. Hasil penelitian menunjukkan

bahwa primiparity merupakan faktor resiko yang mempunyai hubungan yang kuat terhadap mortalitas asfiksia, sedangkan paritas di atas 4, secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. Keadaan tersebut memberikan predisposisi untuk terjadi perdarahan, plasenta previa, ruptur uteri, solutio plasenta yang dapat berakhir dengan terjadinya asfiksia bayi baru lahir (Purnamaningrum, 2010)

f) Lama Persalinan

Menurut tinjauan teori beberapa keadaan pada ibu dapat menyebabkan aliran darah ibu melalui plasenta berkurang, sehingga aliran oksigen kejanin berkurang yang dapat menyebabkan terjadi asfiksia pada bayi baru lahir yaitu partus lama atau partus macet dan persalinan sulit, seperti letak sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vacuum dan vorcep (JNPK-KR, 2008, h. 144) Pada multigravida tahapannya sama namun waktunya lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala 1 selesai apabila pembukaan servik telah lengkap, pada multigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam. (sulistyawati, esti,2010; h.65)

5) Tanda dan gejala(menurut Dewi.2010; h.102)

a) Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)

Pada kasus asfiksia berat, bayi akan mengalami asidosis,sehingga memerlukan perbaikan dan resusitasi aktif dengan segera. Tanda dan gejala yang muncul pada asfiksiam berat adalah sebagai berikut:

- (1) Frekuensi jantung kecil, yaitu <40 per menit.
- (2) Tidak ada usaha napas
- (3) Tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada
- (4) Bayi tampak pucat bahkan sampai berwarna kelabu

b) Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

Pada asfiksia sedang, tanda gejala yang muncul adalah sebagai berikut:

- (1) Frekuensi jantung menurun menjadi 60-80 kali permenit
- (2) Usaha nafas lambat
- (3) Tonus otot biasanya dalam keadaan baik
- (4) Bayi masih bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan
- (5) Bayi tampak siannosis

c) Asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10)

Pada asfiksia ringan, tanda dan gejala yang sering muncul adalah sebagai berikut:

- (1) Bayi tampak sianosis
- (2) Adanya retraksi sela iga
- (3) Bayi merintih
- (4) Adanya pernafasan cuping hidung
- (5) Bayi kurang aktifitas

6) Menurut Perinasia (2006), Cara pelaksanaan resusitasi sesuai tingkatan asfiksia, antara lain:

a. Asfiksi Ringan (Apgar score 7-10)

Caranya:

1. Bayi dibungkus dengan kain hangat
2. Bersihkan jalan napas dengan menghisap lendir pada hidung kemudian mulut
3. Bersihkan badan dan tali pusat.
4. Lakukan observasi tanda vital dan apgar score dan masukan ke dalam inkubator.

b. Asfiksia sedang (Apgar score 4-6)

Caranya:

1. Bersihkan jalan napas.
2. Berikan oksigen 2 liter per menit.
3. Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki apabila belum ada reaksi, bantu pernapasan dengan melalui masker (ambubag).
4. Bila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc. Dextrosa 40% sebanyak 4cc disuntikan melalui vena umbilikus secara perlahan-lahan, untuk mencegah tekanan intra kranial meningkat.

c. Asfiksia berat (Apgar skor 0-3)

Caranya:

1. Bersihkan jalan napas sambil pompa melalui ambubag.
2. Berikan oksigen 4-5 liter per menit.
3. Bila tidak berhasil lakukan ETT.

4. Bersihkan jalan napas melalui ETT.

5. Apabila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc. Dextrosa 40% sebanyak 4cc.

9. Konsep Dasar Asuhan Nifas

a. Pengertian

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.

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

Tabel 2.9

Tabel 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

Sumber : Sukarni (2013)

- b) Serviks
- c) Vulva dan vagina
- d) Perubahan sistem pencernaan
- e) Perubahan sistem perkemihan
- f) Perubahan endokrin

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1). Mobilisasi

Dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini setelah 2 jam post partum. Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan :

- a) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium
- b) Mempercepat involusi alat kandungan
- c) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan
- d) Meningkatkan kelancaran fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme

Karena telah sehabis bersalin ibu harus beristirahat, tidur terlentang selama 2 jam post partum kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli. Lalu ibu diperbolehkan duduk dan jalan-jalan (Prawirohardjo, 2010)

2). Diet Makanan

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan (Prawirohardjo, 2010).

3). Miksi

Hendaknya BAK dapat dilakukan sendiri secepatnya, kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, dikarenakan sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan. Jika kandung kemih ibu post partum penuh dan mengalami kesulitan untuk BAK, maka dapat dilakukan kateterisasi (Prawirohardjo, 2010).

4). Defekasi

Bab harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Jika mengalami kesulitan dapat diberikan obat laksans per oral atau per rectal (Prawirohardjo, 2010)

f. Tanda Bahaya Masa Nifas

- 1). Pengeluaran vagina yang baunya membusuk
- 2). Rasa sakit di bagian bawah abdomen/punggung
- 3). Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik
- 4). Gangguan masalah penglihatan/penglihatan kabur
- 5). Pembengkakan di wajah atau tangan
- 6). Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK atau merasa tidak enak badan
- 7). Payudara yang berubah menjadi merah, panas atau terasa sakit

- 8). Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama
- 9). Rasa sakit, merah, lunak, atau pembengkakan pada kaki
- 10). Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri.
- 11). Merasa sangat letih atau nafas terengah-engah (Prawirohardjo, 2010)

g. Standar Asuhan Kebidanan dan Kewenangan Bidan Pada Masa Nifas

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan Pasal 10 ayat (2d) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud ppada ayat (1) meliputi pelayanan ibu nifas normal

Dalam memberikan pelayanan post natal care bidan juga memiliki standar yakni :

1) Standar 14 : Penanganan Pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI

2) Standar 15 : Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Pada Masa Nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau

rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

h. Program Nasional Kunjungan Nifas:

- 1) Kunjungan I 96-8 jam setelah persalinan) bertujuan untuk mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melaksanakan hubungan anatar ibu dna bayi baru lahir dan menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermi.
- 2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan) bertujuan untuk memastikan involusi uterus berjalan yaitu uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan. Menilai tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat.
- 3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan) tujuan sama dengan kunjungan II 6 hari setelah persalinan
- 4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan) bertujuan menanyakan tentang penyulit yang ibu dan bayi alami dan memberikan konseling untuk kontrasepsi secara dini (Prawirohardjo,2010).

i. 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

10. Konsep Dasar Teori Neonatus

a. Pengertian Neonatus

Neonatus adalah fase awal ketika seorang manusia lahir ke bumi (Krisyanasari,2010)

Neonatus adalah organism pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Wahyuni,2009).

b. Pertumbuhan dan Perkembangan Neonatus

Neonatus adalah individu yang sedang bertumbuh, pertumbuhan dan perkembangan neonatal meliputi:

1). Sistem pernapasan

Pernapasan pertama pada neonatal terjadi normal dalam waktu 30 menit setelah kelahiran, tekanan rongga dada pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan cairan paru-paru keluar dari trakea sehingga cairan yang hilang ini diganti dengan udara (Lissaver,2006)

2). Jantung dan sistem sirkulasi

Frekuensi denyut jantung dapat dihitung dengan cara meraba arteri temporalis atau karotis, dapat juga secara langsung didengarkan di daerah jantung dengan menggunakan stetoskop binokuler. Frekuensi denyut jantung neonatal normal berkisar anatar 100-180 kali/menit waktu bangun, 80-16- kali/menit saat tidur (Kristiyanasari,2010).

3). Saluran pencernaan

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

Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatal sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan/minum. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonatal kecuali *amylase pancreas*, aktifitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai delapan bulan.

4). Hepar

Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonates juga belum sempurna. Enzim hepar belum aktif benar pada neonatal, (*Glukosa 6 Fosfat Dehidrogenase*) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatal memperlihatkan gejala ikterus fisiologis, misalnya enzim UDPG : *Uridin Disofat Glukoronid Transferase* dan enzim G6PD .

5). Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh neonatal mengandung relative lebih banyak air dan kadar natrium relative lebih besar dari pada kalium. Pada neonatal fungsi ginjal belum sempurna, hal ini karena, antara lain :

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

6). Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonates relative lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kilogram berat badan akan lebih besar. Oleh karena itu, neonates harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Setelah mendapat susu, sekitar hari keenam suhu tubuh neonatal berkisar antara 36,5-37 °C. Pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada aksila atau pada rectal. Empat kemungkinan energy diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing 60-40 %

7). Suhu Tubuh

Mekanisme yang dapat menyebabkan kehilangan panas, yaitu konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi. Kehilangan panas pada neonates segera berdampak pada hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis. Dampak tersebut merupakan akibat peningkatan kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh usaha untuk membuat zona suhu yang netral (Varney, 2008).

- c. Standar Asuhan Kebidanan dan Kewenangan Bidan Pada Neonatus

Praktik Menurut Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010

Bab III mengenai Penyelenggaraan Praktik Kebidanan pasal 11 ayat 2 dikatakan bahwa Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :

- 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.
- 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dengan segera merujuk
- 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan pra sekolah
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
- 8) Pemberian keterangan kematian

Cakupan Kunjungan Neonatal adalah cakupan neonates yang mendapatkan pelayanan sesuai standar sedikitnya tiga kali yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke 3 – hari ke 7 dan 1 kali pada hari ke 8 – hari ke 28 setelah lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

11. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian

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

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

b. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

AKDR atau IUD (*Intra Uterine Device*) disebut juga spiral, alat ini dipasang dalam rahim wanita.

- 1). Mekanisme kerja IUD yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Hidayati, 2009).
- 2). Keuntungan menggunakan IUD/AKDR yaitu efektifitasnya tinggisegera setelah pemasangan, metode jangka panjang (sampai 10 tahun dan tidak perlu diganti), tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak mempengaruhi produksi ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), membantu mencegah kehamilan ektopik serta tidak mempengaruhi berat badan (Hidayati, 2010).

3). Kerugian menggunakan IUD/AKDR yaitu perubahan siklus haid (umumnya terjadi pada 3 bulan pertama pemasangan dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting), saat haid lebih sakit, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, penyakit radang panggul, klien tidak dapat melepas sendiri IUD nya, harus rajin memeriksa benang IUD dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jarinya kedalam vagina.

c. Suntikan

1) Suntikan progestin

Kb suntik progestin adalah kontrasepsi suntikan yang mengandung hormon progesteron.

a) Jenis-jenisnya

(1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera)

Yang mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular

(2) Noretisteron (Depo Noristerat)

Yang mengandung 200 mg Norestindron Enantat diberikan setiap 2 bulan dengan dengan cara disuntik intramuskular

b) Keuntungan

Sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu hubungan

seksual, sedikit efek samping dan tidak mengandung estrogen, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause dan membantu mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, jinak payudara, penyakit radang panggul serta menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell)

c) Keterbatasan

Gangguan haid, klien bergantung pada sarana pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut, permasalahan berat badan, tidak menjamin perlindungan terhadap IMS, terlambatnya kembali kesuburan, pada jangka panjang dapat menurunkan kepadatan tulang dan dapat menimbulkan kekeringan pada vagina

d) Indikasi

Usia reproduksi, nulipara, menghendaki kontrasepsi jangka panjang, menyusui, setelah melahirkan dan tidak menyusui, telah banyak anak, setelah abortus, tekanan <180/110 mmHg, sering lupa pil, dan anemia defisiensi besi serta mendekati usia menopause

e) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, penyakit hati akut, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya,

gangguan haid terutama amenorea, kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan Diabetes mellitus disertai komplikasi

f) Efek samping

Amenorea, perdarahan atau perdarahan bercak/*spotting* dan meningkatnya atau menurunnya berat badan

12. Konsep Dasar Anemia Ringan Dalam Kehamilan

a. Pengertian

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

b. Klasifikasi Anemia menurut Manuaba (2005), antara lain :

- 1). Normal : Hb > 11 gr% Tidak anemia (normal)
- 2). Anemia ringan : Hb 9-10 gr% Anemia ringan
- 3). Anemia sedang : Hb 7-8 gr% Anemia sedang
- 4). Anemia berat : Hb < 7 gr% Anemia berat

c. Bahaya Anemia

Menurut (Manuaba 2005: 31), bahaya anemia adalah sebagai berikut :

- 1) Bahaya selama kehamilan
 - a) Tumbuh kembang janin terlambat dengan berbagai manifestasi
 - b) Kliniknya
 - c) Menimbulkan hiperemesis gravidarum dan gestosis
 - d) Menimbulkan plasenta previa
 - e) Dapat menimbulkan solusio plasenta
- 2) Bahaya terhadap persalinan
 - a) Persalinan berlangsung lama
 - b) Sering terjadi fetal distress
 - c) Persalinan dengan tindakan operasi
 - d) Terjadi emboli air ketuban
- 3) Bahaya selama post partum
 - a) Terjadi perdarahan post partum
 - b) Mudah terjadi infeksi puerperium
 - c) Dapat terjadi retensio plasenta atau plasenta rest
 - d) Subinvolusi uteri
 - e) Bayi lahir dengan anemia
- 4) Bahaya terhadap janin
 - a) Terjadi kematian intra uterin
 - b) Abortus
 - c) Persalinan prematuritas tinggi
 - d) Berat badan lahir rendah
 - e) Dapat terjadi cacat bawaan
 - f) Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal

d. Tanda dan Gejala Anemia

Menurut (Varney 2007 : 623) tanda dan gejala sebagai berikut :

- 1) Letih, sering mengantuk, malaise
- 2) Pusing, lemah
- 3) Nyeri kepala
- 4) Luka pada lidah
- 5) Kulit pucat
- 6) Membran mukosa pucat (misalnya konjungtiva)
- 7) Bantalan kuku pucat
- 8) Tidak ada nafsu makan, mual, dan muntah

e. Komplikasi Anemia Ringan

Komplikasi anemia ringan pada ibu hamil dapat terjadi, hal ini dikarenakan ibu sudah menderita anemia sejak masa sebelum hamil. Pada kasus anemia ringan pada ibu hamil bila tidak segera diatasi, dapat menyebabkan rahim tidak mampu berkontraksi (atonia) atau kontraksi sangat lemah (hipotonia) (Dimas, 2012)

f. Patofisiologi Anemia Ringan

Menurut Wirakusuma (2005), sebelum terjadi anemia, biasanya terjadi kekurangan zat besi secara perlahan-lahan. Tahap-tahap defisiensi besi sebagai berikut:

- 1) Berkurangnya cadangan zat besi
- 2) Turunnya zat besi untuk sistem pembentukan sel-sel darah merah
- 3) Anemia gizi besi

Pada tahap awal, simpanan zat-zat besi yang berbentuk ferritin dan hemosiderin menurun dan absorpsi besi meningkat. Daya ikat besi dalam plasma, selanjutnya besi yang tersedia untuk sistem eritropoiesis di dalam sumsum tulang berkurang. Terjadilah penurunan jumlah sel darah merah dalam jaringan, pada tahap akhir hemoglobin menurun dan eritrosit mengecil, maka terjadilah anemia.

a). Macam- macam anemia menurut (Sarwono, 2006: hal 451) ada 4 macam yaitu :

(3) Anemia Defisiensi Besi

Anemia yang paling sering di jumpai yang di sebabkan karena kekurangan unsur zat besi dalam makanan, karena gangguan absorpsi, kehilangan zat besi yang keluar dari badan yang menyebabkan perdarahan.

(2) Anemia megaloblastik

Anemia karena defisiensi asam folik, jarang sekali karena defisiensi vitamin B Hal ini erat hubungannya dengan defisiensi makanan.

(3) Anemia Hipoplastik

Disebabkan oleh karena sum-sum tulang kurang mampu membuat sel-sel darah baru. Etiologi anemia hipoplastik karena kehamilan hingga kini diketahui dengan pasti, kecuali yang disebabkan oleh sepsis, sinar roentgen, racun dan obat-obatan.

(4) Anemia Hemolitik

Disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil, apabila ia hamil maka anemianya biasa menjadi lebih berat. Sebaliknya mungkin pula pada kehamilan menyebabkan krisis hemolitik pada wanita yang sebelumnya tidak menderita anemia. menyebabkan krisis hemolitik pada wanita yang sebelumnya tidak menderita anemia.

g. Pencegahan dan Penanganan Anemia Selama Kehamilan(Wiknjosastro, 2005)

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 termasuk pemeriksaan tinja sehingga diketahui adanya infeksi parasit.

Untuk daerah dengan frekuensi anemia kehamilan yang tinggi sebaiknya setiap wanita hamil diberi sulfas ferrosus atau glukonat ferrosus 1 tablet sehari. Selain itu, wanita disarankan pula untuk mengkonsumsi lebih banyak protein, mineral dan vitamin. Makanan yang kaya zat besi antara lain kuning telur, ikan segar dan kering, hati, daging, kacang-kacangan dan sayuran hijau. Makanan yang kaya

akan asam folat yaitu daun singkong, bayam, sawi ijo, sedangkan makanan yang mengandung vitamin C adalah jeruk, tomat, mangga, pepaya dan lain-lain (Wiknjosastro, 2006).

h. Penanganan pada Anemia sebagai berikut :

1) Anemia Ringan

Dengan kadar Hemoglobin 9-10 gr% masih dianggap ringan sehingga hanya perlu diberikan kombinasi 60 mg/ hari, zat besi dan 400 mg asam folat peroral sekali sehari

2) Anemia Sedang

Pengobatannya dengan kombinasi 120 mg zat besi dan 500 mg asam folat peroral sekali sehari

3) Anemia Berat

Pemberian preparat parenteral yaitu dengan fero dextrin sebanyak 1000 mg (20 ml) intravena atau 2 x 10 ml intramuskuler.

Transfuse darah kehamilan lanjut dapat diberikan walaupun sangat jarang diberikan mengingat resiko transfusi bagi ibu dan janin (Winkjosastro, 2005)

13. Konsep Dasar kehamilan dengan KEK

a. KEK dalam Kehamilan

Kekurangan Energi Kronis Pada Ibu Hamil Merupakan keadaan dimana seorang wanita atau ibu hamil mengalami kekurangan gizi (kalori dan

protein).Ibu hamil di katakana menderita KEK bila LILA kurang dari 23,5 cm (Winkjosastro,2007)

Pertambahan berat badan selama hamil sekitar 10 – 12 kg, dimana pada trimester I pertambahan kurang dari 1 kg, trimester II sekitar 3 kg, dan trimester III sekitar 6 kg. Pertambahan berat badan ini juga sekaligus bertujuan memantau pertumbuhan janin.

b. Gejala KEK

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

c. Etiologi KEK

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

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

1) Jumlah asupan makanan

Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari pada kebutuhan wanita yang tidak hamil. Upaya mencapai gizi masyarakat yang baik atau optimal dimulai dengan penyediaan pangan yang cukup. Penyediaan pangan

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

2) Umur

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

3) Beban Kerja atau Aktifitas

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

tersebut. Kebutuhan energi rata-rata pada saat hamil dapat ditentukan sebesar 203 sampai 263 kkal/hari, yang mengasumsikan penambahan berat badan 10-12 kg dan tidak ada perubahan tingkat kegiatan

4) Penyakit atau Infeksi

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

- 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 energy lainnya seperti lemak dan protein. Pendapatan yang meningkat akan menyebabkan semakin besarnya total pengeluaran termasuk besarnya pengeluaran untuk pangan.

d. Patofisiologi KEK

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

e. Penatalaksanaan ibu hamil dengan kekurangan energi kronis adalah (Chinue, 2009) :

- 1) Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran.
- 2) Tambahan Makanan.

Makanan pada ibu hamil sangat penting, karena makanan merupakan sumber gizi yang dibutuhkan ibu hamil untuk perkembangan janin dan

tubuhnya sendiri (Notoadmojo dalam Edwi, 2008).Keadaan gizi pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik, dan selama hamil harus mendapat tambahan protein,mineral dan energi (Chinue,2009).

3) Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

PMT yaitu pemberian tambahan makanan disamping makanan yang di makan sehari-hari untuk mencegah kekurangan energi kronis (Chinue, 2009). Pemberian PMT untuk memenuhi kalori dan protein, serta variasi menu dalam bentuk makanan. Pemenuhan kalori yang harus diberikan dalam program PMT untuk ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis sebesar 600-700 kalori dan protein 15-20 mg (Nurpudji, 2006)

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

Tabel 2.10
Tabel menu makanan untuk ibu KEK (Nanin, 2007)

Waktu	Menu	BahanMakanan	Berat(gr am)	Ukuran Rumah Tangga (URT)
Pagi	Bubur Ayam	Bubur	400	2 gls
		Ayam	25	½ ptg
		Telur	28	½ butir
		Kacang kedelai	25	2 sdm
		Minyak	5	½ sdm
10.00	Buah Pepaya	Papaya	110	1 ptg bsr

	Teh Manis	Gula Pasir	5	1 sdm
	Bubur Kacang Hijau	Kacang hijau	20	2 sdm
		Santan encer	60	½ gls
		Gula jawa	10	1 sdm
Siang	Nasi	Nasi	200	1 ½ gls
	Ikan Mas Goreng	Ikan	40	2 ptg sgd
		Minyak	10	1 sdm
	Balado Tahu	Tahu	110	2 bj sgd
		Minyak	5	½ sdm
	Bening bayam	Bayam	50	½ gls
		Jagung	50	1 bh sgd
	Buah pepaya	Pepaya	110	1 ptg bsr
16.00	Kolak Pisang	Pisang kapok	50	1 ptg sgd
		Tepung meizena	10	1 sdm
		Santan encer	120	1 gls
		Gula jawa	10	1 sdm
Malam	Nasi	Nasi	200	1 ½ gls
	Pepes ikan	Ikan	80	1 ptg bsr
	Tempe bacem	Tempe	50	1 ptg bsr
		Minyak	5	5 sdm
	Pecel	Kangkung	50	1 gls
		Kacang panjang	50	1 gls
		Touge	25	1 gls
	Buah	Pisang	75	1 ptg bsr

f. Pencegahan KEK

Menurut Chinue (2009) Cara pencegahan KEK antara lain :

1) Pencegahan KEK

Meningkatkan Konsumsi makanan yang bergizi yaitu :

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

2) Pengaruh KEK

Kurang energi kronik pada saat kehamilan dapat berakibat pada ibu

maupun pada janin yang dikandungnya (Waryono, 2010, p.46).

a) 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 (Zulhaida, 2003).

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 (Zulhaida, 2003).

c) Janin

Kurang gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, asfiksia intra partum, lahir dengan berat badan rendah (BBLR) (Zulhaida, 2003).

3) Penatalaksanaan KEK

Menurut Waryana (2010) Penatalaksanaan KEK adalah :

- a) Peningkatan suplementasi tablet Fe pada ibu hamil dengan memperbaiki sistem distribusi dan monitoring secara terintegrasi dengan program lain nya seperti pelayanan ibu hamil dll
- b) Rutin memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama hamil untuk mendapatkan pelayanan yang maksimal
- c) Pengaturan Konsumsi Makanan

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

- d) Istirahat yang cukup
- e) Pemantauan berat badan dan Pengukuran LILA

Pengukuran dilakukan dengan pita LILA dan ditandai dengan centimeter, dengan ambang batas 23,5 cm (batas antara merah dan putih). Berat badan adalah satu parameter yang memberikan gambaran

massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitive dengan perubahan perubahan yang mendadak misalnya karna terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makan yang di konsumsi.

f) Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

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

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

g) Apabila terjadi atau timbul masalah medis maka hal yang perlu dilakukan menurut Saifudin (2007) adalah :

- (1) Rujuk atau Konsultasi
- (2) Perencanaan sesuai Kondisi ibu hamil
- (3) Minum Tablet besi atau tambah darah

Ibu hamil hari harus minum satu tambah darah (60 mg) selama 90 hari mula minggu ke 20

- (4) Periksa Kehamilan secara teratur

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

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN

STUDI KASUS

A. Rancangan Penelitian

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

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

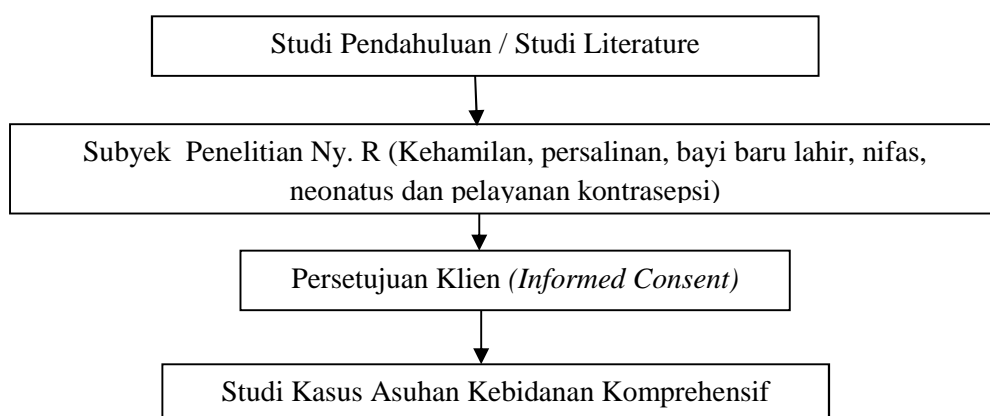
Studi kasus atau *case study* pada penelitian ini adalah deskriptif yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney yang terdiri dari 7 langkah dalam pelaksanaan asuhannya.

B. Kerangka Kerja Penelitian

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

Bagan 3.1

Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus



Penjelasan saya dari bagan adalah sebagai berikut :

Ada kerangka kerja pelaksanaan studi kasus Ny. S yakni dilaksanakannya studi pendahuluan untuk mahasiswa tingkat akhir dimana mahasiswa melakukan penjarangan klien dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Setelah mendapatkan klien, klien tersebut pada Ny “ S menjadi subyek penelitian dari

mulai kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dan melakukan informed consent. Setelah itu mulailah mahasiswa melakukan studi kasus asuhan kebidanan komprehensif (asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan bayi baru lahir, asuhan nifas, asuhan neonatus, hingga rencana pelayanan kontrasepsi). Didalam melakukan asuhan akan dilakukannya kegiatan seperti pengumpulan data, observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan proses pemberian asuhan yang akan di dokumentasi dengan SOAP. Setelah melakukan kegiatan maka mahasiswa melakukan analisi data antara teori dan praktek misalnya pada klien saya Ny. S usia kehamilan 40 minggu 1 hari dengan kala ii lama dan asfiksia (patologis), saat persalinan Ny.S melahirkan secara normal, jadi ada kesenjangan antara teori dan praktek maka saya akan berusaha melakukan alternatif pemecahan masalah tersebut.

C. Subyek Penelitian

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

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G₃P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 40 minggu 1 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Pengumpulan dan Analisis Data

1. Pengumpulan Data

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

a. Observasi

Menurut Kriyantono (2008) mengatakan bahwa “Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu”. Peneliti melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan.

b. Wawancara

Menurut Berger dalam Kriyantono (2008) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek. Peneliti mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga.

c. Pemeriksaan fisik

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

d. Studi Dokumentasi

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

2. Analisis Data

Menurut Sugiyono (2004) Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Analisis data yang digunakan pada penelitian ini mengubah data hasil penelitian menjadi suatu informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan adalah menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

E. Etika Penelitian

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

1. *Respect for persons*

Prinsip ini merupakan unsur mendasar dari penelitian. Prinsip ini menekankan pemberian asuhan menghormati orang lain, dan memberikan perlindungan terhadap haknya. Setiap subjek memiliki hak automi, bersifat unik dan bebas. Setiap individu memiliki hak dan kemampuan untuk memutuskan bagi dirinya sendiri, memiliki nilai dan kehormatan/martabat, dan memiliki hak untuk mendapatkan *infomed consent*. Subjek harus mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan, keikutsertaan secara sadar, dan membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan. Pemberi asuhan harus menjaga kerahasiaan dari subjek asuhan.

2. *Beneficence* dan *non maleficence*

Prinsip ini menekankan pencegahan pada terjadinya resiko, dan melarang perbuatan yang berbahaya selama melakukan asuhan. Kewajiban pemberi asuhan adalah memaksimalkan manfaat dan meminimalkan bahaya risiko, termasuk ketidaknyamanan fisik, emosi, psikis, kerugian social, dan ekonomi.

3. *Justice*

Prinsip justice menekankan adanya keseimbangan antara manfaat dan risiko bila ikut serta dalam penelitian. Selain itu pada saat seleksi subjek penelitian harus adil dan seimbang, berkaitan langsung dengan masalah yang akan diteliti dan tidak ada unsur manipulatif. Pemberi asuhan juga harus memberi perhatian secara khusus kepada subjek penelitian sebagai *vulnerable subjects*.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 09 Maret 2017/Pukul: 15.00 WITA

Nama Pengkaji : Yeni Dewi Purwati

Tempat : Rumah Ny. S JL. Alam Baru Rt. 43

S:

a. Biodata/identitas

Nama Ibu	: Ny. S	Nama Suami	: Tn. S
Umur	: 34 thn	Umur	: 48 thn
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Jawa	Suku/Bangsa	: Bugis
Pendidikan	: SLTP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Supir

Alamat : JL. Alam Baru Rt. 43

Alasan datang : Ibu mengatakan sulit tidur

Riwayat Kesehatan Klien

1) Riwayat Kesehatan yang lalu

Ibu tidak sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang kronis,

yang dapat memperberat atau diperberat oleh keadaan setelah melahirkan, menular ataupun berpotensi menurun.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu rutin memeriksakan kehamilannya di Bidan Praktek. Ibu mulai merasakan pergerakan janin sejak usia kehamilan 5 bulan. Ini merupakan kehamilan yang ketiga dan ibu tidak pernah mengalami keguguran. Ibu sudah mendapatkan suntikan TT lengkap.

Ibu mengatakan pada kehamilan ini ibu mengalami keluhan tidak nafsu makan usia kehamilan 3 bulan. Selama hamil ibu memeriksakan kehamilannya ke bidan. Selama hamil ibu mendapatkan vitamin, kalsium dan penambah darah, ibu rutin meminumnya setiap hari sesuai anjuran dokter/bidan.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny. S, ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit Hipertensi, DM, jantung, TBC dll.

c. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. S adalah 13 Juli 2016, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 20 April 2017 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28 hari, lama haid ± 7 hari, banyaknya haid setiap harinya 3 kali ganti pembalut, warna darah merah dan encer. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 13 tahun.

d. Riwayat Obstetrik

Table 4.1 Riwayat obstetric kehamilan

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak		
Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
2011	Rskbsi	Aterm	Ta'a	Spt	Bidan	Ta'a	Perempuan	3000	50	Hidup
2014	Pkm Baru ulu	Aterm	Ta'a	Spt	Bidan	Ta'a	Laki-laki	3800	50	Hidup
HAMIL INI										

e. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelum hamil tidak pernah menggunakan KB

f. Pola Fungsional

Table 4.2 Pola Fungsional ANC I

Pola	Keterangan	
	belum hamil	saat ini
Nutrisi	makan 3 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 1-2 potong lauk pauk, 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pemenuhan nutrisi serta nafsu makan baik.	trimester 3 ini Ibu makan 2 kali/hari, dengan porsi 1/2 nasi, 1 potong lauk pauk, sayur, air putih dan minum teh nafsu makan baik
Eliminasi	K : sebanyak 3-4 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB	K : 6-7 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak adakeluhan. BAB sebanyak 3kali

	sebanyak 1 kali dalam 2 hari konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.	dalam hari, konsistensi padat lunak, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	tidur siang ±1jam/hari pada hari-hari tertentu, Ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.	jarang tidur siang, Ibu tidur pada malam hari ±5-6jam/hari, ada gangguan pola tidur
Aktivitas	rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak dan mengasuh anak.	rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak dan mengasuh anak.
Personal Hygiene	2 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari.	2 kali/hari, mengganti baju 2-3 kali/hari, mengganti celana dalam 2-3 kali/hari.
Kebiasaan	tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.	tidak memiliki pola kebiasaan tertentu.
Seksualitas	1 kali/minggu dan Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas	1 kali/sebulan. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas.

g. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

1) Riwayat pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia 26 tahun, lama menikah 8 tahun, status pernikahan sah.

2) Respon klien dan keluarga terhadap kehamilan ini

Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama. Ibu dan suami sudah merencanakan kehamilan ini, suami dan keluarga menerima kehamilan ini dengan senang hati.

3) Bagaimana psikis ibu terhadap kehamilan ini

Ibu berharap kehamilannya dapat berjalan dengan lancar dan ibu dapat menjalani kehamilan ini dalam keadaan sehat.

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

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

O:

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : compos mentis

TTV : TD : 110/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Pernafasan : 20x/menit

Suhu : 36,7°C

TB : 150 cm

BB sebelum hamil : 39 kg

BB sekarang : 46 kg

Lila : 21 cm

IMT : 18,29

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak oedema, tidak pucat dan tidak ada kloasma

gravidarum

- Mata : Tidak tampak oedema pada kelopak mata, sedikit tampak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera dan penglihatan baik 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 bersih.
- Leher : Tidak tampak pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening, tidak tampak peradangan pada tonsil dan faring. Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran pada payudara, tidak teraba massa/oedema, tampak pengeluaran colostrum di payudara kanan dan kiri serta tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tampak simetris dan tidak tampak bekas luka operasi
- 1) LI : TFU setengah pusat px (28cm), teraba lunak

Dan tidak melenting (bokong)

- 2) LII : teraba bagian panjang dan keras seperti papan
Pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya
teraba bagian kecil janin (punggung kiri)
- 3) LIII : pada segmen bawah rahim, teraba bagian
keras, bulat dan melenting (kepala). Bagian ini
tidak dapat digoyangkan
- 4) LIV : bagian terendah janin belum masuk pintu atas
panggul (konvergen).
- 5) DJA : 145x/menit
- 6) Taksiran berat janin (TBJ) adalah $(28-11) \times 155 = 2635$
gram.

Genetalia : tidak dilakukan pemeriksaan

Anus : tidak dilakukan pemeriksaan

Ekstremitas :

- 1) Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari refill
(-) dan reflek Bisep trisep (+)
- 2) Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada
Varices, reflek patella (+), cavilari revil (-) dan
Homan sign (-)

c. Pemeriksaan penunjang

- 1) USG : Tanggal : 27 Februari 2017
Hasil : letak kepala TP: 19 April 2017
- 2) Hb : Tanggal : 09 Maret 2017

Hasil : 10,4gr %

3) Protein urine : Tanggal : 09 Maret 2017

Hasil : $\pm 1,0$

A:

D

Diagnosa potensial	Dasar
Masalah a	Dasar
ibu mengalami kesulitan tidur	ibu mengatakan sulit tidur, tidur siang jarang dan tidur malam $\pm 5-6$ jam
anemia ringan	: pada pemeriksaan hb 10,4 gr%, konjungtiva tampak sedikit anemis, kapiler refill > 2 detik
-Pola nutrisi ibu, menyebabkan ibu mengalami KEK	S : ibu mengatakan hanya makan 2 kali sehari porsi setengah piring O : - pada pemeriksaan Lila : 21 cm - IMT : <18,5 - Kenaikan BB ibu selama hamil hanya 7 kg sampai di minggu ke 34
:	

G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 34 minggu 1 hari janin hidup

tunggal intra uterin presentase kepala

Akan terjadi BBLR	kekurangan nutrisi berat pada ibu hamil
Akan terjadi Anemia sedang-berat dan perdarahan serta partus lama	Menurut (wasnidar, 2007. Hal 20) hal ini dapat terjadi karena berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau massa hemoglobin sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen keseluruhan jaringan dan kurangnya konsumsi makana yang mengandung zat besi atau adanya gangguan penyerapan zat besi dalam tubuh

Kebutuhan Segera :tidak ada

P:

Table 4.3 Implementasi ANC I

Pukul	Pelaksanaan	Pelaksana
15.00 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu dan seluruh anggota keluarganya; terbinanya hubungan yang baik dengan ibu dan keluarga.	Mahasiswa
15.40 WITA	Menjelaskan kepada ibu berdasarkan hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,7°C, TB 150 cm, BB 46 kg, lila 21 cm, UK 34 minggu 1 hari, TP 20April 2017. Leopold I teraba bokong, leopold II teraba punggung kiri, leopold III teraba kepala, leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen). DJA 145 x/menit dan TBJ 2635gram.Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan, menjelaskan kepada ibu bahwa saat Hb: 10,4 gr% dan protein urine ($\pm 1,0$) gr%; ibu mengerti kondisinya saat ini.	Mahasiswa
15.45 WITA	Memberikan KIE kepada ibu tentang: a. Tanda bahaya kehamilan Perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak diwajah dan jari-jari tangan, bengkak pada muka dan jari tangan, keluar	Mahasiswa

	<p>cairan pervaginam, dan gerakan janin tidak terasa.</p> <p>b. Ketidaknyamanan pada TM III Menjelaskan kepada ibu bahwa masalah sulit tidurdasarkan ketika bayi menendang perut ibu di malam hari makanya ibu akan menemukan kesulitan untuk dapat tidur nyenyak. Anjurkan ibu untuk tidak berkegiatan berlebihan disiang hari dan tidur siang walau 10 menit untuk memberikan energi yang sangat penting dan menyesuaikan posisi tidur ibu</p> <p>c. Gizi pada ibu hamil Menganjurkan kepada ibu untuk makan makanan yang bergizi yaitu 4 sehat 5 sempurna. Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan</p>	
16.50 WITA	Memjelaskan pentingnya kunjungan ibu hamil yaitu untuk memantau kondisi ibu dan janin saat masa hamil serta mencegah secara dini jika ada komplikasi dalam kehamilan dan menganjurkan ibu untuk kunjungan hamil 2 minggu lagi serta memberitahu ibu bahwa akan ada kunjungan home care ke-2 dan ibu bersedia untuk dilakukannya kunjungan ke-2.	Mahasiswa

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 30 Maret 2017/Pukul: 15.00 WITA

Nama Pengkaji : Yeni Dewi Purwati

Tempat : Rumah Ny.S JL. Alam Baru RT.43

S:

a. Ibu mengatakan sering BAK

Table 4.4 Pola Fungsional ANC II

Pola	Keterangan
trisi	makan 2x dalam sehari dengan 1/2 porsi sedang dengan menu nasi, sayur, lauk pauk dan air putih. Tidak ada keluhan dalam nutrisi dan nafsu makan baik
minasi	K 10 x sehari dengan konsistensi cair berwarna kuning jernih serta tidak ada keluhan. B 1x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kecoklatan dan tidak ada keluhan

rahat	jarang tidur siang dan tidur malam 5-6 jam/hari dan ada gangguan pada pola tidur
tivitas	rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, mencuci dan menyapu. Sementara diluar rumah ibu tidak mempunyai kegiatan lagi.
sonal hygiene	ndi 2x sehari, mengganti baju 2x sehari, mengganti celana dalam 3x sehari

O:

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 120/70 mmHg

Nadi : 76x/menit

Pernafasan : 20x/menit

Suhu : 36,7°C

BB : 52 kg

Usia kehamilan : 37 minggu 1 hari

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak oedema, tidak pucat dan tidak terdapat cloasma gravidarum

Mata : Tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak

pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera dan penglihatan baik 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 bersih.
- 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, irama jantung teratur, frekuensi jantung 76x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedema, tampak pengeluaran colostrum di payudara kiri, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tampak simetris dan tidak tampak bekas luka operasi
- 1) LI : TFU 3 jari dibawah px (31cm), teraba lunak
Dan tidak melenting (bokong)
 - 2) LII : teraba bagian panjang dan keras seperti papan

Pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin (punggung kiri)

- 3) LIII : pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting.
- 4) LIV : bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen).
- 5) DJA : 138x/menit
- 6) Taksiran berat janin (TBJ) adalah $(31-11) \times 155 = 3100\text{gram}$.

Genetalia : tidak dilakukan pemeriksaan

Anus : tidak dilakukan pemeriksaan

Ekstremitas :

- 1) Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari revil (-) dan reflek Bisep trisep(+)
- 2) Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada Varices, homan sign (-), cavilari revil (-) dan reflek patella (+)

A:

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 37 minggu 1 hari janin tunggal hidup intra uterine presentasi kepala

Masalah	Dasar
- Ibu mengatakan sering BAK	ibu mengatakan BAK sehari ± 10 kali

Diagnose potensial : tidak ada

Masalah potensial : tidak ada

Kebutuhan segera : tidak ada

P:

Table 4.5 Implementasi ANC II

Tanggal/Jam	Pelaksanaan	Pelaksana
30 Maret 2017 15.00 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu dan seluruh anggota keluarganya; terbinanya hubungan yang baik dengan ibu dan keluarga.	Mahasiswa
15.30 WITA	Menjelaskan kepada ibu berdasarkan hasil pemeriksaan: TD 120/70 mmHg, N: 76x/menit, R: 20x/menit, suhu 36,7°C, BB 52 kg, UK 37 minggu 1 hari , TP 20 April 2017. Leopold I : teraba bokong, leopold II : teraba punggung kiri, leopold III : teraba kepala, leopold IV : bagian terendah janin beum masuk pintu atas panggul (konvergen). DJA 138 x/menit dan TBJ3100 gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan; ibu mengerti kondisinya saat ini.	Mahasiswa
15.35 WITA	Memberikan KIE kepada ibu tentang: a. Ketidaknyamanan pada TM III Menjelaskan kepada ibu bahwa sering BAK pada trimester akhir kehamilan adalah hal yang normal. Peningkatan frekuensi berkemih atau sering buang air kecil disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat cara menagatasi yaitu Kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk kencing b. Menjelaskan ibu tentang persiapan persalinan yang berupa kapan taksiran persalinan ibu, tabungan/uang, kendaraan, tempat dan penolong bersalin, calon pendonor, buku KIA, serta	Mahasiswa

	<p>perlengkapan ibu dan bayi.</p> <p>Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan.</p>	
16.30 WITA	<p>Memberitahukan kepada ibu untuk memeriksakan kehamilannya 1 minggu kedepan di puskesmas atau rumah sakit dan memberitahukan ibu bahwa akan ada kunjungan home care ke-3 dan ibu bersedia untuk dilakukannya kunjungan ke-3.</p>	Mahasiswa

3. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 April 2017/Pukul: 16.00 WITA

Nama Pengkaji : Yeni Dewi Purwati

Tempat : Rumah Ny.S JL. Alam Baru RT.43

S:

- a. Ibu mengatakan perut sudah terasa kencang-kencang

Tabel 4.6 Pola Fungsioanal ANC III

Pola	Keterangan
trisi	makan 2x dalam sehari dengan 1/2 porsi sedang dengan menu nasi, sayur, lauk pauk dan air putih. Tidak ada keluhan dalam nutrisi dan nafsu makan baik
minasi	K 5-6x sehari dengan konsistensi cair berwarna kuning jernih serta tidak ada keluhan. B 1x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kecoklatan dan tidak ada keluhan
rahat	tidak tidur siang dan tidur malam 5-6 jam/hari dan tidak ada gangguan pada pola tidur
tivitas	rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, mencuci dan menyapu. Sementara diluar rumah ibu sudah tidak mempunyai kegiatan lagi.
sonal hygiene	andi 2x sehari, mengganti baju 2x sehari, mengganti celana dalam 3x sehari

O:

- a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg
Nadi : 82x/menit
Pernafasan : 20x/menit
Suhu : 36,5°C
BB : 52 kg
Usia kehamilan : 38 minggu 5 hari

b. Pemeriksaan fisik

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

Wajah : Tidak oedema dan tidak pucat

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

Leher : Tidak tampak hiperpigmentasi, 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, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 76x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedema, tampak pengeluaran colostrum di payudara kiri, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris dan tidak tampak bekas luka operasi

1) LI : TFU 2 jari dibawah px (32cm), teraba lunak
Dan tidak melenting (bokong)

2) LII : teraba bagian panjang dan keras seperti papan
Pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin (punggung kiri)

3) LIII : pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting.

4) LIV : bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen).

5) DJA : 136x/menit

6) Taksiran berat janin (TBJ) adalah $(32-11) \times 155 = 3255$ gram.

Genetalia : tidak dilakukan pemeriksaan

Anus : tidak dilakukan pemeriksaan

Ekstremitas :

- 1) Atas :Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari revil (-) dan reflek bisep trisep (+)
- 2) Bawah :Bentuk simetris, tidak oedema,tidak ada Varices, reflek petela (+), cavilari revil (-)

A:

Diagnosis :G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 38 minggu 5 hari janin hidup tunggal intra uterin presentase kepala

Masalah : Perut ibu terasa kencang

Dasar : Ibu mengatakan perut terasa kencang tidak teratur

Diagnose potensial : tidak ada

Masalah potensial : tidak ada

Kebutuhan segera : tidak ada

P:

Tabel 4.7 Implementasi ANC III

Tanggal/Jam	Pelaksanaan	Pelaksana
10 April 2017 16.00 WITA	Membina hubungan baik dengan ibu dan seluruh anggota keluarganya; terbinanya hubungan yang baik dengan ibu dan keluarga.	Mahasiswa

**B. D
o
k
u
m
e
n
t**

16.30 WITA	<p>Menjelaskan kepada ibu berdasarkan hasil pemeriksaan:</p> <p>TD 110/70 mmHg, N : 82x/menit, R: 22x/menit, suhu 36,5°C, BB 52 kg, UK 38 minggu 5 hari, TP 20 April 2017.</p> <p>Leopold I teraba bokong, leopold II teraba punggung kiri, leopold III teraba kepala, leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen). DJA 140 x/menit dan TBJ3255 gram.</p> <p>Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan; ibu mengerti kondisinya saat ini.</p>	Mahasiswa
16.35 WITA	<p>Memberikan KIE</p> <p>a. Menjelaskan ibu bahwa keadaan ibu mulai merasakan kencang-kencang pada perutnya saat ini adalah normal karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan keluarnya hormone oksitosin</p> <p>b. menganjurkan ibu untuk banyak istirahat kurangi aktifitas berlebih dan mengatur posisi tidurnya.</p> <p>c. Menjelaskan ibu tanda persalinan yaitu, keluar lendir darah atau air air yang tidak bisa ditahan, kontaksi mulai dari perut sampai ke pinggang yang sering dan lama.</p> <p>Jika sudah terdapat tanda tanda tersebut maka anjurkan ibu untuk langsung ke pelayanan kesehatan terdekat.</p> <p>Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan.</p>	Mahasiswa

asi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 April 2017/Pukul :05.00 WITA

Tempat :Puskesmas Baru Ulu

Persalinan Kala I fase aktif

S : - Ibu mengatakan sudah mulai merasakan perut kencang-kencang sejak

tanggal 19 April 2017 pukul 21.00 WITA,

- Ada pengeluaran cairan berupa lendir darah tanggal 20 April 2017 pukul 05.00 WITA dari jalan lahir dan tidak ada air-air yang keluar.

Table 4.8 Pola Fungsional INC Kala I

Pola	Keterangan
trisi	makan nasi, lauk pauk, sayur, buah dan minum air putih ketika sedang tidak his.
minasi	sering buang air kecil dengan konsistensi cair dan warna kuning serta tidak ada keluhan. Ibu belum ada rasa untuk BAB
rahat	tidak bisa beristirahat
tivitas	hanya berbaring lebih banyak miring ke kiri.
sonal hygiene	belum ibu ke PKM ibu belum mandi danganti baju dari rumah

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 120/60 mmHg

Nadi : 78x/menit

Pernafasan : 20x/menit

Suhu : 36,5°C

2. 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 dan tampak putih pada sklera.
- 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, dan gigi geraham lengkap
- Leher : Tidak tampak hiperpigmentasi, 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, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hiperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedem, sudah ada pengeluaran colostrum, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tampak simetris, tidak ada bekas luka operasi
- 1) Leopold I : pada fundus teraba bagian keras, bulat

dan melenting (kepala). TFU 2 jari

bawah px (32 cm)

- 2) Leopold II : teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri (PUKI) ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin
- 3) Leopold III : pada segmen bawah rahim teraba tidak bulat dan tidak melenting (bokong).
Bagian ini dapat digoyangkan
- 4) Leopold IV : bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen)

5) TBJ: $(32-11) \times 155 = 3255$ gram,

6) Kontraksi uterus: frekuensi: $2 \times 10'$, durasi: 15-20 detik,
Intensitas: sedang.

7) Auskultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 135 x/menit dan punctum maximum terletak di kuadran kiri bawah umbilicus.

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

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas :

1) Atas : Bentuk simetris, tidak oedema, cavilari revil

(-) dan reflek bisep trisep (+)

2) Bawah :Bentuk simetris, tidak oedema,tidak ada
Varices, reflek homan sign (-), reflek petela
(+), cavilari revil (-)

3. Pemeriksaan Dalam

Pukul : 05.00 WITA

Vulva/Vagina : Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tebal lembut, efficement 50 %, pembukaan 4cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, dan hodge I.

A :

Diagnosa : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 40 minggu 1 hari inpartu
kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauterine
presentasi kepala

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah potensial : tidak ada

Kebutuhan segera : tidak ada

P :

Table 4.9 implementasi INC Kala I

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
-----	-------	----------	-----------

00 WITA	Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 4 cm dan ketuban masih utuh; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	Mahasiswa
00 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 3 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.	Mahasiswa
05 WITA	Menyiapkan alat suction	Mahasiswa
05 WITA	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, dan pempers) dan pakaian bayi (lampin, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.	Mahasiswa
00 WITA	Memantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf). Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.	Mahasiswa
00 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu meminum teh hangat	Mahasiswa
00 WITA	Dilakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10 cm, ketuban positif menonjol, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II. Ibu dianjurkan miring kiri DJJ : 148 x/mnt HIS : 3 x 10' 30-35''	Mahasiswa
00 WITA	Dilakukan amniotomi . warna ketuban bercampur mekonial dan berbau (amis) banyaknya ± 100cc	Mahasiswa
05 WITA	Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki litotomi, tangan di masukkan di antara kedua paha, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.	Mahasiswa

Persalinan Kala II

S : - Ibu mengeluh ingin meneran seperti BAB

Tabel 4.10 Pola Fungsional INC Kala II

Pola	Keterangan
trisi	hanya minum susu beruang
minasi	mengatakan ingin BAB
rahat	tidak bisa beristirahat
tivitas	tidak melakukan aktivitas apapun
sonal hygiene	belum ibu ke PKM ibu belum mandi dansudah ganti baju dari rumah

O :

a. pemeriksaan fisik

KU : Baik,

Kesadaran : Composmentis

TTV :TD : 120/60 mmHg,

N : 78 x/menit,

R : 24 x/menit, S: 36,5°C

b. pemeriksaan fisik

Abdomen : Kontraksi uterus : frekuensi : 4 x 10', durasi : 35-40 detik, Intensitas : kuat, penurunan kepala : 2/5.

Auskultasi DJJ :terdengar jelas, teratur, frekuensi 148 x/menit, interval teratur punctum maximum, terletak di kuadran kitri bawah umbilicus.

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

VT (08.00 WITA) : Vulva/uretra : tidak ada kelainan, Portio : tidak teraba, Effecement 100%, Pembukaan : lengkap

10 cm, ketuban amniotomi (jam 08.30 WITA) air ketuban berwarna hijau bercampur mekonium, berbau, banyaknya ±100 cc. Tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala, Denominator UUK, station/hodge II. Ibu dianjurkan miring kiri

A :

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 40 minggu 1 hari inpartu kala II janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Masalah : Air ketuban berwarna hijau bercampur mekonial

Dasar : Saat dilakukan amniotomi warna air ketuban hijau bercampur mekonial

Diagnosa Potensial : Asfiksia pada bayi

Kebutuhan Segera : Berkolaborasi dengan dr. Obgyn dan mempersiapkan resusitasi.

P :

Table 4.11 implementasi INC Kala II

No	Waktu	Tindakan	Pelaksana
00	TA	mberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	siswa
01	TA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap didalam bak instrumen,	siswa

		ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuitdimasukkan ke dalam partus set.	
	02 TA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	Mahasiswa
	03 TA	Menganjurkan kepada suami untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	Mahasiswa
		Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
	10 TA	Ibu dipimpin meneran dengan cara kedua tangan memegang mata kaki, gig bertemu gigi, dagu menyentuh dada dan mata tidak boleh tertutup.	Mahasiswa
	30 TA	Melakukan amniotomi untuk mempercepat turunnya kepala bayikarena pembukaan telah lengkap.	Mahasiswa
	00 TA	Bayi belum lahir kepala masih tinggi , Dja 145x/menit, his 3x10 menit 35-40 detik. Ibu mengeluh sudah tidak tahan lagi rasa ingin BAB. Lapor dr.Sp.OG advice pasang infuse RL dan persiapan rujukan bila kepala masih belum turun .	Mahasiswa
	00 TA	Memasang infuse RL 20 tpm	Mahasiswa
	05 TA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran.Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	Mahasiswa
	25 WITA	Kepala bayi nampak di depan vulva, Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
	25 TA	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampakdengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengansatutangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	Mahasiswa
	25 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusatpada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Ada 1x lilitan tali pusat dan tali pusat pendek, langsung dilakukan pemotongan tali pusat dan penjepitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar	Mahasiswa
	25 TA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 09.30 WITA.	Mahasiswa
	30 TA	Meletakkan bayi diatas kain bersih dan kering, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah	Mahasiswa

	dengan handuk/kain yang kering, dilakukan penghisapan lendir melalui mulut \pm 5 cm lalu melalui hidung \pm 3 cm. Bayi baru lahir cukup bulan tidak segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 6/10, jenis perempuan, sisa air ketuban jernih	
--	--	--

Persalinan Kala III

S : - Ibu merasakan mules pada perutnya

- ibu merasakan senang bayi telah lahir

Tabel 4.12 Pola Fungsional INC Kala III

Pola	Keterangan
trisi	belum ada makan atau minum
minasi	belum ada BAB dan BAK
rahat	belum bisa beristirahat karena perutnya masih terasa mules

O :

a. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Baik,
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 110/80 mmHg
 Nadi : 82x/menit
 Pernapasan : 22 x/menit
 Suhu : 36°C

b. Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU : sepusat, kontraksi uterus : baik
 Genetalia : Tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah kandung kemih teraba kosong
 Data Bayi : Bayi lahir tanggal 20 April 2017 pukul 09.30 WITA, jenis

kelamin perempuan, hasil penilaian sepintas adalah bayi lahir cukup bulan, air ketuban bercampur mekonial, bayi tidak segera menangis kuat dan bergerak aktif.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Parturient Kala III

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tabel 4.13 implementasi INC Kala III

Waktu	Tindakan	Pelaksana
00 WITA	Periksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	Mahasiswa
01 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	Mahasiswa
01 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	Mahasiswa
02 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	Mahasiswa
02 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain meregangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	Mahasiswa
03 WITA	Meregangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	Mahasiswa
05 WITA	Melakukan peregang tali pusat dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas. Jika tali pusat bertambah panjang, uterus membesar dan ada semburan darah tiba-tiba maka plasenta telah terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	Mahasiswa
00 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 10 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 09. 40 WITA.	Mahasiswa

41	WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	Mahasiswa
44	WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon lengkap, berat \pm 500 gram, diameter \pm 19, tebal \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 16 cm, panjang tali pusat \pm 40 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta.	mahasiswa
45	FA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat robekan jalan lahir pada perinium ibu.	Mahasiswa
47	FA	Menyiapkan alat hecting set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.	Mahasiswa
48	FA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perinium, memasukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka. Melakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Menyuntikkan cairan lidokain 1% secukupnya sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perinium. Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik, anastesi daerah bagian dalam robekan dengan alur suntikan anastesi akan berbentuk seperti kipas : tepi perinium, dalm luka, tepi mukosa vagina. Menunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.	Mahasiswa
50	FA	Melakukan tindakan penjahitan pada robekan jalan lahir.	Mahasiswa
60	FA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 150 cc.	Mahasiswa

Persalinan Kala IV

S :

- Ibu senang dan bahagia dengan kelahiran bayinya.
- Ibu lega karena plasenta telah lahir.
- Ibu masih merasakan mules pada perutnya.

Table 4.14 Pola Fungsional INC Kala IV

Pola	Keterangan
trisi	makan nasi dan minum teh hangat
minasi	belum ada BAB atau BAK
rahat	sudah bisa beristirahat sebentar
tivitas	sudah bisa miring kiri dan kanan, duduk, dan berdiri tetapi masih dalam bantuan
sonal hygiene	belum ibu ke PKM ibu belum mandi danganti baju dari rumah

O :

a. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/70 mmHg

Nadi : 80x/menit

Pernapasan : 22 x/menit

Suhu : 36°C

b. Pemeriksaan fisik

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

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

Genetalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir spontan lengkap jam 09.40 WITA. Kandung kemih teraba kosong

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Parturient Kala IV
 Masalah : tidak ada
 Diagnosa Potensial : tidak ada
 Masalah Potensial : tidak ada
 Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 06 Mei 2016

Table 4.15 implementasi INC Kala IV

No	Tindakan	Pelaksana
00 TA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas akat setelah didekontaminasi	mahasiswa
01 WITA	Mebuang bahan-bahan yag terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai	Mahasiswa
02 WITA	Memberishkan ibu dengan air DTT. Membershkan cairan ketuban, lendir darah, dan darah. Memakainkan ibu pakain yang bersih dan kering.	mahasiswa
03 TA	Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI pada bayinya.	Mahasiswa
04 WITA	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman pada ibu; keluarga segera memberikan makanan dan minuman pada ibu.	Mahasiswa
04 TA	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%	Mahasiswa
06 TA	Mencelupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 0,5%, lepas secara tebalik dan rendam selama 10 menit.	Mahasiswa
06 TA	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. Mengeringkan dengan handuk	Mahasiswa
05 TA	Melengkapi Partograf; partograf telah dilengkapi sesuai hasil observasi.	Mahasiswa

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 April 2017/Pukul : 10.30 WITA

Tempat : Puskesmas Baru Ulu

Oleh : Yeni Dewi Purwati

S :

a. Identitas bayi :

Nama Pasien : By. Ny. S

Nama ayah/ibu: Ny. S/Tn. S

Alamat : Jl. Alam Baru RT. 43

Tanggal lahir : 20-04-2017

Hari :Kamis

Jam :09.30 WITA

b. Riwayat Kehamilan sekarang

Ibu mengatakan hamil anakketiga dan tidak pernah keguguran

c. Pemerikssan kehamilan

- Trimester II kunjungan (2x).

Keluhan:sulit tidur

- Trimester III kunjungan (3x)

Keluhan : sulit tidur, sering BAK dan perut kencang - kencang

d. Riwayat imunisasi TT : lengkap

e. Riwayat kesehatan keluarga

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

Tabel 4.16 Pola Fungsional BBL

Pola	Keterangan
Nutrisi	yi telah diberikan asupan nutrisi (ASI)

Eliminasi	- BAB (+) warna: hijau kehitaman, konsistensi: lunak - BAK (-)
-----------	---

O:

a. Data rekam medis

Table 4.17 data rekam medis

No.	Tahun Kelahiran	JK	B Lahir	Keadaan Bayi	Komplikasi	Jenis Persalinan	Ket.
1.	17	Perempuan	00	baik, hidup	Tidak ada	Spontan	

b. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

TTV : Nadi : 142 x/menit

Pernafasan : 42 x/menit

Suhu : 36,7°C.

c. Pemeriksaan antropometri

Berat badan : 3100 gram

Panjang badan : 49 cm

Lingkar kepala : 33 cm

Lingkar dada : 32 cm

Lingkar Perut : 30 cm

Lila : 10 cm

Anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : +/- Jenis kelamin perempuan, bayi lahir tidak segera menangis, sisa ketuban jernih, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR SCORE adalah 6/10.

1. Nilai APGAR: 6/10

Table 4.18 APGAR Skor BBL

Kategori	Nilai	Kondisi	Observasi	Jumlah	
				0	1
Frekuensi Jantung	2	100	100	2	2
Pernapasan	1	kuat/tidak teratur	menangis dengan baik	0	2
Tonus Otot	2	beberapa fleksi ekstremitas	aktif	2	2
Refleks	1	menyeringai	menangis kuat	1	2
Warna Kulit	1	merah muda, ekstremitas biru	merah muda seluruhnya	1	2
Jumlah				5	10

2. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Tidak tampak caput, tidak tampak cephal hematoma, tidak tampak molding, rambut tumbuh lebat berwarna hitam dan terdapat lanugo pada punggung.

Wajah : ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dan telinga simetris

Mata : kedua mata simetris, tidak ada pengeluaran cairan, tidak tampak strabismus, dan tidak tampak perdarahan pada konjungtiva.

Telinga : simetris antara kanan dan kiri, terdapat lubang telinga yang patent, tidak ada kulit tambahan dan pengeluaran cairan

hidung : bentuk simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada pengeluaran cairan

Mulut : mulut tampak simetris atas dan bawah, tidak ada pengeluaran cairan, tidak tampak bercak pada mukosa mulut, tidak tampak labiosulkus dan labiopalatosulkus

Leher : bentuk simetris dan Tidak ada keterbatasan gerak,
Dada : Simetris, tidak ada retraksi dan kelainan pernapasan
Abdomen : Tidak kembang.
Tali pusat : Bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi dan terdapat 2 arteri berdinding tebal dan ven berdinding tipis.
Punggung : Normal, tidak ada spina bifida.
Kulit : berwarna kemerahan tampak sianosis pada ekstremitas ataupun ikterik
Genetalia : perempuan , nampak labia mayora menutupi labia minora dan tidak ada kelainan.
Anus : Positif (+), terdapat lubang anus.
Ekstremitas : 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.

3. Status neurologi (refleks)

Refleks Moro : Positif (+) Refleks Swallowing : Positif (+)
Refleks Sucking : Positif (+) Refleks Glabella : Positif (+)
Refleks Rooting : Positif (+) Refleks Graps : Positif (+)

➤ Terapi yang diberikan

Tetes Mata

Neo-K 0,5 cc

Hepatitis B 0,5 cc

A :

Diagnosis : NCB SMK usia 1 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Table 4.19 implementasi BBL

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
30	WITA	Dilakukan pengukuran antropometri pada bayi dan melakukan pengecapan telapak kaki bayi; antropometri dan pengecapan telapak kaki telah dilakukan, BB 3100 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD, 32 cm, LP 30 cm, LILA 10 cm.	Mahasiswa
35	WITA	Memberi injeksi Vit K 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri dan pemberian salep mata; Bayi sudah di injeksi Vit K dan pemberian tetes mata	Mahasiswa
36	TA	Melakukan pencegahan kehilangan panas; memakaikan baju bayi, sarung tangan dan kaos kaki serta membungkus bayi dengan selimut dan memasang topi pada kepala bayi.	Mahasiswa
37	WITA	Memeriksa kembali keadaan bayi pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta bersuhu tubuh normal (36,5°C-37,5°C).	Mahasiswa
40	TA	Menjelaskan KIE tentang perawatan tali pusat, tanda bahaya pada bayi baru lahir (SAP dan leaflet terlampir).	Mahasiswa
40	TA	Memberi injeksi Hep. B secara IM 1/3 di paha kanan bayi ; bayi sudah di imunisasi hepatitis B	Mahasiswa
40	TA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	Mahasiswa

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

1. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I (6-8 jam pertama)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 April 2017/Pukul :15.30 WITA

Tempat : Ruang nifas PKM Baru Ulu

Oleh : Yeni Dewi Purwati

S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan

Ibu mengatakan dapat menyusui bayinya karena ASI lancar keluar

Table 4. 20 Pola Fungsional PNC I

Pola	Keterangan
Istirahat	dapat beristirahat
Nutrisi	sudah makan roti dan minum susu
Mobilisasi	sudah bisa duduk, mirng kanak kiri dan jalan sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	sudah BAK 2x, konsistensi cair, warna kuninhg jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Ekspresi wajah : Bahagia

Status emosional : Stabil

TTV: TD : 110/70 mmHg

Nadi : 84 x/menit

Pernapasan : 20 x/menit

Suhu : 36,6°C

b. Pemeriksaan fisik

Payudara :Tampak Simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran

ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

Abdomen : Tampak simetris, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi

baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, tampak jahitan pada luka perineum baik.

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema, kapiler refill baik, reflex bisept dan trisept positif.

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

Terapi : Asam Mafenamat : 3 x 1
Amoxilin : 3 x 1
Vit A 1 x 1

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum 6 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Table 4.21 implementasi PNC I

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
-----	-------	----------	-----------

00 TA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	Mahasiswa
05 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai ASI eksklusif, perawatan payudara dan perawatan tali pusat (SAP dan leaflet terlampir).	Mahasiswa
00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai kebutuhan dasar ibu nifas; Nutrisi, Personal Hygiene, Istirahat, Eliminasi BAK dan BAB serta Pemberian ASI dan Tanda Bahaya Pada Ibu Nifas; Nyeri kepala yang hebat, Demam, Keluar darah secara tiba-tiba, dll.	Mahasiswa
05 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai teknik dan posisi menyusui(SAP dan leaflet terlampir).	Mahasiswa
00 TA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 26 April 2017 atau saat ada keluhan.	Mahasiswa

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 26 April 2017/Pukul :09.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Yeni Dewi Purwati

S : - Ibu tidak ada keluhan, darah nifas masih keluar sedikit, warna merah, pengeluaran ASI sudah lancar serta BAK dan BAB lancar.

Table 4.22 Pola Fungsional PNC II

Pola	Keterangan
Nutrisi	makan 3x sehari dengan 1 porsi sedang dengan menu nasi, lauk pauk, sayuran hijau dan air putih. Tidak ada masalah dalam pemenuhan nutrisi
Eliminasi	sudah BAK 3x sehari, dengan konsistensi cair, warna kuning

	jernih, tidak ada keluhan. BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, warna kuning kecoklatan serta tidak ad keluhan.
Istirahat	dapat istirahat dengan baik. Tidur siang \pm 1 jam dan tidur malam \pm 6-7 jam
Aktivitas	sudah dapat melakukan pekerjaan rumah tangga sendiri tanpa bantuan orang lain. Ibu juga sudah bisa memandikan dan mengurus bayinya
Personal hygiene	mandi 2x sehari pagi dan sore, menggnti pakaian 2x sehari , dan menggati celana dalam 4x sehari .
Seksualitas	belum ada berhubungan dengan suaminya

O :

a. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV: TD : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Pernapasan : 22 x/menit

Suhu : 36,5°C BB : 47 kg

b. Pemeriksaan Fisik

Payudara : Tampak Simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

Abdomen :Tampak simetris, TFU pertengahan pusat sympisis, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak sedikit pengeluaran lochea sangulenta, tampak jahitan pada luka perineum baik dan kering

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas

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

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

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum hari ke-6

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tabel 4.23 implementasi PNC II

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
10	10.00	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat-symphisis, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea sangulenta, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	siswa
15	15.00	Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; Ibu dapat menyusui bayinya dengan benar.	siswa

05 WITA	akukan penyuluhan kesehatan ± 15 menit mengenai perawatan luka perineum dan senam nifas (SAP dan leaflet terlampir).	Mahasiswa
10 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 04 Mei 2017 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukannya kunjungan pada hari berikutnya.	Mahasiswa

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 04 Mei 2017/Pukul : 17.00 WITA

Tempat : Bidan Praktik Mandiri Nilawati, S.ST

Oleh : Yeni Dewi Purwati

S : - Ibu tidak ada keluhan

- Ibu mengatakan bayinya dapat menyusu dengan baik

Table 4.24 Pola Fungsional PNC III

Pola	Keterangan
Nutrisi	makan 3x sehari dengan 1 porsi sedang dengan menu nasi, lauk pauk, sayuran hijau dan air putih. Tidak ada masalah dalam pemenuhan nutrisi
Eliminasi	sudah BAK 3x sehari, dengan konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, warna kuning kecoklatan serta tidak ada keluhan.
Istirahat	dapat istirahat dengan baik. Tidur siang ± 1 jam dan tidur malam ± 6-7 jam
Aktivitas	sudah dapat melakukan pekerjaan rumah tangga sendiri tanpa bantuan orang lain. Ibu juga sudah bisa memandikan dan mengurus bayinya
Personal hygiene	mandi 2x sehari pagi dan sore, mengganti pakaian 2x sehari, dan

	menggati celana dalam 4x sehari .
Seksualitas	belum ada berhubungan dengan suaminya

O :

a. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV: TD : 120/80 mmHg
 Nadi : 80 x/menit
 Pernapasan : 22 x/menit
 Suhu : 36,5°C
 BB : 47 kg

b. Pemeriksaan fisik

Payudara :Tampak pengeluaran ASI

Abdomen : Tampak simetris, TFU tidak teraba dankandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak sedikit pengeluaran lochea sangulenta, tampak jahitan pada luka perineum baik

Anus : Tidak tampak hemoroid

Ekstremitas

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

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak varices, tidak tampak trombophlebitis, Tidak tampak oedema pada

tungkai kanan , kapiler refill baik, homan sign negatif,
dan patella positif.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum hari ke-14

Masalah : tidak ada

Dasar : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Table 4.25 implementasi PNC III

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
00 CA		Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU: tidak teraba, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea serosa, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	siswa
	5 WITA	akukan 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. (SAP dan leaflet terlampir)	Mahasiswa
	00	emberikan penyuluhan kesehatan ± 10 menit mengenai alat kontrasepsi : pengertian, macam-macam alat kontrasepsi, keuntungan serta kerugiannya. (SAP dan leaflet terlampir)	Mahasiswa
	00 CA	Menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG di fasilitas kesehatan terdekat; ibu bersedia untuk melakukan imunisasi BCG di fasilitas kesehatan	Mahasiswa
	5 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 31 mei 2017 dan Ibu bersedia dilakukannya kunjungan pada hari berikutnya.	Mahasiswa

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 April 2017/Pukul :15.30 WITA

Tempat : Ruang nifas PKM Baru Ulu

Oleh : Yeni Dewi Purwati

S : ibu mengatakan anaknya sering menyusui, sudah BAB dan BAK

Table 4.26 Pola Fungsional KN I

Pola	Keterangan
Nutrisi	ibu telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya secara on-demand. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	- BAB 2 kali, konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 4-5 kali konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi belum ada dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

O:

a. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Baik

TTV: Nadi : 142 x/menit

Pernapasan : 40 x/menit

Suhu : 36,7 °C

BB : 3100

Status neurologi (refleks)

Refleks Moro : Positif (+)

Refleks Sucking : Positif (+)

Refleks Rooting : Positif (+)

b. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : tidak tampak kelainan
- Mata : kedua mata simetris, tidak ada pengeluaran Secret dan tidak tampak strabismus.
- Hidung : tampak simetris dan tidak ada pengeluaran cairan
- Telinga : tampak simetris dan tidak ada pengeluaran cairan
- Mulut : mulut simetris, tampak terlihat bersih dan lembab serta tidak ada bercak putih dan tanda-tanda infeksi pada mulut
- Leher : tidak terdapat keterbatasan gerak
- Dada : Simetris dan tidak ada retraksi dinding dada
- Abdomen : tidak ada kembung
- Punggung : normal
- Kulit : warna kulit kemerahan, tidak tampak bercak, ruam, memar atau tanda-tanda infeksi di sekitar kulit.
- Tali pusat : tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi di sekitar pusat
- Refleks : refleks morro (+) Refleks tonik neck (+)
Refleks rooting (+) Refleks mengedip (+)
Refleks sucking (+) Refleks graphs (+)

A :

Diagnosis : NCB SMK usia 6 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Table 4.27 implementasi KN I

	Waktu	Tindakan	Pelaksana
	10.00 WITA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	Mahasiswa
	15.00 WITA	Memberikan KIE pada ibu tentang tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan/tangisan tidak ada, merintih, bayi sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang di sampaikan. (SAP dan leaflet terlampir)	Mahasiswa
	15.00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit mengenai cara merawat tali pusat. (SAP dan leaflet terlampir)	Mahasiswa
		Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya tiap 2 jam sekali	
	15.00 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit tentang imunisasi dasar. (SAP dan leaflet terlampir)	Mahasiswa
	10.00 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 6 hari selanjutnya atau saat ada keluhan.	Mahasiswa

2. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II (Catatan Perkembangan)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 26 Mei 2017 Mei 2016 /Pukul :09.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Yeni Dewi Purwati

S: ibu mengatakan bahwa bayinya tidak ada keluhan.

Table 4.28 Pola Fungsional KN II

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 5-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

O:

Keadaan Umum : Baik

Nadi : 130 x/menit

Pernapasan : 43 x/menit

Suhu : 36,5 °C

BB : 3250 gram

Pemeriksaan fisik

- Kepala : tidak tampak kelainan
- Mata : kedua mata simetris, tidak ada penngeluaran Secret dan tidak tampak strabismus.
- Hidung : tampak simteris dan tidak ada pengeluaan cairan
- Telinga : tampak simteris dan tidak ada pengeluaan cairan
- Mulut : mulut simetris, tampak terlihat bersih dan lembab serta tidak ada bercak putih dan tnada-tanda infeksi pada mulut
- Leher : tidak terdapat keterbatsan gerak
- Dada : Simetris dan tidak ada retraksi dinding dada
- Abdomen : tidak ada kembung

- Punggung : normal
- Kulit : warna kulit kemerahan, tidak tampak bercak, ruam, memar atau tanda-tanda infeksi di sekitar kulit.
- Tali pusat : tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi di sekitar pusat
- Refleks : refleks morro (+) Refleks tonik neck (+)
 Refleks rooting (+) Refleks mengedip (+)
 Refleks sucking (+) Refleks graphs (+)

A :

- Diagnosis : NCB SMK usia 6 hari
- Masalah : tidak ada
- Diagnosis Potensial : tidak ada
- Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tabel 4.29 implementasi KN II

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
	30 TA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	ahasiswa
	35 WITA	lakukan evaluasi kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi. Ibu mengerti dengan penjelasan tersebut.	Mahasiswa
		memberitahu ibu untuk menjemur bayinya pada pagi hari dibawah jam .00 dibawah sinar matahari 10-15 menit	
	50 TA	mbuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya.	Mahasiswa

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III (Catatan Perkembangan)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 04 Mei 2017/Pukul : 17.00 WITA

Tempat : BPM Nilawati, S.ST

Oleh : Yeni Dewi Purwati

S: ibu mengatakan bayi tidak ada keluhan.

Ibu mengatakan bayi kuat menyusu

Table 4.30 Pola Fungsionala KN III

Pola	Keterangan
Nutrisi	i menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI
Eliminasi	B 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 5-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	i dimandikan 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

O:

Keadaan Umum: Baik

TTV : Nadi : 148 x/menit

Pernapasan : 52 x/menit

Suhu : 36,3°C

BB : 3600 gram

Pemeriksaan fisik

- Kepala : tidak tampak kelainan
- Mata : kedua mata simetris, tidak ada penngeluaran

Secret dan tidak tampak strabismus.

- Hidung : tampak simteris dan tidak ada pengeluaan cairan
- Telinga : tampak simteris dan tidak ada pengeluaran cairan
- Mulut : mulut simetris, tampak terlihat bersih dan lembab serta tidak ada bercak putih dan tnada-tanda infeksi pada mulut
- Leher : tidak terdapat keterbatsan gerak
- Dada : Simetris dan tidak ada retraksi dinding dada
- Abdomen : tidak ada kembung
- Punggung : normal
- Kulit : warna kulit kemerahan, tidak tampak bercak, ruam, memar atau tanda-tanda infeksi di sekitar kulit.
- Tali pusat : tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi di sekitar pusat
- Refleks : refleks morro (+) Refleks tonik neck (+)
Refleks rooting (+) Refleks mengedip (+)
Refleks sucking (+) Refleks graphs (+)

A :

- Diagnosis : NCB SMK usia 14 hari
- Masalah : tidak ada
- Diagnosis Potensial : tidak ada
- Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Table 4.31 implementasi KN III

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
-----	-------	----------	-----------

	5 A	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat. Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	Mahasiswa
	5 WITA	nganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dipagi hari dibawah jam 8 pagi selama ± 10 menit dengan posisi seluruh tubuh terbuka dan mengenai pantulan cahaya matahari dan mata ditutup dengan kassa; Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia untuk melakukannya.	Mahasiswa
	5 WITA	nganjurkan ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya sesuai kebutuhan / tidak terjadwal.	Mahasiswa
	0 A	mbuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya .	Mahasiswa

F. Dokumentasi Manajemen Asuhan Kebidanan KB

Tanggal Pengkajian/Waktu : 31 Mei 2017/ 10.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Oleh : Yeni Dewi Purwati

S :

1. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu telah menjadi akseptor KB suntik pada tanggal 29 mei 2017 dan Ibu tidak ada keluhan.

2. Riwayat Kesehatan Klien

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

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny. S tidak ada yang mempunyai penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC dll.

4. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. S adalah 13 Juli 2016, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 20 April 2017 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28 hari, lama haid ± 7 hari, banyaknya haid setiap harinya 3 kali ganti pembalut, warna darah merah dan encer. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 13 tahun

5. Riwayat Obstetri

Table 4.32 Riwayat Obstetrik KB

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak		
Thn/ tgl lahir	Temp at lahir	Masa gesta si	Penyulit	Jenis	Penolo ng	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaa n
20-04-2017	PKM Baru Ulu	Ater m	Ta'a	Spontan	Bidan	Lilitan tali pusat	perempu an	3100 gram	49 cm	Sehat

6. Pola Fungsional Kesehatan

Table 4.33 Pola Fungsional KB

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi seporisi, lauk pauk, sayur dan terkadang dengan buah-buahan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 4-5x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari, berwarna coklat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.

Istirahat	Tidur siang selama ± 1-1,5 jam/hari. Tidur malam selama ±6-7 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak secara bertahap serta mengurus anak.
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 1-2x/hari, ganti celana dalam 2-3x/hari
Kebiasaan	Tidak ada
Seksualitas	Belum ada melakukan hubungan seksual

7. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia 26 tahun, lama menikah 8 tahun, status pernikahan sah. Ini merupakan kelahiran anak yang ke-tiga. Kultural dalam keluarga ibu tidak memiliki adat istiadat ataupun tradisi yang dapat mempengaruhi kehamilan. Sebelumnya Ibu tidak memakai KB apapun dan saat ini ibu menjadi akseptor KB suntik 3 bulan.

O:

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg

Nadi : 72 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit.

Suhu : 36,5°C,

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tampak simetris, tidak tampak pucat, tidak teraba benjolan/massa, tidak teraba oedem

- Mata : Tampak simetris, konjungtiva tidak tampak pucat, sklera berwarna putih, tidak tampak pengeluaran kotoran, tidak teraba oedema pada kelopak mata
- Mulut : Tampak simetris, tidak tampak pucat, bibir tampak lembab, tampak bersih, lidah tampak bersih, tidak tampak stomatitis ataupun caries, gigi tidak berlubang.
- Leher : Tidak tampak dan tidak terabapembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid, tidak tampak hiperpigmentasi.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi, irama jantung terdengar teratur, frekuensi jantung 72 x/menit, tidak terdengar suara nafas tambahan (RR: 20x/menit).
- Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hiperpigmentasi pada aerolla mammae, puting susu tampak menonjol. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedem, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas operasi, tidak teraba massa/pembesaran.
- Ekstremitas :
- Atas : Bentuk tampak simetris, kapileri refill baik, reflex bisep dan trisep positif.
- Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak varices, tidak tampak trombophlebitis, Tidak tampak oedema pada tungkai kanan , kapileri refill baik dan patella positif.

A:

Diagnosa : P₃₀₀₃akseptor KB suntik 3 bulan

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak ada

P :

Tanggal 31 mei 2017

Table 4.34 implementasi KB

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
	00 TA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik, dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	Mahasiswa
	30 TA	Memberikan KIE tentang: <ol style="list-style-type: none">1. Pengertian Kb suntik progestin adalah kontrasepsi suntikan yang mengandung hormon progesteron.2. Keuntungan Sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual, sedikit efek samping dan tidak mengandung estrogen, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause dan membantu mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, jinak payudara, penyakit radang panggul serta menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell)	Mahasiswa

		<p>3. Keterbatasan</p> <p>Gangguan haid, klien bergantung pada sarana pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut, permasalahan berat badan, tidak menjamin perlindungan terhadap IMS, terlambatnya kembali kesuburan, pada jangka panjang dapat menurunkan kepadatan tulang dan dapat menimbulkan kekeringan pada vagina</p> <p>4. Efek samping</p> <p>Amenorea, perdarahan atau perdarahan bercak/<i>spotting</i> dan meningkatnya atau menurunnya berat badan</p> <p>5. Mengajukan ibu untuk ke pelayanan kesehatan apabila berubah pikiran untuk mengganti alat kontrasepsinya atau mempunyai keluhan dalam ber-KB</p> <p>Ibu mengerti dengan KIE yang diberikan</p>	
	40 WITA	<p>memberitahu ibu bahwa ini adalah kunjungan rumah terakhir dari penulis dengan dosen pembimbing; Ibu dan keluarga berterima kasih atas pelayanan yang telah diberikan.</p>	Mahasiswa

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Dalam pembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek yang terjadi selama pemberian asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. S di Wilayah Kerja Puskesmas Baru Ulu Tahun 2017. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang meliputi :

1. Kehamilan

Selama kehamilannya, Ny. S telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 6 kali dan dilakukan pemeriksaan kunjungan rumah sebanyak 3 kali, jadi total keseluruhan kunjungan yang dilakukan Ny. S sebanyak 9 kali.

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

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek karena Ny. S telah melakukan kunjungan sebanyak 9 kali selama kehamilan.

a. Kunjungan ANC I

Kunjungan ANC I dilakukan pada tanggal 9 Maret 2017. Hasil pemeriksaan umum dan pemeriksaan fisik Ny. S dalam batas normal. Hanya saja Ny. S mengeluh susah tidur. Asuhan yang diberikan pada Ny.S disarankan untuk tidak berkegiatan berlebihan disiang hari dan tidur siang walau 10 menit untuk memberikan energi yang sangat penting dan menyesuaikan posisi tidur ibu. Ibu paham dengan kondisinya saat ini dan bersedia melakukan anjuran yang di berikan.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Menurut (Manuba Ida Ayu, 2012) yang menyatakan bahwa masalah sulit tidur dirasakan ketika bayi menendang perut ibu di malam hari makanya ibu akan menemukan kesulitan untuk dapat tidur nyenyak. Selaras dengan teori menurut (Saifuddin, 2010) kondisi ini merupakan keadaan normal dimana ada beberapa ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil salah satunya pada trimester III yaitu masalah tidur.

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan karena setelah diberikan asuhan dan ibu melakukan asuhan tersebut masalah ibu dapat teratasi dengan baik.

b. Kunjungan ANC II

Saat dilakukannya kunjungan ANC II pada tanggal 30 Maret 2017. Ny S mengeluh sering BAK, keadaan ini merupakan keadaan yang normal pada ibu hamil TM III, menurut (Syafrudin, Karningsing, 2011) yaitu semakin membesarnya uterus, maka

menyebabkan adanya tekanan uterus pada kandung kemih. Cara untuk meringankannya yaitu kosongkan saat terasa dorongan untuk BAK, perbanyak minum disiang hari, serta tidak mengurangi minum di malam hari tetapi mengurangi minum yang merupakan bahan diuretika alamiah seperti teh, jahe, lemon dan lain-lain yang dapat merangsang pengeluaran air seni. Hasil pemeriksaan umum dan pemeriksaan fisik Ny. S dalam batas..Ibu paham dengan kondisinya saat ini dan bersedia melakukan anjuran yang di berikan.

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan karena setelah diberikan asuhan dan ibu melakukan asuhan tersebut masalah ibu dapat teratasi dengan baik.

c. Kunjungan ANC III

Saat dilakukan kunjungan ANC III pada tanggal 10 April 2017Ny.S mengeluh perut kencang-kencang. Menurut (Manuba Ida Ayu, 2012) dengan terjadinya kehamilan maka seluruh system mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Salah satunya yaitu perubahan konsentrasi hormonal yang mempengaruhi rahim, yaitu estrogen dan progesterone mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut Braxton hicks. Selaras dengan teori menurut (Saifuddin, 2010) kondisi ini merupakan keadaan normal dimana ada beberapa ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil salah satunya pada trimester III yaitu braxton hicks atau kontraksi palsu. Braxton hicks adalah kontraksi usus dalam

mempersiapkan persalinan. Cara untuk mengatasinya yaitu ibu bisa beristirahat, dan melakukan teknik nafas yang baik. Penulis sependapat dengan pernyataan diatas, karena Ny. S memiliki keluhan tersebut saat memasuki kehamilan trimester III saja.

2. Persalinan

a. Kala I

Saat memasuki proses persalinan pada tanggal 20 April 2017 usia kehamilan Ny. S yaitu 40 minggu 1 hari pada Kala I fase aktif janin tunggal hidup intra uterine presentasi kepala. Pemeriksaan dalam pukul 05.00 wita didapatkan hasil portio tebal lembut, effacement 50%, pembukaan 4 cm, ketuban utuh/belum pecah, tidak terdapat bagian terkecil janin disekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, hodge/stasion I. His 2 x 10 menit (15-20detik), intensitas kuat. Dilakukan observasi djj dan his tiap jam. Pukul 08.00 wita ibu merasakan ingin BAB dan dilakukan pemeriksaan dalam ulang didapatkan hasil portio tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10 cm, ketuban positif menonjol, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II. Ibu di pimpin untuk meneran dan posisi litotomi dan ibu dianjurkan minum saat tidak ada his.

b. Kala II

Pembukaan lengkap Ny. S pada pukul 08.00 wita dan ketuban masih positif dan kepala berada pada station/hodge II. Pukul 08.30 wita dilakukan amniotomi dengan jumlah cairan \pm 100cc, warna hijau

bercampur mekonium, dan baunya amis. Pada pukul 09.00 bayi belum lahir dan kepala masih tinggi lapor dr.Sp.OG advice pasang RL 20 tpm dan persiapan rujukan. Pukul 09.20 wita bayi belum lahir, kepala Hodge II, his 3x10 menit 35-40 detik. Pukul 09.30 WITA kepala bayi tampak depan vulva 5-6 cm ibu di suruh meneran kepala bayi lahir dan di lakukan adanya lilitan tali pusat 1x dan tali pusat pendek segera dilakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat, menunggu bayi putaran paksi luar tangan posisi biparietal pada kepala bayi lakukan sangga susur bayi lahir spontan tidak segera dilakukan pengisapan lendir dan rangsangan taktil bayi langsung menangis dan mengganti kain basah bayi dengan kain kering segera lakukan IMD, lama kala II Ny, S berlangsung selama $\pm 1,5$ jam.

Tujuan dilakukannya amniotomi padanya Ny. S agar kepala bayi cepat turun, hal ini sesuai dengan teori Oxon dan Forte (2010), yang menyatakan bahwa cairan ketuban yang mengantong ke dalam vagina sangat berengaruh pada pembukaan serviks, bahkan dapat memperlama persalinan hingga memperlambat terjadinya penurunan kepala. Lama kala II Ny. S sesuai dengan teori Sarwono (2006) yang menyatakan bahwa proses persalinan ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

c. Kala III

Pada saat bayi lahir dan placenta belum lahir, segera dilakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. S dimulai dari melakukan palpasi uterus untuk memastikan ada tidaknya janin kedua (janin tunggal) setelah itu dilakukan penyuntikn oksitosin

1 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 09.31 wita . Setelah itu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta dilakukan PTT, melahirkan placenta kemudian melakukan massase uterus.

Pukul 09.40 wita plasenta lahir spontan lengkap dengan berat \pm 500 gram, diameter \pm 20 cm, tebal \pm 2 cm, lebar \pm 16 cm, panjang tali pusat \pm 40 cm, selaput ketuban utuh, dan posisi tali pusat berada lateral pada plasenta. Lama kala III Ny.S berlangsung selama 10 menit. Perdarahan kala III Ny.S berkisar sekitar normal yaitu \pm 150 cc.

Manajemen aktif kala III yang dilakukan pada Ny. S sesuai dengan teori Manuaba (2010) yang menyatakan bahwa manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uterus. Saat ada tanda lepasnya placenta seperti perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang dan ada semburan darah tiba-tiba, perdarahan dalam batas normal \pm 150 cc, terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400cc sampai 500cc. Lahirnya palacenta Ny. S sesuai dengan teori JNPK-KR (2008) yang menyatakan bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir setelah lahirnya placenta dan selaput ketuban. Kala III berlangsung rata-rata 5-10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit. Perdarahan Kala III Ny. S sesuai dengan teori menurut Winkjosastro (2009) mengemukakan bahwa perdarahan post partum adalah perdarahan

pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai atau setelah placenta lahir.

Penulis berpendapat bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek dikarenakan semua asuhan telah sesuai dengan teori.

d. Kala IV

Pukul 09.40 wita placenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi yaitu mulai mukosa vagina sampai ke otot perineum. Setelah placenta lahir keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, perdarahan \pm 150 cc, uterus berkontraksi dengan baik segera dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, bidan melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pada 15 menit pertama pasca persalinan dilakukan pemantauan 2 kali, setiap 15 menit dan 30 menit pada jam kedua. Pemeriksaan TTV, TFU, UC, Kandung Kemih, dan Perdarahan dalam batas normal. Pemeriksaan TD 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, pernapasan 20x/menit, TFU sepusat, UC baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc.

Laserasi yang dialami Ny. S sesuai dengan pengklasifikasian laserasi menurut JNPK-KR (2008) yang mengemukakan bahwa robekan derajat II meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kilit perineum dan otot perineum. Perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka. Pemantauan kala IV Ny. S sesuai dengan teori menurut Saiffudin (2010), menyatakan bahwa pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pada jam pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi UC dan perdarahan

pervaginam. Pemeriksaan TD, nadi Tfu, kandung kemih setiap 15 menit selama 11 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Penulis berpendapat, dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

Penulis berpendapat, dalam pelaksanaannya bidan segera melakukan penjahitan pada perineum agar tidak terjadi perdarahan dan infeksi. Sebelum penjahitan dilakukan pemberian anastesi local terlebih dahulu untuk meminimalkan nyeri pada saat proses penjahitan. Menurut penulis hal ini secara jelas tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan kenyataan karena asuhan telah dilakukan sesuai dengan standar.

3. Bayi Baru Lahir

Tanggal 20 April 2017, pukul 09.30 wita By. Ny. S lahir spontan tidak segera menangis A/S 6/10, dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil berat badan 3100 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 30 cm dan lingkar lengan atas 10 cm, caput (-), cephal (-), miksi (-), defekasi (+), refleks normal. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik dan reflek fisiologis By. Ny. S dalam batas normal. Setelah 1 jam bayi lahir, By.Ny.S diberikan tetes mata dan injeksi vitamin K 0,5 cc secara Intra Muscular (IM) pada paha kiri anterolateral. Setelah satu jam By.Ny.S diberikan imunisasi Hepatitis B secara IM pada paha kanan anterolateral.

Pengukuran antropometri yang dilakukan pada bayi Ny. S sesuai dengan teori Muslihatun (2012) yang menyatakan bahwa criteria fisik BBL, antara lain lahir cukup bulan (UK 37-42 minggu), BB lahir 2500-4000 gram, PB 45-53 cm, LK 3-36 cm, skor APGAR 6-10, tanpa kelainan kongenetal atau truma persalinana. Dilihat dari kriterio neorologik BBLN mempunya cirri-ciri sebagai berikut, yaitu bayi frog position (fleksi pada ekstermitas atas dan bawah), reflek morro/kejutan (+), refleks hisap (+) pada sentuhan pallatum molee, refleks menggenggam (+), refleks rooting (+). Pemberian Asuhan injeksi vit K ini diberikan sesuai dengan teori menurut JNPK-KR (2008) yang menyatakan bahwa 1 jam setelah bayi lahir dilakukan penimbangan dan pemantauan antropometri serta pemberian tetes mata profilaksis dan vitamin K 1 mg dip aha kiri anterolateral. Setealh 1 jam pemberian vitsmin K, diberikan imunisasi Hepatitis B pada paha kanan anterolateral.

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek, karena hasil dari pemeriksaan By.Ny.S dalam batas normal dan sesuai dengan teori.

4. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. S sebanyak 3 kali yaitu pada saat 6-8 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum. Pada saat kunjungan dilakukan observasi keadaan umum, kesadaran, status emosional, TTV, ASI, kontraksi uterus pada kunjungan pertama dan kedua, luka jahitan pada kunjungan pertama sampai kunjungan ketiga, dan perdarahan semua dalam batas normal. Ibu disarankan untuk

melakukan senam nifas, mobilisasi dini, serta gizi yang baik untuk ibu. Tetapi hanya saja pada dilakukan kunjungan rumah 2 minggu post partum ditemukan masalah oleh penulis yaitu terjadi payudara penuh pada ibu.

Hal ini sesuai dengan teori Prawirihardjo (2008) yang menyatakan bahwa factor involusi uterus antara lain senam nifas, mobilisasi dini, serta gizi yang baik untuk ibu.

Berdasarkan uraian diatas penulis berpendapat bahwa senam nifas dapat membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul serta dapat mempercepat kembalinya bagian-bagian tersebut seperti sebelum hamil. Hal ini terbukti dengan hasil yang didapatkan oleh Ny. S karena setiap dilakukan kunjungan rumah uterus ibu mengecil secara bertahap. Ibu tidak mengalami perdarahan, mobilisasi ibu cukup, luka jahitan perineum ibu cepat mongering serta perut ibu yang semakin mengecil kembali seperti saat sebelum hamil.

5. Neonatus Care/ Kunjungan Neonatus (KN)

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam, 6 hari, dan 2 minggu.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Muslihatun (2010) yang menyatakan bahwa kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN-1 6-8 jam, KN-2 3-7 hari, dan KN-3 dilakukan 8-28 hari.

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

saat didalam rahim menjadi tidak tergantung pada ibu saat bayi sudah melewati masa persalinan serta sebagai deteksi dini apabila terdapat penyulit pada neonatus.

a. Kunjungan KN I

Tanggal 20 April 2017, pukul 15.30 wita, dilakukan kunjungan neonatus I yaitu 6-8 jam. Hasil pemeriksaan neonatus secara fisik dalam batas normal dan bayi telah diberikan asupan nutrisi ASI kepada ibunya.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan

b. Kunjungan KN II

Tanggal 26 April 2017, pukul 09.00 wita, dilakukan kunjungan neonatus II yaitu 6 hari setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan neonatus baik secara fisik dan pola perkembangannya dalam batas normal, tali pusat bayi sudah kering tetapi belum terlepas dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Asupan nutrisi bayi hanya ASI, BB bayi mengalami peningkatan 150 gram menjadi 3250 gram.

Menurut Muslihatun (2010) menyatakan bahwa tali pusat harus tetap kering dan akan putus dalam waktu tidak lebih dari 2 minggu.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek karena pelaksanaan asuhan sudah sesuai dengan teori.

c. Kunjungan KN III

Tanggal 04 Mei 2017, pukul 17.00 wita dilakukan kunjungan neonatus III yaitu pada hari ke 14 setelah bayi lahir. Keadaan bayi dalam batas normal. Pemenuhan nutrisi dari awal hingga kunjungan ke III ini berupa ASI saja dan ibu berencana untuk menyusui bayinya secara eksklusif. Bayi mengalami peningkatan BB 350 gram menjadi 3600 gram. Bayi telah diberikan imunisasi BCG dan Polio I.

Menurut penulis kenaikan berat badan yang dialami bayi Ny. S karena nutrisi yang didapatkan bayi tercukupi. Ibu menyusui bayinya tanpa jadwal kapanpun bayi ingin menyusui, ibu mengerti serta telah mengaplikasikan konseling yang telah diberikan oleh bidan. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Tanggal 31 Mei 2017 Ny.S dilakukan kunjungan Pelayanan kb dengan memberikan konseling KB. Tanggal 29 Mei 2017 Ny.S telah menjadi akseptor KB suntik 3 bulan. Pemilihan alat kontrasepsi ini telah disepakati oleh Ny. S dan suaminya karena suami Ny. S hanya membolehkan istrinya menggunakan KB suntik 3 bulan saja.

Berdasarkan teori menurut Suherni, dkk (2009), menyatakan bahwa tujuan asuhan kunjungan 2 minggu post partum yaitu sama dengan kunjungan 6 minggu post partum. Konseling KB secara dini dilakukan pada kunjungan 6 minggu post partum. Pemilihan alat kontrasepsi Ny S

sesuai dengan teori Menurut Norwitz (2007) yang menyatakan bahwa Sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual, sedikit efek samping dan tidak mengandung estrogen, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause dan membantu mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, jinak payudara, penyakit radang panggul serta menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell)

Penulis berpendapat dengan kondisi klien yang telah pulih maka penulis mulai memberikan konseling mengenai alat kontrasepsi secara dini. Selain itu memberikan jeda waktu untuk klien mendiskusikan dengan suaminya mengenai kontrasepsi apa yang akan digunakan. Sehingga pada kunjungan 6 minggu post partum Ny.S telah menjadi akseptor KB. Klien mengerti dengan baik konseling yang diberikan, karena klien juga memiliki keinginan untuk mengatur jarak kehamilannya. Penulis berpendapat tidak ada kesejangan antara teori dengan praktek, karena Ny. S ingin menggunakan Kb suntik 3 bulan agar tidak mempengaruhi produksi ASI dan sebagai antisipasi agar tidak terjadi kehamilan.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. S ditemui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan

Laporan Tugas Akhir ini tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PKL II terkadang menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang sangat terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.

2. Keterbatasan alat-alat yang dibutuhkan untuk implementasi

Laboratorium tidak memiliki jumlah alat yang memadai, sehingga seringkali penulis hanya menggunakan alat seadanya untuk pelaksanaan implementasi .

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. S selama hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya asuhan yang diberikan bidan terhadap ibu pada masa kehamilan hingga pelayanan kontrasepsi setelah melahirkan sebagai deteksi dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi dapat dihindari atau ditanggulangi.

1. *Antenatal Care (ANC)*

Asuhan kebidanan *ante natal care* pada Ny. S dilakukan sebanyak 9 kali kunjungan. Ditemukan masalah pada Ny. S yaitu ibu mengeluh susah tidur, sering buang air kecil dan perut terasa kencang. Berdasarkan masalah yang ada diberikan asuhan tentang cara mengatasi keluhan susah tidur sering buang air kecil dan perut kencang-kencang. Masalah susah tidur teratasi Asuhan yang diberikan pada Ny.S disarankan untuk tidak berkegiatan berlebihan disiang hari dan tidur siang walau 10 menit untuk memberikan energi yang sangat penting dan menyesuaikan posisi tidur ibu. Masalah sering BAK setiap ibu ingin buang air kecil maka ibu langsung ke kamar mandi dan tidak menahan kencing lagi Masalah perut terasa kencang teratasi Cara untuk mengatasinya yaitu ibu bisa beristirahat, dan melakukan

teknik nafas yang baik. Asuhan kebidanan yang diberikan sesuai masalah klien telah teratasi dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. *Intranatal Care (INC)*

Proses persalinan Ny. S berjalan dengan lancar mulai dari Kala I-IV. Hanya saja pada kala II saat pembukaan lengkap kepala bayi masih tinggi tetapi ibu terus merasakan ingin BAB dan perut semakin kencang dan telah dilakukan amniotomi $\pm 1,5$ jam kepala sudah nampak depan vulva, kepala bayi lahir terdapat lilitan tali pusat 1x ketat segera dilakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat dan menunggu putaran paksi luar tangan segera biparietal untuk melakukan sanggah susur. Setelah diberikan asuhan untuk mengatasi masalah tersebut masalah dapat teratasi, semua dapat berjalan dengan lancar dan berlangsung dengan normal serta tidak ada tanda-tanda yang mengarah ke komplikasi persalinan. Asuhan kebidanan yang diberikan sesuai masalah klien telah teratasi dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

3. Bayi Baru Lahir (BBL)

Asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir (BBL) telah dilaksanakan sesuai teori dengan melakukan pendekatan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah Varney dalam pendokumentasikan dalam bentuk SOAP dan dapat disimpulkan bahwa bayi Ny. S lahir tidak segera menangis dan dilakukan pengisapan lendir pada bayi tanpa adanya kelainan kongenetal. Asuhan kebidanan yang diberikan pada bayi baru lahir didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4. *Post Natal Care* (PNC)

Pada saat dilakukan kunjungan 6 jam, hari ke 6 dan 14 tidak ditemukan masalah pada klien. Asuhan kebidanan yang diberikan sesuai masalah klien telah teratasi dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

5. Neonatus

Asuhan kebidanan pada Neonatus telah dilaksanakan sesuai dengan teori. Neonatus Ny. S telah mengalami peningkatan berat badan pada satu minggu setelah dilahirkan, dari 3100 gram menjadi 3250 gram. Hal ini disebabkan karena Ny. S sangat rutin menyusui bayinya, sehingga asupan nutrisi yang diterima neonatus sangat baik. Neonatus Ny. S juga tidak memiliki kelainan dan tanda-tanda infeksi. Asuhan kebidanan yang diberikan sesuai masalah neonatus dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

6. Keluarga Berencana

Setelah diberikan asuhan mengenai pelayanan kontrasepsi Ny. S tertarik untuk menggunakan KB suntik 3 bulan, karena tidak mengganggu produksi ASI dan ini juga atas pilihan dari suami. Ny. S bertekad untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi yang diberikan telah didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Agar dapat mengaplikasikan teori yang diperoleh selama perkuliahan dalam rangka menambah wawasan khususnya asuhan kebidanan

komprehensif, serta dapat mempelajari kesenjangan yang terjadi di masyarakat.

2. Bagi Masyarakat/Klien

Terpantaunya keadaan klien dan bayinya sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, dan sampai pelayanan kontrasepsi, serta menambah wawasan klien melalui KIE yang diberikan.

3. Bagi Nakes/Bidan

Agar dapat memberikan pengalaman bagi tenaga kesehatan/bidan untuk dapat mengimplementasikan asuhan kebidanan yang telah dipelajari kepada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, serta pelayanan KB, sehingga dapat menambah wawasan penulis.

4. Bagi institusi

Agar dapat memberikan pendidikan dan pengalaman bagi mahasiswa dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi serta dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam mengembangkan asuhan yang diberikan pada masa nifas.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2012. Profil kota Balikpapan Tahun 2013 <http://dkk.balikpapan.go.id/index.php?option=comcontent&task=view&id=137&Itemid=103>
- Kemenkes, RI 2015. Dirjen Bina Gizi KIA. *Kesehatan Dalam Rangka Sustainable Development Goals (SDGs)*. Jakarta
- Jannah. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: ANDI
- Kusmiati, dkk. (2009). *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya
Panduan Umum Penulisan Laporan Tugas Akhir. Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Tahun 2016.
- Prawirohardjo. S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka sarwono
Prawirohardjo
- Saifuddin. (2010). *Buku Paduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: BPSP.
- Saifuddin. (2010) *.Buku Paduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: BPSP.
- Sulistyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya
- Suherni. (2009). *Perawatan Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sumarah. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sulistyawati, Ari. (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Saifudin, 2006, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal* , Edisi I Cetakan Keempat, Jakarta ; Yayasan Bina Pustaka Sarwono
Prawirohardjo. Dikutip dari E-Journal FK USU, Vol 1 No 1 (Februari 2013)
.Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil tentang Anemia Defisiensi Besi terhadap Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Zat Besi.

- Musliatun , Wati Nur. 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya
- Supriasa. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta. Buku Kedokteran EGC.
- Varney, Helen et al. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Wiknojosastro, Hanifa, Abdul Bari Saiffudin, Trijatmo Rachimadhi. 2005. *Kuliah Obstetri*. Bandung : Bagian Obstetri Ginekologi FK Universitas Padjajaran
- Kemenkes RI. 2010 *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta
- Muslihatun,Wafi Nur. (2010). *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Prawiroharjo, Sarwono. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta ; Tridasa Printer.
- Teber, Ben-Zian. 2002. Kapita Selekta Kedokteran Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : EGC.
- Mochtar, Rustam, 1998, Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi, Jakarta. EGC.
- Manuaba, Ida Bagus, 1998, Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan, Jakarta. EGC
- Wiknjo Sastro, Hanifa, 2005, Ilmu Kebidanan, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo