

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “ S “
G₃P₂₀₀₂ DENGAN HIDRAMNION DAN KPD DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MEKAR SARI
BALIKPAPAN TENGAH
TAHUN 2016**



**Oleh
Dina Yuliana
P0 7224113051**

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

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PRODI D III KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2016**

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.“S” G₃P₂₀₀₂
DENGAN HIDRAMNION DAN KPD DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
MEKAR SARI BALIKPAPAN TENGAH TAHUN 2016
DINA YULIANA

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Politeknik Kemenkes Kalimantan Timur Jurusan Kebidanan Prodi
D-III Kebidanan Balikpapan Tahun 2016

Penguji Utama

(**Meity Albertina.,SKM.,SSiT.,MP.d**) (.....)
NIP. 195708121979092001

Penguji I

(**Hj Nurlaila.,S.ST.,MP.d**) (.....)
NIP. 195708121979092001

Penguji II

(**Sekar Handayani.,SST**) (.....)
NIP. 196901131991022003

Ketua Jurusan Kebidanan
Balikpapan

Mengetahui,
Ketua Prodi D-III Kebidanan

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

Eli Rahmawati,
NIP. 197403201993032001

HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji syukur kepada Allah subhannahu wata'ala atas nikmat hidup dan kesempatan menggenggam ilmu

Terima kasih tak terhingga untuk ayah , kerja keras kita yang mulai terlihat hasilnya ini semoga barakallah,awal inilah yang dapat anakmu persembahkan untuk sedikit menghibur hatimu yang telah aku susahkan, aku tahu banyak jerih payah keringat beban dan hati yang tak kau perlihatkan pada ku.

Untuk kakak dan dua adikku yang juga telah banyak memberikan dukungan kepada saya terima kasih atas kebaikan, pengertian, perhatian dan kasih sayang yang kalian berikan kepadaku dan telah sabar menanti saya pulang.

Untuk sahabatku ismi dan dian alhamdulillah kita bisa ,untuk seseorang penyemangat penyejuk hatiku obat dalam kebimbangan yang telah sabar mendampingi, dan ani yang sering saya susahkan terima kasih atas semuanya yang pastinya akan sulit saya balas budi kalian.

Temen- Temen terdekat saya 5 sekawan terima kasih atas senyuman, pelajaran hidup, dan bantuannya alhamdulillah bisa sampai ke titik akhir bersama semoga akan sukses pada keadaan selanjutnya membawa barokah untuk kita semua.

orang- orang yang menyayangi saya dan saya sayangi yang tak bisa saya ucapkan satu persatu namanya terima kasih atas doa,support,hiburan , dan kenyamanan yang telah kalian berikan .

Untuk dosen-dosen yang memberikan ilmunya serta penguji dan para pembimbing dengan sabar membimbing dan mengajari sangat membantu dalam penyusunan penyusunan laporan tugas akhir sehingga saat ini sampai dimana saya dapat menyelesaikannya semoga Allah senantiasa selalu melindungi dan bahagia selalu.

Untuk klien saya ibu Sulis sekeluarga terima kasih telah bersedia menjadi pasien asuhan kebidanan saya secara komprehensif dan telah menerima saya dengan sangat baik yang telah banyak membantu saya dalam pelaksanaan Laporan Tugas Akhir semoga Allah SWT memberikan keberkahan dalam keluarga ibu dan saya tidak bisa membalas budi baik kalian.

Untuk teman-teman angkatan kebidanan banyak yang telah kita lewati dan berjuang bersama sukses untuk semua cita-cita dan perjalanan hidup selanjutnya semoga bermanfaat bagi masyarakat dan negara serta selalu dalam lindungan Allah SWT.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karuniaNya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."S" di wilayah kerja Puskesmas Mekar Sari Balikpapan Tengah.

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Tahun Akademik 2016.

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

1. Drs. H. Lamri, M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Sonya Yulia S, S.Pd, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes, selaku Ketua Prodi Kebidanan Balikpapan.
4. Dra. Meity Albertina.,SKM.,S.ST,M.Pd selaku Penguji Utama
5. Hj Nurlaila ,S.ST, M.Pd selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir.
6. Sekar Handayani S.ST selaku dosen pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir.
7. Para Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

8. Orang tua dan adik serta orang-orang tersayang yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
9. Ny.S dan keluarga yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi klien saya untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan
10. Rekan-rekan AKB 80 yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

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

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

Balikpapan, 29 Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan	
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	9
D. Manfaat	
1. Manfaat Praktis	10
2. Manfaat Teoritis	10
E. Ruang Lingkup.....	11
F. Sistematika Penulisan	12

BAB II LANDASAN TEORI

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

- a. Manajemen Varney 13
- b. Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan Asuhan 20

B. Konsep Dasar Teori

- a. Kehamilan 48
- b. Resiko Kehamilan 64
- c. Preeklamsia 66
- d. Hidramnion 69
- e. PostTerm 72
- c. Persalinan 77
- d. KPD 93
- e. Bayi Baru Lahir 99
- f. ASI Eksklusif 104
- g. Nifas 109
- h. Bendungan Asi 113
- i. Hipertensi 117
- j. Neonatus 121
- k. Kontrasepsi 127

BAB III	SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN	
	STUDI KASUS	
	A. Rancangan Studi Kasus	132
	B. Kerangka Kerja Studi Kasus	132
	C. Subjek Studi Kasus.....	132
	D. Pengumpulan Dan Analisa Data	
	1. Pengumpulan Data.....	134
	2. Analisa Data.....	135
	E. Etika Penelitian.....	135
BAB IV	TINJAUAN KASUS	137
BAB V	PEMBAHASAN	194
BAB VI	PENUTUP	209
	DAFTAR PUSTAKA	
	LAMPIRAN.....	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu	21
2.2 Kehamilan Berdasarkan Tfu	49
2.3 TFU menurut M.C Donald.....	49
2.4 Ketidaknyamanan Trimister III.....	60
2.5 Apgar Skor	95
2.6 Hipertensi Post Partum.....	112

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Informasi Asuhan Kebidanan Koprehensif
- Lampiran 2. Informed Consent
- Lampiran 3. SAP dan Leaflet
- Lampiran 4. Foto USG
- Lampiran 5. Foto Buku KIA
- Lampiran 6. Foto Ibu dan Bayi
- Lampiran 7. Foto Laboratorium
- Lampiran 8. Partograf
- Lampiran 9. Lembar Konsultasi Laporan Tugas Akhir
- Lampiran 10. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan resiko tinggi adalah suatu keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau sebaliknya, penyakit ibu dapat berpengaruh buruk pada janinnya atau keduanya saling berpengaruh. Kehamilan resiko tinggi merupakan ancaman (Saifuddin, 2006).

Menurut laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa.

Menurut Depkes RI 2008 Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup.

Menurut SDKI Tahun 2012 AKI berjumlah 116,34 per 100.000 kelahiran hidup, kejadian ini mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan AKI pada tahun 2011 yang jumlahnya sebesar 116,01 per 100.000 kelahiran hidup. AKI pada ibu hamil terjadi pada waktu nifas sebesar 57,93%, kemudian terjadi pada usia akhir kehamilan sebesar 24,74% dan

pada waktu persalinan sebesar 17,33%. Sementara itu berdasarkan kelompok umur, kematian terbanyak terjadi pada ibu hamil usia 20-34 tahun sebesar 66,96% ,kemudian pada kelompok umur 35 tahun sebesar 26,67% dan pada kelompok umur 20 tahun sebesar 6,37% .

Risiko kehamilan menurut Poedji Rochjati salah satunya yaitu Usia ibu terlalu tua (35 tahun)Ibu hamil pada usia ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit obstetris serta mortalitas dan morbiditas perinatal (Rochjati, 2003).

Hasil penelitian Cesa Septiana Pratiwi di kota Yogyakarta tahun 2013 sebanyak 249 responden, terdata bahwa sebanyak 15% ibu hamil memiliki faktor resiko usia, dengan 2% terlalu muda di bawah 20 tahun dan 13% terlalu tua di atas 35 tahun.

Menurut dari penelitian Dewi Okta Kurniawwati di BPS Affah Surabaya Periode Januari –April tahun 2014. mayoritas umur ibu dengan kehamilan risiko tinggi yaitu umur ibu 35 tahun sebesar 45% dengan jumlah pengunjung ibu hamil 159, di dapat ibu hamil risiko tinggi sebanyak 102 ibu hamil.

Dampak yang dapat terjadi pada ibu hamil risiko tinggi yaitu keguguran, persalinan prematur, mudah terjadi infeksi, anemia pada kehamilan, gestosis,serta kematian ibu yang tinggi (Saifuddin, 2005).

Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kehamilan risiko tinggi adalah dengan meningkatkan cakupan pelayanan antenatal, kemudian kepada semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatal untuk

deteksi dini secara pro-aktif, yaitu mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan, meningkatkan kualitas pelayanan sesuai dengan kondisi dan faktor risiko yang ada pada ibu hamil, serta meningkatkan akses rujukan yaitu dengan pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan ibu sesuai dengan faktor risikonya melalui rujukan terencana bagi ibu / janin risiko tinggi masih sehat, ibu ada gawat darurat obstetrik misalnya eklamsi dan ibu dengan komplikasi obstetrik dini (Rochjati, 2003).

Kejadian preeklamsi dan eklamsia sulit dicegah tetapi diagnose dini sangat menentukan prognosis janin. Pengawasan pada masa kehamilan sangat penting karena preeklamsi berat dan eklamsia merupakan penyebab kematian yang cukup tinggi, terutama di Negara berkembang. Diagnosis ditetapkan dengan tiga dari trias preeklamsi yaitu kenaikan berat badan edema, kenaikan tekanan darah, dan terdapat proteinuria (Manuaba, 2009).

Menurut WHO 2002, Insiden preeklamse pada kehamilan adalah sebesar 5-10% dan menjadi satu dari tiga penyebab utama angka kematian ibu setelah perdarahan dan infeksi. Di seluruh dunia preeklamse menyebabkan 50.000 -76.000 kematian maternal dan 900.000 kematian perinatal setiap tahunnya.

Menurut depkes pada tahun 2010, penyebab langsung kematian maternal di Indonesia terkait kehamilan dan persalinan terutama yaitu perdarahan 28%.Sebab lain, yaitu eklamsi 24%,infeksi 11%, partus lama 5%, dan abortus 5%.

Preeklampsia/eklampsia Dapat dideteksi dengan pemeriksaan antenatal secara teratur minimal 4 kali selama kehamilannya itu dengan pemeriksaan tekanan darah, tes protein urine, dan oedema untuk menegakkan diagnose ibu hamil dengan preeklampsia/eklampsia (Manuaba, 2009).

Menurut WHO angka kejadian hidramnion berkisar 1,1 – 2,8% dari seluruh kehamilan disebabkan oleh komplikasi pada kehamilan dan persalinan dan 8 – 18% dengan kelainan janin. Biggio dan kawan-kawan di University Of Alabama melaporkan insidensi kelebihan air ketuban 1% diantara lebih dari 36.000 kehamilan.

Dalam penelitian oleh Hill dan kawan-kawan dari Maya Clinic lebih dari 9000 persen pasien prenatal menjalani evaluasi USG rutin menjelang awal trimester III insidensi hidramnion yaitu 0,1% dari seluruh kehamilan dengan kelebihan air ketuban ringan atau kantung yang berkurang 8-11 cm dan 80% cairan yang berlebihan hidramnion sedang 12-15 cm terdapat pada 15% sedangkan yang berat 16 cm terdapat 5% atau yang sering dijumpai hidramnion pada kongenital animaly sebesar 17,7-29%.

Hidramnion juga dapat berkembang mendadak bila terjadi peningkatan air ketuban dalam waktu 14 hari. Hidramnion juga menimbulkan gejala pada ibu hamil yang meliputi dispnea (sesak napas), kaki tungkai bawah membengkak dan perut membesar dan tampak mengilat dan ini terjadi dalam waktu yang sedikit / yang tidak lama dan diperlukan tindakan untuk meringankan ibu hamil. (Manuaba, 2009).

Persalinan dengan KPD biasanya dapat disebabkan oleh primi/multi/grandemulti, overdistensi (hidroamnion, kehamilan ganda), disproporsio sefalo pelvis, kelainan letak (lintang dan sungsang). Oleh sebab itu, KPD memerlukan pengawasan yang ketat dan kerjasama antara keluarga dan penolong karena dapat menyebabkan bahaya infeksi intra uterin yang mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Dengan demikian, akan menurunkan atau memperkecil resiko kematian ibu dan bayinya (Manuaba, 2008)

KPD merupakan suatu kejadian obstetrik yang banyak ditemukan, dengan insiden sekitar 10,7% dari seluruh persalinan, dimana 94% diantaranya terjadi pada kehamilan cukup bulan. Ini terjadi pada sekitar 6-20% kehamilan (Prawirohardjo, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Sidoarjo pada 183 ibu bersalin didapatkan sebanyak 138 orang (75,41%) tidak mengalami ketuban pecah dini dan sebanyak 45 orang (24,59%) mengalami ketuban pecah dini. Dari 71 orang ibu primipara, 55 orang (77,46%) tidak mengalami ketuban pecah dini dan 16 orang (22,54%) mengalami ketuban pecah dini, sedangkan dari 101 ibu multipara 76 orang (75,24%) tidak mengalami ketuban pecah dini dan 25 orang (24,76%) mengalami ketuban pecah dini, Dan dari 11 orang ibu grande multipara, 7 orang (63,64%) tidak mengalami ketuban pecah dini dan 4 orang (36,36%) mengalami ketuban pecah dini. Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa sebagian besar ibu bersalin 101 orang (55,20%) adalah multipara. Sebagian besar ketuban pecah

dini dialami oleh grande multipara sebanyak 4 orang (36,36%). Sebagian besar ibu bersalin 138 orang (75,41%) tidak mengalami ketuban pecah dini.

Angka kematian Ibu di Kota Balikpapan Pada tahun 2015 mengalami penurunan menjadi angka kematian ibu 72/100.000 kelahiran hidup, angka kematian bayi yaitu 6/1000 kelahiran hidup sedangkan tahun 2014 yaitu 124/100.000 Kelahiran Hidup, Angka Kematian Bayi yaitu 11 / 1000 Kelahiran Hidup. (DKK Balikpapan, 2016).

Pemberian ASI eksklusif didukung oleh UNICEF untuk meningkatkan kesadaran ibu menyusui. Kebutuhan nutrisi yang terkandung di dalam ASI sangat penting untuk tumbuh kembang bayi. Dukungan dari pemerintah untuk melarang promosi pengganti ASI di fasilitas kesehatan akan membantu dalam pemberian ASI eksklusif.

ASI eksklusif adalah makanan dengan kandungan gizi yang paling sesuai untuk kebutuhan bayi, melindungi dari berbagai infeksi dan memberikan hubungan kasih sayang yang mendukung semua aspek perkembangan bayi, termasuk kesehatan dan kecerdasan bayi. Bagi ibu, memberikan ASI secara eksklusif dapat mengurangi pendarahan pada saat persalinan, menunda kesuburan dan meringankan beban ekonomi (Proverawati,2010).

Menurut RISKESDES tahun 2010, Indonesia dalam hal tingkat ibu menyusui secara eksklusif masih menduduki peringkat 30 dari 33 negara di Asia (*Riset Kesehatan Dasar/RISKESDAS*). Hasil analisis secara nasional

cakupan ASI eksklusif di Indonesia yaitu sebesar 54,3% dari total bayi berusia 0-6 bulan.

Berdasarkan laporan SDKI tahun 2012 pencapaian ASI eksklusif adalah 42%. Sedangkan, berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan provinsi tahun 2013, cakupan pemberian ASI 0-6 bulan hanyalah 54,3% Capaian ASI eksklusif di Indonesia belum mencapai angka yang diharapkan yaitu sebesar 80% (Pusdatin, 2015).

Riskesda 2013 pada daerah Kalimantan Timur bayi balita dengan ASI eksklusif sebanyak 58,9 % dan yang tidak ASI eksklusif Sebanyak 41,3 %.

Cakupan ASI eksklusif kota Balikpapan tahun 2012 berjumlah 2.177 yaitu 60,44%, dan yang tidak ASI eksklusif berjumlah 1425 yaitu 39,56 %. Nilai ini masih dibawah target nasional sebesar 70%.(dkk Balikpapan).

Dampak bila bayi tidak diberikan Asi Eksklusif dapat menurunkan berat badan bayi ,bayi juga akan mudah sakit karena tidak dapat zat immunoglobulin yang terkandung dalam kolostrum.pemberian susu formula pada bayi baru lahir uisa menyebabkan alergi karena merangsang aktivasi system IgE yang pada bayi baru lahir belum sempurna ,sedangkan dalam jangka panjang anak akan mudah kekurangan gizi dan obesitas (Proverawati,2010).

Dari latar belakang diatas penulis tertarik untuk membuat sebagai laporan tugas akhir dengan asuhan kebidanan komprehensif dengan melakukan Pengkajian Pada Ny.S tanggal 4 Mei 2016 ditemukan, ibu

hamil dengan usia 38 tahun G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 37 minggu 3 hari, dengan masalah yang di temukan yaitu resiko hamil dengan usia >35 tahun,riwayat gagal pemberian ASI eksklusif,Polihdramnion dan KPD.

Berdasarkan uraian diatas, penulis 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” dengan alamat Karang Jawa Dalam Rt 77 Balikpapan Tengah tahun 2016.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif (pengkajian, identifikasi masalah, dan penegakam diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dan pendokumentasian) sejak masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan pada Ny. S dengan G₃P₂₀₀₂ d dengan masalah yang di temukan yaitu resiko hamil dengan usia >35 tahun,riwayat gagal pemberian ASI eksklusif,Polihdramnion dan KPD.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. “S” sejak masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal

serta pemilihan alat kontrasepsi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan mendokumentasikan dalam bentuk laporan tugas akhir.

2. Tujuan Khusus

laporan tugas akhir ini bertujuan membantu penulis mampu:

- a. Melakukan asuhan kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. "S".
- b. Melakukan asuhan persalinan (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. "S".
- c. Melakukan asuhan Bayi Baru Lahir (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan. Pendokumentasian. dengan metode SOAP) pada klien By.Ny. "S".
- d. Melakukan asuhan nifas (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien Ny. "S".
- e. Melakukan asuhan neonatus (pengkajian, identifikasi masalah, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP) pada klien By. Ny. "S".
- f. Melakukan asuhan Keluarga Berencana pengkajian identifikasi masalah, penegakan diagnosa,intervensi,implementasi, evaluasi dan pendokumentasian dengan metode SOAP pada klien Ny. "S"

D. Manfaat

1. Manfaat Praktis

a. Bagi penulis

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

b. Bagi institusi

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

c. Bagi klien

Klien mendapatkan pelayanan secara komprehensif sesuai standar pelayanan kebidanan.

2. Manfaat Teoritis

1. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu hamil sehingga dilakukannya asuhan kehamilan secara teratur untuk kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi dapat termonitor dengan baik dengan pemantauan terhadap komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi dapat terdeteksi secara dini.

2. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu bersalin akan terlaksananya asuhan persalinan normal tanpa ada komplikasi ataupun penyulit yang mungkin terjadi.
3. Dengan adanya asuhan pada bayi baru lahir dengan baik dan benar akan mencegah terjadinya komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi
4. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu nifas sehingga masa nifas dapat berlangsung normal tanpa terjadi infeksi ataupun komplikasi yang mungkin dapat terjadi.
5. Dengan adanya asuhan pada neonatus dengan baik dan benar akan mencegah terjadinya komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi.
6. Dengan adanya asuhan pelayanan kontrasepsi diharapkan laju pertumbuhan penduduk dapat ditekan sehingga tercipta masyarakat yang berkualitas.

E. Ruang Lingkup

Penulisan Laporan Tugas Akhir ini disusun dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny."S" mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan pelayanan kontrasepsi pada periode April-Juni 2016 di wilayah kerja Pusekesmas Mekar Sari.

F. Sistematika Penulisan

BAB I Pendahuluan

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

BAB II Tinjauan Pustaka

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

BAB III Subjek Dan Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus

Berisikan tentang subjek, kerangka kerjan pelaksanaan studi kasus, dan rancangan atau desain penulisan studi kasus.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Asuhan Kebidanan Komperhensif

Asuhan Kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan masalah dalam bidang kesehatan ibu hamil, masa persalinan, masa nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Depkes RI, 1999).

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

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan pelayanan kontrasepsi serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai dengan kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Varney, 2007).

2. Manajemen Varney

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis dalam member asuhan kebidanan, agar menguntungkan

kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya.

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Proses manajemen memperkenalkan sebuah metode dengan perorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan komprehensif dan aman dapat tercapai (Varney, 2007).

Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberi pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penelitian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan

evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang diaplikasikan dalam situasi apapun.

Melihat kembali penjelasan di atas maka proses manajemen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola piker bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, maka seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba yang akan berdampak kurang baik untuk klien

Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

1) Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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

2) Langkah II : Interpretasi data

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

3) Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

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

4) Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

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

5) Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

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

6) Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

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

7) Langkah VII : Evaluasi

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

Dokumentasi

“ Documen “ berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan di atasnya dokumentasi berisi dokumen atau

pencatatan yang berisi bukti atau kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu. Dokumentasi dalam bidang kesehatan adalah suatu sistem pencatatan atau pelaporan informasi atau kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Dalam pelayanan kebidanan, setelah melakukan pelayanan semua kegiatan didokumentasikan dengan menggunakan konsep SOAP yang terdiri dari :

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

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

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

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

dengan: asuhan mandiri oleh bidan, kolaborasi/ konsultasi dengan dokter, tenaga kesehatan lain, tes diagnostic/laboratorium, konseling/penyuluhan follow up.

3. Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan Asuhan

Tanggal : 4 mei 2016
Pukul : 16.00 Wita
Oleh : Dina Yuliana

S :

Nama klien	: Ny. S	Nama suami	: Tn. S
Umur	: 38 tahun	Umur	: 35 tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Bugis
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wirawasta
Alamat	: Karang Jawa Dalam Rt 77 Balikpapan Tengah		

a. Keluhan

Tidak ada

b. Riwayat menstruasi

- 1) HPHT / TP : 27 agustus 2016 / 4 juni 2016
- 2) Umur kehamilan : 37 minggu 3 hari
- 3) Lamanya : 7 hari
- 4) Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut
- 5) Konsistensi : Cair, kadang bergumpal
- 6) Siklus : 30 hari
- 7) Menarche : 14 tahun
- 8) Teratur / tidak : teratur

9) Dismenorrhea : Tidak ada

10) Keluhan lain : Tidak ada

c. Flour albus

1) Banyaknya : Tidak ada

2) Warna : Tidak ada

3) Bau/gatal : Tidak ada

d. Tanda – tanda kehamilan

1) Test kehamilan : PP Test

2) Tanggal : akhir November

3) Hasil : Positif (+)

4) Gerakan janin yang pertama : Usia kehamilan 5 bulan
kali dirasakan oleh ibu

5) Gerakan janin dalam 24 jam : Kuat, > 12 kali/hari

g Riwayat Ginekologi dan Obsetric

2.1 Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak				nifas	Usia anak sekarang	KB
N o	Thn/Tg l lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	B B	PB	Kadaan			
1	2002	Rs	Aterm	taa	spt	bidan	Taa	Laki-laki	3500	49	Hidup	normal	14 th	Suntik 3 bln
2	2011	Rs	Aterm	taa	spt	Dokter	Lilitan tali pusat	Perempuan	3400	49	Hidup	Normal	5 th	Suntik 1 bln
3. Hamil Ini														

h Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

- 1) Mioma uteri : Tidak ada
- 2) Kista : Tidak ada
- 3) Mola hidatidosa : Tidak ada
- 4) PID : Tidak ada
- 5) Endometriosis : Tidak ada
- 6) KET : Tidak ada
- 7) Hydramnion : Tidak ada
- 8) Gemelli : Tidak ada
- 9) Lain – lain : Tidak ada

h. Riwayat imunisasi

Imunisasi TT : Lengkap

i. Riwayat kesehatan

a. Riwayat penyakit yang pernah dialami

- a) Penyakit jantung : Tidak ada
- b) Hipertensi : Tidak ada
- c) Hepar : Tidak ada
- d) DM : Tidak ada
- e) Anemia : Tidak ada
- f) PSM/HIV/AIDS : Tidak ada
- g) Campak : Tidak ada
- h) Malaria : Tidak ada
- i) TBC : Tidak ada
- j) Gangguan mental : Tidak ada

- k) Operasi : Tidak ada
- l) Hemorrhoid : Tidak ada
- m) Lain-lain : Tidak ada
- 2) Alergi
 - a) Makanan : Tidak ada
 - b) Obat – obatan : Tidak ada
- j. Keluhan selama hamil
 - 1) Rasa lelah : tidak ada
 - 2) Mual dan muntah : pada awal kehamilan
 - 3) Tidak nafsu makan : pada awal kehamilan
 - 4) Sakit kepala/pusing : Tidak ada
 - 5) Penglihatan kabur : Tidak ada
 - 6) Nyeri perut : Tidak ada
 - 7) Nyeri waktu BAK : Tidak ada
 - 8) Pengeluaran cairan pervaginam: Tidak ada
 - 9) Perdarahan : Tidak ada
 - 10) Haemoroid : Tidak ada
 - 11) Nyeri pada tungkai : Tidak ada
 - 12) Oedema : Tidak ada
 - 13) Lain-lain : Tidak ada
- k. Riwayat menyusui
 - ASI dan Pasi : Ya
 - Lamanya : 3 bulan

Alasan : ibu mengatakan puting susu Terbelah
datar sulit menyusui

1. Riwayat KB

- 1) Pernah ikut KB : Pernah
- 2) Jenis kontrasepsi yang pernah : Suntik 1 bulan dan 3 bulan
- 3) Lama pemakaian : 3 tahun dan 2 tahun
- 4) Keluhan selama pemakaian : Haid teratur
- 5) Tempat pelayanan KB : BPM
- 6) Alasan berhenti KB : Ingin mempunyai anak lagi

m. Kebiasaan sehari – hari

- 1) Merokok sebelum / : Tidak pernah
selama hamil
- 2) Obat – obatan / : vitamin
- 3) Alkohol : Tidak pernah
- 4) Makan / diet
 - a) Jenis makanan : Nasi, lauk pauk, sayuran, kadang
Kadang mie instan buah – buahan
 - b) Frekuensi : 3 kali/ hari
 - c) Porsi : 1 piring
 - d) Pantangan : Tidak ada
 - e) Minum : susu tiap pagi, terkadang teh, air putih
2,5 liter dalam satu hari
- 5) Defekasi / miksi

a) BAB

Frekuensi : 1-2x /hari

Konsistensi : padat

Warna : Kuning

Keluhan : Tidak ada

b) BAK

Frekuensi : 4-5 x/hari

Konsistensi : Cair

Warna : putih jernih

Keluhan : Tidak ada

6) Pola istirahat dan tidur

a) Siang : \pm 2 jam

b) Malam : \pm 9 jam

7) Pola aktivitas sehari – hari

a) Di dalam rumah : Pekerjaan rumah tangga

b) Di luar rumah : Tidak ada

8) Pola seksualitas

a) Frekuensi : 2x dalam seminggu

b) Keluhan : Tidak ada

n. Riwayat Psikososial

1) Pernikahan

o Status : Menikah

o Yang ke : 2

o Lamanya : 6 tahun

o Usia pertama kali menikah: 23 tahun

2) Tingkat pengetahuan ibu : Cukup, ibu memahami pentingnya
Terhadap kehamilan

Respon ibu terhadap : Ibu merasa senang atas kehamilannya

3) Harapan ibu terhadap jenis : Ibu mengatakan perempuan atau laki –laki
sama saja

4) Respon suami/keluarga : Senang atas kehamilan istrinya

5) Keperayaan yang berhubungan: Tidak ada

6) Pantangan selama kehamilan : Tidak ada

7) Persiapan persalinan

a) Rencana tempat bersalin : RSUD Gunung Malang

b) Persiapan ibu dan bayi : Ada, Ibu telah mempersiapkan
perlengkapan bayi

o. Riwayat kesehatan keluarga

1) Penyakit jantung : Tidak ada

2) Hipertensi : Tidak Ada

3) Hepar : Tidak ada

4) DM : Tidak ada

5) Anemia : Tidak ada

6) PSM / HIV / AIDS : Tidak ada

7) Campak : Tidak ada

8) Malaria : Tidak ada

- 9) TBC : Tidak ada
- 10) Gangguan mental : Tidak ada
- 11) Operasi : Tidak ada
- 12) Bayi lahir kembar : Tidak ada
- 13) Lain-lain : Tidak ada

O :

p. Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum : Baik
 - Berat badan
 - a) Sebelum hamil : 65 kg
 - b) Saat hamil : 73 kg
 - c) Penurunan : Tidak ada
 - 2) Tinggi badan : 158 cm
 - 3) Lila : 28 cm
 - 4) Kesadaran : Compos Mentis
 - 5) Ekspresi wajah : Senang
 - 6) Keadaan emosional : Stabil
 - 7) Tanda – tanda vital
 - a) Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - b) Nadi : 81 x/menit
 - c) Suhu : 36,6 °C
 - d) Pernapasan : 21 x/menit
 - 8) Pemeriksaan fisik

Inspeksi

1. Kepala

- a. Kulit kepala : Bersih, tidak ada ketombe
- b. Kontriksi rambut : Kuat
- c. Distribusi rambut : Banyak
- d. Lain – lain : Tidak ada

2. Mata

- a. Kelopak mata : Tidak oedema
- b. Konjungtiva : Tidak pucat
- c. Sklera : Tidak ikterik
- d. Lain – lain : Tidak ada

3. Muka

- a. Kloasma gravidarum : Tidak ada
- b. Oedema : Tidak ada
- c. Pucat / tidak : tidak pucat
- d. Lain – lain : Tidak ada

4. Mulut dan gigi

- a. Gigi geligi : Lengkap
- b. Mukosa mulut : Lembab dan tidak pecah
- c. Caries dentis : Tidak ada
- d. Geraham : Lengkap
- e. Lidah : Bersih tidak ada keputihan
- f. Lain – lain : Tidak ada

5. Leher

- a. Tonsil : Tidak ada peradangan
- b. Faring : Tidak ada peradangan
- c. Vena jugularis : Tidak ada pembesaran
- d. Kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran
- e. Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- f. Lain-lain : Tidak ada

6. Dada

- a. Bentuk mammae : Simetris
- b. Retraksi : Tidak ada
- c. Puting susu : kanan menonjol, kiri datar
- d. Areola : Terjadi hiperpigmentasi
- e. Lain-lain : Tidak ada

7. Punggung ibu

- a. Bentuk /posisi : Lordosis
- b. Lain-lain : Tidak ada

8. Perut

- a. Bekas operasi : Tidak ada
- b. Striae : Tidak ada
- c. Pembesaran : Sesuai usia kehamilan
- d. Asites : Tidak ada
- e. Lain-lain : Tidak ada

9. Vagina

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

10. Ekstremitas

- a. Oedema : Tidak ada
- b. Varises : Tidak ada
- c. Turgor : baik
- d. Lain – lain : Tidak ada

Palpasi

a) Leher

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

b) Dada

- (1) Mammae : Simetris
- (2) Massa : Tidak ada
- (3) Konsistensi : padat
- (4) Pengeluaran Colostrum : belum ada

(5) Lain-lain : Tidak ada

c) Perut

(1) Leopold I : 3 jari di bawah px, TFU 31 cm
fundus teraba bokong

Leopold II : Bagian perut ibu sebelah kanan
teraba

Punggung janin

Leopold III : Bagian terendah janin teraba kepala

(2) Leopold IV : Konvergen

(3) Lain – lain : Tidak ada

d) Tungkai

(1) Oedema

(a) Tangan

Kanan : Tidak ada

Kiri : Tidak ada

(b) Kaki

Kanan : Tidak ada

Kiri : Tidak ada

(2) Varices

Kanan : Tidak ada varices

Kiri : Tidak ada varices

e) Kulit

(1) Turgor : Baik

(2) Lain – lain : Tidak ada

Auskultasi

1. Paru – paru

a. Wheezing : Tidak ada

b. Ronchi : Tidak ada

2. Jantung

a. Irama : Teratur

b. Frekuensi : 81 x/menit

c. Intensitas : Baik

d. Lain-lain : Tidak ada

3. Perut

(1) Bising usus ibu : (+)

(2) DJJ

Punctum maksimum : 1/3 kuadran kanan bawah

Frekuensi : 131 x/ menit

Irama : Teratur

Intensitas : Kuat

Lain-lain : Tidak ada

4. Perkusi

a) Dada : Tidak dilakukan

b) Perut : Tidak dilakukan

c) Ekstremitas

Refleks patella

- Kanan : Positif
Kiri : Positif
d) Lain – lain : Tidak ada

q. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Darah Tanggal : 12-5-2016
a) Hb : 12,7 gr
b) Golongan darah : AB
c) Lain – lain : Tidak ada
2) Urine Tanggal : 25-5-2016
a) Protein : + 1
b) Albumin : tidak dilakukan pemeriksaan
c) Reduksi : tidak dilakukan pemeriksaan
d) Lain – lain : Tidak ada

r. Pemeriksaan penunjang

- 1) USG : 24 mei 2016
2) X – Ray : Tidak dilakukan pemeriksaan
3) Lain – lain : Tidak ada

A :

Diagnosis : G₃ P₂₀₀₂ usia kehamilan 37 minggu 3 hari janin tunggal hidup
intaruterine

Masalah :

1. Ibu dengan resiko hamil usia >35 tahun

Dasar : Saat ini ibu berusia 39 tahun

2. Riwayat gagal pemberian ASI eksklusif

Dasar : Ibu mengatakan ASI hanya diberikan sampai usia 3 bulan
puting susu terbelah datar

Diagnosa potensial : Preeklamsia : protein urin +1

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

- 1) menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi agar gizi ibu dan bayi dapat terpenuhi

-ibu akan memenuhi kebutuhan nutrisi akan memakan nasi, sayur, ikan, tahu, tempe, buah dan susu serta tidak ada pantangan

Rasional : Karena dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin (Varney, 2007).

- 2) mengajarkan ibu perawatan payudara puting susu datar dengan teknik huffman yaitu meletakkan ibu jari bergantian diatas dan di samping puting dengan menarik secara berlawanan hingga puting menonjol keluar

-ibu telah bisa mempraktekkan perawatan payudara

Rasional : perawatan payudara dapat mencegah bendungan ASI pasca persalinan (Saifuddin, 2005)

- 3) menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilan tiap 1 minggu sekali ke vasilitas kesehatan, untuk menantau perkembangan janin dan mencegah adanya kelainan pada kehamilan resiko usia lebih >35 tahun
-Ibu telah bersedia dan teratur memeriksakan kehamilan tiap satu minggu

Rasional : Usia ibu terlalu tua (35 tahun)Ibu hamil pada usia ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit obstetris serta mortalitas dan morbiditas perinata

- 4) menganjurkan ibu melakukan pemeriksaan HB dan urin untuk mengetahui adanya anemia dan keracunan kehamilan
-ibu bersedia dilakukan pemeriksaan urin dan HB

Rasional : Kejadian pre eklamse sulit di cegah tetapi diagnosa dini sangat menentukan prognosis janin, pengawasan hamil sangat penting karena pre eklamse merupakan penyebab kematian cukup tinggi

- 5) melakukan KIE asi eksklusif
-ibu telah paham mengerti mengenai ASI eksklusif dan Ibu akan melakukan ASI eksklusif pada calon bayi nya

Rasioal: ASI eksklusif adalah pemberian asi saja, termaksud kolostrum tanpa pemberian tambahan apapun sejak lahir, dengan kata lain susu formula, air matang, air gula, dan madu .Manfaat Komposisi sesuai kebutuhan, Mengndung zat peindung,

Perkembangan psikomotorik lebih cepat, menunjang perkembangan koqnitif (salleha,2009).

6) memberi KIE tanda bahaya kehamilan lanjut

Ibu mengerti dan dapat menyebutkan tanda bahaya tersebut serta ibu akan segera pergi fasilitas kesehatan jika mengalami salah satu dari tanda bahaya kehamilan lanjut tersebut

Rasional : Mengetahui tanda bahaya pada kehamilan membuat ibu mampu mendeteksi dini tanda yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janinnya (Salmah, 2006).

4 Manajemen Kebidanan (Perencanaan Asuhan)

a. Rencana Asuhan kebidanan pada ibu hamil K2 dan K3

Langkah I: Menanyakan apakah ibu ada keluhan pada kehamilannya

Saat ini, menanyakan keadaan ibu dan apakah ibu merasakan gerakan janin saat ini. Memperhatikan pola perilaku dan asupan nutrisi ibu untuk mencegah terjadinya komplikasi preeklamsia. Serta melakukan pemeriksaan fisik pada ibu pemeriksaan fisik pada ibu berupa keadaan umum, tanda-tanda vital, inspeksi mata, inspeksi dan palpasi payudara, palpasi abdomen, auskultasi DJJ dan palpasi dan perkusi ekstremitas serta menghitung usia kehamilan.

Langkah II : Diagnosa G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 37 minggu 3 hari

janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala. Tidak ditemukan keluhan yang ibu rasakan, hasil pemeriksaan keadaan umum, tanda-tanda vital, usia kehamilan, palpasi abdomen Leopold I-IV, auskultasi DJJ.

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial dapat ditetapkan setelah setelah pengumpulan data serta pemeriksaan

Langkah IV : Kebutuhan yang memerlukan tindakan segera ditetapkan setelah pengumpulan data serta dilakukan pemeriksaan.

Langkah V :Menyusun rencana asuhan yaitu mengajarkan perawatan payudara agar tidak lecet saat menyusui, mengajarkan perawatan payudara dan menganjurkan ibu untuk teratur minum asam folat untuk mencegah kelainan kongenital pada bayik mencegah terjadinya komplikasi pada preeklamse,memastikan bahwa ibu sudah paham ASI eksklusif, dan melakukan KIE untuk melakukan pemeriksaan kandungan 1 minggu sekali atau jika ada keluhan tanda bahaya trimester III segera ke fasilitas kesehatan,KIE jenis-Jenis KB serta ,melakukan KIE persiapan persalinan

Langkah VI : Menyusun rencana asuhan yaitu mengajarkan perawatan payudara agar tidak lecet saat menyusui, mengajarkan perawatan payudara pada puting susu datar dan menganjurkan ibu untuk teratur minum asam folat untuk mencegah kelainan kongenital pada bayi ,serta dan memastikan bahwa ibu sudah paham ASI eksklusif dan menganjurkan,menjaga pola perilaku sehat dan meberikan asupan nutrisi bergizi, KIE untuk melakukan pemeriksaan kandungan 1 minggu sekali atau jika ada keluhan tanda bahaya trimester III segera ke fasilitas kesehatan,KIE jenis-Jenis KB serta ,melakukan KIE persiapan persalinan

Langkah VII : Asuhan dapat dievaluasi dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan

b. Rencana Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Langkah I : menanyakan pada ibu tentang keluhan ibu serta tanyakan apakah gerakan janin masih dirasakan, apakah ada tanda-tanda persalinan seperti perut kencang-kencang, keluar lendir darah dan air-air. Kemudian melakukan pemeriksaan fisik pada ibu berupa keadaan umum, tanda-tanda vital, menghitung usia kehamilan, inspeksi mata, palpasi abdomen Leopold I-IV dan his, auskultasi DJJ dan palpasi dan perkusi ekstremitas, pemeriksaan dalam serta pemeriksaan penunjang.

Langkah II : Diagnosa G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 37 minggu 3 hari

Inpartu kala I

Ditemukan keluhan yang ibu rasakan, hasil pemeriksaan ibu dengan kala 1 memanjang keadaan umum, tanda-tanda vital, inspeksi dan palpasi abdominal Leopold I-IV dan his, auskultasi DJJ, serta hasil pemeriksaan dalam.

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial dapat ditetapkan setelah pengumpulan data serta pemeriksaan

Langkah IV : Kebutuhan yang memerlukan tindakan segera ditetapkan setelah pengumpulan data serta dilakukan pemeriksaan.

Langkah V : Menyusun rencana asuhan yaitu pada kala I, Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri

dan mengajarkan ibu teknik nafas dari hidung dan buang lewat mulut pada saat his, memberi dukungan mental, menganjurkan ibu makan dan minum di sela his, mengurangi tindakan pemeriksaan dalam secara berulang untuk menghindari infeksi, pada kala II menjelaskan kemajuan persalinan, memantau kesejahteraan ibu dan janin, ajarkan ibu teknik meneran yang benar, tolong ibu untuk melahirkan kepala dan badan bayi, tangan dan kaki bayi baru lahir, kemudian memantau keadaan ibu dan bayi.

Menyusun rencana asuhan pada kala III yaitu menjelaskan keadaan ibu saat ini, kemudian memastikan janin tunggal, berikan suntikan oxytocin untuk kontraksi rahim serta observasi tanda tanda pelepasan placenta, melakukan manajemen aktif kala III, mengobservasi kelengkapan placenta kemudian periksa adanya laserasi jalan lahir dan mengobservasi keadaan umum, TTV serta estimasi perdarahan, kandung kemih, TFU dan UC.

Kemudian lakukan obseravsi pada kala IV, kemudian bersihkan ibu, dekontaminasi alat alat setelah persalinan, berikan asuhan BBL setelah satu jam pertama dan lengkapi partograf.

Langkah VI : Asuhan pada kala I menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan mengajarkan ibu teknik nafas dalam pada saat his, memberi dukungan mental, kolaborasi dengan dr Sp.OG untuk tindakan segera dan terapi

jika ada indikasi, menganjurkan ibu makan dan minum di sela his, mengurangi tindakan pemeriksaan dalam berulang, pada kala II menjelaskan kemajuan persalinan, memantau kesejahteraan ibu dan janin ajarkan ibu teknik meneran yang benar, tolong ibu untuk melahirkan kepala dan badan bayi, tangan dan kaki bayi baru lahir, kemudian memantau keadaan ibu dan bayi.

Asuhan pada kala III yaitu menjelaskan keadaan ibu saat ini, kemudian memastikan janin tunggal, berikan suntikan oxytocin untuk kontraksi rahim serta observasi tanda tanda pelepasan placenta, melakukan manajemen aktif kala III, mengobservasi kelengkapan placenta kemudian periksa adanya laserasi jalan lahir dan mengobservasi keadaan umum, TTV serta estimasi perdarahan, kandung kemih, TFU dan UC.

Kemudian lakukan observasi pada kala IV, kemudian bersihkan ibu, dekontaminasi alat alat setelah persalinan, berikan asuhan BBL setelah satu jam pertama dan lengkapi partograf.

Langkah VII : Evaluasi pada kala I ibu mengerti tentang keadaannya dan

ibu sedang tidur miring kiri, ibu juga sudah mempraktikan nafas dalam pada saat his, Pada kala II ibu sudah mengetahui persalinannya maju, dan telah diberi asupan nutrisi ibu dan cek jantung janin setiap satu jam, kemudian bayi telah ditolong lahir,

dan ibu menggunakan teknik meneran yang benar. Bayi telah lahir dan memantau keadaan bayi dan ibu.

Pada kala III telah dipastikan janin tunggal dan telah disuntikan oxytocin di paha kiri ibu, telah dipantau adanya tanda tanda pelepasan plasenta dan melakukan manajemen aktif kala III kemudian mengobservasi kelengkapan placenta kemudian periksa adanya laserasi jalan lahir dan mengobservasi keadaan umum, TTV serta estimasi perdarahan, kandung kemih, TFU dan UC.

Kemudian lakukan obseravsi pada kala IV, kemudian bersihkan ibu, dekontaminasi alat alat setelah persalinan, berikan asuhan BBL setelah satu jam pertama dan lengkapi partograf.

c. Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Langkah I : Melakukan penilaian awal BBL, mendeteksi dini adanya komplikasi-komplikasi yang di derita bayi baru lahir dengan persalinan lama dan bayi baru lahir, serta melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.

Langkah II : Diagnosa BBL

Ditemukan hasil penilaian awal BBL, terdeteksi secara dini adanya komplikasi BBL dan didapatkan hasil pemeriksaan fisik BBL.

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial dapat di tetapkan setelah setelah pengumpulan data serta pemeriksaan

Langkah IV : Kebutuhan yang memerlukan tindakan segera ditetapkan setelah pengumpulan data serta pemeriksaan

Langkah V :Merencanakan penanganan langkah awal resusitasi jika ada indikasi, menjaga kehangatan bayi, Kemudian melakukan pengukuran antropometri dan menimbang berat badan kemudian menyuntikan vit K dan satu jam setelahnya suntikan imunisasi HB0 di paha kanan, berikan bayi kepada ibunya untuk disusi dan skin to skin dengan ibu.

Langkah VI : Menjaga kehangatan bayi, pengukuran antropometri dan menimbang berat badan kemudian menyuntikan vit K dan satu jam setelahnya suntikan imunisasi HB0 di paha kanan, berikan bayi kepada ibunya untuk disusi dan skin to skin dengan ibu.

Langkah VII : Bayi telah diselimuti, telah diukur lingkaran kepala lingkaran dada dan lingkaran lengan serta telah ditimbang berat badan bayi, bayi sudah disuntik vit K di paha kiri dan satu jam kemudian HB0 di paha kanan, bayi telah bersama ibunya dan sedang disusui.

d. Rencana Asuhan pada ibu Nifas

Langkah I : Menanyakan keluhan ibu saat ini, kemudian melakukan deteksi dini komplikasi ibu nifas dengan persalinan lama, setelah itu

melakukan pemeriksaan fisik ibu nifas berupa inspeksi mata, inspeksi dan palpasi payudara, inspeksi dan palpasi abdominal, inspeksi pengeluaran vagina dan jahitan laserasi jalan lahir.

Langkah II : Diagnosa P₃₀₀₃ Post Partum spontan pervaginam

Ditemukan keluhan yang ibu rasakan, hasil pemeriksaan inspeksi mata, ispeksi dan palpasi payudara, inspeksi dan palpasi abdominal, inspeksi pengeluaran vagina dan jahitan laserasi jalan lahir.

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial di temukan setelah dilakukan pemeriksaan

Langkah IV :Kebutuhan dan tindakan segera dapat ditetapkan setelah dilakukan pemeriksaan.

Langkah V :Menyusun rencana asuhan memberitahu ibu hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih dan memastikan kontraksi uterus baik serta memantau perdarahan ibu, kolaborasi dengan dr.Sp.OG jika ada indikasi, menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisi dan anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

Langkah VI :Beritahu ibu hasil pemeriksaan, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih dan memastikan kontraksi uterus baik serta memantau perdarahan ibu, menganjurkan ibu

untuk memenuhi asupan nutrisi dan anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

Langkah VII : Asuhan dapat dievaluasi setelah melakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan

e. Rencana Asuhan pada Neonatus

Langkah I : Menanyakan bagaimana pola pemenuhan nutrisi bayi pada ibu, menanyakan bagaimana perawatan bayi dirumah, melakukan deteksi dini komplikasi pada neonatus, melakukan pemeriksaan fisik pada neonatus dengan memeriksa keadaan umum bayi, menimbang dan mengukur panjang bayi.

Langkah II : Diagnosa NCB SMK

Ditemukan data subjektif dan data objektif

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial di temukan setelah dilakukan pemeriksaan.

Langkah IV :Kebutuhan yang memerlukan tindakan segera setelah pengumpulan data dan pemeriksaan

Langkah V : Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, Melakukan pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah, melakukan pemeriksaan fisik pada neonatus dengan memeriksa keadaan umum bayi,

menimbang dan mengukur panjang bayi melakukan perawatan tali pusat, melakukan konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asli eksklusif.

Langkah VI : Beritahu ibu hasil pemeriksaan, lakukan pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah, lakukan perawatan tali pusat, melakukan pemeriksaan fisik pada neonatus dengan memeriksa keadaan umum bayi, menimbang dan mengukur panjang bayi, konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asli eksklusif

Langkah VII :Telah dilakukan pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah, lakukan perawatan tali pusat, melakukan pemeriksaan fisik pada neonatus dengan memeriksa keadaan umum bayi, menimbang dan mengukur panjang bayi konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asli eksklusif.

f. Rencana Asuhan Keluarga berencana

Langkah I : Menanyakan rencana ber KB apa setelah melahirkan, menanyakan pengetahuan ibu tentang KB dan melakukan pemeriksaan pada ibu serta menanyakan kontrasepsi yang ingin ibu gunakan.

Langkah II : Diagnosa P₃₀₀₃ Akseptor KB Suntik 3 bulan

Langkah III : Diagnosa atau masalah potensial di temukan
setelah dilakukan pemeriksaan

Langkah IV : Kebutuhan yang memerlukan tindakan segera dapat di
tetapkan setelah dilakukan pemeriksaan

Langkah V :Menyusun rencana Asuhan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan
pada ibu, kemudian memberi ibu informasi mengenai jenis –
jenis KB menyerahkan keputusan kepada ibu untuk memilih
KB.

Langkah VI : Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, kemudian memberi
ibu informasi KB suntik 3 bulan menyerahkan keputusan kepada
ibu untuk memilih KB.

Langkah VII : Asuhan dapat dievaluasi setelah dilakukan pengumpulan
data dan hasil pemeriksaan.

A. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Kehamilan

a. Pengertian

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Prawirohardjo, 2009).

b. Palpasi abdomen Menggunakan cara Leopod (Kusmiyati, 2009).

1). Leopod I

Bertujuan untuk mengetahui TFU dan Bagian janin yang ada di fundus. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan menghadap pasien
- b) Kedua tangan meraba fundus dan mengukur berapa TFU
- c) Meraba bagian apa yang ada di fundus, jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namaun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkkan, maka itu adalah bokong janin

Tabel 2.2 Umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi Fundus Uteri	Umur kehamilan
diatas simfisis	12 minggu
½ simfisis-pusat	16 minggu
diatas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
diatas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
2 jari (4cm) dibawah prosesus xifoideus	40 minggu

(Sumber : Manuaba, 2010)

Tabel 2.3 TFU menurut MC DONALD

UK	TFU (jari)	TFU (cm)
12 minggu	1-2 jari atas simfisis	-
16 minggu	Pertengahan simfisis-pusat	-
20 minggu	2-3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	2-3 jari diatas pusat	26 cm
32 minggu	Pertengahan pusat – PX	30 cm
36 minggu	3 jari dibawah PX atau sampai setinggi PX	33 cm
40 minggu	Pertengahan PX- Pusat (janin mulai memasuki panggul)	30 cm

(Sumber : Manuaba, 2010)

2). Leopod II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan dan kiri perut ibu. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu
- b) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan menahan perut sebelah kiri ke arah kanan.
- c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebelah kanan (jika teraba benda yang rata tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang terkecil dan menonjol maka itu adalah bagian kecil janin).

3). Leopod III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah uterus.

Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Tangan kiri menahan fundus uteri Tangan kanan meraba bagian yang ada di bagian bawah uterus. Jika teraba yang bulat, melenting, keras, dan dapat digoyangkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba bagian yang bulat, besar, lunak, dan sulit digerakkan, maka ini adalah bokong. Jika di bagian bawah tidak ditemukan kedua

bagian seperti diatas, maka pertimbangkan apakah janin dalam letak melintang.

- b) Pada letak sungsang (melintang) dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan ballotement (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan).
- c) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul), lalu lanjutkan pada pemeriksaan Leopold IV untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

4). Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.

Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- a) Pemeriksa menghadap kaki pasien
- b) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada di bawah
- c) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan di dua belah pihak yang berlawanan di bagian bawah.
- d) Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul. Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul.

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil pada Trimester III (Kusmiyati, 2009).

1). Uterus

Pada kehamilan 28 minggu, fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau $\frac{1}{3}$ jarak antara pusat ke prosesus xipoides. Pada kehamilan 32 minggu, fundus uteri terletak antara $\frac{1}{2}$ jarak pusat dan prosesus xipoides. Pada kehamilan 36 minggu, fundus uteri terletak kira-kira 1 jari dibawah prosesus xipoides. Bila pertumbuhan janin normal, maka tinggi fundus uteri pada kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada 32 minggu adalah 27 cm dan pada 36 minggu adalah 30 cm. Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun kembali dan terletak kira-kira 3 jari dibawah prosesus xipoides. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada primigravida turun dan masuk kedalam rongga panggul.

Pada trimester III , istmus uteri lebih nyata menjadi corpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah uterus atau segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua, kontraksi otot-otot bagian atas uterus menyebabkan SBR menjadi lebih lebar dan tipis (tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis). Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologik. Dinding uterus diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada SBR.

2). Serviks Uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Karena serviks terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin kebawah. Sesudah partus, serviks akan tampak berlipat-lipat dan tidak menutup seperti spinkter. Perubahan-perubahan pada serviks perlu diketahui sedini mungkin pada kehamilan, akan tetapi yang memeriksa hendaknya berhati-hati dan tidak dibenarkan melakukannya dengan kasar, sehingga dapat mengganggu kehamilan. Kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak. Kadang-kadang wanita yang sedang hamil mengeluh mengeluarkan cairan pervaginam lebih banyak. Pada keadaan ini sampai batas tertentu masih merupakan keadaan fisiologik, karena peningkatan hormon progesteron. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu-minggu akhir kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

3). Vagina Dan Vulva

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

4). Sirkulasi Darah

Volume darah akan bertambah banyak $\pm 25\%$ pada puncak usia kehamilan 32 minggu. Meskipun ada peningkatan dalam volume eritrosit secara keseluruhan, tetapi penambahan volume plasma jauh lebih besar sehingga konsentrasi hemoglobin dalam darah menjadi lebih rendah. Walaupun kadar hemoglobin ini menurun menjadi ± 120 g/L. Pada minggu ke-32, wanita hamil mempunyai hemoglobin total lebih besar daripada wanita tersebut ketika tidak hamil. Bersamaan itu, jumlah sel darah putih meningkat ($\pm 10.500/\text{ml}$), demikian juga hitung trombositnya. Untuk mengatasi pertambahan volume darah, curah jantung akan meningkat $\pm 30\%$ pada minggu ke-30. Kebanyakan peningkatan curah jantung tersebut disebabkan oleh meningkatnya isi sekuncup, akan tetapi frekuensi denyut

jantung meningkat \pm 15%. Setelah kehamilan lebih dari 30 minggu, terdapat kecenderungan peningkatan tekanan darah.

5). Sistem Respirasi

Pernafasan masih diafragmatik selama kehamilan, tetapi karena pergerakan diafragma terbatas setelah minggu ke-30, wanita hamil bernafas lebih dalam, dengan meningkatkan volume tidal dan kecepatan ventilasi, sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron. Keadaan tersebut dapat menyebabkan pernafasan berlebih dan PO₂ arteri lebih rendah. Pada kehamilan lanjut, kerangka iga bawah melebar keluar sedikit dan mungkin tidak kembali pada keadaan sebelum hamil, sehingga menimbulkan kekhawatiran bagi wanita yang memperhatikan penampilan badannya.

6). Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke PAP, keluhan sering kencing dan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali. Disamping itu, terdapat pula poliuri. Poliuri disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan sehingga laju filtrasi glomerulus juga meningkat sampai 69%. Reabsorpsi tubulus tidak berubah, sehingga produk-produk ekskresi seperti urea, uric acid, glukosa, asam amino, asam folik lebih banyak yang dikeluarkan

7). Metabolisme Dalam Kehamilan

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

Janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang-tulangnya dan hal ini terjadi terutama dalam trimester terakhir. Makanan tiap harinya diperkirakan telah mengandung 1,5-2,5 gr kalsium. Diperkirakan 0,2-0,7 gr kalsium tertahan dalam badan untuk keperluan semasa hamil. Ini kiranya telah cukup untuk pertumbuhan janin tanpa mengganggu kalsium ibu. Kadar kalsium dalam serum memang lebih rendah, mungkin oleh karena adanya hidremia, akan tetapi kadar kalsium tersebut masih cukup tinggi hingga dapat menanggulangi kemungkinan terjadinya kejang tetani. Segera setelah haid terlambat, kadar enzim diamino-oksidadase (histamine) meningkat dari 3-6 satuan dalam masa tidak hamil ke 200 satuan dalam masa hamil 16 minggu. Kadar ini mencapai puncaknya sampai 400-500 satuan pada kehamilan 16 minggu dan seterusnya sampai akhir kehamilan. Pinosinase adalah enzim yang dapat membuat oksitosin tidak aktif. Pinosinase ditemukan banyak sekali di dalam darah ibu pada kehamilan 14-38 minggu.

c. Indeks Masa Tubuh

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin analisis dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa berat badan yang bertambah berhubungan dengan fisiologis yang terjadi pada kehamilan yang dengan lebih di rasakan pada ibu primigravida untuk menambah berat badan pada masa kehamilan perkiraan peningkatan berat badan :

4 kg dalam kehamilan 20 minggu

8,5 kg dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/ minggu dalam TM akhir)

Totalnya sekitar 12,5 kg

Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan adanya edema, proses metabolisme, makan, muntah, diare dan rokok

$$\text{Rumus IMT} : \text{BB} / T^2$$

Indeks Masa Tubuh di klasifikasikan dalam 4 kategori

Indeks Masa Tubuh Rendah < 19,8

Indeks Masa Tubuh normal 19,8 – 26

Indeks Masa Tubuh tinggi >26- 29

Indeks Masa Tubuh obesitas > 29 (Arsinah, 2010).

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg penambahan Berat badan mulai dari awal kehamilan sampai akhir adalah 11-12 kg. (Kusmiyati, 2009).

d. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

1) Perdarahan Pervaginam

Pada Kehamilan usia lanjut,perdarahan yang tidak normal adalah merah,banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Kusmiyati, 2009).

2) Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan,dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan.Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang.Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi.

3) Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklampsia (Kusmiyati, 2009).

4). Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Pada saat kehamilan,hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki.Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan

tangan,tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain .Hal ini dapat pertanda anemia,gagal jantung atau pre-eklampsia

5). Keluar Cairan per Vagina

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban.Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa,berbau amis dan berwarna putih keruh,berarti yang keluar adalah air ketuban.Jika kehamilan belum cukup bulan,hati-hati akan adanya persalinan preterm (< 37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum (Kusmiyati, 2009).

6). Gerakan Janin Tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6,beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.Jika bayi tidur gerakan bayi akan melemah.Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Kusmiyati, 2009).

7). Nyeri Perut yang Hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalian.Pada kehamilan lanjut,jika ibu merasakan nyeri yang hebat,tidak berhenti setelah beristirahat,disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok,maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio placenta Nyeri

perut yang hebat bisa berarti apendiksitis, kehamilan etopik, aborsi, penyakit radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantongempedu, iritasi uterus, abrupsia placenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Asrinah, 2010).

e. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

- 1) Mempersilahkan kelahiran dan kemungkinan darurat
- 2) Bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan
- 3) Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi
- 4) Mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut.
- 5) Mempersiapkan donor darah.
- 6) Mengadakan persiapan financial.

f Ketidaknyamanan Wanita Hamil pada Trimester 3 dan Cara Mengatasinya

Tabel 2.4 Ketidaknyamanan pada Trimester III

No	Ketidaknyamanan	Fisiologi	Intervensi
1	Sesak nafas (60%) (Trimester 3)	Diafragma terdorong ke atas.	Posisi badan bila tidur menggunakan ekstra bantal. Hentikan merokok, konsul.
2	Insomnia (pada minggu-minggu akhir) (Trimester 3)	Gerakan janin, kram otot, sering buang air kecil.	Sering berkomunikasi dengan kerabat/suami.

3	Rasa khawatir & cemas. (Trimester 3)	Gangguan hormonal: penyesuaian hormonal, khawatir jadi ibu setelah kelahiran.	Relaksasi, masase perut, minum susu hangat, tidur pakai ganjal bagian tubuh.
4	Rasa tidak nyaman dan tertekan pada bagian perineum. (Trimester 3)	Pembesaran uterus terutama waktu berdiri & jalan. Serta akibat gemeli.	Istirahat, relaksasi, siapkan tubuh, lapor petugas kesehatan.
5	Kontaksi Braxton Hick. (Trimester 3)	Kontraksi usus mempersiapkan persalinan.	Istirahat, teknik nafas.
6	Nyeri pinggang	Nyeri pinggang biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya	Postur tubuh yang baik, Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban, hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat Gunakan sepatu bertumit rendah; sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis, kompres dengan air hangat.
7	Edema kaki sampai tungkai. (Trimester 3)	Karena berdiri dan duduk lama, postur tubuh jelek, tidak latihan fisik, baju ketat, cuaca panas.	Asupan cairan dibatasi hingga berkemih secukupnya saja. Istirahat posisi kaki lebih tinggi dari kepala.
8	Sakit kepala (terjadi selama kehamilan)	Ketegangan otot, pengaruh hormone, tegangan mata, kongesti hidung, dan dinamika cairan saraf yang berubah.	Lakukan teknik relaksasi dengan menghirup nafas dalam. Masase leher dan otot bahu, gunakan kompres panas atau es di leher.
9	Perut kembung (Trimester 3)	Penurunan kerja saluran pencernaan yang menyebabkan perlambatan pengosongan lambung. Penekanan dari uterus yang membesar terhadap usus besar. Faktor diet.	Hindari makanan yang mengandung gas, misalnya kol, nangka, dan ketan, lambat dicerna, misalnya mie dan tinggi lemak. Kunyah makanan secara sempurna, lakukan senam secara teratur.pertahankan kebiasaan BAB yang normal. Hindari kelelahan, makan secara teratur dan sedikit, konsultasi ke dokter untuk pemberian obat.

(Sumber : Saifuddin, 2010)

g. Kunjungan Antenatal

1) Kunjunga pertama

- a) tanyakan data identitas , hamil keberapa, menstruasi, riwayat persalinan lalu, riwayat penyakit dlu dan masalah masalah kehamilan.
- b) pemeriksaan fisik
tinggi badan berat badan, jantung, tekanan darah, payudara dll
- c) pemeriksaan Laboratorium
pemeriksaan darah,urin , STS

2) kunjungan ulang

Mengevaluasi temuan masalah meninjau data kunjungan pertama
Pendeteksian komplikasi, mempersiapkan kelahiran dan
kegawatdaruratan dan pemeriksaan fisik yang fokus.

3) Pemeriksaan pada kunjungan Ulang

Mendeteksi tiap gejala atau indikasi gejala ketidaknyamanan yang
mungkin dialami ibu sejak kunjungan terakhir ibu di tanya mengenai
Gerakan janin, tanda bahaya,keluhan yang lazim, kekhawatiran lainnya (Kusmiyati, 2009).

h Asuhan Antenatal standar 14 T (Sulistyawati, 2009):

- 1) Timbang Berat Badan (T1)
- 2) Ukur Tekan.An Darah (T2)
- 3) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)
- 4) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

- 5) Pemberian imunisasi TT (T5)
- 6) Pemeriksaan HB (T6)
- 7) Pemeriksaan VDRL (T7)
- 8) Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara (T8)
- 9) Senam Ibu Hamil (T9)
- 10) Temu wicara/konseling (T10)
- 11) Pemeriksaan protein urin atas indikasi (T11)
- 12) Pemeriksaan reduksi urin atas indikasi (T12)
- 13) Pemberian terapi kapsul yodium (T13)
- 14) Pemberian terapi anti malaria (T14)

i. Tujuan Asuhan Antenatal

Menurut buku Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal (2009) tujuan asuhan antenatal adalah :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat.

- 5) ibu dengan bayinya dengan trauma seminimal mungkin. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

j Risiko kehamilan

Kehamilan resiko tinggi adalah suatu keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau sebaliknya, penyakit ibu dapat berpengaruh buruk pada janinnya atau keduanya saling berpengaruh. Kehamilan resiko tinggi merupakan ancaman (Saifuddin, 2006).

suatu kondisi pada ibu hamil yang terdapat gangguan pada kehamilan yang berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya. Risiko kehamilan menurut Poedji Rochjati salah satunya yaitu Usia ibu terlalu tua (35 tahun) Ibu hamil pada usia ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit obstetris serta mortalitas dan morbiditas perinatal. Bagi ibu yang memiliki penyakit kronis dan kondisi fisik yang rendah hal ini kemungkinan akan terjadi. Ada beberapa teori tentang kehamilan usia 35 tahun atau lebih :

- 1) Wanita umumnya mengalami penurunan kesuburan mulai dari umur 30 tahun.
- 2) Munculnya masalah kesehatan kronis (hipertensi, tumor, degeneratif tulang belakang dan panggul)

- 3) DM gestasional pada ibu usia tua, terjadi peningkatan kerusakan endotel vaskular progresif yang berhubungan dengan proses penuaan
- 4) Preeklampsia, peningkatan angka kejadian pada kelompok usia > 40 tahun (3%) dibanding kelompok usia < 35 tahun (2,4%).
- 5) Kelainan kromosom anak (down syndrom).
- 6) Risiko keguguran.
- 7) Profil obstetri saat persalinan :
 - a) Cara Persalinan Pada ibu yang berusia tua (> 35 tahun) cenderung melakukan persalinan dengan cara bedah sesar
 - b) Partus Lama Proses fisiologis dari penuaan yaitu menurunnya efesensi miometrium sehingga partus lama.
 - c) Perdarahan Post Partus
- 8) Keluaran Perinatal :
 - a) BBLR.
 - b) Asfiksia Neonatorum.
 - c) Kematian Perinatal

k Penatalaksanaan

Kehamilan pada usia > 35 tahun memerlukan pengawasan dan penanganan dini, diawasi dan ditangani oleh dokter ahli kandungan sejak dini yaitu perlu melakukan beberapa pemeriksaan seperti:

- a. Pemeriksaan laboratorium untuk memeriksa gula darah untuk memastikan ada atau tidak penyakit diabetes militus

- b. Pemeriksaan darah ibu untuk mengetahui adanya kelainan kromosom
- c. Menjalani upaya medis untuk mencegah hipertensi, dan cacat bawaan
- d. Pemberian asam folat yang cukup pada ibu hamil karena dapat mengurangi resiko cacat bawaan diberikan sampai usia kehamilan 12 minggu/ masa pembentukan organ janin. Ibu hamil pada usia > 35 tahun perlu mendapat penanganan untuk mencegah kelahiran prematur. (Ridwanamiruddin, 2007)

1 Preeklamsia

kumpulan gejala penyakit yang terdiri dari Trias HPE (hipertensi, protein urineria, edema)dalam keadaan yang lebih berat trias di sertai kejang.Komplikasi atau penyulit langsung kehamilan yang menyebabkan terjadi trias kehamilan di sebut pre eklamsia (ringan / berat) dan eklamse (Manuaba, 2009).

8) Gejala klinis preeklamsi Ringan

Tekanan darah sekitar 140/90 mmHg atau kenaikan tekanan darah 30 mmhg untuk sistolk atau 15 mmhg untuk diastolk dengan interval pengukuran selama 6 jam.Terdapat penegluaran protein urin dalam urin 0,3 g/liter atau kuaamlitatif +1 sampai +2. Odema pada kaki tangan atau lainnya. Kenaikan berat badan lebih dari satu kilo per minggu

9) Gejala klinis preeklamsi Berat

Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih pengeluaran potein urin lebih dari 5 g/24 jam .Terjadi penurunan produksi urin kurang dari 400 cc/ 24 jam. Terdapat odema paru dan sianosis kebiruan dan terasa sesak nafas.

Terdapat gejala subyektif (sakit kepala , gangguan penglihatan, nyeri daerah perut saja

(Manuaba, 2009).

m Pengobatan dan perawatan kehamilan dengan pre eklamse

Preeklampsia ringan dengan berobat jalan pantang mengkonsumsi garam dapat diberikan obat penenang dan diuretik (meningkatkan pengeluaran urine) kontrol setiap minggu, Anjuran segera kembali diperiksa bila gejala semakin memberat.

Preeklampsia dengan masuk rumah sakit dengan kamar isolasi yang bebas dari sinar dan suara dengan perawatan khusus , di pasang infus untuk mengatur pengeluaran cairan , pemberian nutrisi dan mengatur elektrolit. Pengawasan dalam 2x24 jam, bila keadaan bertambah berat di lakukan induksi (dorongan) persalinan atau langsung di lakukan sesio sesarea(Manuaba, 2009).

n Dasar diagnosa Pre eklamse

Kejadian pre eklamse sulit di cegah tetapi diagnosa dini sangat menentukan prognosis janin, pengawasan hamil sangat penting karena pre eklamse merupakan penyebab kematian cukup tinggi , terutama di negara berkembang. Diagnosa di tetapkan dengan dua trias pre eklamse yaitu kenaikan berat badan odema , kenaikan tekanan darah dan terdapat protein urinaria.

O Pencegahan Kejadian pre eklamse (Manuaba, 2010)

Untuk pencegahan dapat diberikan nasihat tentang :

- 1) Diet makanan yaitu makanan tinggi protein , tinggi karbohidrat, cukup vitamin, dan rendah lemak, kurangi garam apabila berat badan bertambah atau odema, makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna, untuk meningkatkan jumlah protein dengan tambahkan satu butir telur setiap hari.
- 2) Cukup istirahat yaitu cukup sesuai pertambahan usia kehamilan berkerja seperlunya dan di sesuaikan kemampuan, lebih banyak berbaring ke arah punggung janin sehingga aliran darah menuju placenta tidak mengalami gangguan.
- 3) Pengawasan antenatal kehamilan yaitu bila terjadi perubahan perasaan gerak janin dalam rahim segera datang ke tempat fasilitas kesehatan.keadaan yang memerlukan perhatian :
 - a) Kemungkinan preeklamsi yaitu tekanan darah mengalami kenaikan , tinggi fundus uteri , kenaikan berat badan, atau odema, protein dalam
 - b) Penilaian kondisi janin yaitu pemantauan tinggi fundus, gerakan janin dalam rahim, denyut jantung janin dan air ketuban

p Penanganan Pre eklamse (Manuaba, 2010).

Penanganan Pre eklamse bertujuan untuk menghindari kelanjutan menjadi eklamse dan pertolongan kebidanan dengan melahirkan janin dalam keadaan optimal dan bentuk pertolongan dengan trauma minimal. Pada Pre

eklamse ringan , penanganan simtomatis dan berobat jalan dengan memberikan:

- 1) Sedatif ringan (phenobarbital 3 x 30 mg, Vallium 3 x 10 mg)
- 2) Obat penunjang (vitamin B kompleks, Viatamin c atau vitamin E , zat besi)
- 3) Nasihat (garam dalam makanan dikurangi, lebih banyak istirahat berbaring ke arah punggung janin datang memeriksakan diri, bila terdapat gejala sakit kepala, pandangan kabur, odema, mendadak berat badan naik, perasaan semakin sesak, nyeri pada episgarum, gerak janon melemah, pengeluaran urin berkurang.
- 4) Jadwal pemeriksaan hamil di percepat dan di perketat, petunjuk untuk segera memasukkan penderita ke rumah sakit atau merujuk penderita.

q hidramnion (Marmi,2011).

Suatu keadaan dimana jumlah air ketuban jauh lebih banyak dari norma, biasanya lebih dari 2 liter.

1) Perjalanan penyakit

- Hidramnion kronis

Pertambahan air ketuban terjadi secara perlahan-lahan dalam beberapa minggu kehamilan atau bulan , dan biasanya terjadi pada kehamilan lanjut.

- Hidramnion Akut

Terjadi pertambahan air ketuban yang sangat tiba-tiba dan cepat dalam waktu beberapa hari saja

2) Hidramnion banyak di temukan pada kasus- kasus

Penyakit jantung, nefritis, edema umum, anmalia kongenital, simpul tali pusat, diabetes, gemeli uniovulair, malnutrisi, penyakit kelenjar hipofisis

3) Diagnosis

1. Anamnesis

- perut lebih besar dan terasa lebih besar dari biasanya
- pada yang ringan keluhan subyektif tidak banyak
- nyeri perut karena uterus tegang menyebabkan mual/muntah
- odema pada vulva dan dinding perut
- pada proses akut dan perut besar sekali bisa syok, berkeringat, sesak dan dingin.

b) Inspeksi

- Kelihatan perut sangat buncit dan tegang , kulit perut berkilat , retak-retak , dan kadang umbilikus datar.
- Jika akut ibu akan terlihat sianosis seperti payah membawa kandungan dan sesak.

c) Palpasi

- Perut tegang dan nyeri tekan saat terjadi odema pada dinding perut, vulva dan tungkai
- Fundus lebih tinggi dari umur sesungguhnya
- Bagian janin sukar dikenali

d) Auskultasi

Djj sukar didengar

e) Foto Rontgen Abdomen

Nampak bayangan terselubung kabut, karena banyaknya cairan kadang janin tidak jelas

d) Periksa Dalam

Selaput ketuban terba tegang dan menonjol walaupun di luar his

4. Prognosis

1) Janin

Kongenital anatomi, prematur, komplikasi karena kesalahan letak anak, eritoblastosis.

2) Ibu

Solusio placenta, antonia uteri, perdarahan post partum, retentio placenta, syok

5. Terapi hidramnion dibagi 3 fase

1) Waktu hamil

- Hidramnion ringan jarang diberi terapi cukup di observasi dan di berikan terapi simpotompatis
- Pada polihidramnion berat harus di rawat di rumah sakit dan bedrest.

2) waktu partus

- bila tidak ada hal mendesak maka sikap kita menunggu
- bila keluhan hebat, seperti sesak dan sianosis maka lakukan transvaginal melalui serviks bila sudah ada pembukaan

- bila sewaktu pemeriksaan dalam , ketuban tiba tiba pecah
masukkan tambahan agar air ketuban keluar perlahan

3) Post Partum

- Periksa Hb
- Pasang infus
- Pemberian antibiotik (Marmi,2011).

r Kehamilan post-term

kehamilan yang berusia lebih dari sama dengan 42 minggu atau 294 hari. Meskipun istilah ini lebih sering digunakan untuk menyebut kehamilan dengan berusia lebih dari 41 minggu. Persalinan postterm menunjukkan kehamilan berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari (Prawirohardjo, 2008). Angka kejadian kehamilan lewat waktu kira-kira 10%, bervariasi antara 3,5-14%. Data statistik menunjukkan, angka kematian dalam kehamilan lewat waktu lebih tinggi ketimbang dalam kehamilan cukup bulan, dimana angka kematian kehamilan lewat waktu mencapai 5 -7 %. Variasi insiden postterm berkisar antara 2-31,37%.

1) Etiologi

Menurut Sarwono Prawirohardjo dalam bukunya (Ilmu Kebidanan, 2008) faktor penyebab kehamilan postterm adalah :

- Pengaruh Progesteron

Penurunan hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga terjadinya kehamilan dan persalinan postterm adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.

- Teori Oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan postterm memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebabnya.

- Teori Kortisol/ACTH janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus,

hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

- Saraf Uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan di mana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebabnya.

- Heriditer

Beberapa penulis menyatakan bahwa seseorang ibu yang mengalami kehamilan postterm mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya. Mogren (1999) seperti dikutip Cunningham, menyatakan bahwa bilamana seseorang ibu mengalami kehamilan postterm saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya mengalami kehamilan postterm.

2) Diagnosa

Tidak jarang seorang bidan mengalami kesulitan dalam menentukan diagnosis karena diagnosis ditegakkan berdasarkan umur kehamilan, bukan terhadap kondisi kehamilan. Diagnosis dapat ditentukan melalui (Prawirohardjo, 2008) :

- Riwayat Haid

Diagnosis tidak sulit untuk ditegakkan apabila hari pertama haid terakhir (HPHT) diketahui dengan pasti. Untuk riwayat haid yang dapat dipercaya, diperlukan beberapa kriteria antara lain,

- Penderita harus yakin betul dengan HPHT-nya
- Siklus 28 hari dan teratur
- Tidak minum pil anti hamil setidaknya 3 bulan terakhir
- Selanjutnya diagnosis ditentukan dengan menghitung menurut rumus Naegele.

Berdasarkan riwayat haid, seseorang penderita yang ditetapkan sebagai kehamilan dan persalinan postterm kemungkinan adalah sebagai berikut:

- Terjadi kesalahan dalam menentukan tanggal haid terakhir atau akibat menstruasi abnormal.
- Tanggal haid terakhir diketahui jelas, tetapi terjad kelambatan ovulasi.
- Tidak ada kesalahan menentukan haid terakhir dan kehamilan memang berlangsung lewat bulan (keadaan ini sekitar 20-30% dari seluruh penderita yang diduga kehamilan postterm).

3) Komplikasi

Kemungkinan komplikasi pada persalinan postterm adalah:

- Terhadap Ibu

Persalinan postterm dapat menyebabkan distosis karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, moulding kepala kurang. Maka akan sering dijumpai seperti partus lama, kesalahan letak, inersia uteri,

distosia bahu, robekan luas jalan lahir, dan perdarahan postpartum. Hal ini akan menaikkan angka mordibitas dan mortalitas (Prawirohardjo, 2006).

- Trauma langsung persalinan pada jalan lahir:

Robekan luas

Fistula rekto-vasiko vaginal

Ruptura perineum tingkat lanjut

Infeksi karena terbukanya jalan halir secara luas sehingga mudah terjadi kontaminasi bacterial.

- Perdarahan:

Trauma langsung jalan lahir

Atonia uteri

Retentio Plasenta

- Terhadap Janin

Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO₂/O₂ sehingga mempunyai risiko asfiksia, hipoksia, hipovolemia, asidosis, hipoglikemia, hipofungsi adrenal sampai kematian dalam rahim.

- Asfiksia karena terlalu lama terjepit
- Truma akibat tindakan operasi yang di lakukan pervaginam dengan bentuk trias komplikasi: infeksi, asfeksia, trauma langsung

2. Persalinan

a Pengertian Persalinan adalah adalah proses dimana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari uterus. Persalinan dianggap normal jika usia kehamilan 37 minggu tanpa disertai penyulit (APN , 2008).

b Teori Persalinan.

1) Kadar progesteron

Mempunyai tugas mempertahankan kehamilan semakin menurun dengan semakin tuanya kehamilan, sehingga otot rahim lebih mudah dirangsang 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 dihasilkan 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 sfingter 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 (Wiknjastro 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 Asuhan Persalinan Normal

Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan 58 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:

1) Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua.

- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.

- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenan (perasat untuk melindungi perineum dngan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap

fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).

20) Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)

25) Melakukan penilaian selintas :

a). Apakah bayi menangis kuat

b). atau bernapas tanpa kesulitan?

c). Apakah bayi bergerak aktif ?

- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- 32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorso-kranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 37) melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
- 38) Setelah plasenta tampak pada 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 masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)

- 40) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.
- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
- 45) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

- 50) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Melengkapi partograf.

e. Perubahan – Perubahan Fisiologis Dalam Persalinan

perubahan fisiologis dalam persalinan meliputi :

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata – rata 10 – 20 mmHg dan kenaikan diastolic rata – rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

2) Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik maupun metabolisme anaerobik akan naik secara berangsur disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

3) Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal jika tidak melebihi 0.5 – 1 °C.

4) Denyut jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat di bandingkan sebelum persalinan.

5) Pernafasan

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang dianggap normal. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bias menyebabkan alkalosis.

6) Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap biasa dalam persalinan.

7) Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I

8) Perubahan hematologi

Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum.

f. Perubahan Psikologi Pada Ibu Bersalin Menurut Varney 2007

1) Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab yang baru atau tambahan

yang akan di tanggungnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

2) Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang di akibatkan oleh perubahan – perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang – orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu – ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

3) Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental,materi dsb)

Biasanya ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

4) Support system

Peran serta orang – orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

g. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. Rongga-rongga panggul yang normal adalah : pintu atas panggul hampir berbentuk bundar, sacrum lebar dan melengkung, promontorium tidak menonjol ke depan, kedua spina ischiadica tidak menonjol ke dalam, sudut arcus pubis cukup luas (90-100), ukuran conjugata vera (ukuran muka belakang pintu atas panggul yaitu dari bawah simpisis ke promontorium) ialah 10-11 cm, ukuran diameter transversa (ukuran melintang pintu atas panggul) 12-14 cm, diameter oblique (ukuran sserong pintu atas panggul) 12-14 cm, pintu bawah panggul ukuran muka melintang 10-10,5 cm. Jalan lahir dianggap tidak normal dan kemungkinan dapat menyebabkan hambatan persalinan yaitu panggul sempit seluruhnya, panggul sempit sebagian, panggul miring, panggul seperti corong, ada tumor dalam panggul. Kelainan pada jalan lahir lunak diantaranya disebabkan oleh serviks yang kaku (pada primi tua primer atau sekunder dan serviks yang cacat atau skiatrik), serviks gantung (OUE terbuka lebar, namun OUI tidak terbuka), serviks konglomer (OUI terbuka, namun OUE tidak terbuka), edema serviks (terutama karena kesempitan panggul, sehingga serviks terjepit diantara

kepala dan jalan lahir dan timbul edema), terdapat vaginal septum, dan tumor pada vagina.

2) Power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Kontraksi adalah gerakan memendek dan menebalnya otot-otot rahim yang terjadi diluar kesadaran (involuter) dan dibawah pengendalian syaraf simpatik. Retraksi adalah pemendekan otot-otot rahim yang bersifat menetap setelah adanya kontraksi. His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah. His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan. His yang normal mempunyai sifat : kontraksi otot rahim mulai dari salah satu tanduk rahim, kontraksi bersifat simetris, fundal dominan yaitu menjalar ke seluruh otot rahim, kekuatannya seperti memeras isi rahim, otot rahim yang berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim, bersifat involunter yaitu tidak dapat diatur oleh parturient. Tenaga meneran merupakan kekuatan lain atau tenaga sekunder yang berperan dalam persalinan, tenaga ini digunakan pada saat kala 2 dan untuk membantu mendorong bayi keluar, tenaga ini

berasal dari otot perut dan diafragma. Meneran memberikan kekuatan yang sangat membantu dalam mengatasi resistensi otot-otot dasar panggul. Persalinan akan berjalan normal, jika his dan tenaga meneran ibu baik. Kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena hypotonic/atonia uteri dan hypertonic/tetania uteri, kelainan kekuatan his dan meneran.

3) Passanger

Passanger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang.

4) Psikologis

Faktor psikologis ketakutan dan kecemasan sering menjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik, pembukaan menjadi kurang lancar. Perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lama.

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

h Ketuban Pecah Dini (Nugroho,2010).

Definisi Ketuban Pecah Dini(KPD)adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartu,pada pembukaan <4 cm(fase laten).Hal ini dpat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan

KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu.KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan

KPD merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan , dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelohan KPD pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan mungkinana terjadinya prematuritas dan RDS (Respiration Dstress Syndrome).

1) Etiologi

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor faktor dengan KPD, namun faktor faktor mana yang berperan sulit diketahui.

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah:

- Infeksi; Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.
- Servik yang inkompetensia , kanalis serviklis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri(akibat persalinan, curetage)
- Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan(overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli)
- Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintensis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi
- Kelainan letak,misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul(PAP)yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
- Keadaan sosial ekonomi
- Faktor lain
 - Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
 - Faktor disproporsiantar kepala janin dan panggul ibu.
 - Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum

Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat(Vitamin C).

Beberapa faktor risiko dari KPD:

- Inkompetensi serviks(leher rahim)
- Polihidramnion(cairan ketuban berlebihan)
- Riwayat KPD sebelumnya
- Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
- Kehamilan kembar
- Truma
- Serviks(leher rahim)yang pendek(<25mm)pada usia kehamilan 23 minggu
- Infeksi pada kehamilan seperti bakterial vaginosis

2) .Tanda Dan Gejala

- Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amonik, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila Anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya''menganjal''atau''menyumbat'' kebocaran untuk sementara.

- Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut, jantung janin, bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

3) Diagnosa

Menegakkan diagnosa KPD secara tetap sangat penting, karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan seksio sesaria yang sebenarnya tidak ada indikasinya

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

- Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya.
- Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine, atau sekret vagina.
- Sekret vagina ibu hamil Ph:4-5, dengan kertas nitrazim tidak berubah warna, tetap kuning.
- Tes Lakmus(tes Nitrazim), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban(alkalis): pH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
- Mikroskopik(tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

b) Pemeriksaan ultrasonografi(USG)

- Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
- Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

5) Komplikasi

- Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan (RDS=Respiratory Distress Syndrome), yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir.
- Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD.
- Semua ibu hamil dengan KPD prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis(radang pada korion dan amnion).
- Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD.
- Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD preterm
- Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada KPD preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

6) Penatalaksanaan

a) Konservatif

- Rawat dirumah sakit.
- Beri antibiotika: bila ketuban pecah < 32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- Bila usia kehamilan 32-34 minggu, masih keluar air ketuban, maka usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan (hal sangat tergantung pada kemampuan perawatan bayi prematur).
- Nilai tanda tanda infeksi (suhu,leukosit,tanda infeksi intrauterine).
- Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid selama untuk memacu kematangan paru paru janin

b) Aktif

- Kehamilan > 35 minggu: induksi oksitosin, bila gagal dilakukan seksio sesaria.
- Cara induksi: 1 ampul syntocinon dalam dektrose 5% di mulai 4 tetes/menit, tiap ¼ jam dinaikkan 4 tetes sampai maksimum 40 tetes/menit.
- Pada keadaan CPD, letak lintang dilakukan Seksio sesaria.
- Bila ada tanda tanda infeksi: beri antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri (Nugroho, 2010).

3. Bayi Baru Lahir

a. Penilaian Awal Bayi Baru Lahir

Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

- o Apakah bayi cukup bulan ?
- o Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- o Apakah bayi menangis atau bernapas ?
- o Apakah tonus otot bayi baik ?

Jika bayi cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi. (APN, 2008).

Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai ada 5 poin :

Appearance (warna kulit)

Pulse rate (frekuensi nadi)

Grimace (reaksi rangsangan)

Activity (tonus otot)

Respiratory (pernapasan).

Setiap penilaian diberi nilai 0, 1, dan 2. Bila dalam 2 menit nilai apgar tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit,

kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologik lanjutan di kemudian hari lebih besar. berhubungan dengan itu penilaian apgar selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit

2.5 Tabel Nilai APGAR

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan merah, ektrimitas biru	Sekuruh tubuh kemerahan
Pulse	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik/ menyeringai	Batuk/ bersin
Activity	Tidak ada	Ekstrimitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Baik/ menangis

(Sarwono Prawirohardjo, 2009).

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.

Nilai Apgar 7-10 : Bayi normal

Nilai Apgar 4-6 : asfiksia sedang ringan

Nilai Apgar 0-3 : asfiksia berat

b. Penanganan Bayi Baru Lahir (Saifuddin, 2009).

1). Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Bila bayi baru lahir segera menangis spontan atau segera menangis, hindari melakukan penghisapan secara rutin pada jalan nafasnya karena penghisapan pada jalan nafas yang tidak dilakukan secara hati-hati dapat menyebabkan perlukaan pada jalan nafas hingga terjadi infeksi, serta dapat merangsang terjadinya gangguan denyut jantung dan spasme (gerakan involuter dan tidak terkendali pada otot, gerakan tersebut diluar kontrol otak). Pada laring dan tenggorokan bayi.

Bayi normal akan segera menangis segera setelah lahir. Apabila tidak langsung menangis maka lakukan:

- a). Letakkan bayi pada posisi telentang di tempat yang keras dan hangat.
- b). Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- c). Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
- d). Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2 – 3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar agar bayi segera menangis.

2). Memotong dan merawat tali pusat

Setelah bayi lahir, tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan perawatan terbuka tanpa dibubuhi apapun.

3). Mempertahankan suhu tubuh bayi

Cegah terjadinya kehilangan panas dengan mengeringkan tubuh bayi dengan handuk atau kain bersih kemudian selimuti tubuh bayi dengan selimut atau kain yang hangat, kering, dan bersih. Tutupi bagian kepala bayi dengan topi dan anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya serta jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir karena bayi baru lahir mudah kehilangan panas tubuhnya.

4). Pemberian vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, sekitar 0,25 – 0,5 %. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi resiko tinggi diberi Vitamin K perenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM.

5). Upaya profilaksis terhadap gangguan mata.

Pemberian obat tetes mata Eritromisin 0,5% atau Tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) Tetes mata / salep antibiotik tersebut harus diberikan dalam waktu 1 jam pertama setelah kelahiran. Upaya profilaksis untuk gangguan pada mata tidak akan efektif jika tidak diberikan dalam 1 jam pertama kehidupannya.

6). Identifikasi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan. Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, di kamar bersalin, dan di ruang rawat bayi. Alat yang digunakan hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus dan tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas. Pada alat identifikasi harus tercantum: nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu. Di setiap tempat tidur harus di beri tanda dengan mencantumkan

nama, tanggal lahir dan nomor identifikasi. Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak di catatan yang tidak mudah hilang. Sidik telapak kaki bayi harus dibuat oleh personil yang berpengalaman menerapkan cara ini, dan dibuat dalam catatan bayi. Bantalan sidik jari harus disimpan dalam ruangan bersuhu kamar. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkaran kepala, lingkaran perut dan catat dalam rekam medik.

c Pemantauan Bayi Baru Lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

1) Dua jam pertama sesudah lahir

Kemampuan menghisap kuat dan lemah

Bayi tampak aktif dan lunglai

Bayi kemerahan atau biru

2) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti bayi kecil, gangguan pernapasan, hipotermi, cacat bawaan. (Saifudin, 2009).

d. Tanda- tanda Vital Bayi (Salleha, 2009).

1) Jumlah tarikan nafas

Hitunglah tarikan nafas satu menit amati naik turunnya perut bernafas 30-60 kali.

2). Detak jantung bayi

Berkisar 120-160 detak permenit kadang melambat 100-180 per menit jika terlalu lambat kemungkinan bayi terkena infeksi.

4. ASI eksklusif

a. Pengertian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian asi saja, termaksud kolostrum tanpa pemberian tambahan apapun sejak lahir, dengan kata lain susu formula, air matang, air gula, dan madu (Salleha, 2009).

b. Volume ASI

Volume pengeluaran asi pada minggu pertama bayi lahir biasanya banyak, tetapi setelah itu sekitar 450-650 ml. Seorang bayi memerlukan sebanyak 600 ml susu perhari. Jumlah tersebut dapat di capai dengan menyusui bayinya selama 4-6 bulan pertama. Karena itu lah selam kurun waktu tersebut ASI mampu memenuhi gizinya. Setelah 6 bulan voume pengeluaran asi menurun sejak itulah gizi tidak terpenuhi dan memerlukan makanan tambahan. Dalam keadaan produksi normal pengeluaran asi terbanyak pada 5 menit pengisapan pertama. Pengisapan oleh bayi biasanya 25-30 menit.berdasarkan penghitungan sederhana jumlah ASI yangdiperlukan bayi adalah bayi normal memerlukan 160-

165 ml ASI perkilogram berat badan perhari. Dengan demikian, bayi dengan berat 4 kg memerlukan 660 ml ASI per hari dan 825 ml per hari untuk berat bayi 5 kg. Jumlah kebutuhan energi keperluan menyusui per hari adalah 500-600 kkal atau kira-kira $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{4}$ lebih banyak dari yang dikonsumsi normal (Proverawati, 2010).

c. Keunggulan ASI

ASI murah, sehat, dan mudah memberikannya. ASI mengandung zat imun yang dapat meninggikan anak terhadap penyakit dan sesuai dengan kemampuan absorpsi usus bayi. Pada umumnya laktalbumin suatu protein dengan mutu sangat tinggi kalsium bayi menyerap kira-kira dua pertiganya, menyusui berarti menjalin kasih sayang ibu terhadap anak. Menyusui juga dapat mempercepat ibu menjadi langsing kembali sesudah melahirkan, pemberian susu botol yang penanganannya tidak bersih, dapat menimbulkan sakit dan kematian pada bayi. Ibu hendaknya anaknya hingga tahun kedua (Proverawati, 2010).

d. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI (Salleha, 2009).

- 1) Membersihkan puting susu dengan air atau minyak, sehingga epitel yang lepas tidak menumpuk
- 2) Puting susu ditarik setiap mandi, sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi
- 3) Bila puting susu belum menonjol dapat menggunakan pompa susu atau dengan jalan operasi.

Keuntungan keberadaan puting susu dalam mulut bayi yaitu:

- 1) Rangsangan ASI lebih sempurna
 - 2) Menghindari kemungkinan lecet
 - 3) Kepuasan bayi menghisap ASI
 - 4) Menghindari udara yang masuk ke dalam lambung bayi
- e. Langkah- Langkah Menyusui (Proverawati, 2010).
- 1) Menyangga punggung bahu dan leher bayi
 - 2) Letakkan bayi dengan posisi hidung setra dengan puting sehingga melekat sempurna dengan payudara.
 - 3) Tunggu sampai bayi membuka mulut lebar, ibu dapat merangsang bibir bayi
 - 4) Bayi akan mendekatkan kepala nya ke payudara dengan dahi terlebih dahulu
 - 5) Bayi membuka mulut lebar untuk mencangkup aerola , puting sampe ke langit langit bayi
 - 6) Rangsang bayi untuk melepas puting dari mulutnya jangan menarik paksa
- f. Manfaat ASI (Salleha, 2010).
- 1) Bagi Bayi
Komposisi sesuai kebutuhan, Mengandung zat peindung,
Perkembangan psikomotorik lebih cepat, menunjang perkembangan koqnitif

2) Bagi ibu

Mencegah perdarahan, menunda kesuburan, mempercepat involusi, mencegah anemia defisiensi zat besi

3) Bagi keluarga

Mudah dalam perse pemberian, mengurangi biaya rumah tangga, menghemat biaya berobat

4) Bagi negara

Penghematan untuk subsidi, penghematan devisa, mengurangi polusi

g. Komponen ASI (Proverawati, 2010).

1) Taurin, DHA dan ARA

Taurin adalah sejenis asam amino kedua yang terbanyak dalam ASI yang berfungsi sebagai neuro-transmitter dan berperan penting untuk proses maturasi sel otak. Percobaan pada binatang menunjukkan bahwa defisiensi taurin akan berakibat terjadinya gangguan pada retina mata. Decosahexanoic Acid (DHA) dan Arachidonic Acid (AA) adalah asam lemak tak jenuh rantai panjang (polyunsaturated fatty acids) yang diperlukan untuk pembentukan sel-sel otak yang optimal. Jumlah DHA dan AA dalam ASI sangat mencukupi untuk menjamin pertumbuhan dan kecerdasan anak. Disamping itu DHA dan AA dalam tubuh dapat dibentuk/disintesa dari substansi pembentuknya (precursor) yaitu masing-masing dari Omega 3 (asam linolenat) dan Omega 6 (asam linoleat).

2) Kolostrum

Kolostrum mengandung zat kekebalan terutama IgA untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare. Jumlah kolostrum yang diproduksi bervariasi tergantung dari hisapan bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Walaupun sedikit namun cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Oleh karena itu kolostrum harus diberikan pada bayi. Kolostrum mengandung protein, vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran.

3) Protein

ASI banyak mengandung protein yang mudah di cerna sedangkan pada susu formula kebalikannya, untuk itu pemberian asi eksklusif sampai dengan 6 bulan

4) Lemak

Lebih mudah di cerna karena mengandung osborn membuktikan bayi yang tidak mendapatkan ASI lebih banyak menderita jantung koroner di usia muda.

5) Laktosa

Karbohidrat utama pada ASI sebagai sumber energi meningkatkan absorpsi kalsium dan merangsang pertumbuhan lactobacillus bifidus.

6) Vitamin A

Konsentrasi Vitamin A berkisar 2000 IU/dl

7) Zat Besi

Meskipun ASI mengandung sedikit zat besi 0,5-1,0 mg/l bayi yang menyusu jarang kekurangan anemia karena zat besi pada ASI mudah di serap.

8) lactobacillus

9) Menghambat pertumbuhan bakteri E.Coli yang menyebabkan diare

5 Nifas

a. pengertian

Puerperium (nifas) adalah dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6 – 8 minggu. (Saifuddin, 2010).

b. Tujuan 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 pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Saifuddin, 2010).

c. Tahap Masa Nifas

1) Immediate postpartum

Masa segera placenta lahir sampe 24 jam, banyak terdapat masalah masalah oleh karena itu bidan dengangeratur melakkan pemeriksaan

2) Early post partum

24 jam – 1 minggu bidan memastikan masa involusi dalam keadaan normal , tidak ada perdarahan , lochea tidak berbau, tidak demam dan ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode late post partum

1 minggu sampai 5 minggu pada periode ini tetap melakukan pemeriksaan dan konseling KB (Salleha , 2009).

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas (salleha , 2010)

1). Uterus

Segera setelah placenta lahir pada uterus yang berkontraksi posisi uterus pertengahan umbilikal dan simfisis atau sedikit lebih tinggi , sehingga dalam dua minggu sudah masuk ke pelvis hingga tak teraba lagi. Dalam keadaan normal lebih 1 kg setelah persalinan akibat involusi, satu minggu setelah menjadi 500 gram, dan dua minggu setelah menjadi 300 gram dan setelah itu menjadi 100 gram.

2) Lochea

Sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

a) Lochea rubra

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekoneum, selama 2 hari pasca persalinan.

b). Lochea sanguinolenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, pada hari ke-3 sampai hari ke-7 pasca persalinan.

c). Lochea serosa

Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke-7 sampai 14 pasca persalinan.

d). Lochea alba

Cairan putih setelah 2 minggu pasca persalinan.

e). Lochea purulenta

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

f). Locheostasis

Lochea yang tidak lancar keluaranya.

3) Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Serviks bisa lepuh dan lecet terutama bagian anterior dan lubang serviks akan mengecil.

4) Vagina

Pada permukaan puerperium merupakan suatu saluran yang tipis , secara berangsur angsur luasnya berkurang tapi jarang yang kembali .Rugae kembali pada minggu ketiga , himen tampak sebagai tonjolan yg kecil yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis khas wanita multipara

5) Payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi secara alami mempunyai dua mekanis fisiologi yaitu produksi susu dan sekresi susu atau let down, selama kehamilan payudara menyiapkan fungsinya ketika hormon di placenta sudah tidak ada . Sampai hari ketiga melahirkan hormon proklatin mulai bisa di rasakan.

6) Sistem pencernaan

Setelah melahirkan dua jam seorang wanita dapat merasakan lapar, kalsium di butuhkan dalam masa nifas dimana terjadi penurunan ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu dan dalam masa laktasi.

7) Sistem perkemihan

Kandung kemih pada puerperium mempunyai kapasitas yang meningkat oeh karena berlebihan urin residual yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna harus diwaspadai. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai 8 minggu setelah persalinan.

8) Sistem endoktrin

Hormon yang berperan dalam perubahan kehamilan adalah proklatin dan oksitosin.hormon proklatin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang ASI. Hormon oksitosinisapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin dapat mempertahankan kontraksi dan kembalinya uterus ke bentuk normal.

e. Kunjungan Nifas

1) 6-8 jam post partum

Tujuan untuk mencegah pendarahan, mendeteksi dan merawat perdarahan, konseling pada keluarga, pemberian asi awal dan melakukan hubungan antara ibu dan bayi .

2) 6 hari post partum

Memastikan involusi berjalan normal , menilai adanya tanda demam atau infeksi, memastikan ibu mendapatkan cairan makanan, memberi konseli pada ibu perawatan tali pusat dan menjaga bayi tetap hangat.

3) 2 minggu setelah persalinan

Asuhan yang diberikan sama seperti hari ke 6 post partum

4) 6 minggu setelah persalinan

Menanyakan penyulit yang dialami bayi dan memberikan konseling kontrasepsi

f Bendungan ASI

pembendungan air susu karena penyempitan duktus laktiferi atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada putting susu. Bendungan air susu adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan bendungan ASI dan rasa nyeri disertai kenaikan suhu badan. (Sarwono, 2005).

Payudara terasa lebih penuh tegang dan nyeri terjadi pada hari ketiga atau hari ke empat pasca persalinan disebabkan oleh bendungan vera edan pembuluh dasar bening. Hal ini semua merupakan bahwa tanda asi mulai banyak di sekresi, namun pengeluaran belum lancar.

Bila nyeri ibu tidak mau menyusui keadaan ini akan berlanjut, asi yang disekresi akan menumpuk sehingga payudara bertambah tegang. Gelanggang susu menonjol dan puting menjadi lebih getar. Bayi menjadi sulit menyusui. Pada saat ini payudara akan lebih meningkat, ibu demam dan payudara terasa nyeri tekan (oserty patologi: 196) Saluran tersumbat = obstructed duct = caked breccs t. terjadi statis pada saluran asi (ductus akhferus) secara local sehingga timbul benjolan local (Wiknjosastro, 2006).

1) Faktor Penyebab Bendungan ASI

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan bendungan ASI, yaitu:

a) Pengosongan mammae yang tidak sempurna

Dalam masa laktasi, terjadi peningkatan produksi ASI pada Ibu yang produksi ASI-nya berlebihan. apabila bayi sudah kenyang dan selesai menyusui, & payudara tidak dikosongkan, maka masih terdapat sisa ASI di dalam payudara. Sisa ASI tersebut jika tidak dikeluarkan dapat menimbulkan bendungan ASI.

b) Faktor hisapan bayi yang tidak aktif

Pada masa laktasi, bila Ibu tidak menyusukan bayinya sesering mungkin atau jika bayi tidak aktif mengisap, maka akan menimbulkan bendungan ASI.

c) Faktor posisi menyusui bayi yang tidak benar

Teknik yang salah dalam menyusui dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan menimbulkan rasa nyeri pada saat bayi menyusu. Akibatnya Ibu tidak mau menyusui bayinya dan terjadi bendungan ASI.

d) Puting susu terbenam

Puting susu yang terbenam akan menyulitkan bayi dalam menyusu. Karena bayi tidak dapat menghisap puting dan areola, bayi tidak mau menyusu dan akibatnya terjadi bendungan ASI.

e) Puting susu terlalu panjang

Puting susu yang panjang menimbulkan kesulitan pada saat bayi menyusu karena bayi tidak dapat menghisap areola dan merangsang sinus laktiferus untuk mengeluarkan ASI. Akibatnya ASI tertahan dan menimbulkan bendungan ASI.

2) Gejala Bendungan ASI

Gejala yang dirasakan ibu apabila terjadi bendungan ASI adalah :

Bengkak pada payudara, Payudara terasa keras dan Payudara terasa panas dan nyeri (Saifuddin, 2005)

3) Pencegahan

- a) Menyusui secara dini, susui bayi segera mungkin (sebelum 30 menit) setelah dilahirkan
- b) Susui bayi tanpa dijadwal (on demand)
- c) Keluarkan asi dengan tangga atau pompa bila produksi melebihi kebutuhan bayi
- d) Perawatan payudara pasca persalinan
- e) Menyusui yang sering
- f) Memakai kantong yang memadai
- g) Hindari tekanan local pada payudara (Wiknjosastro, 2006)

3) Penatalaksanaan

- a) Kompres air hangat agar payudara menjadi lebih lembek
- b) Keluarkan asi sebelum menyusui sehingga asi keluar lebih mudah ditangkap dan di isap oleh bayi
- c) Sesudah bayi kenyang keluarkan sisa ASI
- d) Untuk mengurangi rasa sakit pada payudara berikan kompres dingin
- e) Untuk mengurangi stasis di vena dan pembuluh darah getah benih dilakukan pengurutan (masase) payudara yang dimulai dari puting ke arah corpus

g. Perawatan Payudara pada Masa Nifas Menurut Depkes, RI (1993)

Dengan tangan yang sudah dilicinkan dengan minyak lakukan pengurutan 3 macam cara :

- 1) Tempatkan kedua telapak tangan diantara ke 2 payudara kemudian urut keatas, terus kesamping, kebawah dan melintang hingga tangan menyangga payudara, kemudian lepaskan tangan dari payudara.
- 2) Telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan saling dirapatkan, kemudian sisi kelingking tangan kanan mengurut payudara dari pangkal ke arah puting, demikian pula payudara kanan.
- 3) Telapak tangan menopang payudara pada cara ke – 2 kemudian jari tangan kanan dikepalkan kemudian buku-buku jari tangan kanan mengurut dari pangkal ke arah puting.

h Terapi dan Pengobatan Menurut Prawirohardjo (2005)

- 1) Anjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya
- 2) Anjurkan ibu untuk melakukan post natal breast care
- 3) Lakukan pengompresan dengan air hangat sebelum menyusui dan kompres dingin sesudah menyusui untuk mengurangi rasa nyeri
- 4) Gunakan BH yang menopang
- 5) Berikan parasetamol 500 mg untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan panas.

i Hipertensi Post Partum

Hipertensi post partum adalah peningkatan tekanan darah dalam 24 jam pertama dari nifas pada wanita yang tadinya normotensi dan hipertensi akan berangsur – angsur hilang dalam waktu 10 hari.

Hipertensi post partum disebut juga dengan transient hypertension dengan tekanan darah 140/90 mmHg.

Klasifikasi Hipertensi Post Partum

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normotensi	< 140 mmHg	< 90 mmHg
Hipertensi ringan	140 – 130 mmHg	90 – 105 mmHg
Hipertensi perbatasan	140 – 160 mmHg	90 – 95 mmHg
Hipertensi sedang dan berat	> 180 mmHg	> 105
Hipertensi sistolik terisolasi	> 140 mmHg	<90 mmHg
Hipertensi sistolik perbatasan	140 – 160 mmHg	< 90 mmHg

1) Macam – macam Hipertensi

a) Hipertensi Essentialis (Hipertensi Primer)

Adalah penyakit hipertensi yang kronis dan disebabkan oleh arteriosclerosis.

Penyakit hipertensi essentialis pada post partum merupakan kelanjutan dari hipertensi yang terjadi pada kehamilan minggu ke 20 dan hipertensi tetap pada sebuah persalinan. Hipertensi ini sering menimbulkan dan

menyebabkan kelainan pada jantung (membesar), pada ginjal, otak dan retina.

Untuk mendiagnosa hipertensi essentialis, yaitu:

Ø Tensi 140/90 mmHg

Ø Terjadi dalam 24 jam post partum

Gejala hipertensi essentialis post partum, yaitu:

Ø Tensi yang naik, yaitu dengan sistolis 30 mmHg dan diastolis 15 mmHg.

Ø Proteinuria yang hebat

Ø Timbulnya odema

Tanda – tanda hipertensi essentialis post partum , adalah ;

Ø Pembesaran jantung

Ø Faal yang kurang

Ø Kelainan pada retina (haemorrhagi atau exudat)

Ø Tensi pemulaan 200 sistolik dan 120 diastolik

Ø Jika pada kehamilan yang lampau pernah diberati dengan eklamsi, maka akan berpengaruh pada hipertensi post partum

b) Hipertensi chronic / renal (hipertensi sekunder)

Adalah suatu kondisi dimana diperlukan penurunan tekanan darah segera (tidak selalu diturunkan dalam batas normal) untuk mencegah dan membatasi kerusakan pada organ.

Yang menyebabkan hipertensi renal pada post partum ini, juga ibu post partum mempunyai riwayat yang berhubungan dengan kehamilannya, misalnya; Pre eklamsi atau eklamsi. Dalam hal ini hipertensi pada ibu post partum juga bisa disebabkan karena adanya penyakit ginjal pada ibu hamil yang disertai dengan hipertensi.

3) Etiologi

Kondisi stress dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, karena saat seseorang dalam kondisi stress akan terjadi pengeluaran beberapa hormon yang akan menyebabkan penyempitan dari pembuluh darah, dan pengeluaran cairan lambung yang berlebihan, akibatnya seseorang akan mengalami mual, muntah, mudah kenyang, nyeri lambung yang berulang, dan nyeri kepala. Kondisi stress yang terus menerus dapat menyebabkan komplikasi hipertensi pula.

Pola hidup yang tidak seimbang, merupakan sikap hidup yang tidak tepat komposisi antara asupan makanan, olahraga dan istirahat, sehingga menimbulkan gejala awal seperti obesitas yang selanjutnya dapat menyebabkan gangguan lain seperti kencing manis, dan gangguan jantung. Konsumsi garam berlebihan, dapat menimbulkan darah tinggi diakibatkan oleh peningkatan kekentalan dari darah, sehingga jantung membutuhkan tenaga yang lebih untuk mendorong darah sampai ke jaringan paling kecil.

Kebiasaan konsumsi alkohol, kafein, merokok dapat menyebabkan kekakuan dari pembuluh darah sehingga kemampuan elastisitas pada saat mengalami tekanan yang tinggi menjadi hilang.

Kadang-kadang, tekanan darah mungkin jauh lebih tinggi dalam periode pasca-melahirkan dibandingkan antepartum atau intrapartum. Hal ini mungkin disebabkan oleh kombinasi faktor, termasuk pemberian larutan garam pada wanita yang memiliki kelahiran sesar, hilangnya vasodilatasi kehamilan terkait setelah melahirkan, mobilisasi cairan ekstraselular setelah melahirkan, dan administrasi non-steroid anti-inflamasi agen untuk postdelivery analgesia . Aldosteronisme primer merupakan penyebab yang jarang hipertensi postpartum. Wanita dengan gangguan ini mungkin memiliki tekanan darah lebih rendah selama kehamilan karena efek natriuretik dari progesteron, dan mungkin hadir dengan hipertensi postpartum signifikan dengan atau tanpa hipokalemia

4) Patofisiologi

Menurunnya tonus vaskuler merangsang saraf simpatis yang diteruskan ke sel jugularis. Dari sel jugularis ini bias meningkatkan tekanan darah. Dan apabila diteruskan pada ginjal, maka akan mempengaruhi eksresi pada rennin yang berkaitan dengan Angiotensinogen. Dengan adanya perubahan pada angiotensinogen II berakibat pada terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah,

sehingga terjadi kenaikan tekanan darah. Selain itu juga dapat meningkatkan hormone aldosteron yang menyebabkan retensi natrium. Hal tersebut akan berakibat pada peningkatan tekanan darah.

5) Penanganan

Ø Menurunkan berat badan bila terdapat kelebihan (IMT ≥ 27)

Ø Mengurangi asupan natrium (< 100 mmol Na / 2,4 gr, Na / 6 gr NaCl / hari)

Ø Mempertahankan asupan kalsium dan magnesium yang adekuat

Ø Berhenti merokok (apabila ibu post partum selama dan sebelum hamil ketergantungan rokok) dan mengurangi asupan lemak jenuh dan kolesterol dalam makanan

Ø Dianjurkan untuk memakai kontrasepsi bila jumlah anak belum cukup selama beberapa tahun

Ø Bila jumlah anak sudah cukup, dianjurkan untuk segera melakukan tubektomi

Ø Terapi sedative misal fenobarbital 30 mg (dapat diberikan jika dianggap perlu) obat – obatan anti hipertensi seperti reserpin dan metoprolol untuk mengendalikan hipertensi.

Ø Istirahat cukup pada tidur malam , sekurang – kurangnya 8 jam dan tidur siang kurang lebih 2 jam. Pekerjaan rumah tangga dikurangi.

Ø Obat penenang (solution charcot , diazepam (valium) ,prometazin / obat tidur dalam dosis rendah.

Ø Pendekatan secara psikologis

Ø Diet tinggi protein , rendah hidrat arang , rendah lemak dan rendah garam

6 Neonatus

a. Pengertian

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

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali untuk mendapatkan pelayanan dasar dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah.

Kunjungan neonatal (KN) adalah

- 1) Kunjungan pertama kali pertama yaitu 6
- 2) Kunjungan kedua kali yaitu hari ketiga sampai ke 7
- 3) Kunjungan ke tiga yaitu hari ke delapan sampai ke dua puluh delapan (Saifuddin, 2009).

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini

mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah. Pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan konfeherensif, Manajemen Terpadu Bayi Muda untuk bidan/perawat, yang meliputi:

- 1) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah
- 2) Perawatan tali pusat
- 3) Pemberian vitamin K1 bila belum diberikan pada hari lahir
- 4) Imunisasi hepatitis B 0 bila belum diberikan pada saat lahir
- 5) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asi eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA
- 6) Penanganan dan rujukan kasus (ambarwati, 2009)

Tujuan kunjungan ada tiga, yaitu: mengidentifikasi gejala penyakit, merekomendasikan tindakan pemindaian, dan mendidik serta mendukung orang tua. Bidan harus memiliki rencana untuk kunjungan yang pertama kali, yang harus mencakup:

- a) Tinjau riwayat maternal, riwayat kelahiran, perawatan neonatus segera setelah lahir
- b) Observasi orang tua dan lakukan wawancara tentang penyesuaian keluarga

- c) Kaji riwayat interval, pemberian makan, kewaspadaan, dan menangis, juga masalah pada usus, kandung kemih, dan masalah lain
- d) Ukur berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala
- e) Lakukan pemeriksaan fisik
- f) Tinjau kebutuhan untuk penapisan metabolik.
- g) Beri penyuluhan dan pedoman antisipasi
- h) Jadwalkan kunjungan selanjutnya
- i) Tinjau cara untuk menghubungi tenaga perawatan jika terjadi kondisi darurat (Varney, 2008).

c. Perawatan Neonatus:

1) Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi

Metode yang dipilih ibu untuk memberi susu kepada bayinya harus dihargai oleh semua yang terlibat dan ibu harus didukung dalam upayanya untuk memberikan susu kepada bayinya. Akan tetapi, manfaat ASI untuk semua bayi, terutama bayi prematur dan bayi sakit diketahui dengan baik.

Biasanya kalkulasi kebutuhan cairan dan kalori tidak diperlukan pada bayi cukup bulan yang sehat, terutama untuk bayi yang mendapat ASI. Pengkajian mengenai apakah bayi mendapatkan kebutuhannya dengan cukup diperkirakan dengan seberapa baik bayi menoleransi volume susu, seberapa sering

bayi minum susu, apakah haluan feses dan urinnya normal, apakah bayi menjadi tenang untuk tidur setelah minum susu dan bangun untuk minum susu berikutnya.

2) Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat

Tidur sangat penting bagi neonatus dan tidur dalam sangat bermanfaat untuk pemulihan dan pertumbuhan. Bayi cukup bulan yang sehat akan tidur selama sebagian besar waktu dalam beberapa hari pertama kehidupan, bangun hanya untuk minum susu.

3) Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal

Jika diberi susu dengan tepat, bayi harus berkemih minimal enam kali dalam setiap 24 jam dengan urin yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. Penurunan haluaran urin atau aliran urin yang berkaitan dengan bayi yang letargi, menyusu dengan buruk, mengalami peningkatan ikterus atau muntah harus diperiksa karena infeksi saluran kemih dan abnormalitas kongenital pada saluran genitourinari biasa terjadi.

Dengan menganggap bahwa bayi diberi susu dengan tepat, warna dan konsistensi feses akan berubah, menjadi lebih terang, lebih berwarna kuning-hijau dan kurang lengket di bandingkan mekonium. Setiap gangguan pada pola ini atau dalam karakteristik feses harus diperiksa dan penyebabnya ditangani, abnormalitas pada saluran GI, seperti stenosis atau atresia,

maltorasi, volvulus, atau anus imperforata, akan memerlukan intervensi pembedahan.

4) Meningkatkan Hubungan Interaksi antara Orang tua dan Bayi

Meningkatkan interaksi antara bayi dan orang tua agar terciptanya hubungan yang kuat sehingga proses laktasi dan perawatan bayi baru lahir dapat terlaksana dengan baik. Orang tua memiliki pengalaman yang bervariasi dalam merawat bayi. Untuk orang tua yang tidak berpengalaman ada banyak literatur yang siap sedia dalam bentuk cetakan atau di internet, dan ada persiapan prenatal untuk kelas menjadi orang tua yang dapat diakses untuk orang tua untuk mengembangkan beberapa pemahaman mengenai perawatan bayi.

2. Kontrasepsi

a. Jenis kontrasepsi

1) Metode sederhana (Manuaba, 2010).

a) Kondom

Menampung spermatozoa sehingga tidak masuk ke kanalis serviks, kegagalan dapat terjadi jika karet kondom tumpah atau bocor, keuntungan kondom murah, mudah, tidak perlu pengawasan medis dan mempunyai fungsi ganda.

b) Pantang Berkala

Syarat utama menstruasi teratur dan kerja sama dengan suami baik, dengan menghitung masa subur hari ke 12- 19 menstruasi, penghitungan dilakukan dengan kalender atau suhu basal.

c) Senggama Terputus

Mengeluarkan kemaluan saat ejakulasi

d) Spermicida

Zat kimia yang dapat melumpuhkan spermatozoa menjelang hubungan seks, setelah pemasangan 5-10 menit senggama dapat dilakukan agar spermicida dapat berfungsi.

2) Metode hormonal (Manuaba, 2010).

6) Pil

Indikasi atau yang boleh melakukan: usia produksi, telah memiliki anak, gemuk atau kurus, anemia karena haid berlebihan, siklus haid tidak teratur, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi ginjal.

a) Pil kombinasi

Sejak semula telah terdapat hormon progesteron dan estrogen

b) Pil sekuensial

Komponen disesuaikan dengan sistem hormonal tubuh, dua belas pil pertama mengandung estrogen, pil ketiga belas dan seterusnya merupakan kombinasi

c) Progesteron

Pil ini mengandung progesteron di gunakan ibu post partum

e) After morning pil

Pil ini di gunakan setelah melkaukan hubungan seksual

7) Suntik

Cara kerja menghalangi FSH dan LH sehingga tidak terjadi pelepasan ovum, mengentalkan lendir serviks, mengganggu gerakan tuba alopri dan mengubah suasana endometrium sehingga tidak sempurna untuk implamantasi hasil konsepsi. Jadwal waktu suntikan depo interval 12 minggu, norigest 8 minggu dan cylofem 4 minggu.

Waktu mulai penyuntikan : diberikan pada mentruasi ke hari ke 7, bila suntikan pertama di berikan 7 hari siklus haid, tidak boleh melakukan huungan seksual selama 7 hari atau dengan konntrasepsi lain, pasca persalinan kurang dari 6 bulan dan tidak haid dapat di berikan pada sikls haid ke 1 atau ke 7.

8) Susuk

Progesteron dapat menghalangi pengeluaran Lh sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lendie serviks, dan menyebabkan endometrium tidak siap untuk nidasi.

9) Kontrasepsi mekanis

Kontraindikasi : sedang hamil. Perdarahan vagina yang telah diketahui, sedang menderita infeksi genital, tiga bulan terakhir menderita abortus septic, penyakit trophoblast yang ganas, menderita TBC pelvic, ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

a) AKDR

Alat kontrasepsi dalam rahim merupakan benda asing dalam rahim menimbulkan reaksi benda asing dan menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi spermatozoa.

Keuntungan memakai cuper T 380 bahan dasar polietilen ditambahkan barium ialah mempunyai toleransi tinggi, artinya hanya sedikit wanita yang mengeluh dan mengalami komplikasi dan kemampuan sebagai alat kontrasepsi tinggi, artinya kurang dari 1 % dapat menjadi hamil serta kontrol medis yang ringan (Manuaba, 2009).

Kemungkinan komplikasi Cuper T 380 (Manuaba, 2009).

- dapat terjadi perforasi pada saat pemasangannya
- menimbulkan keluhan wanita (keputihan/bercak darah)
- perdarahan yang tidak teratur
- perdarahan menstruasi banyak
- rasa nyeri saat menstruasi

b) tubektomi

Metode operasi wanita atau sterilisasi mengikat saluran tuba, Tidak mengganggu gangguan hormon dapat mencapai masa haid secara alami dan tidak terjadi gangguan keharmonisan.

c) vasektomi

Metode operasi pria dengan memotong vas deferens sehingga saat ejakulasi tidak terdapat spermatozoa dalam cairan sperma

(Manuaba, 2009).

b. Keuntungan dan kerugian kontrasepsi (Manuaba, 2010).

1) pil

keuntungan yaitu bila diminum sesuai aturan efektif 100% , dapat meningkatkan libido, pengobatan penyakit endometriosis.

kerugian yaitu harus minum secara teratur, dalam waktu panjang dapat menekan ovarium , berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh acne dan mempengaruhi fungsi ginjal

2) suntik

keuntungan yaitu tingkat efektivitas tinggi , hubungan seks tidak terganggu, pengawasan medis yang ringan, pada pengguna cylo akan mendapatkan menstruasi

kerugian yaitu perdarahan yang tidak menentu, terjadi amenore kepanjangan,

3) susuk

keuntungan yaitu dipasang selama 5 tahun, penyulit medis tidak terlalu tinggi, kontrol medis ringan.

Kerugian yaitu gangguan menstruasi, berat badan bertambah, menimbulkan acne, liang senggama kering dan ketegangan payudara.

4) AKDR

Keuntungan yaitu kontrol medis yang ringan, penyulit tidak berat, pulihnya kesuburan setelah di lepas AKDR.

Kerugian terdapat spotting, bila pemasangan salah masi terjadi kehamilan, dapat terjadi infeksi, kehamilan ektopi dan kemandulan

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). Penulisan studi kasus secara menyeluruh berisi hasil observasi dan wawancara mendalam pada subjek yang dipilih saat memberikan asuhan berkesinambungan (*continuity of care*).

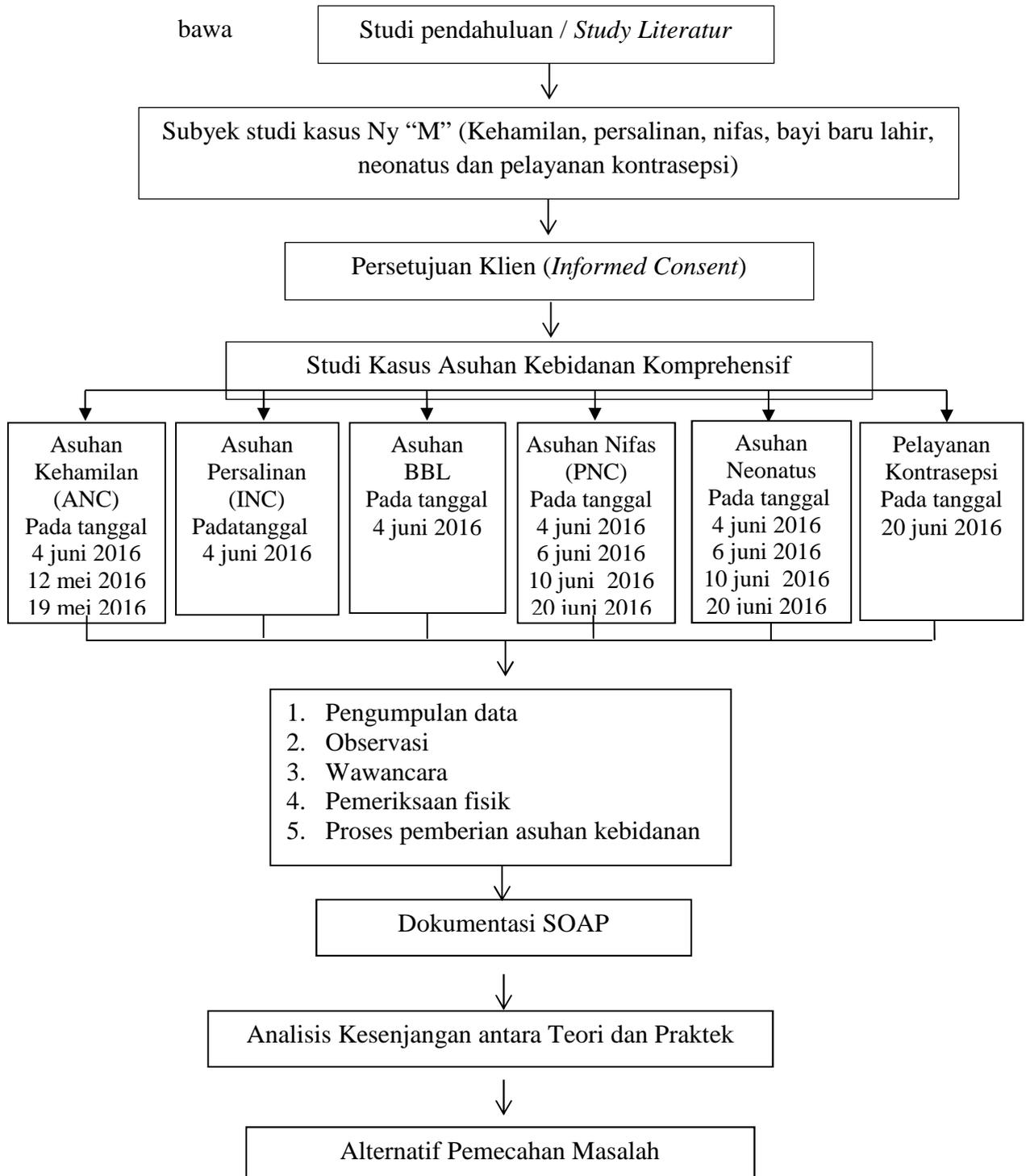
B. Kerangka Kerja Penelitian

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

C. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda ataupun lembaga (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, neonatal serta calon akseptor kontrasepsi. Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Proposal ini adalah ibu hamil G₂P₁₀₀₁ dengan usia kehamilan 37 minggu 2 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

Kerangka kerja dalam penelitian ini diuraikan dalam bentuk skema di
bawa



D. Pengumpulan dan Analisis Data

1. Pengumpulan data dilakukan selama proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif (*continuity of care*) berlangsung. Adapun teknik pengambilan data tersebut adalah :

a. Observasi

Menurut Nursalam (2009) mengatakan bahwa “Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu”. Penulis 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 Nursalam (2009) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek. Penulis mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga.

c. Pemeriksaan fisik

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

d. Studi Dokumentasi

Penulis menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul Laporan Tugas Akhir ini seperti: catatan medis klien yang berupa buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), literatur dan lain sebagainya

2. Analisis Data

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

E. Etika Studi Kasus

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 prinsip:

1. *Respect for person*

Prinsip ini merupakan unsur mendasar dari penelitian. Prinsip ini menekankan asuhan menghormati orang lain, dan memberikan perlindungan terhadap haknya. Setiap subjek memiliki hak *auto*

nomi, 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 *informed consent*. Subjek harus sudah mendapat penjelasan sebelum persetujuan, keikutsertaan secara sadar, dan membutuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan. Pemberi asuhan harus menjaga kerahasiaan dan subjek asuhan.

2. *Beneficence* dan *non maleficence*

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

3. *Justice*

Prinsip *justice* menekankan adanya keseimbangan antara manfaat dan resiko 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 subject*.

BAB IV
TINJAUAN KASUS

A. Asuhan Kebidanan Antenatal Care

Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke-1

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 4 mei 2016 /16.10 Wita

Tempat : Rumah Klien Ny. S

Oleh : Dina Yuliana

S :

Nama klien	: Ny. S	Nama suami	: Tn. S
Umur	: 38 tahun	Umur	: 35 tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Bugis
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wirawasta
Alamat	: Karang Jawa Balikpapan Tengah		

a. Keluhan

Tidak ada

b. Riwayat menstruasi

11) HPHT / TP : 27 agustus 2016 / 4 juni 2016

12) Umur kehamilan : 37 minggu 3 hari

13) Lamanya : 7 hari

- 14) Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut
- 15) Konsistensi : Cair, kadang bergumpal
- 16) Siklus : 30 hari
- 17) Menarche : 14 tahun
- 18) Teratur / tidak : teratur
- 19) Dismenorrhea : Tidak ada
- 20) Keluhan lain : Tidak ada

c. Flour albus

- 4) Banyaknya : Tidak ada
- 5) Warna : Tidak ada
- 6) Bau/gatal : Tidak ada

d. Tanda – tanda kehamilan

- 2) Test kehamilan : PP Test
- 6) Tanggal : akhir November
- 7) Hasil : Positif (+)
- 8) Gerakan janin yang pertama : Usia kehamilan 5 bulan
kali dirasakan oleh ibu
- 9) Gerakan janin dalam 24 jam : Kuat, > 12 kali/hari

g Riwayat Ginekologi dan Obsetric

2.1 Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak				nifas	Usia anak sekarang	KB
No	Thn/Tg l lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	B B	PB	Kadaan			
1	2002	Rs	Aterm	taa	Spt	bidan	Taa	Laki-laki	3500	49	Hidup	Normal	14 th	Suntik 3 bln
2	2011	Rs	Aterm	taa	Spt	Dokter	Lilitan tali pusat	perempuan	3400	49	Hidup	Normal	5 th	Suntik 1 bln
3. Hamil Ini														

h Riwayat penyakit/gangguan reproduksi

- 10) Mioma uteri : Tidak ada
- 11) Kista : Tidak ada
- 12) Mola hidatidosa : Tidak ada
- 13) PID : Tidak ada
- 14) Endometriosis : Tidak ada
- 15) KET : Tidak ada
- 16) Hydramnion : Tidak ada
- 17) Gemelli : Tidak ada
- 18) Lain – lain : Tidak ada

h. Riwayat imunisasi

Imunisasi TT : Lengkap

s. Riwayat kesehatan

b. Riwayat penyakit yang pernah dialami

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

4) Alergi

- c) Makanan : Tidak ada
- d) Obat – obatan : Tidak ada

t. Keluhan selama hamil

- 14) Rasa lelah : tidak ada
- 15) Mual dan muntah : pada awal kehamilan
- 16) Tidak nafsu makan : pada awal kehamilan
- 17) Sakit kepala/pusing : Tidak ada
- 18) Penglihatan kabur : Tidak ada
- 19) Nyeri perut : Tidak ada

- 20) Nyeri waktu BAK : Tidak ada
- 21) Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
- 22) Perdarahan : Tidak ada
- 23) Haemoroid : Tidak ada
- 24) Nyeri pada tungkai : Tidak ada
- 25) Oedema : Tidak ada
- 26) Lain-lain : Tidak ada

u. Riwayat menyusui

- ASI dan Pasi : Ya
- Lamanya : ASI hanya 3 bulan
- Alasan : ibu mengatakan puting susu terbelah datar
sulit menyusui

v. Riwayat KB

- 1) Pernah ikut KB : Pernah
- 2) Jenis kontrasepsi yang pernah : Suntik 1 bulan
- 3) Lama pemakaian : 3 tahun
- 4) Keluhan selama pemakaian : Haid teratur
- 5) Tempat pelayanan KB : BPM
- 6) Alasan berhenti KB : Ingin mempunyai anak lagi

w. Kebiasaan sehari – hari

- 1) Merokok sebelum / : Tidak pernah
selama hamil
- 2) Obat – obatan / : vitamin

- 3) Alkohol : Tidak pernah
- 4) Makan / diet
- a) Jenis makanan : Nasi, sayuran. Ikan, telur, tahu, tempe dan buah – buahan
 - b) Frekuensi : 3 kali/ hari
 - c) Porsi : 1 piring
 - d) Pantangan : Tidak ada
 - e) Minum : susu tiap pagi, air putih 2,5 liter dalam satu hari
- 5) Defekasi / miksi
- c) BAB
 - Frekuensi : 1x /hari
 - Konsistensi : padat
 - Warna : Kuning
 - Keluhan : Tidak ada
 - d) BAK
 - Frekuensi : 4-5 x/hari
 - Konsistensi : Cair
 - Warna : putih jernih
 - Keluhan : Tidak ada
- 6) Pola istirahat dan tidur
- a) Siang : ± 2 jam
 - b) Malam : ± 9 jam

7) Pola aktivitas sehari – hari

a) Di dalam rumah : Pekerjaan rumah tangga

b) Di luar rumah : Tidak ada

8) Pola seksualitas

a) Frekuensi : 2x dalam seminggu

b) Keluhan : Tidak ada

x. Riwayat Psikososial

1) Pernikahan

o Status : Menikah

o Yang ke : 2

o Lamanya : 6 tahun

o Usia pertama kali menikah : 23 tahun

2) Tingkat pengetahuan ibu : Cukup, ibu memahami pentingnya Terhadap kehamilan

Respon ibu terhadap : Ibu merasa senang atas kehamilannya

3) Harapan ibu terhadap jenis : Ibu mengatakan perempuan atau laki –laki sama saja

4) Respon suami/keluarga : Senang atas kehamilan istrinya

5) Keperayaan yang berhubungan : Tidak ada

6) Pantangan selama kehamilan : Tidak ada

7) Persiapan persalinan

c) Rencana tempat bersalin : RSUD Gunung Malang

d) Persiapan ibu dan bayi : Ada, Ibu telah mempersiapkan

y. Riwayat kesehatan keluarga

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

O :

S :

Ibu mengatakan hamil anak ketiga, pernah 2 kali melahirkan cukup bulan, tidak pernah melahirkan prematur, tidak pernah keguguran, dan jumlah anak hidup 2 orang

O :

Ku : sedang kesadaran: Composmetis

TD : 120/80 Mmhg N : 81 x/ menit

R : 21 x/menit T : 36,6 C

Lila : 28 cm DJJ: 131 x/ menit

BB sebelum hamil : 65 kg

BB sekarang : 73 kg

Konjungtiva : Tidak Pucat

PP test : positif, akhir November

Payudara : puting terbelah datar

Leood I : bagian atas fundus teraba bokong TFU 3 jari bawah
PX atau 31 cm.

TBJ : TFU -12 X 155

: $31 - 12 \times 155 = 2945$ kg

Leopod II: bagian kanan teraba punggung bagian kiri teraba kosong
terdapat bagian kecil terputus putus.

Leopod III: bagian bawah teraba kepala

Leopod IV : konvergent

A :

Diagnosis :G3P2002 usia kehamilan 37 minggu 3 hari janin tunggal
hidup intra uteri

Masalah :

1. Ibu dengan resiko hamil usia >35 tahun

Dasar : usia ibu saat ini 39 tahun

2.riwayat gagal ASI eksklusif

Dasar : Puting susu terbelah datar ibu sulit dalam menyusui ASI diberikan hanya 3 bulan saja

Diagnosa Potensial: Tidak Ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P : Tanggal 4 Mei 2016

Pukul : 16:00 Wita

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1	16:15	menganjurkan ibu minum teratur asam folat untuk mencegah kelainan kongenital pada janin, karena pada kehamilan resiko usia >35 tahun dapat terjadi resiko kongenital pada janin -Ibu teratur meminum asam folat dan ibu paham kegunaanya	
2	16:20	menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi agar gizi ibu dan bayi dapat terpenuhi -ibu akan memenuhi kebutuhan nutrisi akan memakan nasi, sayur, ikan,tahu, tempe,buah dan susu serta tidak ada pantangan	
3	16:25	mengajarkan ibu perawatan payudara puting susu datar dengan teknik hoffman yaitu meletakkan ibu jari bergantian diatas dan di samping puting denga menarik secara berlawanan hingga puting menonjol keluar -ibu telah bisa mempraktekkan perawatan payudara	
4	16:30	menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilan tiap 1 minggu sekali ke vasilitas kesehatan, untuk menantau perkembangan janin dan mencegah adanya kelainan pada kehamilan resiko usia lebih >35 tahun -Ibu telah bersedia dan teratur memeriksakan kehamilan tiap satu minggu	
5	16:35	menganjurkan ibu melakukan pemeriksaan HB dan urin untuk mengetahui adanya anemia dan	

		keracunan kehamilan -ibu bersedia dilakukan pemeriksaan urin dan HB	
6	16:40	melakukan KIE asi eksklusif ibu telah paham mengerti mengenai ASI eksklusif dan Ibu akan melakukan ASI eksklusif pada calon bayinya	
7	16:45	memberi KIE tanda bahaya kehamilan lanjut Ibu mengerti dan dapat menyebutkan tanda bahaya tersebut serta ibu akan segera pergi fasilitas kesehatan jika mengalami salah satu dari tanda bahaya kehamilan lanjut tersebut	
8	16: 50	rencana kunjungan ulang pada tanggal 12 mei 2016 yaitu melakukan pemeriksaan HB dan protein urine, mengurangi nyeri dan menganjurkan ibu untuk USG pada TM III	

B. Asuhan Kebidanan Antenatal Care

Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke-2

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 12 mei 2016 /15.10 Wita

Tempat : Rumah Klien Ny. S

Oleh : Dina Yuliana

S : ibu mengatakan sering nyeri punggung belakang

O :

Ku : sedang kesadaran: Composmetis

TD : 120/70 Mmhg N : 79 x/ menit

R : 19 x/menit T : 36,7 C

Lila : 28 cm BB sekarang : 76 kg

a. Pemeriksaan Fisik

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

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

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

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI sebelah kanan, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu terbelah datar kanan dan kiri, dan tidak ada retraksi. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan striae gravidarum;

Leopod : Tinggi fundus uteri 31 cm, 3 jari bawah px, teraba bulat dan tidak melenting lunak

Leopold II: teraba punggung kanan,sebelah kiri teraba bagian terputus-putus

Leopold III: Bagian bawah teraba kepalaBagian ini

Leopold IV : konvergent

DJJ 142x/menit dan TBJ 2945 gram

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, teraba oedema, tidak ada varices, refleks patella kanan kiri Positif

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 1 hari 3x menu nasi, sayur, ikan , tahu, tempe, telur b,uah, porsi satu piring penuh ibu tidak ada pantangan Ibu minum dalam sehari susu 1 gelas pada pagi hari dan air putih 2,5 liter

Eliminasi	BAB 1x/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 3-4 kali/hari konsistensi cair warna jernih
Personal Hygiene	Ibu mandi 2x/sehari ,ganti pakaian 2x sehari, dan mengganti dalam 2-3 kali dalam sehari jika basah
Istirahat	Tidur siang 1-2 jam dan malam 8-9 jam

Pemeriksaan Penunjang laboratorium

Hb : 12,7 gr

Urine : +

A :

Diagnosis :G3P2002 usia kehamilan 38 minggu 5 hari janin tunggal hidup intra uteri

Masalah : mengganggu kenyamanan saat beraktivitas

Diagnosa Potensial : Preeklamse Ringan

Dasar : hasil pemeriksaan protein Urin +

Kebutuhan Segera : tidak ada

P : Kamis, 12 Mei 2016

Pukul : 15: 15 Wita

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1	15:15	Melakukan KIE persiapan persalinan seperti tempat persalinan, perlengkapan bayi, pendamping, kendaraan, dana, dan donor -ibu sudah mempersiapkan semua	
2	15:20	Melakukan pemeriksaan HB hasil 12,7 dan urine + , pemeriksaaan HB dilakukan untuk mengetahui apakah ibu anemia karena akan beresiko perdarahan pada persalian dan pemeriksaan urin dilakukan untuk mengetahui protein pada urin dapat mengakibatkan keracunan pada kehamilan.	

		-Ibu mengerti dengan tujuan dan hasil pemeriksaan HB dan Urin pemeriksaan yang di lakukan	
3	15:30	Menganjurkan ibu untuk mencegah terjadinya preeklamse ringan yaitu mengurangi garam dalam makanan, lebih banyak istirahat berbaring ke arah punggung janin dan datang memeriksa diri ke tempat fasilitas kesehatan jika terdapat gejala sakit kepala hebat, pandangan kabur, perasaan semakin sesak, gerak janin melemah dan pengeluaran urin berkurang untuk penanganan preeklamse ringan.	
4	15:35	Menganjurkan ibu makan teratur mengandung tinggi protein , tinggi karbohidrat,cukup vitamin dan rendah lemak,makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna,untuk meningkatkan jumlah protein dengan tambahan satu butir telur setiap hari untuk pencegahan diet preeklamse ringan.	
5	15:40	Menganjurkan ibu untuk mengurangi nyeri pada punggung yaitu Postur tubuh yang baik, Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban, hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat Gunakan sepatu bertumit rendah; sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis, kompres dengan air hangat. -ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan	
6	15: 45	menganjurkan ibu untuk USG pada trimester III untuk mengetahui jumlah air ketuban, letak placenta, letak kepala,dan keadaan janin -ibu berencana minggu depan untuk USG dan pergi bersama-sama	
7	16: 46	rencana kunjungan ulang pada tanggal 19 mei 2016 yaitu melakukan Kie Tanda-tanda persalinan ,IMD dan menemani ibu untuk USG	

C. Asuhan Kebidanan Antenatal Care

Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan Ke-3

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 19 mei 2016 /11:15 Wita

Tempat : Rumah Klien Ny. S

Oleh : Dina Yuliana

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan

O :

Ku : sedang kesadaran: Composmetis

TD : 120/80 Mmhg N : 84 x/ menit

R : 20 x/menit T : 36,6 C

Lila : 29 cm BB sekarang : 77 kg

Gerak Janin : aktif, dalam sehari lebih dari 12 kali

a. Pemeriksaan fisik

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

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

Mulut : Bibir tampak simetris, mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak

stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tampak bersih.

Payudara : Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI sebelah kanan, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu terbelah datar sebelah kanan dan kiri, dan tidak ada retraksi, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan striae gravidarum.

Leopold I : Tinggi fundus uteri 32 cm, 3 jari bawah px, teraba bulat dan tidak melenting lunak

Leopold II : teraba punggung kanan, sebelah kiri teraba bagian putus-putus.

Leopold III : Teraba Bagian Kepala

leopold IV : Divergen

DJJ 138x/menit dan TBJ 3225 gram

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, teraba oedema, tidak ada varices, refleks patella kanan kiri Positif

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 1 hari 3x menu nasi, sayur, ikan, tahu, tempe, telur, buah, porsi satu piring penuh ibu tidak ada pantangan Ibu minum dalam sehari susu 1 gelas pada pagi hari dan air putih 2,5 liter
Eliminasi	BAB 1x/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair warna jernih
Personal Hygiene	Ibu mandi 2x/sehari, ganti pakaian 2x sehari, dan mengganti dalam 2-3 kali dalam sehari jika basah
Istirahat	Tidur siang 1-2 jam dan malam 8-9 jam

Pemeriksaan penunjang :

USG : letak janin bagian terbawah kepala sudah masuk
PAP, DJJ normal, letak placenta normal dan jumlah air ketuban berlebihan (hidramnion)

A :

Diagnosis : G3P2002 usia kehamilan 39 minggu 5 hari janin tunggal hidup intra uteri dengan hidramnion

Masalah : hidramnion : dari Hasil USG

Diagnosa Potensial : Ibu : Partus Prematurus

Bayi : prematur

Dasar : Bayi sulit berkembang menelan dan menghirup cairan amnion

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P : 19 mei 2016

Pukul : 11:15 Wita

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1	11:15	Melakukan KIE tanda-tanda persalinanya adanya kontraksi teratur per 10 menit, keluar lendir darah dan keluar air ketuban -Ibu mengerti dan dapat menyebutkan tanda-tanda persalinan	
2	11:20	Memberikan KIE IMD yaitu bayi di letakan diatas dada ibu dengan saling menyentuh kulit bertujuan agar bayi hangat,terjalin ikatan bati, dan merangsang saraf pada bayi, lama IMD 1 jam -Ibu paham dan mengerti pengertian, tujuan dan lama IMD dan ibu bersedia untuk dilakukan IMD	
3	11: 35	Berpamitan Pulang dan mengucapkan salam	
4	18:40	Menemani ibu untuk melakukan pemeriksaan USG dengan dokter kandungan hasil bagian DJJ normal bawah letak kepala, sudah masuk PAP, tafsiran berat janin 3.300-3400, letak placenta normal, air ketuban berlebihan.	
5	18:45	Menganjurkan ibu saat tidur mengarah ke kiri untuk memudahkan janin bernafas -ibu lebih sering tidur ke arah kiri	
6	18:50	Menganjurkan ibu untuk mengobservasi gerak janin dalam 1 hari >12x untuk mengetahui bahwa janin masi dalam keadaan hidup -ibu mengobservasi gerakan janin aktif >12x dalam sehari	
7	18: 55	Menganjurkan ibu untuk mengurangi jumlah minum dalam sehari cukup minum 2 liter dan serig minum air hangat agar air ketuban tidak bertambah banyak -ibu mengurangi jumlahair minum dan minum 2 liter dalam sehari dan lebih sering minum air hangat	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 4 Juni 2016 /Pukul :05.00 WITA
Tempat : RSUD Balikpapan
Oleh : Dina Yuliana

1. Persalinan Kala I fase laten

Pukul : 05.00 WITA

S : Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah dengan perut kencang-kencang serta keluar air-air dari vagina pada pukul 04:55 (4 juni 2016) dan ibu segera ke rumah sakit

O: KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 130/90 mmHg, T : 36,4 °C

N : 84 x/menit, R : 23 x/menit

Leopold I : TFU 32 cm teraba bokong, TBJ 3225 gram.

Leopold II :Teraba punggung kanan

Leopold III : bagian bawah teraba kepala

Leopold IV : divergent

DJJ : 138 x/menit

VT 05:05 : Vulva/vagina tidak ada kelainan ,pembukaan 1-2 cm, portio tebal lembut, penurunan kepala 4/5, H1 , effecement 25 %, ketuban – warna keruh bau amis jumlah 1500 cc, bagaian terbawah teraba kepala, tidak teraba bagian terkecil dan tidak teraba tali pusat menumbung.

Pemeriksaan Penunjang : hasil HB 12, 4 gr, golongan darah o,
 protein urin +, leukosit 11.400, Hbsag negatif.
 Pemeriksaan kertas lakmus hasil +.

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 41 minggu 5 hari Inpartu
 kala I fase laten janin tunggal hidup intrauterine
 presentasi kepala dengan KPD

Diagnosa Potensial : Ibu : postterm dan Partus Lama

Dasar : ketuban pecah dini

Bayi : asfeksia

Dasar : Bayi terhirup dan terminum air ketuban

Kebutuhan Segera : Kolaborasi dengan Dr.Obgyen mendapat advice
 intravena antibiotik cefotaxime dan observasi
 keadaan janin, ibu, kemajuan persalinan

P : 4 Juni 2016

Pukul :05.00 Wita

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1	05:05	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 1-2 cm dan ketuban sudah pecah dan akan dilakukan observasi DJJ, kemajuan persalinana, keadaan umum ibu -Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2	05:10	memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu berdoa dan	

		<p>berfikir positif dalam menghadapi persalinan.</p> <p>- ibu merasa tenang dan selalu berdoa untuk kelancaran proses persalinan</p>	
3	05:15	<p>Menganjurkan ibu makan dan minum Ibu minum air putih , teh, roti dan nasi</p> <p>-ibu sering minum air putih,teh dan makan roti serta sarapan nasi</p> <p>Memeriksa DJJ saat selesi kontraksi</p> <p>-DJJ dalam batas normal</p>	
4	05:20	<p>Menganjurkan ibu miring kiri agar kontraksi dapat bertambah, serta bayi mendapat suplai oksigen yang cukup dan beristirahat di sela-sela kontraksi</p> <p>-ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan ibu sering miring kiri dan beristirahat saat tidak ada kontraksi</p>	
5	05:25	<p>Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang</p> <p>-ibu dapat mengikuti tehnik relaksasi yang di ajarkan dan ibu merasa relaks</p>	
6	06 : 30	<p>Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 3 buah lampin bayi tersedia.</p>	

		-Alat siap di gunakan	
7	10:30	Bayi belum lahir akan di lakukan persalinan kala II	

Pukul 06:05 : ruangan UGD, ketuban masi merembes jumlah 300 cc, gerak janin aktif his 1x10'(15-20 detik) teratur dan DJJ 138x/ menit

Pukul 07:05 : ruangan UGD, gerak janin aktif, his 1x10'(15-20 detik) teratur dan DJJ 140 x/menit

Pukul 08:00 : pindah ruang ke VK, dilakukan VT Vulva/vagina pembukaan 2 cm, portio tebal lembut, penurunan kepala 4/5, H1 , effecement 25 % , His 2x10'(20-25 detik) tidak teratur,Tidak ada tali pusat menumbung, DJJ 138x/menit, diberikan antibiotik intravena cefotazime.

Pukul 09:00 : gerak janin aktif, His 2x10'(20-25 detik) dan DJJ 143x/menit

Pukul 09:05 : sisa air ketuban keluar warna jernih bau amis jumlah 1000cc, his 3x10'(25-30 detik) tidak teratur dan DJJ 141 1x/menit

Pukul 10:15 : keluar blood show, His 3 x10'(30-35 detik) tidak teratur,dan DJJ 137x menit

2. Persalinan Kala II

S :- Ibu mengatakn perut bagian bawah semakin nyeri, keluar darah dan ada dorongan kuat ingin mengeran

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 130 /80 mmHg, N: 84 x/menit

R : 24 x/menit

T : 36,5°C

Observasi kemajuan persalinan :

bertambahnya blood show, perineum menonjol, vulva dan sfinger ani membuka membuka, tekanan rektum dan vagina, dorongan kuat mengeran, VT Pukul 10 :30 pembukaan lengkap, portio tidak teraba, effecement 100%, H3, his 4x10'(35-40 detik) tidak teratur, DJJ 143x/ menit dan dilakukan pimpinan mengeran pada ibu

A :

Diagnosis : G₃ P₂₀₂₁ usia kehamilan 41 minggu 5 hari persalinan kala II janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : Partus Lama

Kebutuhan Segera : tidak ada

P : 4 juni 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10.30	Mengamati tanda gejala kala II adanya dorongan mengeran, tekanan pada rektum/vagina,perineum menonjol, vulva dan sfinger ani membuka dan Tanda gejala sudah ada pada ibu Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	
2	10:30	mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki dorsal recumbent, tangan menarik mata kaki ke arah luar, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti	

		dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menuutup mata, serta tidak mengangkat bokong	
3.	10:31	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
4.	10.32	Meletakkan handuk diatas perut ibu	
5.	10.32	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu	
6.	10.33	Mengecek kembali kelengkapan alat partus set -alat sudah lengkap siap di gunakan	
7.	10:34	Pakai sarung tangan DTT	
8.	10.36	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satutangan 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.	
9	.10: 39	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar	
10	10:40	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 10.40 WITA.	
11	10:41	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering, Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 8/10, jenis kelamin laki-laki,	
12	10:41	Placenta belum lahir akan melakukan manajemen aktif kala III	

3. Persalinan kala III

S : Ibu merasakan mules pada perutnya

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 130/90 mmHg, N : 82x/meni,

R : 22 x/menit, S : 36°C

Abdomen : TFU Sepusat, kontraksi uterus : baik

Genetalia : Placenta belum lahir terdapat tanda-tanda Tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Post partum Kala III

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Infeksi Intra partum

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P : 4 juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10 : 40	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
2.	10:41	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
3.	10:41	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
4.	10:42	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
5.	10:42	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggunting tali pusat diantara 2 klem.	
7.	10:42	Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan memasang topi dikepala bayi (Insiasi Menyusui Dini), menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sambil memperhatikan bayinya terutama pada pernapasan dan gerakan bayinya.	
8.	10:43	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -	

		10 cm dari vulva	
9.	10:43	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
10.	10:44	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	
11.	10:44	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
12.	10:45	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 10 :45 wita	
13.	10:46	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	
14.	10:46	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 17 cm, panjang tali pusat \pm 74 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada marginalis pada plasenta.	
16.	10:47	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat robekan jalan lahir pada perinium ibu.	
17.	10:47	Menyiapkan alat heciting set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.	
18.	10:48	Membantu dalam melakukan heacting	
19.	10:57	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 150 cc.	
20	10: 57	akan melakukan observasi kala IV	

4. Persalinan Kala IV

S :

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

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 130/80 mmHg, N: 80x/menit,

R : 22 x/menit, S : 36°C

Payudara : puting susu terbelah datar belum ada pengeluaran colostrum

Abdomen : TFU : 1jari bawah pusat, kontraksi rahim baik dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir spontan lengkap pukul 10:45 WITA. Dilakukan heacting derajat II

Data Bayi : Bayi lahir spontan segera menangis pukul 10:40 WITA, jenis kelamin laki-laki, A/S 8/10, BB : 3535 gram, PB : 50 cm, LK : 34 cm, LD : 33 cm, anus : (+) positif, cephal-, caput -, defikasi -, miksi +

Data Placenta :

Placenta lahir spontan pukul 10:45 WITA, kotiledon lengkap, berat \pm 500 gram, diameter \pm 19, tebal \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 16 cm, panjang tali pusat \pm 45 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada marginalis pada plasenta. TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan \pm 150 cc.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Post partum kala IV

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P : 4 juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10:58	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
2.	10: 59	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian ; ibu telah dibersihkan dan ibu merasa nyaman.	
3.	11:00	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.	
4.	11:02	Observasi perdarahan dan kontraksi uterus.	
5.	11:03	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman pada ibu; keluarga segera memberikan makanan dan minuman pada ibu.	
6.	11:04	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi	
7.	11: 10	Melengkapi Partograf; partograf telah dilengkapi sesuai hasil observasi.	

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 4 Juni 2016/Pukul : 10:45 WITA

Tempat : RSUD Gunung Malang

Oleh : Dina Yuliana

S : -

O: KU : Baik, Kesadaran :composmetis

N : 122 x/menit, R: 42 x/menit, T : 36,5°C.

BB: 3535 gram, PB :50 cm, lingkaran kepala : 34 cm

lingkaran dada 33 cm lingkaran perut 31 cm d

lingkaran lengan atas 10 cm anus (+), caput/cephal : -/-,

BAB/BAK : +/- Jenis kelamin:laki-laki

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

1. Nilai APGAR: 7/9

Kriteria	0	1	2	Jumlah	
				1 menit	5 menit
Frekuensi Jantung	tidak ada	< 100	> 100	2	2
Usaha Nafas	tidak ada	lambat/tidak teratur	menangis dengan baik	1	2
Tonus Otot	tidak ada	beberapa fleksi ekstremitas	gerakan aktif	1	2
Refleks	tidak ada	Menyeringai	menangis kuat	2	2
Warna Kulit	biru/pucat	tubuh merah muda, ekstremitas biru	merah muda seluruhnya	2	2
Jumlah				8	10

2. Pola fungsional kesehatan:

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

3. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

- Kepala :Tidak tampak caput dan cephal hematoma.
- Mata :Konjungtiva tidak tampak anemis, sclera tidak tampak ikterik.
- Hidung :Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- Telinga :Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- Mulut :Tidak tampak labio palatoskhizis, mukosa mulut lembab, daya hisap kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher :Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis dan reflek tonick neck baik.
- Dada :Simetris, tidak ada retraksi.
- Abdomen :Tidak ada kembung.
- Punggung :Normal, tidak ada spina bikida.
- Genetalia :Laki-laki, nampak adanya scrotum dan tidak ada kelainan.
- Anus :Positif (+), terdapat lubang anus.
- Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada

telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

4. Status neurologi (refleks)

rooting (+) :bayi tampak menoleh kearah sentuhan ketika pipi bayi disentuh

sucking (+) :bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit

swallowing (+) :bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui

morro (+) :bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menagkupakan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentakkan

palmar grasping (+) :bayi tampak menggengam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi

babinski (+) :jari-jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya

plantar (+) :jari-jari kaki bayi tampak berkerut rapat ketika disentuh pangkal jari kaki bayi

➤ Terapi yang diberikan

Neo-K 0,5 cc

Hepatitis B 0,5 cc

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan
usia 1 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 4 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10:45	Melakukan penilaian selintas pada bayi kemudian letakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Jepit tali pusat dengan klem \pm 3 cm dari pangkal pusat kemudian urut tali pusat kearah ibu \pm 2 cm dari klem pertama, potong tali pusat. Meringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali telapak tangan dan bagian tali pusat. Bayi sudah dikeringkan kecuali telapak tangan. Memberikan bayi pada ibu untuk dilakukan inisiasi menyusui dini. IMD telah dilakukan dan menunda untuk memandikan bayi selama minimal 6 jam. Bayi tidak langsung dimandikan.	
2.	10:46	Menciptakan lingkungan hangat, membersihkan badan bayi, air ketuban dan darah menggunakan handuk bersih dan kering dan melakukan pencegahan infeksi; bayi telah dibersihkan dengan handuk bersih dan kering serta membiarkan tali pusat terbuka tanpa dibungkus dengan kassa steril.	
3.	10:47	Dilakukan pengukuran antropometri pada bayi dan melakukan pengecapan telapak kaki bayi; antropometri dan pengecapan telapak kaki telah dilakukan, BB 3535 gram, PB 50 cm, LK 34 cm, LD, 33 cm, LP 31 cm, LILA 10 cm.	
4.	11:00	Memberi injeksi Vit K 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kiri dan Hepatitis B 0,5 ml secara IM pada 1/3 paha kanan; Bayi sudah di injeksi Vit K dan Hepatitis B.	

5.	11:02	Melakukan pencegahan kehilangan panas; memakaikan baju bayi, sarung tangan dan kaos kaki serta membungkus bayi dengan selimut dan memasang topi pada kepala bayi.	
6.	11:04	Memeriksa kembali keadaan bayi pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta bersuhu tubuh normal (36,5°C-37,5°C).	
7.	10:05	Menjelaskan KIE tentang perawatan tali pusat, tanda bahaya pada bayi baru lahir	
8.	10:07	Merencanakan kunjungan selanjutnya pada 6-8 jam selanjutnya yaitu menganjurkan ibu mobilisasi, mengajarkan ibu teknik hoffman, teknik menyusui, perawatan luka perineum, KIE tanda bayi cukup ASI, dan masase uterus	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidannjuan Post Natal Care (Catatan Perkembangan)

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 4 Juni 2016 /Pukul : 18:30 WITA

Tempat : Ruang Nifas Bangkirai RSUD

Oleh : Dina Yuliana

S : -

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

Ekspresi wajah : Bahagia, Status emosional : Stabil

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/menit,

R : 20 x/menit, S : 36,6°C

a. Pemeriksaan Fisik

➤ Payudara :Tampak Simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu terbelah datar, dan tidak ada retraksi.

➤ Abdomen :Tampak simetris, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi baik keras bundar, dan kandung kemih kosong.

➤ Genetalia :Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, tampak jahitan pada luka perinium baik, mengganti pembalut 1x Perdarahan 30 cc darah gumpal

➤ Ektermitas

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

Bawah :;tidak tampak varices, tidak tampak trombophlebitis, tidak teraba oedema, kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif

➤ Terapi

Asam Mafenamat 500 mg : 3 x 1 sesudah makan

Amoxilin 500 mg : 3x1 sesudah makan

a. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	memakan menu yang telah disediakan BPM yaitu nasi, sayur, lauk-pauk, dan minum teh manis
Mobilisasi	sudah bisa BAK sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	sudah BAK 2 x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	ibu kesulitan menyusui karena puting terbelah datar

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum 8 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 4 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	18:30	Menganjurkan ibu untuk mobilisasi miring kanan kiri dan belajar bergerak kemudian jalan serta menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu makan makanan mengandung protein ikan telur, sayuran tidak ada pantangan makanan	
2.	17.45	mengajarkan teknik hoffman dengan menarik puting sisi atas bawah dan samping agar puting muncul menonjol	

		-ibu sudah bisa mempraktekkan perawatan payudara dan teknik hoffman	
3.	17.50	Memberikan KIE tanda bayi puas menyusui yaitu bayi tidak rewel, seluruh aerola masuk ke mulut bayi, isapan bayi terasa, mulut bayi mengisap sampe kempot -Ibu pahamdan akan memperhatikan saat bayi menyusui	
4.	17.55	Mengajarkan teknik menyusui yaitu mengeluarkan asi sedikit dan mengoleskannya pada puting dan daerah aerola, perut ibu bertemu perut bayi,menyangga badan bayi sampe bokong dengan satu garis lengan lurus,memegang payudara seperti huruf C ibu jari diatas dan 4 jari di bawah menyangga payudara -ibu sudah bisa mempraktekakan teknik meysusui dengan benar	
5	18:00	Mengajarkan ibu masase uterus memutar uterus ke arah kanan searah jarum jam sesering mungkin, -ibu sering melakukan masase uterus	
6	18:01	Mengajarkan ibu melakukan perawatan luka jahit perineum dengan membasahi kassa dengn betadine dan di letakkan di vagina di selipkan sedikit serta sering di ganti saat seleseai BAK/BAB Dan mengajarkan cara membersihkan bab dengan mengosok dengan tangan arah depan ke belakang	
7	18:02	Rencana kunjungan ulang tanggal 6 juni 2016 yaitu mengajarkan perawatan payudara, memerah ASI, menganjurkan ibu sering menyusui tipa 2 jam	

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 6 juni 2016/Pukul : 10:05 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Dina Yuliana

S : - ibu mengatakan sulit menyusui bayinya dan payudara terasa nyeri
kencang bengkak

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TD : 130/80 mmHg, N : 80 x/menit

R : 22 x/menit, S : 36,5°C

BB : 70 kg,

- Payudara : nyeri kencang dan bengkak, puting susu terbelah datar
- Abdomen :Tampak simetris, TFU 3 jari bawah pusat kontraksi baik keras bundar, dan kandung kemih kosong.
- Genetalia :Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sangulenta, tampak jahitan pada luka perineum baik.

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 3-4 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu kesulitan menyusui karena puting terbelah datar

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum hari ke-2

Masalah : bendungan ASI

Diagnosa Potensial : mastitis

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 6 juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	10.05	Mengajarkan ibu perawatan payudara dengan mengompres air hangat dan melakukan pemijatan pada payudara -ibu sudah bisa melakukannya sendiri dan payudara sudah tidang kencang padat	
2.	10.10	Mengajarkan ibu pemerah asi alat perah yaitu membersihkan terlebih dahulu puting ibu kemudian menggunakan alat tekan bola karet tahan dan lepas kan kemudian tampung ASI pada gelas kaca -ibu bisa mempraktekkan sendiri	
3.	10.20	Menganjurkan ibu menggunakan BH tidak kencang/ketat berbahan katun dapat menompang payudara -ibu telah mengikuti anjuran	
4	10:25	Menganjurkan ibu sering menyusui bayinya setiap 2 jam jika bayi tidur dapat di rangsang untuk membangunkannya agar payudara tidak kencang padat -ibu sering menyusui bayinya dan payuara sudah tidak terlalu kencang dan padat	
5	10:30	Rencana kunjungan ulang tanggal 10 mei 2016 yaitu melakukan KIE tanda bahaya, kebutuhan nutrisi nifas, dan menganjurkan bayi untuk kontrol ulang dan melakukan imunisasi BCG	

3. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III (6 hari PP)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 10 Mei 2016/Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Dina Yuliana

S : - Ibu mengatakan pusing dan kurang istirahat tidur pada malam hari

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 160/90 mmHg, N : 80 x/menit,

R : 21 x/menit, S : 36,6°C

BB : 70 kg

-Payudara :Tampak pengeluaran ASI, padat tidak nyeri dan kencang

-Abdomen :Tampak simetris, TFU pertengahan pusat dan simpisis, kontraksi baik keras bundar, dan kandung kemih kosong.

-Genetalia :Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguelenta, tampak jahitan pada luka perinium baik.

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	ibu kurang beristirahat siang tidak tidur dan malam hanya tidur 5 jam karena menjaga bayi
Nutrisi	makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 3-4 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	dapat menyusui bayinya dengan baik.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum hari ke-14

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 10 Mei 2015

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	09.55	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital yaitu TFU pertengahan pusat dan simpisis, tampak adanya pengeluaran ASI padat tidak kencang dan nyeri. Pengeluaran lochea sanguelenta, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal, TD ibu tinggi 160/90 - Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
2.	10.05	Memberikan KIE tanda bahaya ibu hamil yaitu pusing hingga mata kabur, odema kaki wajah tungkai, mual muntah berlebihan, demam tinggi, nyeri perut hebat di sertai pengeluaran darah -ibu mengerti dan dapat menyebutkan tanda bahaya nifas	
3	10:10	Memberikan KIE kebutuhan ibu nifas yaitu istirahat cukup, makan makanan bergizi tidak ada pantangan, menjaga personal hygiene, eliminasi, mobilisasi dan seksual -ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan dan aka mengikuti nasihat yang di berikan	
4	10:20	Menganjurkan ibu untuk memeriksakan diri ke dokter karena tensi ibu tinggi -Ibu telah memeriksakan diri ke dokter mendapat terapi amlodipin 1x1 setelah makan	
5	10:25	Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup -ibu mengatur pola istirahatnya siang 1 jam dan malam 8 jam	
6.	10.30	Menganjurkan ibu untuk melakukan KIE jenis KB imunitasi BCG dan bayi kontrol ulang seminggu di fasilitas kesehatan terdekat ibu bersedia untuk melakukan imunitasi BCG di fasilitas kesehatan pada tanggal 13 juni 2016	

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 Juni 2016/Pukul : 13.30 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Dina Yuliana

S : Tidak ada

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 130/80 mmHg, N : 80 x/menit,

R : 19 x/menit, S : 36,4°C

BB : 65 kg,

-Payudara :Tampak pengeluaran ASI, padat tidak nyeri, tidak padat

-Abdomen :Tampak simetris, TFU 2 jari atas simpisis, kontraksi baik keras bundar,

-Genetalia :Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, tampak jahitan pada luka perinium baik.

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 3-4 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	dapat menyusui bayinya dengan baik.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum hari 16

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 20 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	13:30	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari atas simpisis , tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran serosa. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
2.	13:45	Memastikan kepada ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya hingga 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan apapun.	
3.	14:00	Memberikan KIE mengenai kontrasepsi yaitu jenis-jenis nya, keuntungan dan kerugian, efektivitas, dan jangka waktunya -ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan dan akan memikirkan jenis kb yang kaan di gunakan	

5) Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 4 juni 2016 /Pukul :18.30 WITA

Tempat :Ruang Nifas Bangkirai RSUD Gunung
Malang

Oleh : Dina Yuliana

S : -

O: Keadaan Umum :baik. Kesadaran : composmetis

N : 128 x/menit, R: 40 x/menit

T: 36 °C. BB: 3535 gram

PB: 50 cm lingkar kepala 34 cm

lingkar dada 33 cm lingkar lengan atas 10 cm.

a. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Tidak tampak caput dan cephal hematoma.
- Mata : Konjungtiva tidak tampak anemis, sclera tidak tampak ikterik.
- Hidung : Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- Telinga : Tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- Mulut : Tidak tampak labio palatoskhizis, mukosa mulut lembab, daya hisap kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi.
- Abdomen : Tidak ada kembung.

- Punggung : Normal, tidak ada spina bikida.
- Genetalia : Laki-laki, nampak adanya scrotum dan tidak ada kelainan.
- Anus : Positif (+), terdapat lubang anus.
- Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

digoreskan menggunakan jari kearah bawah

Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya . Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	<ul style="list-style-type: none"> - BAB 1 kali, konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 2 kali konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> - Bayi belum ada dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	<ul style="list-style-type: none"> - Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 8 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 04 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Pelaksana
1.	18:30	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat dan tidak terdapat kelainan apapun; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
2.	18:35	Memberikan KIE pada ibu tentang tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusui, 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 disampaikan	
3.	18.45	Mengajarkan mengenai cara merawat tali pusat yaitu di ganti dengan kassa kering setiap kali basah, tali pusat jangan diberi pupur betadine dll, dan pemakaian popok di bawah tali pusat agar tali pusat tidak lembab -ibu mengerti dan mengikuti nasihat yang diberikan	
4.	18.55	Mengajarkan memperhatikan tanda-tanda bayi puas menyusui yaitu bayi tidak rewel saat menyusui, daerah areola masuk ke mulut bayi, isapan terasa, dan mulut bayi kempot saat mengisap -ibu mengerti dan akan memperhatikan saat bayinya menyusui	
5.	19:05	Menganjurkan untuk sering menyusui bayinya tiap 2 jam sekali jika bayi tidur bisa dirangsang agar bangun -ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan	
6	19:06	rencanaan kunjungan ulang pada tanggal 6 juni 2016 yaitu melakukan KIE perawatan bayi sehari – hari	

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 6 Juni 2016 Pukul : 09.55 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Dina Yuliana

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum : baik	Kesadaran:Composmetis
nadi 126 x/menit	R :40 x/menit
T: 36 °C.	BB bayi: 3547 gram
PB :50 cm,	lingkar kepala :34 cm
lingkar dada : 33 cm	lingkar lengan atas : 10 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Mata :Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan,

tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sklera tampak berwarna putih.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik..

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu tampak menonjol.

Abdomen : Tampak simetris, tampak kering tidak berbau belum putus

Punggung : Tampak simetris, tidak tampak tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung dan tidak teraba spina bifida.

Genetalia : skrotum tidak ada kelainan

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

c. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan,
hari ke-2

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 06 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	09.55	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat;Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
	10:05	Melakukan evaluasi kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi. -Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan tidak terdapat tanda bahaya pada bayinya	
	10:15	Menganjurkan ibu untuk menjemur bayi pada pagi hari pukul 7-9 selama 15 menit agar bayi tidak kuning -ibu teratur menjemur bayi pukul 07:30 selama 15 menit dan bayi tidak terlihat kuning	
2.	10: 20	rencana kunjungan Ulang pada tanggal 10 juni 2016 yaitu menganjurakn ibu untuk sering menyusui bayinya	

3. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : Jumat, 10 Juni 2016/Pukul 09:00 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Oleh : Dina Yuliana

S : -

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum :baik.

Kesadaran :composmetis:

N : 138 x/menit,

R: 40 x/menit

S :36,5°C.

BB :3650 gram

PB: 50 cm

lingkar kepala 34 cm

lingkar dada 33 cm

lingkar lengan atas 11 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan,

tidak tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sklera tampak berwarna putih.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, puting susu tampak menonjol.

Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak sudah puput, tidak teraba benjolan/massa, tempat pelepasan tali pusat nampak kering tidak berbau

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

c. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan bayi makan dan minum kecuali ASI.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih

Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, usia 6 hari

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak adda

P :

Tanggal :

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1	09:00	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
2	09:10	Menganjurkan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayi nya di beri ASI saja	

4. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-IV

Tanggal/Waktu Pengkajian : Senin, 20 Juni 2016/Pukul 13:30 WITA

Tempat : Rumah Ny. S

Oleh : Dina Yuliana

S : -

O :

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan: Umum baik

Kesadaran:Composmetis

N :138 x/menit, R:40 x/ menit
 T :36,5°C. BB : 4100 gram
 PB : 50 cm, lingkar kepala 34 cm
 lingkar dada 33 cm lingkar lengan atas 11 cm.

2) Pemeriksaan Fisik

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu tampak menonjol.

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

b. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan bayi makan dan minum kecuali ASI.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, usia 16 hari

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 20 Juni 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1	13:30	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
2	13:10	menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya.	

F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Akseptor Metode KB Suntik

Waktu : 20 Juni 2016, 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

1. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu pernah memakai KB suntik 3 bulan selama 2 tahun dan ibu tidak memiliki keluhan.

2. Riwayat Kesehatan Klien

memiliki riwayat penyakit hipertensi

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

3. Riwayat Obstetri

2.1 Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak				nifas	Usia anak sekarang	KB
No	Thn/Tg lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	B B	PB	Kedaaan			
1	2002	Rs	Aterm	Taa	Spt	bidan	Taa	Laki-laki	3500	49	Hidup	Normal	14 th	Suntik 3 bln
2	2011	Rs	Aterm	Taa	Spt	Dokter	Lilitan tali pusat	perempuan	3400	49	Hidup	Normal	5 th	Suntik 1 bln
3	2016	RS	aterm	Taa	spt	Mahasiswa bidan	KPD	Laki-laki	3535	50	hidup	normal	<1 bln	Suntik 3 bln

4. Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi seporsi, lauk pauk 2 potong, sayur dan terkadang dengan buah-buahan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 3-4x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari atau 1x/2hari, berwarna coklat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat	Tidur siang selama \pm 1-1,5 jam/hari. Tidur malam selama \pm 5-6 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak, mengurus anak. Belum ada kegiatan yang dilakukan keluar rumah
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Kebiasaan	Tidak ada
Seksualitas	Belum ada melakukan hubungan seksual

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. S baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36 °C, nadi 86 x/menit, pernafasan : 20 x/menit.

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tampak simetris, tidak tampak kloasme gravidarum, tidak tampak pucat, tidak teraba benjolan/massa, tidak teraba oedema

Mata : Tampak simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera berwarna putih, tidak tampak pengeluaran kotoran, tidak teraba oedema

pada kelopak mata
cukup, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak pucat, bibir tampak lembab,
tampak bersih, lidah tampak bersih, tidak tampak stomatitis
ataupun caries, tampak gigi geraham lengkap.

Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran asi,
tampak hiperpigmentasi pada aerolla mammae, putting susu
kiri tampak menonjol kanan kurang menonjol. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : TFU teraba 2 jari atas simpisis Tampak simetris, tidak tampak bekas operasi, tidak teraba massa/pembesaran.

Genetalia : luka perineum baik, lochea serosa coklat pudar kekuninga

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varise dan tidak ada edema tungkai. Pada ekstremitas atas tidak ada oedemadan kapiler refil kembali dalam waktu 2 detik, refleksbisep dan trisep positif dan pada ekstremitas bawah tampak oedema berkurang, kapiler refill kembali dalam waktu 2detik serta homan sign negatif, refleks patella positif.

A :

Diagnosa : Calon P₃₀₀₃ akseptor KB Suntik 3 Bulan

Masalah : Tidak ada

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak ada

P:

No	Waktu	Tindakan	paraf
1	13:50	Memberikan KIE jenis-jenis KB, keuntugan, kerugian,syaratnya efektivitas,yaitu pil. Suntik, susuk,IUD,dan MOW --ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan dan ibu memilih KB suntik	
2	14:00	Berpamitan pulang	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Dipembahasan 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 Mekar Sari Tahun 2016. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang meliputi :

1. Kehamilan

Klien bernama ibu "S" umur 38 tahun G₃P₂₀₀₂ hamil 37-38 minggu janin tunggal hidup intra uteri, yang bertempat tinggal di Karang Jawa dalam Rt 77 kelurahan Mekar Sari Balikpapan Tengah saat ini Ny.S mengandung anak ke tiga.

Selama kehamilannya, Ny. S telah melakukan ANC sebanyak 9 kali, yaitu 2 kali USG di klinik dengan dokter kandungan pada trimester 2 dan 3 , serta 7 kali di puskesmas yaitu 3x pada trimester kedua, dan 4 kali pada trimester ketiga. Hal ini sesuai dengan syarat kunjungan kehamilan yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), yaitu minimal 4 kali, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga.

Ada hubungan antara pengetahuan dengan frekuensi ANC, semakin baik pengetahuan maka semakin patuh dalam melakukan ANC (Purwaningsih, 2008). Selain berlatar belakang pendidikan SMA, Ny. M pernah mendapat konseling mengenai pentingnya pemeriksaan rutin kehamilan dengan tenaga kesehatan.

Selama ANC Ny. S telah memperoleh standar asuhan 14 T hingga pada asuhan ANC terpadu di puskesmas, terkecuali standar asuhan ke 9 yaitu senam hamil pelayanan antenatal care memiliki standar 14 T yaitu Timbang Berat Badan, Ukur Tekanan Darah, Ukur Tinggi Fundus Uteri, Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan, Pemberian imunisasi TT, Pemeriksaan HB, Pemeriksaan VDRL, Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara, Senam Ibu Hamil, Temu wicara/konseling, Pemeriksaan protein urin atas indikasi, Pemeriksaan reduksi urin atas indikasi, Pemberian terapi kapsul yodium, Pemberian terapi anti malaria.

Pada pemeriksaan awal yang dilakukan penulis pada tanggal 4 Mei 2016 dengan hasil TTV dan pemeriksaan inpeksi, paplpasi, auskultasi dalam batas normal. Penulis berpendapat, perlunya dilakukan pengukuran TFU pada ibu hamil yakni sebagai acuan penambahan berat badan janin dalam keadaan normal atau tidak. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Mufdilah (2010),

pengukuran TFU dilakukan secara rutin dengan tujuan mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Selain dapat dijadikan sebagai indikator pertumbuhan janin intra uterine, TFU dapat mendeteksi secara dini terhadap terjadinya molahidatidosa, janin ganda atau hidramnion.

Kunjungan kedua pada tanggal 12 mei 2016 Pukul 15:10 WITA dengan usia kehamilan 38 minggu 5 hari, Ny. S. mengeluh terkadang merasa nyeri pinggang. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh saifuddin (2010) menyatakan bahwa nyeri pinggang merupakan hal yang normal pada ibu hamil, karena perut yang semakin membesar sehingga titik berat badan pindah kedepan. Penulis sependapat dengan pernyataan diatas, karena Ny. S memiliki keluhan tersebut saat memasuki kehamilan trimester III saja. Keluhan tersebut dapat teratasi dengan diberikannya konseling mengenai cara mengatasi nyeri pinggang di kehamilan tua dilakukan pemeriksaan abdomen, dengan hasil pengukuran TFU adalah 3 jari bawah px (31 cm) dengan TBJ 2945 gram. Hal ini sesuai dengan teori oleh Manuaba (2010) yaitu, pada usia kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri dengan jari adalah 3 jari dibawah PX atau sampai setinggi PX dan tinggi fundus uteri dalam cm adalah 33 cm.. Pada kunjungan kedua dilakukan pemeriksaan penunjang HB 12,7 dan pemeriksaan protein urin dengan hasil + .

Kunjungan ketiga pada tanggal 19 Mei 2016 Pukul 11:00 WITA dengan usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Dilakukan pemeriksaan abdomen dengan hasil pengukuran TFU yaitu 3 jari bawah *proccesus xifoideus* (px) (32 cm) TBJ 3225 gram. Dan pada usia kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri dengan jari adalah Pertengahan PX- Pusat dan tinggi fundus uteri dalam cm adalah 30 cm. Ny.s dan melakukan USG hasil letak placenta normal, bagian terendah kepala sudah masuk PAP, keadaan janin baik, TBJ menurut USG 3.400-3.500 dan keadaan air ketuban berlebihan (hidramnion). Penulis menyarankan pada ibu untuk melakukan observasi pada gerakan janin dalam sehari >12x, saat tidur miring kiri agar suplai oksigen pada bayi terpenuhi, dan ibu mengurangi jumlah minum menjadi 2 liter sehari lebih dianjurkan air hangat. Menurut teori (Marmi, 2011) Terapi hidramnion saat Waktu hamil yaitu Hidramnion ringan jarang diberi terapi cukup di observasi. Biggio dan kawan-kawan di University Of Alabama melaporkan insidensi kelebihan air ketuban 1% diantara lebih dari 36.000 kehamilan.

Berdasarkan dengan teori yang sudah dipaparkan di atas penulis berpendapat bahwa kehamilan Ny.S tidak terdapat kesenjangan antara tinggi fundus uteri dengan usia kehamilan.

2. Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. S yaitu 41-42 minggu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Kehamilan cukup bulan (aterm) atau pematangan janin

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

a. Kala I

Tanggal 4 Juni 2016 pukul 05:00 WITA Ny.S merasa mules dan perut kencang-kencang serta keluar air-air, namun belum keluar darah, klien memutuskan segera memeriksakan diri ke RSUD Gunung Malang Balikpapan, pukul 05:05 Ny.S masuk ke ruang UGD dilakukan VT pembukaan 1-2 cm, portio lembut, H1, penurunan 4/5 efecement 25 %, HIS 1x10' (15-20 detik) dan ketuban negatif, dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil Lakmus positif (+). Pada pukul 08:00 pindah ruangan ke VK dilakukan VT pembukaan 2 cm, portio lembut, H1, penurunan 4/5 efecement 25 % dan ketuban negatif, HIS 2x10' (20-25 detik) dilakukan kolaborasi dengan dr.Obgyen diberikan terapi antibiotik yaitu cefotaxime secara intravena untuk pencegahan infeksi, observasi tanda-tanda kemajuan persalinan, dan janin. Ny. S mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD), Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. (Prawirohardjo, 2007).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan setelah ditunggu satu jam belum memulainya tanda persalinan (Manuaba, 2010).

Pukul 10:30 ibu mengeluh perut semakin sakit pengeluaran blood shim bertambah banyak dilakukan pemeriksaan dalam

pembukaan lengkap efecment 100%, H3, penurunan kepala 2/5, his 3x10 (35-40 detik) ,portio tidak teraba bagian terbawah janin teraba kepala, ketuban negatif , perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka. Hal tersebut sejalan dengan teori yang dikemukakan JNPK-KR (2008), ibu memasuki kala II, tidak terjadi kesenjangan antara kemajuan proses persalinan dengan gravida.

Kala I yang dialami Ny. S berlangsung selama 5,5 jam, multigravida sekitar < 8 jam (JNPK-KR, 2008). Lama kala I Ny. S berlangsung dengan normal dikarenakan hisnya yang baik yaitu 4 x 10 menit (35-40 detik), posisi janin dalam keadaan normal di dalam rahim,

Selama proses persalinan berlangsung, Ny. S dilakukan asuhan kebidanan sayang ibu Hal ini sesuai dengan aspek 5 benang merah dalam APN menurut Sumarah, dkk (2009) yaitu asuhan sayang ibu, pencegahan infeksi, pengambilan keputusan klinik, pencatatan dan rujukan.

b. Kala II

Pukul 10:30 WITA klien merasa ingin BAB dan ketuban pecah secara spontan. Saat dilakukan pemeriksaan dalam vulva, vagina tidak ada kelainan,pembukaan lengkap, portio tidak teraba, selaput ketubah telah pecah, ketuban jernih, efficement 100 %, kepala posisi hodge IV,His 4x10 (35-40) detik perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka. Hal tersebut

sejalan dengan teori yang dikemukakan JNPK-KR (2008), tanda dan gejala kala II.

Setelah melewati kala I Ny.s di pimpin meneran Kala II yang dialami Ny. S berlangsung selama 10 menit, Pada tanggal 4 juni 2016 pukul 10:40 WITA Bayi lahir spontan segera menangis A/S 8/10, Berat 3535 gram, Panjang 50 cm, lingk kepala : 34 cm, lingk dada 33 cm, lingk perut 30 cm, lingk lengan atas 10 cm, anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : +/+, jenis kelamin laki-laki, sisa ketuban jernih.

Penulis menyimpulkan bahwa kala II pada Ny.S sesuai dengan teori yang di paparkan sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Kala III

Proses penatalaksanaan kala III Ny. S dilakukan manajemen aktif kala III yaite periksa fundus beritahu ibu lakukan penyuntikan oksitosin panjang tali pusat,berat panjang diameter dan tebal kemudian masase uterus ini sesuai dengan teori yang di kemukakan (JNPK-KR ,2008)

Pukul 10:45 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat sentralis, panjang tali pusat ± 75 cm, tebal plasenta ± 2 cm, lebar plasenta $\pm 20 \times 18$ cm. Lama kala III Ny. S berlangsung ± 5 menit. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan JNPK-KR (2008) bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala

III berlangsung rata-rata antara 5 sampai 10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit.

Perdarahan kala III pada Ny. S berkisar sekitar normal yaitu 100 CC. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan JNPK-KR (2008), bahwa perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam <500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir. Penulis berpendapat sesuai teori yang di paparkan kala III pada Ny. S dalam kondisi normal tidak ada kesenjangan dalam teori dan praktek

d. Kala IV

Melakukan evaluasi pada perineum terdapat laserasi yaitu mulai dari mukosa vagina hingga ke otot perineum perdarahan telah berhenti. Setelah dilakukan penjahitan. Melakukan pemantauan 2-3 kali setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan uterus baik keras bundar TFU 1 jari bawah pusat, Evaluasi perdarahan pada Ny.S yaitu 50 cc, keadaan umum ibu dalam batas normal dan keadaan umum bayi dalam batas normal , ibu sudah memenuhi kebutuhan nutrisi dengan makan nasi serta semua lingkungan pasien sudah dalam keadaan bersih dan rapi. Hal ini sejalan dengan JNPK-KR (2008), pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 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

3. Bayi Baru Lahir

Bayi lahir spontan segera menangis apgar score 8/10 tidak terdapat kelainan kongenital, Asuhan BBL dilakukukan 1 jam pasca IMD. Bayi Ny. S telah diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM dan imunisasi hepatitis B 0 hari salep mata getamicin, dilakukan pemeriksaan fisik dalam batas normal tidak terdapat kelainan okongenital, keadaan umum bayi pun baik dalam batas normal, kemudian dilakukan pengukuran antropometri BB 3535 PB 50 lingkar kepala 34 cm lingkar dada 33 cm, teori menurut Muslihatun (2010), yang mengemukakan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Berat badan normal pada bayi baru lahir adalah 2500 gram sampai 4000 gram. Bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2008).

Penulis berpendapat bayi By Ny S telah dilakukan asuhan bayi baru lahir bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek

4. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. S sebanyak 4 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 -8 jam tanggal 4 juni 2016 pukul 18:30 WITA. Berdasarkan hasil observasi diperoleh hasil : ibu mengeluhkan perutnya masih mules. Ibu dapat beristirahat setelah proses persalinannya, ibu dapat menghabiskan makan dan minum yang telah disediakan, ibu sudah BAK secara mandiri, puting susu masi terbelah datar peluaran ASI ada , TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong, perdarahan pervaginam 30 cc cair dan gumpal ibu ganti pembalut 1x,penulis memeberikan asuhan menganjurkan ibu mobilisasi miring kanan dan kiri dan BAK mandiri, mengajarkan teknik hoffman karena puting susu datar tebelah,dengan teknik spuit terbalik kemudian menarik puting keluar, mengajarkan mengajarkan teknik menyusui , mengajarkan perawatan luka pada perineum dan masase uterus agar involusi baik dan ibu mengerti dengan asuhan yang di berikan dan dapat mempraktekkannyai .Hal ini sesuai dengan teori menurut Suherni, dkk (2009), tujuan pada asuhan kunjungan 6-8 jam post partum diantaranya yaitu mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi , menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

kunjungan hari ke 2 tanggal 6 juni 2016 yaitu keadaan umum dalam batas normal, kontraksi baik keras bundar TFU 3 jari bawah pusat, lochea sanguelenta, luka perineum baik, nutri ibu baik tidak ada pantangan ibu makan nasi, sayur, ikan, tahu, tempe dan ibu mengatakan payudara terasa bengkak kencang dan nyeri kesulitan dalam memberikan asi karena puting susu datar terbelah. Penulis memberikan asuhan masase payudara, perawatan payudara, cara memerah payudara dan anjuran untuk sering menyusui. Menurut teori (Rukiyah, 2009) bendungan ASI muncul pada hari nifas penyebab bendung asi ialah pengosongan mammae yang tidak sempurna, hisapan bayi yang tidak aktif, kelainan puting susu, posisi bayi yang tidak benar, payudara bengkak, panas, keras, nyeri dan kemerahan. Penulis berpendapat bendungan ASI yang terjadi pada ibu sesuai dengan teori yang di paparkan sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan Praktek.

Kunjungan hari ke 6 tanggal 10 juni 2016 yaitu ibu mengatakan keluhan pusing dan ibu susah tidur saat istirahat malam karena menjaga bayi, dilakukan TTV tensi darah 150/90 MmHg kontraksi uterus baik keras bundar pertengahan pusat dan simpisis, Lochea sanguenta, luka perineum baik, kebutuhan nutrisi ibu terpenuhi ibu tidak ada pantangan dalam makanan, ibu sudah bisa menyusui dan tidak ada keluhan mengenai bendungan ASI. Penyakit hipertensi essentialis pada post partum merupakan kelanjutan dari hipertensi

yang terjadi pada kehamilan minggu ke 20 dan hipertensi tetap pada sebuah persalinan (Manuaba, 2009). Penulis memberikan asuhan KIE tanda bahaya nifas , KIE kebutuhan masa nifas dan menganjurkan ibu untuk periksa ke dokter.

Menurut teori (Suherni, dkk ,2009) yaitu tujuan pada asuhan kunjungan 6 hari yaitu untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, dan memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi .Menurut teori (Salleha,2009) Kondisi stress dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, karena saat seseorang dalam kondisi stress akan terjadi pengeluaran beberapa hormon yang akan menyebabkan penyempitan dari pembuluh darah, dan pengeluaran cairan lambung yang berlebihan, akibatnya seseorang akan mengalami mual, muntah, mudah kenyang, nyeri lambung yang berulang, dan nyeri kepala. Kondisi stress yang terus menerus dapat menyebabkan komplikasi hipertensi pula . Penulis menyimpulkan terjadi kesenjangan antara teori dan praktek Ny.S mengalami hipertensi termaksud dalam tanda bahaya nifas dapat menimbulkan eklamse. Ny.S tidur pada siang hari 30 menit -1 jam dan malam hanya 5 jam karena bayi rewel pada maam hari membuat Ny.S kekurangan waktu tidur.

Kunjungan ke 2 minggu (tanggal 20 juni 2016) yaitu pemeriksaan fisik ibu dalam atas normal tensi ibu 110/80 telah mendapat terapi oleh dokter amlodipin 5 mg 1x 1 hari, pengeluaran ASI baik, lochea serosa, teraba 2 jari atas simpisis, nutrisi ibu terpenuhi, eliminasi ibu baik, luka pada perineum baik dan ibu dapat mengatur pola istirahat. Asuhan yang diberikan pada penulis mengevaluasi ulang mengenai bendungan asi dan tensi darah darah ibu, memastikan ibu ASI eksklusif dan memberikan KIE jenis-jenis KB. Berdasarkan teori menurut Suherni, dkk (2009), tujuan asuhan kunjungan 2 minggu post partum yaitu sama dengan kunjungan hari ke 6 post partum.

5. Neonatus Care/ Kunjungan Neonatus (KN)

Kunjungan KN 1 yaitu 6-8 jam tanggal 4 juni 2016 yaitu keadaan umum bayi baik, tidak ada kelainan kongenital, bayi telah dilakukan imunisasi HB 0, injeksi Vitamin K, salep mata antibiotik dan telah dilakukan pengukuran antropometrik, kehangatan bayi terjaga.

Kunjungan KN 2 hari ke 6 tanggal 10 juni 2016 yaitu keadaan umum baik, tali pusat sudah pupus atau terlepas keadaan pelepasan baik kering tidak ada perdarahan, bayi tidak ikterik, berat bayi 3.600 gram bayi sudah di kontrol ulang di puskesmas dan di berikan imunisasi polio 1 dan BCG.

Kunjungan KN 3 ke 2 minggu tanggal 20 juni 2016 yaitu bayi dalam keadaan baik, bayi masi asi eksklusif, tidak ikterik, berat badan bayi 4100 gram .

Hal ini selaras dengan teori yang dikemukakan oleh Muslihatun (2010), yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN 1 dilakukan 6-8 jam, KN 2 dilakukan 3-7 hari, KN 3 dilakukan 8-28 hari setelah bayi lahir. Penulis berpendapat bahwa pentingnya dilakukan kunjungan neonatus sebagai deteksi bila terdapat penyulit pada neonatus. Keadaan bayi Ny. S yang normal hingga akhir kunjungan didukung dengan usaha ibu yang baik dalam merawat bayinya, selalu mengikuti saran yang disampaikan penulis dan bidan, serta dukungan dari suami dan keluarga yang ikut membantu kelancaran perawatan bayi. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek

5. Pelayanan Keluarga Berencana

Tanggal 20 juni 2016 Ny. S menjadi akseptor KB suntik 3 bulan. Klien merasa tertarik dengan kontrasepsi KB suntik dan ibu sebelumnya pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 2 Tahun untuk mengatur jarak kehamilannya. KB merupakan metode dalam penjarangan kehamilan, karena kontrasepsi dapat menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma (Manuaba, 2010). Ny. S ingin menggunakan KB sebagai antisipasi agak tidak terjadi kehamilan Dan

KB suntik dapat digunakan oleh ibu yang sedang menyusui. Penulis menyimpulkan dari teori yang dipaparkan terjadi kesenjangan terhadap Ny.S dengan riwayat tensi tinggi memilih Kb suntik.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. S Di Kelurahan Mekar Sari Balikpapan Tengah, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis:

- a. Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif. Kehamilan termasuk berisiko namun hingga akhir kehamilan kondisi klien dalam keadaan fisiologis.
- b. Melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif. Persalinan terdapat penyulit setelah di berikan asuhan persalinan dapat berjalan lancar.
- c. Melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif. Bayi lahir sehat secara spontan, segera menangis dan tanpa kelainan konginental.
- d. Melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Bayi tidak ditemukan penyulit pada masa neonatus.
- e. Melakukan asuhan nifas secara komprehensif, Ny.S memiliki tanda bahaya nifas telah di berikan asuhan nifas menjadi normal
- f. Melakukan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif. Klien diberikan konseling jenis KB, kelebihan kekurangan dan efektivitasnya.Konseling berjalan lancar ibu memilih KB suntik 3 bulan

B. Saran

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

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dan untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan dari masa kehamilan sampai pada saat pemilihan kontrasepsi, sehingga menghasilkan bidan yang terampil, professional, dan mandiri.

2. Bagi Pasien

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

3. Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah,dkk.2010.Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan.Yogyakarta:Graha Ilmu
- BkkbN. 2008. Jarak Kelahiran dan Dampak Kehamilan tidak Direncanakan. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
- Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. Jakarta : JNPK-KR, Maternal & Neonatal Care, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008
- <http://jurnalgriyahasada.com/awal/images/files/PROFIL%20IBU%20HAMIL%20RI%20SIKO%20TINGGI%20BERDASARKAN%20UMUR%20DAN%20PARITAS.pdf>
- Http://Www.Depkes.Go.Id/Downloads/PROFIL_KES_PROVINSI_2011/15_Profil_Kes.Prov.Jawatimur_2011.Pdf
- https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiUqv0_tvMAhVLMY8KHT6RCEAQFgg2MAQ&url=http%3A%2F%2Fjournal.respati.ac.id%2Findex.php%2Fmedika%2Farticle%2Fdownload%2F146%2F135&usg=AFQjCNFJk8ELAx8MPSI BlxoqbUJIIxokaQ&bvm=bv.122129774,d.c2I
- Kusmiyati, dkk.2009. Perawatan Ibu Hamil .yogyakarta : Fitramaya
- M. Iqbal Hasan, 2002. Pokok-Pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya.Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia

- Manuaba, dkk.2009. Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. Jakarta : EGC
- , dkk. 2010. Ilmu Kandungan dan KB. Jakarta : EGC
- , I.A Candradinata.Dkk. 2008 . Gawat Darurat Obstetri Ginekologi Dan Obstetri Ginekologi Social Untuk Profesi Bidan. Jakarta : EGC
- Marmi,dkk.2011.Asuhan Kebidanan Patologi.Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Mochtar, Rustam, 1998, *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*, Jakarta : EGC.
- Nugroho.2010.Kasus Emergency Kebidanan.Yogyakarta:Nuha Medika
- Prawirohardjo, S. 2009. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Proverawati A. 2010. ASI dan Menyusui. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rochjati, P., 2003. Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil. Surabaya: FK UNAIR
- Rukiyah,dkk.2009.Asuhan kebidanan I.Jakarta: TIM
- Saifuddin, A.B., 2005. Ilmu Kebidanan. Edisi 3. Cetakan 7. Jakarta: YBP-SP Dinkes ,2011.
- .2009. Pelayanan Kesehatan Maternal Neontal. Jakarta : Bina Pustaka
- Salleha S. 2009. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Jakarta : Medika Salemba
- Salmah. Dkk. 2006. Asuhan Kebidanan Antenatal. Jakarta: EGC.
- Suherni,et all.2009.Perawatan Masa Nifas. Yogyakarta : Fitramaya
- Sulistyawati, Ari. 2009. Buku ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Yogyakarta:medika Sallemba
- Varney,Helen et al.2006. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4.Jakarta: EGC
- Winkjosastro. 2005. Ilmu Bedah Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

