

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.”S”
G₃P₂₀₀₂ DENGAN FAKTOR RESIKO USIA LEBIH DARI
35 TAHUN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KLANDASAN ILIR
KOTA BALIKPAPAN
TAHUN 2016**



Oleh:

**FITRIYANTI RIFKY UMARELLA
NIM. PO 7224113014**

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

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
TAHUN 2016**

HALAMAN PENGESAHAN

**Asuhan Kebidanan Komprehensif
Pada Ny. "S" G_{3p}2002
Dengan Faktor Resiko Usia >35 tahun di Wilayah Kerja PKM Klandasan Ilir
Kota Balikpapan Tahun 2016**

**Fitriyanti Rifky Umarella
NIM : P0 7224113014**

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan dihadapan Tim
penguji Poltekkes Kemenkes Kaltim Jurusan Kebidanan Prodi DIII Kebidanan
Balikpapan Pada tanggal 01 Juli 2016

Penguji Utama

Eli Rahmawati, S.SiT. M. Kes

NIP. 1974032011993032001

(.....)

Penguji I

Novi Pasiriani, S.ST. M.Pd

NIP. 197911262001122002

(.....)

Penguji II

Endang Kasiani , SST

NIP. 196301091985112001

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan

Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan

Sonya Yulia.S.Spd.,M.Kes

NIP. 195507131974022001

Eli Rahmawati, S.SiT. M. Kes

NIP. 1974032011993032001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Fitriyanti Rifky Umarella
NIM : PO 7224113014
Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 05 Januari 1996
Agama : Islam
Alamat : JL.Jend Sudirman RT. 36 NO. 31 Blok B .
Aspol Purwa . Balikpapan Kota
Riwayat Pendidikan :

- TK Kemala Bhayangkari, Lulus Tahun 2001
- SD Negeri 003 Balikpapan, Lulus Tahun 2007
- SMP Negeri 7 Balikpapan, Lulus Tahun 2010
- SMA Negeri 5 Balikpapan , Lulus Tahun 2013
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi
DIII Kebidanan Balikpapan Tahun 2013 -
sekarang

HALAMAN PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirahim

“Work hard and stay humble then reach your goal”

“Success begins at the moment you decide to be your self”

“The more we are grateful, the more happiness we get”

“Always do your best, and let God do next”

Aku belajar dari semua kata-kata bijak diatas semua itu membuat saya mengerti bahwa hidup harus dijalani dengan menjadi diri sendiri lakukan yang terbaik dengan kerja keras dan rendah hati maka setelah semua terlaksana biarkan Tuhan yang menjadi pemegang kendali dari semua perbuatan yang telah dilakukan.

Persembahan

“Yang Utama dari Segalanya Maha Pemilik Cinta”

Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan ya rabb akhirnya LTA yang sederhana ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya serta Shalawat dan salam semoga selalu tcurahkan keharibaan Nabiullah Muhammad SAW.

“Kedua Orang Tuaku, ABDUL ROSID UMARELLA & SRI MARDIATI”

Bang Ocit, seorang malaikat tanpa sayap yang telah Allah berikan untuk fitri. Terimakasih telah menjadi panutan terhebat untuk fitri dan adikku tersayang Malayla Tasya Umarella, seorang laki-laki penyabar yang memberikan cinta kasihnya untukku dan mama. Semoga Laporan Tugas Akhir ini bisa menjadi kado kecil untuk membuat ayah bangga dengan putri kecilnya yang kini telah menjadi dewasa maaf jika masih belum sempurna ini adalah best of the best yang fitri bisa kasih untuk ayah.

Mama, seorang malaikat tanpa sayap yang telah Allah pilihkan menjadi sosok wanita hebat yang sangat kuat menjadi pelindung dalam hidup fitri. Ma terima kasih atas semua pengorbanan yang telah mama berikan buat chacha dari saat mama masih mengandung chacha selama 9 bulan sampai dengan saat ini, maaf jika selama ini masih sering buat mama marah. Sebuah Laporn Tugas Akhir ini chacha persembahkan untuk mama. I love you MORE and More Ma.

“Jedeh Hidupku di Masa Depan”

Untuk Kamu yang namanya sudah Allah tuliskan di Lauh Mahfuzh, kamu adalah sosok lelaki baik yang masih Allah simpan dengan rapat. Entah kamu siapa tapi kamu sudah menjadi salah satu penyemangat yang membuat aku tegar dalam menjalani semua kehidupan perkuliahan ini. Semoga sosokmu akan Allah pertemukan denganku setelah aku siap menjadi seorang pendamping hidup

yang baik untukmu. Laporan Tugas Akhir ini aku persembahkan untukmu yang nantinya akan bersama denganku. Aamiin.

“My Brother From Another Mother”

Terimakasihku juga Untuk Khairul Arifin seseorang lelaki cerdas berkulit hitam yang telah menemani dan menyemangatiku di akhir penantian tigkat akhir yang cukup membuat penat ini dan menjadi salah satu inspirasiku. Terimakasih banyak rul, percayalah namamu selalu ada dalam setiap doaku, dan semoga allah mengabulkan doadoaku itu. Rul SEE YOU ON TOP! Semoga aku yang menjadi pilihanmu kelak dan aku selalu disini memperbaiki serta memantaskan diri dan senantiasa berdoa. Hanya ini yang bisa kuungkapkan untukmu yang tersayang.

“Para Wanita Hebat”

Bongkek, sebuah nama lucu yang kami juga bingung bagaimana cara mengartikannya. Sekumpulan wanita-wanita hebat yang menjadi penyemangat di kala revisian menumpuk. Mereka adalah Nur Aisyah Nasir, Siti Awaliah, Ferdianti Dwivonita Benu, Lisa Siska Anggraini, Rully Farinda Putri, Dian Nur Firiani AS, Winda Andriani. Terimakasih para kesayanganku untuk sebuah kisah yang pernah kita lalui bersama semoga tidak putus hanya sampai di perkuliahan saja. Chacha persembahkan Laporan Tugas Akhir ini untuk kalian.

“Sahabat-sahabatku yang Terbaeeekkk”

Para manusia yang tak seberapa: Ginna Puspita Sari, Gabby Gesyella Armaya, Asyirin Febriani kalian yang terhebat kalian yang terkuat no more word can't i say for you guys!!!

Sahabat Penaku : Rizqi Wahyu Hartomo sang manusia udara yang selalu menyemangatiku dalam tugas akhir ini, walaupun keberadaanmu jauh di pulau jawa sana, namun semangatmu dan candamu selalu mewarnaiku dalam menyelesaikan tugas akhir ini, terimakasih banyak tomo. Semoga suatu saat kita dapat bertemu. *Salam Bolpoint my Schat!*

“Dosen Pembimbing Tugas Akhirku”

Ibu Novi Pasiriani, SST., M.Pd, Ibu Endang Kasiani, SST dosen pembimbing tugas akhirku, terima kasih ibu atas bimbingan serta nasehat yang tiada hentinya ibu berikan serta saya tidak akan lupa segala jasa dan limpahan kesabaran ibu dalam membimbing saya.

“Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Poltekkes Kemenkes Kal-Tim”

Terima kasih ibu dan bapak atas segala ilmu, didikan, bimbingan, serta pengalaman berharga yang diberikan kepada saya. Semoga balasan di surga lebih indah.

“My Best Friend”; AKB 80”

Teruntuk kepada semua perempuan-perempuan tangguh calon bidan. Dariku semanis dan sehangat kebersamaan selama ini terima kasih teman untuk segalanya selama tiga tahun saling berbagi suka dan duka bersama, bukankah belajar dapat dari mana saja dan siapa saja? dari kalian ku banyak belajar hidup. kurasa suatu saat kita akan rindu dengan semua kebersamaan ini, with love AKB 80.

“Pasien Study Kasusku”

Terima kasih banyak kepada keluarga Ny. S dan Tn. R yang telah bersedia untuk ikut berpartisipasi menjadi pasien tugas akhir saya. Terima kasih untuk kepercayaan yang diberikan selama ini. Dan adik Aysila semoga menjadi anak yang sholeha dan berbakti kepada kedua orang tua. Semoga hubungan silaturahmi ini selalu terjaga. Amin

Dan terima kasih untuk semua pihak yang telah membantu proses penyelesaian tugas akhir ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

“Kado kecil untuk mereka yang kusayangi”

Salam hangat penuh cinta

Fitriyanti Rifky Umarella

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, karunia dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “S” G₃ P₂₀₀₂ Usia Kehamilan 39 Minggu Janin Tunggal Hidup Intrauterine Di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan” dengan baik dan lancar.

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur Prodi DIII Kebidanan Balikpapan.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, Penulis banyak mendapatkan bimbingan dan arahan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada yang terhormat :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
2. Sonya Yulia.S.,S.Pd.,M.Kes selaku Ketua Jurusan D III Kebidanan Balikpapan
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
4. Ernani Setyawati,M.Keb selaku koordinator Laporan Tugas Akhir D III Kebidanan Balikpapan Tahun 2015
5. Novi Pasiriani,SST. M.Pd. selaku Pembimbing I dan Endang Kasiani,SST, selaku pembimbing II yang senantiasa membimbing, mengingatkan, meluangkan waktu dan tenaga, serta selalu memberi motivasi penulis untuk

segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Semoga Allah membalas beliau semua dengan kebaikan yang berlipat ganda, Amin.

6. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes selaku penguji utama yang telah berkenan memberikan saya kesempatan untuk menyampaikan hasil Laporan Tugas Akhir saya ini.
7. Kepada seluruh dosen dan staf di Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D III Kebidanan Balikpapan.

Akhirnya kepada seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan bantuan dalam penyusunan Proposal Laporan Tugas Akhir ini, penulis ucapkan terima kasih yang sebesar besarnya. Semoga segala bantuan yang diberikan mendapatkan balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT.

Balikpapan, Juni 2016

Penulis

Fitriyanti Rifky Umerella

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABLE	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat.....	7
E. Ruang Lingkup.....	8
F. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	10
1. Manajemen Varney	10
2. Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan Asuhan.....	14
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Ny.I	31
C. Konsep Dasar Teori	52
1. Kehamilan.....	52
2. Persalinan.....	62
3. Bayi Baru Lahir	91

4. Nifas.....	99
5. Neonatus	105
6. Keluarga Berencana.....	111

BAB III SUBJEK DAN KERANGKA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan studi kasus	119
B. Lokasi dan Waktu.....	119
C. Subjek Studi Kasus	120
D. Teknik Pengumpulan Dan Analisis Data	120
E. Instrument Studi Kasus.....	122
F. Kerangka Kerja Studi Kasus	122
G. Etika Studi Kasus	124

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care.....	126
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care	144
C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	158
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care	163
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus.....	177
F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB	205

BAB V PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan.....	200
B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan	223

BAB VI.....

A. Kesimpulan.....	225
B. Saran.....	226

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Taksiran Berat Janin.....	38
2.2 Umur Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Ute.....	59
2.3 Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan.....	61
2.4 Pola Fungsional Kesehatan Persalinan	71
2.5 Memantau Kemajuan Persalinan Menggunakan Partograf.....	90
2.6 Apgar Skor	93
4.1 Riwayat Obstetrik.....	128
4.2 Pola Fungsional Kesehatan ANC 1.....	129
4.3 ANC 1	133
4.4 Pola Fungsional Kesehatan ANC 2.....	135
4.5 ANC 2	139
4.6 Pola Fungsional Kesehatan ANC 3.....	140
4.7 ANC 3	144
4.8 INC.....	149
4.9 INC Kala 1 Fase Aktif.....	151
4.10 INC Kala 2	154
4.11 INC Kala 3	156
4.12 INC Kala 4	159
4.13 Apgar Skor	161
4.14 Pola Fungsional Kesehatan BBL	162

4.15 BB	165
4.16 PNC 1	168
4.17 PNC 2	171
4.18 PNC 3	175
4.19 PNC 4	178
4.20 PNC 5	181
4.21 Pola Fungsional Neonatus 1	184
4.22 Neonatus 1	184
4.23 Pola Fungsional Neonatus 2	187
4.24 Neonatus 2	188
4.25 Pola Fungsional Neonatus 3	190
4.26 Neonatus 3	191
4.27 Pola Fungsional Neonatus 4	195
4.28 Neonatus 4	195
4.29 Pola Fungsional Neonatus 5	199
4.30 Neonatus 5	200
4.31 Riwayat Obstetrik Saat Ini	201
4.32 Pola Fungsional Kesehatan	201

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Lembar Informasi Asuhan Kebidanan
2. Lembar Informed Consent
3. Lembar Konsultasi Laporan Tugas Akhir
4. SAP dan Leaflet

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
3.1 Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Literatur.....	123

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Ante Natal Care
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BPM	: Bidan Praktik Mandiri
DJJ	: Denyut Jantung Janin
GAKY	: Gangguan Akibat Kekurangan Yodium
HB	: Haemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IUD	: Intra Uterine Device
IUGR	: Intra Uterin Growth Retardation
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
KN	: Kunjungan Neonatus
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MDGs	: <i>Millenium Development Goal's</i>

MPS : *Making Pregnancy Safer*

PAP : Pintu Atas Panggul

PJT : Pertumbuhan Janin Terhambat

PMS : Penyakit Menular Seksual

PTT : Penegangan Tali Pusat Terkendali

TFU : Tinggi Fundus Uteri

WHO : *World Health Organization*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan kesehatan di suatu negara. *World Healthy Organization* (WHO) memperkirakan di seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 jiwa per tahun meninggal saat hamil atau bersalin. Menurut data WHO sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Angka Kematian Ibu (AKI) di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 516 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (KH), sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2011 sebanyak 42 per 1.000 KH. Jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara persemakmuran (Laily dalam Mudanija, 2011).

AKI di Asia Tenggara tahun 2012 yaitu Singapura hanya 6 per 100.000 KH, Malaysia tercatat 41 per 100.000 KH, Thailand sebanyak 44 per 100.000 KH dan Filipina 170 per 100.000 KH. Sedangkan Indonesia tergolong paling tinggi dengan angka rata-rata 228 per 100.000 KH. Berdasarkan *human development report* 2012, AKB di Indonesia mencapai 31 per 1.000 KH. Angka itu 5,2 kali lebih tinggi dibandingkan Malaysia juga 1,2 kali lebih tinggi dibandingkan Filipina dan 2,4 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan Thailand. Tingginya AKI dan AKB menempatkan Indonesia pada urutan teratas

di *Association of South East Asian Nation* (ASEAN) pada kedudukan angka terbanyak AKI dan AKB (Laily dalam Puspita, 2012).

Di Kalimantan Timur, AKI mencapai 106 kematian per 100.000 KH pada awal tahun 2013. Angka itu meningkat dari 90 kematian per 100.000 KH pada tahun 2010. Data lain menunjukkan di Samarinda ditemukan 10 kasus kematian ibu dan 2 kasus kematian bayi selama tahun 2013 (Dinas Kesehatan Kota Samarinda, 2013).

Di Kota Balikpapan, AKI dan AKB mulai menunjukkan penurunan. AKI sebanyak 14 kasus atau 124 per 100.000 KH pada tahun 2014, dan sebanyak 9 kasus atau 72 per 100.000 KH pada tahun 2015. Sedangkan AKB di Balikpapan juga mengalami penurunan yaitu sebanyak 123 kasus atau 11 per 1000 KH di tahun 2014, dan 78 kasus atau 6 per 1000 KH di tahun 2015 (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2016).

Salah satu upaya pemerintah untuk menurunkan AKI dan AKB yaitu dibentuknya SDGs (*Sustainable Development Goals*). Hasil dari deklarasi SDGs pada Juli 2014, daftar kerangka kerja SDGs memiliki 17 targetan. Dalam targetan nomor 3 mengenai ketercakupn kesehatan yang semakin luas untuk memastikan hidup sehat dan sejahtera bagi semua kalangan. Pada sub targetan tersebut disebutkan bahwa pada tahun 2030 *Maternal Mortality Ratio* (MMR) atau AKI dalam skala global turun kurang dari 70 per 100.000 kelahiran (*Maternal Health Task Force* (MHTF) Post-2015)

Selain upaya dari pemerintah untuk menurunkan AKI dan AKB, Bidan yang merupakan ujung tombak bagi tenaga kesehatan juga harus melakukan asuhan yang baik dan menyeluruh. Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi,

kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam pelayanan yang diberikan kepada klien yang memiliki kebutuhan dan masalah kebidanan (kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, kesehatan reproduksi wanita, dan pelayanan kesehatan masyarakat). Sebagai tenaga profesional, bidan memikul tanggung jawab atas pelayanan yang diberikan dan berupaya secara optimal dengan mengutamakan keselamatan klien. Salah satu tugas bidan yaitu mengatasi permasalahan yang ada pada ibu hamil (Resty dalam Dwiana, 2008).

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

Bidan dapat bekerja mandiri melakukan pelayanan kebidanan primer sesuai dengan wewenangnya dan menentukan perlunya dilakukan rujukan. Disamping itu perannya didalam pelayanan kolaboratif sebagai mitra dalam pelayanan medis terhadap ibu, bayi dan anak dan sebagai anggota tim kesehatan dalam pelayanan kesehatan keluarga dan masyarakat (Resty dalam Dwiana, 2008).

Pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara dapat dinilai baik atau buruknya dilihat dari jumlah kematian maternal. Penyebab Kematian ibu dan perinatal terjadi karena pengawasan *Antenatal Care* yang kurang sehingga kehamilan dengan resiko tinggi terlambat untuk di ketahui, banyak

dijumpai ibu dengan jarak kehamilan yang terlalu pendek, terlalu banyak anak, terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil (Esi dalam Prawirohardjo, 2010).

Penyebab masalah tingginya AKI dan AKB di Indonesia ada dua yaitu: 1). Penyebab langsung dan 2). Penyebab tidak langsung. Beberapa penyebab tidak langsung terbagi dalam tiga T yaitu: a). terlambat mengambil keputusan, b). terlambat ke tempat rujukan serta c). terlambat memberi pertolongan di tempat rujukan. Untuk penyebab langsung kematian ibu di Indonesia, seperti halnya di negara lain adalah perdarahan, infeksi dan eklampsia. Perdarahan dan infeksi sebagai penyebab kematian, sebenarnya tercakup pula kematian akibat abortus terinfeksi dan partus lama. Hanya sekitar 5% kematian ibu disebabkan oleh penyakit yang memburuk akibat kehamilan, misalnya penyakit jantung dan infeksi yang kronis. Sedangkan penyebab tidak langsung AKI yaitu faktor pendidikan, sosial, ekonomi, dan budaya. Demikian juga dengan ibu – ibu yang termasuk dalam lima terlalu yakni: (1).terlalu muda, (2).terlalu tua, (3) terlalu banyak, (4) terlalu sering, (5). serta terlalu dekat jaraknya, ini berisiko tinggi terhadap kematian (Laniana dalam Prawirohardjo, 2006).

Faktor akibat terlalu jauh jarak kehamilan menjadi salah satu risiko tinggi kehamilan yang dapat menyebabkan AKI. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan patologi yang dapat mempengaruhi keadaan ibu dan janin. Untuk menghadapi kehamilan risiko harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif sampai dengan waktunya harus diambil sikap tegas dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan janinnya (Manuaba, 2007).

Selain resiko tinggi akibat jarak kehamilan terlalu jauh, masalah lainnya adalah terlalu sering ibu untuk hamil . Seorang ibu hamil tentu lebih ingin melahirkan bayinya secara normal dan bayi lahir sehat. Namun perlu diketahui, bahwa ibu terlalu sering hamil juga akan beresiko lebih besar apabila tidak adanya pengawasan selama proses kehamilan ibu, seperti anemia, ketuban pecah dini, kelainan letak plasenta serta perdarahan antepartum dan pasca partum. Resiko ini juga turut menyumbang angka kesakitan pada ibu. (Agustiawan, 2012).

Kehamilan di usia tua ialah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida. Kondisi ini semakin marak terjadi 3 dekade terakhir. Rata-rata usia ibu primigravida meningkat dari 21,4 menjadi 24,9 tahun di Amerika dan di Jepang dari 25,6 menjadi 28,0 antara tahun 1997 dan 2000. Pengaruh era globalisasi serta meningkatnya kesadaran wanita akan persamaan derajat membuat para wanita semakin berani untuk mengejar karir mereka dibanding memiliki anak. Selain itu, adanya teknologi dalam fertilisasi memberikan pilihan bagi ibu untuk menunda kehamilan. Semua kehamilan memiliki risiko, dan risiko-risiko tersebut semakin meningkat pada kehamilan di usia tua. Berbagai faktor risiko ini berkumpul pada satu kelompok yang dinamakan penyulit kehamilan atau kehamilan risiko tinggi, dimana hal tersebut mengancam mortalitas dan morbiditas tidak hanya pada janin namun juga pada ibu.

Berdasarkan beberapa fakta dan permasalahan yang ditemukan penulis dari hasil pengkajian awal pada tanggal 17 Mei 2016 di temukan bahwa umur

klien 36 tahun hamil anak kedua dan tidak pernah keguguran. Dari hasil pengkajian didapatkan beberapa masalah yang ada pada klien yaitu terlalu tua usia untuk hamil, dan klien memiliki riwayat anak pertama dan anak kedua, tidak asi eksklusif. Berdasarkan masalah dari hasil pengkajian tersebut, mahasiswa merasa perlu untuk melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. S selama masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan pemilihan alat kontrasepsi dalam laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.”S” G3P2₀₀2 Usia 39 Minggu Dengan faktor Resiko usia >35 tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan 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 penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dan pendokumentasian) sejak masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan pada Ny. “S”?”

C. Tujuan

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

Penulisan laporan tugas akhir ini bertujuan membantu penulis agar mampu:

- a. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan kehamilan terhadap Ny."S" G₃ P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 39 minggu di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- b. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan persalinan terhadap Ny."S" G₃ P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 39 minggu di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- c. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan bayi baru lahir terhadap Ny."S" G₃ P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 39 minggu di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- d. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan masa nifas terhadap Ny."S" G₃ P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 39 minggu di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.
- e. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada asuhan neonates terhadap Ny."S" G₃ P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 39 minggu

di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.

- f. Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada pelayanan kontrasepsi terhadap Ny."S" G₃ P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 39 minggu di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

- a. 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 dapat terjadi pada ibu dan janin.
- b. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu bersalin akan terlaksananya asuhan persalinan normal tanpa ada komplikasi ataupun penyulit yang mungkin terjadi.
- c. Dengan adanya asuhan pada bayi baru lahir dengan baik dan benar akan mencegah terjadinya komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi
- d. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu nifas sehingga masa nifas dapat berlangsung normal tanpa terjadi infeksi ataupun komplikasi yang mungkin dapat terjadi.
- e. Dengan adanya asuhan pada neonatus dengan baik dan benar akan mencegah terjadinya komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi.

f. Dengan adanya asuhan pelayanan kontrasepsi diharapkan laju pertumbuhan penduduk dapat ditekan sehingga tercipta masyarakat yang berkualitas.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan

Dapat menghasilkan atau menjadi bahan acuan untuk pertimbangan bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan mengenai asuhan kebidanan yang komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

b. Bagi Puskesmas Wilayah Kerja Setempat

Dapat membantu untuk menjalankan dan melancarkan program kerja puskesmas dan dapat mengurangi AKI dan AKB di wilayah kerja puskesmas karena asuhan yang diberikan sesuai dengan standar pelayanan asuhan kebidanan. Dengan komunikasi yang baik dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kinerja puskesmas tersebut.

c. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

Dapat meningkatkan kualitas keterampilan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam pemberian asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, profesional dan mandiri.

d. Bagi Klien

Klien mendapatkan pengetahuan dan pelayanan secara komprehensif mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi sesuai standar pelayanan kebidanan.

e. Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan, kemampuan menganalisa, mengembangkan pola pikir ilmiah serta keterampilan bagi penulis untuk dapat melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

E. Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus ini disusun dalam bentuk studi kasus *continuity of care*, yang bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif pada Ny."S" G₃ P₂₀₀₂ usia kehamilan 39 minggu mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi pada periode Maret-Juli 2016 di Wilayah Kerja Puskesmas Klandasan Ilir Kota Balikpapan.

F. Sistematika Penulisan

Adapun pada penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari :

JUDUL

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

- A. Konsep Dasar Manajemen Varney
 - 1. Manajemen Varney
 - 2. Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan Asuhan
- B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan
 - 1. Teori Kehamilan
 - 2. Teori Persalinan
 - 3. Teori Bayi Baru Lahir

4. Teori Nifas

5. Teori Pelayanan Kontrasepsi

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Varney

Varney (2007) menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode mengorganisasikan pikiran dan tindakan yang melibatkan teori ilmiah, penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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

mereka mendapatkan konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.

Langkah II : Interpretasi data

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

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

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

Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

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

Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

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

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

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

Langkah VII : Evaluasi

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

Dokumentasi

“ *Documen* “ berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan diatasnya dokumentasi berisi dokumen atau pencatatan yang berisi bukti atau

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

- S : Menurut perspektif klien. Data ini diperoleh melalui anamnesa atau allow anamnesa (sebagai langkah I dalam manajemen Varney)
- O : Hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medic pasien yang lalu. (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).
- A : Assesment/interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi diagnosa/masalah. Identifikasi diagnose/masalah potensial. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi kolaborasi dan rujukan. (sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney).
- P : Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana berdasarkan pada langkah V, VI, VII pada evaluasi dari flowsheet. Planning termasuk : Asuhan mandiri oleh bidan, kolaborasi/konsultasi dengan dokter, nakes lain, tes diagnostic/laboratorium, konseling/penyuluhan Follow up.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas, 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, 2008) .

2. Pengkajian Awal Asuhan

Tanggal : 17 Mei 2016

Jam : 10.00 WITA

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S :

a. Data Subjek

1) Identitas

Nama klien : Ny. S

Nama suami : Tn. S

Umur	: 36 tahun	Umur	:32 tahun
Suku	: Jawa	Suku	:Jawa
Agama	: Islam	Agama	:Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	:SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Jln. Blora I , No.20 RT.19 Pasar Baru		

2) Keluhan utama: Tidak Ada keluhan utama

3) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat obstetri

- (1) Menarche : 14 tahun
- (2) Siklus : 28 hari
- (3) Lamanya : 7 hari
- (4) Keluhan : tidak ada
- (5) HPHT : 18 Agustus 2015
- (6) TP : 25 Mei 2016
- (7) Usia Kehamilan : 38 minggu

b) Riwayat ginekologi

Ibu tidak pernah mengalami flour albus abnormal dan penyakit yang berkaitan dengan kandungannya.

4) Riwayat kehamilan saat ini

Ibu rajin memeriksakan kehamilannya \pm 6 kali selama hamil di Bidan Praktek Mandiri. Ibu sudah mendapatkan konseling diantaranya mengenai kehamilan, pola istirahat, dan perencanaan

persalinan. Ibu mendapatkan terapi diantaranya vitamin B kompleks, kalk, dan SF.

5) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
1	2005	PKM	Aterm	tidak ada	Spontan	Bidan	tidak ada	Laki-laiki	3400 gr	50 cm	Sehat, hidup 11 thn
2	2007	PKM	Aterm	Tidak ada	Spontan	Bidan	Tidak ada	Laki-laiki	3600 gr	50 cm	Sehat, hidup 9 thn
3	Hamil ini										

6) Riwayat penyakit ibu terdahulu dan saat ini

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, asma, diabetes militus dan hipertensi.

7) Riwayat penyakit yang menderita penyakit keluarga

Keluarga ibu maupun suami tidak pernah menderita penyakit seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, asma, diabetes militus dan hipertensi, serta penyakit keturunan seperti buta warna dan penyakit kelainan darah.

8) Riwayat perkawinan

- a) Kawin/Lamanya : Ya, 2 tahun
- b) Usia saat perkawinan : 20 tahun
- c) Menikah yang ke : 2

9) Riwayat Menyusui :

Anak I : PASI Alasan : karena ASI 1 minggu baru
keluar dan tidak tega
dengan anaknya.

Anak II : PASI Alasan : karena ASI 1 minggu baru
keluar dan tidak tega
dengan anaknya

10) Riwayat KB

a) Pernah ikut KB : Suntik KB 3 bulan

11) Pola nutrisi

Pola nutrisi ibu meningkat dua kali lebih banyak dibandingkan
sebelum hamil.

12) Pola eliminasi

a) BAB

- (1) Frekuensi : \pm 1 kali sehari
- (2) Warna : kuning kecoklatan
- (3) Konsistensi : lunak
- (4) Keluhan : tidak ada

b) BAK

- (1) Frekuensi : 5-6 kali sehari
- (2) Warna : kuning jernih
- (3) Keluhan : tidak ada

13) Pola aktivitas, istirahat dan tidur

a) Pola aktivitas

Selama ibu hamil, ibu masih dapat melakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa. Memasuki kehamilan trimester III ibu mulai mengurangi pekerjaan sehari-harinya.

b) Pola istirahat dan tidur

(1) Siang : 1-2 jam

(2) Malam : 7-8 jam

14) Pola psikologi ibu dan respon ibu serta keluarga terhadap kehamilannya. Kehamilan ini sangat diharapkan oleh ibu. Ibu juga mengharapkan kehamilan dan persalinannya berjalan dengan normal serta anak yang dilahirkan selamat dan sehat. Suami dan keluarga sangat bahagia dan mendukung atas kehamilan ibu. Hubungan ibu dengan keluarga dan lingkungan sekitar cukup baik.

15) Pola konsumsi obat

Ibu mengonsumsi vitamin B kompleks, Kalk, dan SF selama hamil dengan dosis 1 tablet perhari diminum dengan air putih.

16) Pengetahuan ibu tentang kehamilannya

Ibu cukup mengetahui tentang kehamilannya. Ibu telah memperoleh informasi mengenai kehamilannya saat pemeriksaan kehamilan dengan dokter spesialis kandungan.

O :

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Kesadaran : Compos mentis
- c) Tinggi Badan : 155 cm
- d) Berat Badan sekarang : 57 kg
- e) Berat Badan sebelum hamil : 47 kg
- f) LILA : 24 cm
- g) Tanda-tanda vital
 - (1) Tekanan darah : 110/80 mmHg
 - (2) Nadi : 80 x/menit
 - (3) Pernapasan : 20 x/menit
 - (4) Suhu : 36,5 °C

2) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi

- (1) Rambut : tampak bersih dan tidak rontok
- (2) Muka : tidak tampak cloasma gravidarum dan tidak oedema.
- (3) Mata : konjungtiva tidak tampak anemis dan sclera tidak ikterik.
- (4) Leher : tidak ada pembesaran kelenjaran tyroid dan vena jugularis.
- (5) Dada : payudara tampak simetris, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu tampak menonjol.

- (6) Abdomen : tampak striae gravidarum, tidak tampak luka bekas operasi. Pembesaran perut sesuai umur kehamilannya.
- (7) Genetalia : tidak ada oedema dan varises
- (8) Tungkai : tidak tampak oedema dan tidak tampak varices

b) Palpasi

- (1) Leher : tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid atau vena jugularis
- (2) Dada : tidak teraba benjolan abnormal pada payudara, ada pengeluaran colostrum
- (3) Abdomen
 - (a) Leopold I : TFU 31 cm, 3 jari di bawah pusat. Pada fundus teraba lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong). Tafsiran berat janin 2945 gram
 - (b) Leopold II : teraba bagian memanjang keras seperti papan di sebelah kanan, dan teraba bagian-bagian kecil janin di sebelah kiri (punggung kiri).
 - (c) Leopold III : teraba bulat, keras dan melenting (presentasi kepala).
 - (d) Leopold IV : konvergen (bagian terendah janin

belummasuk PAP). Kepala masih teraba melayang dan dapat digoyangkan penurunan kepala bayi 5/5.

(4) Tungkai :tidak ada oedema dan tidak ada varices

c) Auskultasi

Denyut jantung janin : 145 x/menit

d) Perkusi

Refleks Patella : Positif kanan dan kiri

e) Pemeriksaan penunjang :

Urine protein : negative (-) Hb : 12,0 gr/dl

Urine reduksi : negative (-)

3. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosis

DIAGNOSA

DASAR

G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 38 minggu janin : ibu mengatakan hamil anak ke 3 tunggal hidup intrauterine presentasi . mengatakan tidak pernah melahirkan kepala. prematur maupun abortus, anak pertama, kedua, ketiga. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir adalah 18 Agustus 2015 TP : 25 Mei 2016.

) : KU : baik

s : CM

V : TD : 110/80 mmHg, N/R: 80/20 x/ menit, suhu : 36,5°C. Palpasi L1:

inggi Fundus Uteri 31cm, 3 jari di bawah px, teraba bulat tidak melenting, letak bokong, L2 : teraba punggung kiri, L3 : teraba bulat melenting, presentasi kepala. L4 : konvergent. Auskultasi, punctum maksimum perut bagian kiri 3 jari dari umbilikus, DJJ 145x/menit.

b. Masalah

MASALAH

1. Terlalu tua untuk hamil, Umur 35 tahun
2. Riwayat Anak tidak ASI Eksklusif

DASAR

1. Ibu mengatakan umurnya sekarang 36 tahun
2. Ibu mengatakan tidak memberi ASI pada ke 2 anaknya karena ASI keluar satu minggu kemudian.

4. Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Preeklampsia dan eklampsia, Ketuban pecah dini, serotinus, Plasenta previa, dan pada bayi akan terjadi BBLR, Bayi lahir asfiksia, dan kematian maternal

Tindakan antisipasi : KIE tentang resiko mengenai kehamilan ibu, dan KIE mengenai masalah masalah yang kemungkinan akan terjadi pada ibu yang disebabkan oleh faktor resiko tinggi umur ibu yang terlalu tua untuk hamil. Kemudian berkolaborasi dan merujuk ibu bila terdapat tanda bahaya pada keluhan ibu.

5. Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Tidak ada

6. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

a. Jelaskan hasil pemeriksaan

Rasional: Penjelasan mengenai hasil pemeriksaan merupakan hak klien dan keluarga (Varney, 2007).

b. Jelaskan kepada ibu bahwa kehamilan ibu termasuk dalam kehamilan dan bersalin sampai dengan nifas dan bayi baru lahir yang beresiko karena

umur ibu yang terlalu tua untuk hamil lagi yaitu usia ibu 35 tahun, dan konseling untuk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat.

Rasional : Kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan deteksi dini adanya komplikasi atau penyakit yang mungkin terjadi selama hamil (kusmiyanti,2009).

- c. Jelaskan kepada ibu bahwa ibu memiliki resiko dalam kehamilan dan bersalin sampai dengan nifas dan bayi baru lahir karena ibu termasuk dalam kategori kehamilan dengan resiko tinggi yaitu usia ibu 35 tahun.

Rasional : faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian ibu antara lain adalah faktor usia yang terlalu tua. Risiko kematian ibu hamil dari golongan ini adalah delapan kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang hamil dengan usia di bawah 35 tahun. Hal ini disebabkan banyaknya komplikasi yang dapat dijumpai pada usia yang terlalu tua tersebut.(Kusmiyanti, 2009)

- d. Anjurkan ibu untuk datang ke pelayanan kesehatan, bidan atau dokter spesialis kandungan untuk mengkonsultasikan tentang keluhan batuknya saat ini serta konseling untuk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat.

Rasional : Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi (Soepardan, Suryani, Hajjah, 2007).

e. Anjurkan Ibu untuk menghabiskan vitamin yang diberikan oleh bidan. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, serta kaya serat dan air putih minimal 2 liter perhari .

Rasional : Tingkat status gizi optimal akan tercapai apabila kebutuhan zat gizi optimal terpenuhi (Wiryo, 2002).

f. Jelaskan kepada ibu mengenai macam-macam kontrasepsi dan menanyakan rencana ibu memakai kontrasepsi jenis apa setelah persalinan.

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

g. Motivasi ibu untuk memberi ASI Eksklusif pada bayinya nanti serta memberikan penjelasan mengenai manfaat ASI Eksklusif.

Rasional: Ketika bayi berusia 6-12 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Setelah berumur 1 tahun, meskipun ASI hanya bisa memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, pemberian ASI tetap dianjurkan. (Prasetyono, 2009)

h. Beri dukungan mental pada ibu

Rasional : dukungan keluarga serta dukungan dari tenaga kesehatan dapat memberi rasa nyaman selama kehamilan (Kusmiyanti, 2009).

i. Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang

Rasional: Pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting selama kehamilan, karena dapat mencegah secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi kehamilan, menetapkan resiko kehamilan, menyiapkan persalinan, menuju ibu dan bayi sehat (Manuaba, 2010).

j. Lakukan dokumentasi

Rasional: Dokumentasi asuhan kebidanan bertujuan sebagai bukti pelayanan yang bermutu, tanggung jawab legal terhadap pasien, informasi untuk perlindungan tim kesehatan, pemenuhan pelayanan standar, sumber statistis untuk standarisasi, informasi untuk data wajib, informasi untuk pendidikan, pengalaman belajar, perlindungan hak pasien, perencanaan pelayanan dimasa yang akan datang (Varney, 2007).

7. Melakukan Asuhan Menyeluruh

a. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa secara umum keadaan ibu dan janin baik.

b. Menjelaskan kepada ibu bahwa ibu memiliki resiko dalam kehamilan dan bersalin sampai dengan nifas dan bayi baru lahir karena ibu termasuk dalam kategori kehamilan dengan resiko tinggi yaitu usia ibu

35 tahun.dan konseling untuk menghadapi kemungkinan kegawat daruratan.

- c. Menjelaskan kepada ibu bahwa ibu memiliki resiko dalam kehamilan dan bersalin sampai dengan nifas dan bayi baru lahir karena ibu termasuk kehamilan dengan faktor resiko yaitu umur yang terlalu tua untuk hamil yaitu 35 tahun diantaranya perdarahan, bayi lahir BBLR , Ketuban pecah dini.
- d. Menganjurkan ibu untuk datang ke pelayanan kesehatan, bidan atau dokter spesialis kandungan untuk mengkonsultasikan tentang keluhan batuknya saat ini serta konseling untuk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat .
- e. Menganjurkan ibu untuk menghabiskan vitamin yang diberikan oleh bidan. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, serta kaya serat seperti kacang kacangan, ubi jalar, brokoli, buah apel, buah pir, dan minum air putih minimal 2 liter perhari serta lakukan olahraga kecil seperti jalan pagi.
- f. Jelaskan kepada ibu mengenai macam-macam kontrasepsi dan menanyakan rencana ibu memakai kontrasepsi jenis apa setelah persalinan.
- g. Memotivasi ibu untuk memberi ASI Eksklusif pada bayinya sampai 6 bulan tanpa tambahan apapun serta menjelaskan bahwa ASI adalah makanan bayi yang paling sesuai dengan usus bayi baru lahir, serta manfaat ASI yaitu memberi kekebalan tubuh pada bayi lebih dari bayi yang diberi susu formula, mencegah terjadinya infeksi pada bayi.

- h. Memberi dukungan mental kepada ibu agar ibu lebih merasa tenang dalam menghadapi kehamilannya.
- i. Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang.
- j. Melakukan pendokumentasian mengenai pemeriksaan yang dilakukan.

7. Evaluasi

- a. Ibu dan keluarga mengerti mengenai kondisi ibu dan janinnya dalam keadaan baik.
- b. Ibu faham tentang kehamilannya saat ini merupakan kehamilan yang beresiko dan ibu mengatakan akan waspada jika terjadi kegawat daruratan ibu sudah tau apa yang harus dilakukan
- c. Ibu mengatakan akan datang ke dokter atau bidan untuk berkonsultasi mengenai keluhan batuknya saat ini serta jika terdapat kegawat daruratan.
- d. Ibu berjanji akan lebih banyak mengkonsumsi sayur dan buah serta air putih dan melakukan olahraga kecil pada pagi hari.
- e. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB IUD setelah persalinan
- f. Ibu mengatakan mau memberi ASI Eksklusif terhadap bayinya.
- g. Kunjungan ulang akan dilaksanakan tanggal 27 Mei 2016
- h. Telah dilakukan pendokumentasian pada buku pemeriksaan.

Rencana Asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny.S K2 dan K3

- Langkah I : Mengumpulkan data subjektif berupa , menanyakan apakah ibu ada keluhan pada kehamilannya saat ini, Menanyakan apakah obat yang selama ini diberikan diminum secara teratur, menanyakan pada ibu keadaan ibu dan apakah ibu merasakan gerakan janin saat ini. Serta melakukan pemeriksaan fisik pada ibu pemeriksaan fisik pada ibu berupa keadaan umum , tanda-tanda vital, inspeksi mata, ispeksi dan palpasi payudara, palpasi abdomen, auskultasi DJJ dan palpasi dan perkusi ekstremitas serta menghitung usia kehamilan.
- Langkah II : Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus dilakukan setelah pengumpulan data.
- 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 : Rencana asuhan dapat ditetapkan setelah dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaaan.
- Langkah VI : Asuhan dapat dilaksanakan setelah dilakukan pengumpulan data dan pemeriksaan.
- Langkah VII : Asuhan dapat dievaluasi setelah dilakukan pengumpulan

data dan dilakukan pemeriksaan.

Rencana Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala 1-4

- Langkah I : Mengumpulkan data subjektif yaitu menanyakan pada ibu tentang keluhan ibu serta apakah ada tanda tanda persalinan. Mengumpulkan data objektif berupa melakukan pemeriksaan fisik pada ibu serta mengamati jika adanya tanda bahaya pada persalinan.
- Langkah II : Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus dilakukan setelah pengumpulan data.
- 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 : Rencana asuhan dapat ditetapkan setelah dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan.
- Langkah VI : Asuhan dapat dilaksanakan setelah dilakukan pengumpulan data dan pemeriksaan.
- Langkah VII : Asuhan dapat dievaluasi setelah dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan.

Rencana Asuhan pada ibu Nifas

- Langkah I : mengumpulkan data subjektif yaitu menanyakan keluhan ibu saat ini, apakah ibu dan bayi istirahat cukup, apakah obat dan makanan dapat dikonsumsi, menanyakan keluhan bayi, apakah rewel atau tidak, apakah dapat menyusui bayinya dengan lancar atau tidak. Mengumpulkan data objektif seperti melakukan deteksi dini komplikasi pada ibu nifas dengan grande multipara, setelah itu melakukan pemeriksaan fisik ibu nifas, dan cek Hb post partum.
- Langkah II : Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus dilakukan setelah pengumpulan data.
- 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 : Rencana asuhan dapat ditetapkan setelah dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan.
- Langkah VI : Asuhan dapat dilaksanakan setelah dilakukan pengumpulan data dan pemeriksaan.
- Langkah VII : Asuhan dapat dievaluasi setelah dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan.

Menyusun Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

- Langkah I : Mengumpulkan data objektif yaitu mendeteksi dini adanya komplikasi komplikasi yang di derita bayi baru lahir dengan ibu yang memiliki faktor resiko usia lebih dari 35 tahun serta melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
- Langkah II : Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus dilakukan setelah pengumpulan data.
- 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 : Rencana asuhan dapat ditetapkan setelah dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan.
- Langkah VI : Asuhan dapat dilaksanakan setelah dilakukan pengumpulan data dan pemeriksaan.
- Langkah VII : Asuhan dapat dievaluasi setelah dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan.

Menyusun Rencana Asuhan Keluarga berencana

- Langkah I : Mengumpulkan data subjektif yaitu menanyakan rencana ber KB apa setelah melahirkan. Mengumpulkan data objektif yaitu melakukan pemeriksaan pada ibu meliputi menilai TTV ibu, BB ibu,serta pemeriksaan fisik ibu.

Langkah II : Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus dilakukan setelah pengumpulan data.

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 : Rencana asuhan dapat ditetapkan setelah dilakukan pengumpulan data dan dilakukan pemeriksaan.

Langkah VI :Asuhan dapat dilaksanakan setelah dilakukan pengumpulan data dan pemeriksaan.

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

Kartu Skor Poedji Rochjati

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Trwulan			
				I	II	III.1	III.2

Gambar 2.1

Skor Poedji Rochayati

DAFTAR NOMENKLATUR DIAGNOSA KEBIDANAN

- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| 1. Persalinan Normal | 36. Bayi Besar |
| 2. Partus Normal | 37. Malena Berat Dengan Komplikasi |
| 3. Syok | 38. Malena Ringan Dengan Komplikasi |
| 4. DJJ tidak normal | 39. Mekonium |
| 5. Abortus | 40. Meningitis |
| 6. Solusio Placentae | 41. Metritis |
| 7. Akut Pyelonephritis | 42. Migrain |
| 8. Amnionitis | 43. Kehamilan Mola |

Gambar 2.2

Nomenklatur Kebidanan

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap, dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling. (Varney, 2006). Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan berkesinambungan diantaranya yaitu dimulai dari memberikan asuhan kebidanan kehamilan (antenatal care), asuhan kebidanan persalinan (intranatal care), asuhan kebidanan masa nifas (postnatal care), asuhan pada bayi baru lahir (neonatal care), sampai asuhan pelayanan kontrasepsi (Varney, 2006).

Asuhan Kebidanan adalah penerapan dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan terhadap klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu pada saat hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir serta KB (IBI, 2006).

2. Asuhan Kebidanan ibu hamil dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun.

a. Definisi

Kehamilan di usia tua adalah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida (Tukiran, 2008).

Kehamilan berisiko adalah suatu kondisi pada ibu hamil yang terdapat gangguan pada kehamilan yang berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya. (Ros, 2003).

b. Resiko

Kehamilan di usia tua memiliki resiko terhadap terjadinya preeklampsia, Diabetes gestasional, Plasenta previa, KPD,

Serotinus, dan kelainan letak pada janin yang dikandung (Besari, 2002)

c. Patifisiologis

Salah satu resiko kehamilan di usia tua adalah terjadinya Serotinus atau kehamilan lewat bulan yaitu suatu kondisi kehamilan dimana persalinan terjadi pada minggu ke 42 atau lebih. Pada studi yang dilakukan Roos *et al* didapatkan 8.94% kehamilan lewat bulan.

Patofisiologi terjadinya serotinus diperkirakan berhubungan dengan adanya mekanisme down regulation pada reseptor-reseptor sitokin pro dan anti inflamasi yang mengakibatkan terlambatnya “pematangan serviks” dan berlanjut menjadi kehamilan lewat bulan. (Besari,2002).

d. Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu yang memiliki resiko terhadap kehamilannya adalah melakukan ANC secara komprehensif untuk memantau dan mengawasi kehamilan ibu dan untuk mengantisipasi adanya tanda kegawat daruratan pada kehamilan ibu seperti preeclampsia, diabetes gestasional, plasenta previa, KPD, serotinus, dan Kelainan letak. Serta memberi ibu dan keluarga konseling informasi edukasi mengenai resiko dalam kehamilan serta penanganan bila terjadi kegawat daruratan pada ibu (Rochayati, 2003).

3. Asuhan kebidanan ibu bersalin dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun.

a. Definisi

Persalinan pada ibu yang memiliki resiko usia lebih dari 35 tahun atau lebih. (Besari,2002)

b. Resiko

Persalinan pada ibu yang memiliki faktor resiko usia lebih dari 35 tahun merupakan salah satu faktor resiko yang dapat menyebabkan Partus lama , Ketuban pecah dini , persalinan dengan kelainan letak, plasenta previa, bahkan bisa diakhiri dengan *section caesarea(SC)*. (Yolan, 2007).

c. Patofisiologis

Pada ibu bersalin dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun memiliki resiko salah satunya ketuban pecah dini . patofisiologis terjadinya KPD dapat terjadi melalui berbagai jalur yang mengakibatkan melemahnya selaput ketuban. Kolagenase dan protease bakteri dapat secara langsung menyebabkan terjadinya proses tersebut. Adanya infeksi pada traktus urinarius akan mengakibatkan produksi protease bakteri yang akan menginisiasi kaskade inflamasi. Selain itu adanya protease bakteri akan meningkatkan produksi glukokortikoid yang menyebabkan penurunan kekuatan kolagen selaput amnio. Semua proses ini menyebabkan terjadinya KPD.

d. Asuhan Kebidanan

Asuhan yang dapat diberikan kepada ibu bersalin dengan faktor resiko usi lebih dari 35 tahun adalah melakukan pemantauan dan pengawasan secara seksama mengenai keadaan ibu dan janin selama proses persalinan, melakukan asuhan mandiri berupa pertolongan persalinan jika tidak terdapat komplikasi pada ibu. Jika ibu terdapat tanda kegawat daruratan maka lakukan asuhan rujukan dan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan (Yolan, 2007).

4. Asuhan Kebidanan ibu nifas dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun.

a. Definisi

Ibu hamil dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun memiliki berbagai komplikasi karena otot rahim yang lemah sehingga rahim memiliki hambatan dalam berinvolusi (Yoland, 2007).

b. Resiko

Ibu nifas dengan faktor resiko usi lebih dri 35 tahun adalah diantaranya terjadi infeksi puerperium seperti, endometriosis, serta sub involusi masa nifas (Yoland, 2007).

c. Patofisiologi

Perdarahan postpartum dipengaruhi oleh berbagai hal, antara lain usia ibu yang tua, partus lama, grandemultipara, eklampsia, ibu obesitas, kehamilan miltipel, berat lahir >4000 gram, serta riwayat perdarahan postpartum pada kehamilan sebelumnya. Telah disebutkan bahwa kehamilandi usia tua meningkatkan berbagai resiko komlikasi dalam

kehamilan maupun saat persalinan, dan seiring dengan meningkatnya jumlah parturient berusia >35 tahun maka resiko terjadinya perdarahan post partum pun akan semakin meningkat. (Besari,2002).

d. Asuhan Kebidanan

Asuhan yang dapat diberikan kepada ibu nifas dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun adalah melakukan pemantauan dan pengawasan secara seksama mengenai keadaan ibu selama masa nifas, memberikan ibu penjelasan mengenai keadaan ibu, melakukan asuhan mandiri berupa melakukan pemeriksaan pada ibu nifas dan memberikan konseling informasi edukasi sesuai dengan kebutuhan ibu, serta memantau jika ibu terdapat tanda kegawat daruratan maka lakukan asuhan rujukan dan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan (Delimayani dalam Hapsari, 2009).

5. Asuhan kebidanan bayi baru lahir dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun.

a. Resiko

Ibu dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun memiliki banyak komplikasi pada dirinya dan juga memberikan dampak terhadap bayi yang dilahirkannya, Komplikasi yang dialami bayi baru lahir dengan ibu yang usianya lebih dari 35 tahun adalah kelahiran premature, kelahiran dengan kelainan letak, kelahiran serotinus, dan pada saat lahir kemungkinan asfiksia, bahkan bayi lahir mati (Manuaba,2010).

b. Patofisiologi

Serotinus atau kehamilan lewat bulan adalah suatu kondisi kehamilan dimana persalinan terjadi pada minggu ke 42 atau lebih.²² Pada studi yang dilakukan Roos *et al* didapatkan 8.94% kehamilan lewat bulan, dimana didapatkan peningkatan lebih dari 50% kehamilan lewat bulan pada ibu usia tua dan primipara. Kemudian, jika dibandingkan dengan wanita berat badan normal, risiko serotinus 60% lebih tinggi dibanding wanita dengan obesitas. Sementara merokok justru menurunkan risiko terjadinya serotinus.²² Patofisiologi terjadinya serotinus diperkirakan berhubungan dengan adanya mekanisme down regulation pada reseptor-reseptor sitokin pro dan anti inflamasi yang mengakibatkan terlambatnya “pematangan serviks” dan berlanjut menjadi kehamilan lewat bulan.

c. Asuhan Kebidanan

Asuhan yang dapat diberikan kepada bayi baru lahir dengan usia ibu terlalu tua adalah melakukan pemantauan dan pengawasan secara seksama mengenai keadaan bayi, melakukan asuhan mandiri berupa melakukan pemeriksaan pada bayi baru lahir serta mengawasi dan memantau apakah ada tanda-tanda infeksi atau tanda kegawatdaruratan maka lakukan asuhan rujukan dan kolaborasi. (Yolan, 2007).

6. Asi Eksklusif

A. Pengertian

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

2. Manfaat

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

Manfaat ASI bagi bayi :

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

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

Manfaat ASI bagi Ibu:

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

Aspek yang terkait dalam pemberian ASI Eksklusif

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

- a. Aspek pemahaman dan pola pikir

Rendahnya tingkat pemahaman tentang pentingnya ASI selama 6 bulan pertama kelahiran bayi dikarenakan kurangnya informasi dan

pengetahuan yang dimiliki oleh para ibu mengenai segala nilai plus nutrisi dan manfaat yang terkandung dalam ASI

b. Aspek gizi

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

c. Aspek Pendidikan

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

d. Aspek imunologik

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

e. Aspek psikologis

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

f. Aspek kecerdasan

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

g. Aspek neurologis

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

h. Aspek biaya

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

i. Aspek penundaan kehamilan

Menyusui secara eksklusif dapat menunda datang bulan dan kehamilan, sehingga dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi secara alamiah yang dikenal sebagai metode amnorea laktasi (MAL).

A. Faktor kegagalan ASI

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

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

a. Faktor Pendidikan

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

b. Faktor Pengetahuan

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

c. Faktor Sikap/Perilaku

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

d. Faktor psikologis

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

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

(b) Tekanan batin.

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

e. Faktor Fisik ibu

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

f. Faktor Emosional

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

g. Faktor Eksternal, yaitu faktor-faktor yang dipengaruhi oleh lingkungan, maupun dari luar individu itu sendiri, meliputi :

h. Faktor Peranan Ayah

Menurut Roesli, 2000, dari semua dukungan bagi ibu menyusui dukungan sang ayah adalah dukungan yang paling

berarti bagi ibu. Ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI khususnya ASI eksklusif dengan cara memberikan dukungan secara emosional dan bantuan-bantuan yang praktis.

Dukungan ayah sangat penting dalam suksesnya menyusui, terutama untuk ASI eksklusif. Dukungan emosional suami sangat berarti dalam menghadapi tekanan luar yang meragukan perlunya ASI. Ayahlah yang menjadi benteng pertama saat ibu mendapat godaan yang datang dari keluarga terdekat, orangtua atau mertua. Ayah juga harus berperan dalam pemeriksaan kehamilan, menyediakan makanan bergizi untuk ibu dan membantu meringankan pekerjaan istri. Kondisi ibu yang sehat dan suasana yang menyenangkan akan meningkatkan kestabilan fisik ibu sehingga produksi ASI lebih baik. Lebih lanjut ayah juga ingin berdekatan dengan bayinya dan berpartisipasi dalam perawatan bayinya, walau waktu yang dimilikinya terbatas (Roesli, 2000).

i. Perubahan sosial budaya

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

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

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

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

Persepsi masyarakat akan gaya hidup mewah, membawa dampak terhadap kesediaan ibu untuk menyusui. Bahkan adanya pandangan bagi kalangan tertentu, bahwa susu botol sangat cocok buat bayi dan merupakan makanan yang terbaik. Hal ini dipengaruhi oleh gaya hidup yang selalu berkeinginan untuk meniru orang lain, atau *prestise*.

- (c) Merasa ketinggalan zaman jika menyusui bayinya.

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

- ii. Faktor kurangnya petugas kesehatan

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

iii. Meningkatnya promosi susu kaleng sebagai pengganti ASI.

Peningkatan sarana komunikasi dan transportasi yang memudahkan periklanan distribusi susu buatan menimbulkan pergeseran perilaku dari pemberian ASI ke pemberian Susu formula baik di desa maupun perkotaan. Distribusi, iklan dan promosi susu buatan berlangsung terus, dan bahkan meningkat tidak hanya di televisi, radio dan surat kabar melainkan juga ditempat-tempat praktek swasta dan klinik-klinik kesehatan masyarakat di Indonesia.

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

iv. Pemberian informasi yang salah

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

v. Faktor pengelolaan laktasi di ruang bersalin (praktik IMD)

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

vi. Faktor-faktor lain

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

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

7. Kehamilan di usia Tua

Kehamilan di usia tua ialah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida.

Kondisi ini semakin marak terjadi 3 dekade terakhir. Rata-rata usia ibu primigravida meningkat dari 21,4 menjadi 24,9 tahun di Amerika dan di Jepang dari 25,6 menjadi 28,0 antara tahun 1997 dan 2000.² Pengaruh era globalisasi serta meningkatnya kesadaran wanita akan persamaan derajat membuat para wanita semakin berani untuk mengejar karir mereka dibanding memiliki anak. Selain itu, adanya teknologi dalam fertilisasi memberikan pilihan bagi ibu untuk menunda kehamilan. Semua kehamilan memiliki risiko, dan risiko-risiko tersebut semakin meningkat pada kehamilan di usia

tua. Berbagai faktor risiko ini berkumpul pada satu kelompok yang dinamakan penyulit kehamilan atau kehamilan risiko tinggi, dimana hal tersebut mengancam mortalitas dan morbiditas tidak hanya pada janin namun juga pada ibu.

- a. Penyulit kehamilan di usi tua >35 tahun.

-Preeklampsia dan Eklampsia

Sehubungan dengan makin tingginya usia ibu, a. uterine semakin mengalami degenerasi. Patofisiologi terjadinya preeklampsia sampai saat ini pun belum diketahui dengan jelas. Banyak teori yang telah dikemukakan mengenai terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Harrison *et al* menyebutkan bahwa preeklampsia dapat terjadi akibat kelainan implantasi plasenta, serta akibat perubahan pada ginjal dan sistem vaskuler secara keseluruhan, dimana, akibat adanya disfungsi endotel, faktor-faktor yang memungkinkan perkembangan pembuluh darah menjadi berubah, menyebabkan pelepasan vasokonstriktor serta prokoagulan ke dalam pembuluh darah plasenta. Disfungsi endotel juga menyebabkan timbulnya lesi yang khas pada sel endotel glomerulus, yang ditandai dengan adanya mikroskopis trombus, sehingga mengakibatkan menurunnya fungsi ginjal.

Salah satu faktor risiko yang berpengaruh dalam kejadian preeklampsia ialah usia maternal. Penelitian di Finland menyatakan bahwa insiden preeklampsia meningkat 1,6x lebih banyak pada ibu hamil di usia tua dibanding ibu hamil yang berusia lebih muda. Mekanisme terjadinya hal ini belum banyak dibicarakan, namun

dipercaya berhubungan dengan proses penuaan pada pembuluh darah pada uterus. Hal ini sejalan dengan pernyataan Taddei *et al*, bahwa proses penuaan berhubungan dengan disfungsi endotel baik pada grup dengan normotensi maupun grup dengan hipertensi esensial.

Perubahan ini disebabkan oleh ketidakseimbangan pada jalur nitrit oksida dan produksi stress oksidatif yang berlangsung progresif, dimana disfungsi endotel yang diakibatkan oleh penurunan jumlah nitrit oksida dan peningkatan stress oksidatif merupakan indikator awal dari kerusakan atherotrombotik dan penyakit kardiovaskular.

Seiring dengan tingginya angka kejadian pada ibu hamil di usia tua, maka angka terjadinya komplikasi akan meningkat. Komplikasi komplikasi yang umumnya menyertai ibu hamil dengan preeclampsia antara lain prematuritas, berat bayi lahir rendah (BBLR), bayi lahir asfiksi (yang kemudian akan meningkatkan kebutuhan perawatan di NICU), serta meningkatnya angka kematian neonatal. Sementara komplikasi pada ibu antara lain peningkatan kebutuhan persalinan dengan induksi, *sectio caesaria*, serta peningkatan kebutuhan transfuse darah.

- Plasenta Previa

Plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang berimplantasi di atas atau sangat berdekatan dengan ostium uteri internum. Usia ibu yang semakin lanjut meningkatkan risiko plasenta previa. Terdapat 1 insiden dalam 1500 kehamilan pada perempuan kelompok usia 19 tahun dan sebesar 1 insiden dalam 100 kehamilan

pada perempuan kelompok usia >35 tahun. Selain itu bertambahnya usia ibu di Amerika telah menyebabkan peningkatan insiden total plasenta previa dari 0.3% pada tahun 1976 menjadi 0,7% pada tahun 1997. Penelitian FASTER juga menyebutkan, mereka yang berusia >35 tahun memiliki risiko 1,1% untuk mengalami plasenta previa dibandingkan dengan wanita yang berusia <35 tahun yang hanya berisiko 0.5%.

Insidensi plasenta previa meningkatkan risiko terjadinya prematuritas serta kejadian mortalitas dan morbiditas janin.¹⁶ Pada ibu, plasenta previa meningkatkan risiko dilakukannya transfusi darah, septikemia, thrombophlebitis, serta stress pada ibu akibat perdarahan berulang selama rawat inap di rumah sakit.

-Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila KPD terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini pada kehamilan prematur atau *Premature Prematur Rupture of Membran* (PPROM).⁸

Pecahnya ketuban pada kehamilan prematur pada banyak kasus tidak diketahui sebabnya, namun infeksi intrauterin asimtomatik merupakan prekursor tersering terjadinya KPD.¹⁷ Usia tua merupakan faktor risiko terjadinya bakteriuria asimtomatik pada kehamilan, hal ini didasarkan bahwa pada ibu usia tua umumnya telah terjadi beberapa kehamilan sebelumnya (multiparitas), dan

multiparitas adalah salah satu faktor risiko dari bakteriuria asimtomatik.

Patofisiologi terjadinya KPD dapat terjadi melalui berbagai jalur yang mengakibatkan melemahnya selaput ketuban. Kolagenase dan protease bakteri dapat secara langsung menyebabkan terjadinya proses tersebut. Adanya infeksi pada traktus urinarius akan mengakibatkan produksi protease bakteri yang akan menginisiasi kaskade inflamasi. Proses inflamasi ini diperantarai oleh sitokin proinflamasi yang mengakibatkan degradasi MMP (*matrix metalloproteinase*) pada selaput amnion melalui aktivitas kolagenase yang mengakibatkan ketidakseimbangan MMP dengan TIMP (*tissue inhibitor of matrix metalloproteinase*). Proses apoptosis akan berjalan akibat teraktivasinya kaskade inflamasi ini, selain itu adanya protease bakteri akan meningkatkan produksi glukokortikoid yang menyebabkan penurunan kekuatan kolagen selaput amnion. Semua proses ini menyebabkan terjadinya KPD.

- Serotinus

Serotinus atau kehamilan lewat bulan adalah suatu kondisi kehamilan dimana persalinan terjadi pada minggu ke 42 atau lebih. Pada studi yang dilakukan Roos *et al* didapatkan 8.94% kehamilan lewat bulan, dimana didapatkan peningkatan lebih dari 50% kehamilan lewat bulan pada ibu usia tua dan primipara. Kemudian, jika dibandingkan dengan wanita berat badan normal, risiko serotinus 60% lebih tinggi dibanding wanita dengan obesitas. Sementara

merokok justru menurunkan risiko terjadinya serotinus. Patofisiologi terjadinya serotinus diperkirakan berhubungan dengan adanya mekanisme down regulation pada reseptor-reseptor sitokin pro dan anti inflamasi yang mengakibatkan terlambatnya “pematangan serviks” dan berlanjut menjadi kehamilan lewat bulan.

-Partus dengan Tindakan

Berdasarkan kepustakaan, Ibu usia >35 tahun memiliki risiko lebih tinggi menghadapi penyulit dalam masa kehamilan dan persalinan.²⁸ Berbagai penyulit kehamilan tersebut berdampak pada meningkatnya kebutuhan persalinan dengan tindakan. Ibu usia 35 tahun memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melahirkan dengan *section caesaria* serta persalinan dengan induksi dibanding ibu yang berusia lebih muda.^{10,28} Hal ini ditunjukkan dengan meningkatnya rasio *section caesaria* pada ibu usia 40-45 tahun hingga mencapai 50%. Begitu pula pada ibu usia 50-63 tahun, yang rasionya meningkat menjadi 80%.

Usia ibu yang tua merupakan faktor risiko tunggal dilakukannya *sectio caesaria*, baik tindakan *sectio* secara langsung maupun yang didahului oleh persalinan spontan atau persalinan menggunakan induksi lainnya. Hal ini dikarenakan parturien yang lebih tua memiliki kecenderungan yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan nonprogresif dan lebih sering membutuhkan oksitosin dalam dosis lebih tinggi, serta membutuhkan waktu lebih panjang untuk melahirkan pervaginam dibandingkan mereka yang berusia

lebih muda. Jolly *et al* mengatakan dalam studinya bahwa tingginya persalinan dengan induksi pada ibu usia tua mungkin dikarenakan para dokter obsgin memasang batas ambang yang rendah untuk melakukan intervensi pada ibu usia tua. Penjelasan lain adalah memburuknya fungsi miometrium seiring bertambahnya usia. Dimana mekanisme ini menjadi relevan seiring bertambahnya risiko yang terkait dengan pertambahan usia, seperti *breech presentation* dan perdarahan post partum, dimana atonia uteri menjadi sebab utama terjadinya perdarahan ini.

-Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum (PPP) adalah perdarahan masif (>500 ml setelah bayi lahir) yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan pada jalan lahir dan jaringan sekitarnya.⁸ Perdarahan post partum merupakan satu dari tiga penyebab utama kematian ibu dan berdasarkan laporan Menteri Kesehatan tahun 1998, insidennya di Indonesia mencapai 40-60%. PPP dipengaruhi oleh berbagai hal, antara lain usia ibu yang tua, partus lama, grandmultipara, eklampsia, ibu obesitas, kehamilan multipel, berat lahir >4000 gram, serta riwayat PPP pada kehamilan sebelumnya. Perdarahan antepartum akibat solusio plasenta dan plasenta previa juga berhubungan dengan peningkatan risiko perdarahan post partum.

Konsep Dasar Kehamilan Normal

1. Pengertian

Kehamilan pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir pada saat permulaan persalinan (Sarwono, 2007). Menurut Sylviati (2008) lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm adalah 259-293 hari dengan perhitungan sebagai berikut:

- a. Bayi kurang bulan jika dilahirkan dengan masa gestasi < 37 minggu (< 259 hari).
- b. Bayi cukup bulan jika dilahirkan dengan masa gestasi 37- 42 minggu.
- c. Bayi lebih bulan jika bayi dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (> 294 hari).

2. Tujuan Antenatal Care

Menurut Rukiyah (2009), tujuan antenatal care yaitu:

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang ibu dan bayi.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- c) Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d) Mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

- e) Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif.
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

3. Standar Minimal Kunjungan Antenatal Care

Jadwal dalam melakukan pemeriksaan antenatal care sebanyak 12 – 13 kali selama kehamilan. Di negara berkembang pemeriksaan antenatal care dilakukan sebanyak 4 kali sudah cukup sebagai kasus tercatat.

1. Pemeriksaan pertama dilaksanakan segera setelah diketahui terlambat haidnya satu bulan.
2. Pemeriksaan ulang setiap dua minggu sampai umur kehamilan delapan bulan.
3. Pemeriksaan ulang setiap minggu sesudah umur kehamilan delapan bulan sampai terjadinya persalinan.

Kunjungan antenatal care sebaiknya dilakukan 4 kali selama kehamilan yaitu trimester pertama 1 kali (sebelum 14 minggu), trimester kedua 1 kali (antara minggu 14-28) dan trimester ketiga 2 kali (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36).

Kunjungan antenatal care (ANC) sebaiknya dilakukan 4 kali selama kehamilan, yaitu: Satu kali pada trimester pertama, yaitu :

- a) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga suatu mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika diperlukan.

- b) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum menjadi bersifat mengancam jiwa.
- c) Mencegah masalah, seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan.
- d) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.

b. Standar Pelayanan Antenatal Care

Dalam penerapan praktik pelayanan ANC sering dipakai standar minimal perawatan ANC. Pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T, dan kemudian 10T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14T (Pantikawati dan Saryono, 2010).

Asuhan Antenatal standar 10 T

Menurut Winkjosastro (2010) pelayanan/ standar minimal dalam asuhan kehamilan "10T", meliputi :

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

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

6,5 – 16,5 kg, rata-rata 12,5 kg. Pertambahan berat badan ibu selama kehamilan mempengaruhi berat badan bayi.

b) Ukur tekanan darah

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

c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

d) Ukur tinggi fundus uteri

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

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

f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid bila di perlukan.

Pemberian imunisasi tetanus toxoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja, imunisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4

minggu kemudian. Akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibentuk program jadwal pemberian imunisasi pada ibu hamil, yaitu :

(1) TT1 : pada kunjungan antenatal pertama, perlindungan 80%

(2) TT2 : 4 minggu setelah TT1, perlindungan 95%

(3) TT3 : 6 bulan setelah TT2, perlindungan 99%

(4) TT4 : minimal 1 tahun setelah TT3, perlindungan 10 tahun, 99%

(5) TT5 : 3 tahun setelah TT4, perlindungan seumur hidup
Artinya apabila dalam waktu 3 tahun wanita tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari tetanus neonatorum (Sulistyawati, 2010).

g) Pemberian tablet zat besi, minum 90 tablet selama kehamilan

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil (Fe) adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Ibu hamil dianjurkan meminum tablet zat besi yang berisi 60 mg/hari dan 500 µg (FeSO₄ 325 mg). Kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester II karena absorpsi usus yang tinggi. Tablet Fe dikonsumsi minimal 90 tablet selama

kehamilan, sebaiknya tidak minum bersama teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan.

- h) Tes laboratorium (rutin dan khusus)
- i) Tata laksana kasus
- j) Temu wicara (konseling)

4. Pemeriksaan Ibu Hamil (Kusmiyati,2009)

1) Anamnesis

- a) Anamnesa identitas istri dan suami: nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat. Dalam melakukan anamnesis diperlukan keterampilan berkomunikasi, karena pendidikan dan daya tangkap seseorang sangat bervariasi.
- b) Anamnesis umum
 - (1) Tentang keluhan-keluhan, nafsu makan, tidur, perkawinan.
 - (2) Tentang haid, menarache, lama haid, banyaknya darah dan kapan mendapat haid terakhir, serta teratur atau tidak.
 - (3) Tentang kehamilan, persalinan, nifas, jumlah, dan keadaan anak.

2) Menentukan Usia Kehamilan

a. Metode Kalender (Kusmiyati, 2009)

Metode kalender adalah metode yang sering kali digunakan oleh tenaga kesehatan dilapangan perhitungannya sesuai rumus yang direkomendasikan oleh Neagle yaitu dihitung dari tanggal pertama haid terakhir ditambah 7 (tujuh), bulan ditambah 9

(sembilan) atau dikurang 3 (tiga), tahun ditambah 1 (satu) atau 0 (nol).

b) Tinggi Fundus (Manuaba, 2010)

Tabel 2.3 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

5. Pemeriksaan Umum, meliputi:

a) Tanda-tanda vital

(1) Suhu

Suhu tubuh normal 36,5 – 37,5⁰C (Depkes RI, 2009).

(2) Denyut nadi ibu

Denyut nadi dalam keadaan normal 60-80 kali permenit. Apabila denyut nadi ibu 100 kali atau lebih permenit merupakan tanda-tanda kurang baik, kemungkinan ibu

mengalami tegang, ketakutan, cemas akibat masalah tertentu (Depkes RI, 2009).

(3) Pernapasan

Pernapasan normal ibu hamil adalah 20-40 kali permenit(Depkes RI, 2009).

(4) Tekanan darah

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

(5) Lingkar lengan atas (Lila)

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

(1) Mengetahui adanya resiko kekurangan energi kronis (KEK) pada WUS.

(2) Menepis wanita yang mempunyai risiko melahirkan BBLR.

(6) Berat badan

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

Tabel 2.4 Peningkatan berat badan selama kehamilan(IMT)

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

(Sumber: Sukarni, 2013)

(7) Tinggi badan

Diukur pada saat pertama kali datang. Ibu hamil yang tinggi badannya kurang dari 145 cm terutama pada kehamilan pertama, tergolong risiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit (Depkes RI,2009).

6. Pemeriksaan khusus, meliputi :

(1) Inspeksi

(a) Muka

Apakah ada cloasma gravidarum dan odema.

(b) Rambut dan kulit rambut

Terlihat bersih atau tidak.

(c) Kelopak mata

Terlihat bengkak atau tidak.

(d) Konjungtiva

Terlihat pucat atau tidak.

(e) Sclera

Terlihat kuning atau normal.

(f) Hidung

Terlihat bersih atau tidak.

(g) Mulut

Ada sariawan atau tidak.

(h) Gigi

Ada caries atau tidak.

(i) Leher

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

(j) Payudara

(1) Apakah bentuknya simetris antara kanan dan kiri.

(2) Melihat apakah sudah terjadi pigmentasi puting dan areola.

(3) Keadaan puting susu apakah menonjol atau tidak.

(4) Apakah colostrum sudah keluar.

(k) Abdomen

- (1) Membesar sesuai dengan umur kehamilan atau tidak
- (2) alba/nigra, striae gravidarum hiperpigmentasi atau tidak.
- (3) Tampak gerakan janin atau tidak.
- (4) Bentuk gravidarum apakah melintang atau memanjang.

(l) Vulva

Apakah ada odema, pengeluaran cairan dan apakah nyeri.

(2) Palpasi

(a) Tujuan palpasi:

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

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

- Ibu tidur telentang dengan posisi kepala lebih tinggi
- Kedudukan tangan pada saat pemeriksaan dapat dialas kepala atau membujur disamping badan ibu.
- Kaki ditekukkan sedikit sehingga dinding perut lemas.

- Bagian perut ibu dibuka seperlunya.
- Pemeriksa menghadap kemuka ibu saat melakukan pemeriksaan Leopold I sampai III, sedangkan saat melakukan pemeriksaan Leopold IV pemeriksa menghadap ke kaki ibu.

(3) Auskultasi

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

(4) Perkusi

(a) Reflex patella

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

(b) Cek ginjal

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

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

(1) Hb

Hb normal ibu hamil adalah 11 gr%, apabila kurang berarti ibu menderita anemia (Manuaba, 2010).

Pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil

dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu trimester I dan III (Saifuddin, 2007).

(2) Albumin

Hasil pemeriksaan albumin dapat digolongkan:

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

(3) Reduksi

Hasil pemeriksaan reduksi dapat digolongkan:

- (a) Negative : Tetap biru jernih atau sedikit kehijau-hijauan dan agak keruh.
- (b) Positif (+) : Hijau kekuning-kuningan dan keruh (0,5-1% glukosa).
- (c) Positif (++) : Kuning keruh (1-1,5% glukosa).

(d) Positif (+++) : Jingga atau warna lumpur keruh (2-3,2% glukosa).

(e) Positif (+++++) : Merah keruh (lebih dari 3,5% glukosa).

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

I. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR. 2008).

b. Tanda-tanda Persalinan

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

1) Persalinan sesungguhnya

- a. Serviks menipis dan membuka
- b. Rasa nyeri dan interval teratur

- c. Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek
- d. Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah
- e. Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar ke depan
- f. Dengan berjalan bertambah intensitas
- g. Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
- h. Lendir darah semakin nampak
- i. Ada penurunan bagian kepala janin
- j. Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi
- k. Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya

2) Persalinan semu

- a. Tidak ada perubahan pada serviks
- b. Rasa nyeri tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
- d. Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
- e. Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan

- f. Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
- g. Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi uterus dengan intensitas nyeri
- h. Tidak ada lendir darah
- i. Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
- j. Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi
- k. Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu.

3) Persalinan dengan sectio

1) Perabdominal (Sectio Cesarea):

Istilah Caesar sendiri berasal dari bahasa Latin *caedere* yang artinya memotong atau menyayat. Operasi Caesar menurut Leon J. Dunn, dalam buku *Obstetrics and Gynecology*, menyebutkan sebagai *cesarean section*, *laparotrachelotomy*, atau *abdominal delivery* yaitu persalinan untuk melahirkan janin dengan berat 500 gram atau lebih, melalui pembedahan di perut dengan menyayat dinding rahim (Kasdu, 2007).

Sectio cesarea merupakan tindakan konservatif dalam kebidanan. Sectio cesarea terasa makin meningkat sebagai tindakan akhir dari berbagai kesulitan dalam menolong persalinan. Indikasi klasik yang

dapat dikemukakan sebagai dasar seksio sesaria adalah persalinan lama, persalinan terlambat, ruptur uteri iminen, gawat janin, janin besar melebihi 4000 gram, dan perdarahan antepartum. Sedangkan indikasi klinis yang menambah tingginya angka persalinan dengan seksio sesaria adalah pada letak sungsang, perdarahan antepartum, kehamilan prematuritas, kehamilan resiko tinggi, kehamilan ganda, pre eklamsia/eklamsia, kegagalan induksi, seksio berulang dan lain-lain (Manuaba, 2010).

Sebelum dilakukan tindakan seksio sesaria, mengkaji ulang indikasi dan memastikan bahwa partus per vaginam tidak mungkin, memeriksa kembali denyut jantung janin dan persentasi, melakukan tindakan pencegahan infeksi, mengkaji ulang prinsip dasar perawatan operatif, dapat digunakan anestesi (local, spinal, atau anestesi umum), memasang infuse, jika kepala bayi telah masuk panggul, lakukan tindakan antisepsis pada vagina (Saifuddin, 2010).

Ada 4 alasan persalinan harus dilakukan dengan operasi, yaitu untuk keselamatan ibu dan janin ketika harus berlangsung, tidak terjadi kontraksi, distosia (persalinan macet) sehingga menghalangi persalinan alami, dan bayi dalam keadaan darurat sehingga harus segera dilahirkan, tetapi jalan lahir tidak mungkin dilalui janin (Kasdu, 2007).

Ada beberapa jenis operasi *Sectio Caesaria* yang terdiri dari:

- a) *Sectio caesaria abdominalis*, ada dua macam yaitu *sectio caesaria transperitonealisasi* dan *sectio caesaria ekstraperitonealisasi*. *Sectio caesaria transperitonealisasi* sendiri terdiri dari dua cara.

(1) *Sectio caesaria* klasik dengan *insisi* memanjang pada *korpus uteri* yang mempunyai kelebihan mengeluarkan janin lebih cepat, tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik, dan sayatan bias diperpanjang *proksimal* atau *distal*. Sedangkan kekurangan dari cara ini adalah *infeksi* mudah menyebar secara *intraabdominal* karena tidak ada *reperitonealisasi* yang baik dan untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi *ruptura uteri* spontan.

(2) *sectio caesaria ismika* atau *profunda* dengan *insisi* pada segmen bawah rahim dengan kelebihan penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan *reperitonealisasi* yang baik, perdarahan kurang dan kemungkinan *ruptura uteri* spontan kurang/lebih kecil. Dan memiliki kekurangan luka dapat melebar ke kiri, bawah dan kanan sehingga mengakibatkan perdarahan yang banyak serta keluhan pada kandung kemih post operatif tinggi. Sedangkan *Sectio Caesaria ekstraperitonealisasi*, yaitu tanpa membuka *peritoneum parietalis*, dengan demikian tidak membuka *kavum abdominal*.

b) *Sectio caesaria vaginalis*, menurut arah sayatan pada rahim, *sectio caesaria* dapat dilakukan dengan sayatan memanjang (*longitudinal*), sayatan melintang (*transversal*) dan sayatan huruf T (*T-incision*).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi Persalinan

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

Tahap-Tahap Persalinan :

a. Kala I (Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement) kala dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar ± 8 jam. Berdasarkan kurva friedman pembukaan primi 1cm/jam, sedangkan pada multi 2cm/jam (JNPK-KR, 2008).

Kala pembukan dibagi menjadi dua fase, yaitu:

a) Fase Laten : pembukaan serviks, sampai ukuran 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.

b) Fase Aktif : berlangsung ± 6 jam, di bagi atas 3 sub fase yaitu:

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

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

(3) Periode deselerasi

Berlangsung lambat, selama 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara) dan adanya penurunan bagian terbawah janin (JNPKKR, 2008).

Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Pada akhir kala I ketuban akan pecah disertai dengan pengeluaran cairan mendadak, sehingga menyebabkan turunnya bagian terendah janin ke bagian ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot dasar panggul yang akan menimbulkan keinginan untuk mengejan (Ujiningtyas, 2009).

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

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

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

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

Pada kala ini his terkoordinir cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali kepala janin telah masuk keruangan panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengedan karena, tekanan pada rectum, ibu ingin seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka. Pada saat his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, dahi, hidung mulut dan muka serta seluruhnya, diikuti oleh putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala dengan punggung. Setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 60 menit dan multigravida 30 menit (Sijiyanti, dkk, 2011).

c. Kala III (kala uri)

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

Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu:

- (1) Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus
- (2) Tali pusat memanjang
- (3) Semburan darah mendadak dan singkat
- (4) Manajemen aktif kala III, yaitu:
- (5) Pemberian suntikan oksitosin
- (6) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
- (7) Massase fundus uteri

d. Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua (Saifuddin, 2010).

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

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

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

d. Partograf

1) Pengertian

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

2) Tujuan

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

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

Tabel 2.5 Memantau kemajuan persalinan menggunakan partograf

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

Kemajuan persalinan	Keadaan Ibu	Keadaan Bayi
Pemeriksaan abdomen, pemeriksaan kepala, kecuali dievaluasi selama pemeriksaan dalam, dikontrol tiap 2 jam pada fase aktif.	Pemberian makanan/ minum tiap 4 jam sekali.	

(Sumber : Saifuddin, 2010)

Tabel 2.6 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam*
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam*
Produksi urin, aseton dan protein	Setiap 2-4 jam	Setiap 2-4 jam

Sumber: JNPK-KR. 2008. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. * Penilaian yang dilakukan pada setiap pemeriksaan dalam

II. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

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

b. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinantelah melakukan upaya pencegahan infeksi seperti berikut:

a) Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi.

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

Segera setelah lahir lakukan penilaian awal secara cepat dan tepat (0-30 detik) buat diagnose untuk dilakukan asuhan berikutnya, yang dinilai (Sukarni, 2013):

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

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

Tabel 2.6 Apgar Score

Tanda	0	1	2
Usaha nafas	Tidak Ada	Lambat tidak teratur	Menangis dengan baik
Denyut nadi	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit

Tonus otot	Tidak Ada	Beberapa fleksi ekstremitas	Gerakan aktif
Refleks	Tidak Ada	Menyeringai	Menangis kuat
Warna	Biru Pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Merah muda seluruhnya

Sumber : Leveno, Kenneth J. 2009. Obstetrik Williams. Jakarta:EGC.

3) Memotong dan merawat tali pusat

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

4) Menjaga agar bayi tetap hangat

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

5) Bounding Attachment

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

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

b) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir dengan memeberikan ASI

c. Pemeriksaan bayi baru lahir

1) Pemeriksaan tanda-tanda vital

a) Denyut jantung bayi (110-180 kali per menit)

b) Suhu tubuh (36,5°C-37°C)

c) Pernafasan (40-60 kali per menit)

2) Pemeriksaan antropometri (Wafinur, 2011)

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

3) Pemeriksaan fisik

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

- d) Muka wajah pada bayi tampak ekspresi, mata: perhatikan kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, perhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu.
- e) Mulut bayi penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi, saliva tidak terdapat pada bayi normal, bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna.
- f) Leher, dada, abdomen terlihat adanya cedera akibat persalinan. Perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernafasan bayi, karena bayi masih ada pernafasan mulut.
- g) Punggung terdapat adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Bahu, tangan, sendi, tungkai, perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktor (bila ekstremitas lunglai/kurang gerak), farices.
- h) Kulit dan kuku dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan, kadang kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan, pengeluaran yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan, waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (cutis marmorata) ini dapat disebabkan karena temperature dingin, telapak tangan, telapak kaki dan kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat dan kuning, bercak-bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (mongolian spot) akan menghilang pada umur 1 sampai 5 tahun.

- i) Kelancaran menghisap dan pencernaan harus diperhatikan. Tinja dan kemih diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut, untuk kemungkinan Hirschprung/Congenital Megacolon.
- j) Refleks, refleks rooting, bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Refleks isap, terjadi apabila terdapat tanda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan. Refleks morro ialah timbulnya pergerakan tangan yang simetris seperti merangkul apabila kepala tiba-tiba digerakan. Refleks mengeluarkan lidah terjadi apabila diletakan pada benda di dalam mulut, yang sering di tafsirkan bayi menolak makanan/minuman.
- k) Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan.

d. Pemantauan bayi baru lahir

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

1) Dua jam pertama sesudah kelahiran

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

- a) Kemampuan menghisap bayi kuat atau lemah
 - b) Bayi tampak aktif atau lunglai
 - c) Bayi kemerahan atau biru
- 2) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi

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

- a) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau kurang bulan
 - b) Gangguan pernafasan
 - c) Hipotermi
 - d) Infeksi
 - e) Cacat bawaan atau trauma lahir
- e. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

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

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

- 8) Mata bengkak dan bernanah atau berair
- 9) Mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah
- 10) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah.

IV . Konsep Dasar Teori Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Involusi uterus

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

(1) Iskemia miometrium

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

(2) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterin. Enim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10

kali panjangnya dari semula selama kehamilan atau dapat lima kali lebih lebar dari semula kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.

(3) Efek Oksitosin

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

Tabel 2.7 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Post partum

Waktu	Volume	Bobot uterus	Diameter uterus	Implasi serviks
Sebelum akhir persalinan	tinggi pusat	0-1000 gram	10,5 cm	tebal/lunak
1 minggu pascapersalinan	pusat symphysis	0-500 gram	5 cm	tebal

ke-1					
chir	minggu	lak teraba	0 gram	0 cm	0 m
ke-2					
chir	minggu	ormal	gram	5 cm	enyempit
ke-6					

Sumber : Ambarwati, 2010

b) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organism berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warna diantaranya (Sukarni, 2013):

(1) Lochea Rubra/merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari deciduas dan chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.

(2) Lochea Sangiolenta

Lochea ini muncul pada hari ke 3-7 hari berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

(3) Lochea Serosa

Lochea serosa muncul pada hari ke 7-14 hari dengan berwarna kuning kecoklatan dengan cirri lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta.

(4) Lochea Alba

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

(5) Loche Purulenta

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

c) Serviks

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

d) Vulva dan vagina

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

berangsur angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Sukarni, 2013).

2) Perubahan system pencernaan

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

3) Perubahan system perkemihan

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

berdilatasi akan kembali normal dalam tempo minggu (Saifuddin, 2010).

4) Perubahan endokrin

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

Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

a. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

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

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

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

2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum, tujuan :

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

- e) Memeberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi
- 3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum, tujuan :
- a) Sama dengan kunjungan hari ke 6
 - 4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum
 - a) Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini
- b. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas (Suherni, dkk, 2009):
- 1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi
 - 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, social serta memberikan semangat kepada ibu
 - 3) Membantu ibu dalam menyusui bayinya
 - 4) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu
 - 5) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua.
 - 6) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
 - 7) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
 - 8) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.

9) Memberikan asuhan secara professional.

a) Proses Laktasi Dan Menyusui

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

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

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

b) Kebutuhan Gizi selama masa nifas

Kebutuhan energi seorang ibu nifas berbeda dengan wanita hamil ataupun wanita yang tidak hamil. Menurut Waryana (2010) gizi yang

diperlukan ibu dalam sehari adalah 2800 kalori dan 64 gr protein. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%. Karena tambahan energi dan protein tersebut akan digunakan untuk menghasilkan ASI, memenuhi kebutuhan gizi ibu, dan memulihkan kesehatan ibu setelah melahirkan.

Kebutuhan energi ibu nifas/ menyusui pada enam bulan pertama adalah 700kkal/hari dan enam bulan kedua 500 kkal/hari sedangkan ibu menyusui yang berumur 2 tahun rata-rata sebesar 400kkal/hari (Waryana, 2010). Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas ataupun berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Zat Makanan yang perlu dikonsumsi, menurut Waryana (2010) zat makanan yang harus dikonsumsi itu adalah yang mengandung :

1) Sumber tenaga (energi)

Untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghemat protein (jika sumber tenaga kurang, protein dapat digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energi). Zat gizi sebagai sumber karbohidrat terdiri dari beras, jagung, tepung terigu, dan ubi. Sedangkan zat lemak dapat diperoleh dari hewani (lemak, mentega, keju) dan nabati (kelapa sawit, minyak sayur, lemak kelapa dan margarine)

2) Sumber pembangun (protein)

Protein sangat diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak atau mati. Protein dari makanan harus diubah menjadi asam amino sebelum diserap oleh sel mukosa usus dan dibawa ke hati melalui

pembuluh darah vena portae. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu dan keju) dan protein nabati (kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu, dan tempe). Sumber protein terlengkap terdapat dalam susu, telur dan keju, ketiga makanan tersebut juga mengandung zat kapur, zat besi, dan vitamin B.

3) Sumber pengatur dan pelindung (mineral, vitamin, dan air)

Unsur tersebut digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap harinya. Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah-buahan segar. Jenis – jenis mineral penting :

- a) Zat kapur, untuk pembentukan tulang, sumbernya: susu, keju, kacang-kacangan, dan sayuran berwarna hijau.
- b) Fosfor, dibutuhkan untuk pembentukan kerangka dan gigi anak, sumbernya: susu, keju, daging.
- c) Zat besi tambahan zat besi sangat penting dalam masa menyusui karena dibutuhkan untuk kenaikan sirkulasi darah dan sel, serta menambah sel darah merah (HB) sehingga daya angkut oksigen mencukupi kebutuhan. Sumber zat besi antara lain kuning telur, hati, daging, kerang, ikan kacang-kacangan dan sayuran hijau.

- d) Yodium, sangat penting untuk mencegah timbulnya kelemahan mental dan kekekrdilan fisik yang serius, sumbernya: minyak ikan, ikan laut, dan garam beryodium.
- e) Kalsium ibu nifas membutuhkan kalsium untuk pertumbuhan gigi anak, sumbernya :suus dan keju.

Kebutuhan Vitamin :

- a) Vitamin A, digunakan untuk pertumbuhan sel, jaringan, gigi, dan tulang, perkembangan syaraf penglihatan, meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi. Sumbernya: kuning telur, hati, mentega, sayuran berwarna hijau dan buah berwarna kuning (tomat, wortel, nangka) selain itu ibu nifas juga mendapatkan tambahan berupa kapsul vitamin A (200.000 IU).
- b) Vitamin B1(*Thiamin*), dibuthkan agar kerja syaraf dan jantung normal, membantu metabolisme karbohidrat secara tepat oleh tubuh, nafsu makan yang baik, membantu proses pencernaan makanan, meningkatkan pertahanan tubuh terhadap infeksi dan mengurangi kelelahan. Sumber : hati, kuning telur, susu, kacang- kacang, tomat, jeruk, nanas, dan kentang bakar.
- c) Vitamin B2 (*Riboflavin*), dibutuhkan untuk pertumbuhan, vitalitas, nafsu makan, pencernaan, system urat syaraf, jaringan kulit dan mata. Sumber : hati, kuning telur, susu, keju, kacang-kacangan, dan sayuran hijau.
- d) Vitamin B3 (*Niacin*), disebut juga *Nicotine Acid*, dibutuhkan dalam proses pencernaan, kesehatan kulit, jaringan syaraf dan pertumbuhan.

Sumber : susu, kuning telur, daging, kaldu daging, hati, daging ayam, kacang-kacangan, beras merah, jamur dan tomat.

- e) Vitamin B6 (*Pyridoksin*), dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah serta kesehatan gigi dan gusi, sumber: gandum, jagung, hati, dan daging.
- f) Vitamin B12 (*Cyanocobalamin*), dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah dan kesehatan jaringan saraf. Sumber :telur, daging, hati, keju, ikan laut dan kerang laut.
- g) Folid Acid. Vitamin ini dibutuhkan untuk pertumbuhan pembentukan sel darah merah dan produksi inti sel. Sumber : hati, daging, ikan, jeroan, dan sayur hijau.
- h) Vitamin C, dibutuhkan untuk pertumbuhan, pembentukan, tulang dan gigi serta penyerapan kalsium dan fosfor. Sumbernya antara lain: minyak ikan, susu, margarine dan penyinaran kulit dengan sinar matahari pagi (sebelum pukul 09.00)
- i) Vitamin K, dibutuhkan untuk mencegah perdarahan agar proses pembekuan darah normal. Sumber: vitamin K adalah kuning telur, hati, brokoli, asparagus dan ayam.

Kebutuhan makanan bagi ibu nifas lebih banyak kegunaan tersebut agar luka-luka persalinan lekas sembuh dan bermanfaat sebagai cadangan untuk laktasi. Pola makan ibu nifas, menurut Waryani (2010) sebaiknya ibu nifas melakukan :

- 1) Ibu harus teratur makan tiga kali sehari

- 2) Hidangan harus tersusun dari bahan makan bergizi yang tersusun dari:
 - makanan, minum susu satu gelas setiap hari
- 3) Pergunakan aneka ragam makanan yang ada
- 4) Pilihlah, belilah, berbagai macam makanan yang segar

c) Contoh Menu makanan ibu nifas

Contoh Menu makanan untuk ibu nifas :

Table 2.8 menu makanan ibu nifas

gi	ang	re/Malam
- Susu manis	- Nasi	- Nasi
- Nasi	- Ayam Goreng	- Telu dadar
- Tempe goreng	- Tahu Goreng	- Tahu bacem
- Ikan asin	- Sayur Lodeh	- Tumis kacang
- Gudangan	- Pepaya	panjang
jam 10.00	Jam 16.00	- pepaya
- Bubur kacang hijau	- Kolak pisang	
- Jeruk		

Konsep Dasar Neonatus

1. Pengertian

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahirtabelan. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari. (Muslihatun, 2010)

2. Kunjungan neonatus

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Menurut Permenkes 741/ Th. 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM-BK), KN dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Kunjungan Neonatal ke satu (KN1)

Adalah kunjungan neonatal pertama kali yaitu pada hari pertama sampai hari kedua.

2) Kunjungan Neonatal ke dua (KN2)

Adalah kunjungan neonatal yang kedua kalinya yaitu pada hari kedua sampai hari ke tujuh.

3) Kunjungan Neonatal ke tiga (KN3)

Adalah kunjungan neonatal yang ketiga kalinya yaitu pada hari ke tujuh sampai hari ke dua puluh delapan.

Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda (Manajemen Terpadu Bayi Muda/MTBM) termasuk ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan talipusat, penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi HB-0 diberikan pada saat kunjungan rumah sampai bayi berumur 7 hari (bila tidak diberikan pada saat lahir) (Kemenkes RI, 2010).

Konsep Dasar Teori Kontrasepsi

a. Kontrasepsi Suntik

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

b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

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

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

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

Pada saat ini waktu pemasangan AKDR yang paling sering dilakukan adalah IUD post plasenta, terutama di ruang bougenville RSKD Balikpapan. IUD post plasenta yaitu IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta pada persalinan pervaginam (EngenderHealth, 2008). IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD post plasenta, umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga (*Coper T*) yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur. Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan.

Keuntungan dari AKDR adalah segera efektif yaitu setelah 24 jam pemasangan, reversibel, metode jangka panjang, tidak mengganggu produksi ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan ataupun pasca abortus.

Kerugian dari AKDR adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi panggul, perforasi uterus, usus dan kandung kemih, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, prosedur medis diperlukan sebelum pemasangan, adanya perdarahan bercak selama 1-2 hari pasca pemasangan, klien tidak bisa memasang ataupun melepas sendiri.

Kontraindikasi mutlak dari AKDR adalah kehamilan, perdarahan per vaginam yang belum terdiagnosis, perempuan yang sedang mengalami infeksi alat genital, kelainan pada panggul dan uterus, dan alergi terhadap komponen AKDR, misalnya tembaga.

BAB III

SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI

KASUS

A. Rancangan Penelitian

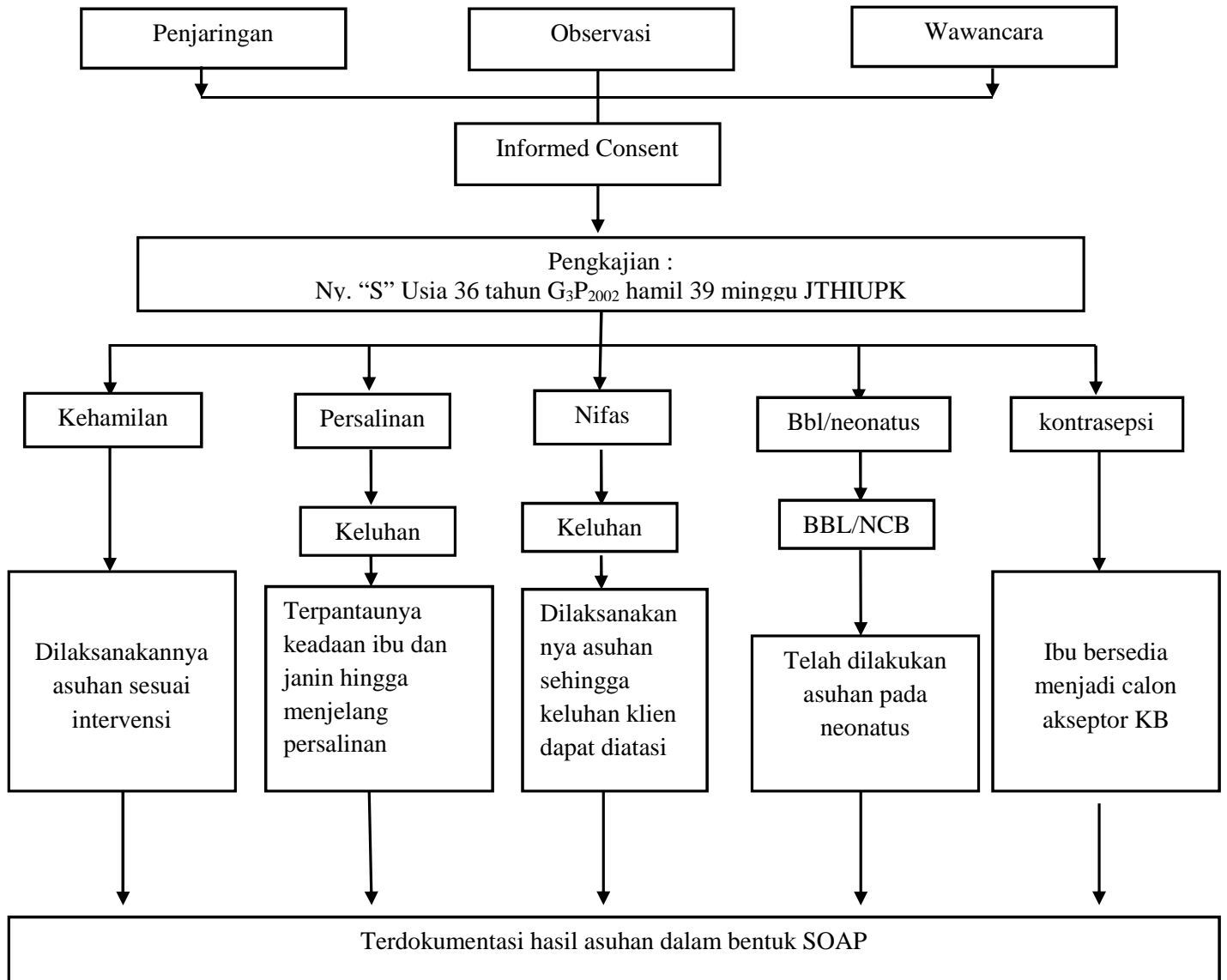
Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan penelitian itu (Nasution, 2007). Penulisan studi kasus secara menyeluruh berisi hasil observasi dan wawancara mendalam pada subjek yang dipilih saat memberikan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

Bagan 3.1

Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Literatur



Pada awal kegiatan dilakukan penjaringan pasien, observasi, serta melakukan wawancara, setelah diberikan penjelasan meminta klien untuk bertanda tangan persetujuan untuk keikutsertaan dalam pelaksanaan studi kasus, kemudian melakukan pengkajian pada pasien mengenai kehamilan persalinan, nifas dan BBL/ neonatus sampai kontrasepsi, serta menanyakan keluhan klien dan

memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan klien setelah itu melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

C. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian 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 Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G₃ P₂₀₀₂ dengan usia kehamilan 39 minggu diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

D. Pengumpulan dan Analisis Data

Pengumpulan data dilakukan selama proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif (continuity of care) berlangsung.

E. Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untuk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden. Menurut Hidayat (2008) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan 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 membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan. Pemberi asuhan harus menjaga kerahasiaan dan subjek asuhan.

2. *Beneficence dan non moleficence*

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. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 17 Mei 2016 / Pukul :10.00 WITA

Tempat : Rumah klien "Ny.S"

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S : - Ibu hamil anak ketiga dan tidak pernah keguguran

- Ibu mengatakan gerak janin aktif

- Ibu mengatakan HPHT 18-08-2015

O : KU : Baik , Kesadaran : Composmentis

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

BB : 57 kg, TB : 160 cm, LILA : 24 cm

Leopold I :TFU 31 cm, teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong).

TBJ : $(TFU-12) \times 155 = (31-12) \times 155 = 2.945$ gram.

Leopold II :Teraba tahanan keras memanjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri)

Leopold III :Teraba bundaran keras dan melenting di bagian bawah (kepala).

Leopold IV :Bagian terendah belum masuk PAP (konvergen)

DJJ : 145 x/menit

A:

Diagnosis : G₃ P₂₀₀₂ usia kehamilan 39 minggu janin tunggal hidup intrauterine dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun.

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P: Tanggal 17 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	00 TA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 110/80mmHg, Nadi, 80x/menit, Pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C. Berat badan: 57 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tidak tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 31 cm. Pada pemeriksaan Leopold I teraba bundaran lembut dan tidak melenting dibagian fundus (bokong), pada Leopold II teraba tahanan keras memanjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri), Leopold III Teraba bundaran keras dan melenting (bokong), bagian ini masih dapat digoyangkan dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 145 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(31-12) \times 155 = 2945$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan. Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
	30 TA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan. Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Dan membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care (Catatan Perkembangan)

2. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 27 Mei 2016 / Pukul : 16.30 WITA

Tempat : Rumah klien "Ny.S"

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S : - Ibu mengatakan tidak ada keluhan

- Ibu mengatakan perut mules-mules hilang timbul

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV; TD : 110/80 mmHg, N : 81 x/menit, R : 21 /menit, S : 36,3°C

BB : 58 kg, TB : 160 cm, LILA : 24 cm

Leopold I : TFU 31 cm / 3 jari dibawah px, teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong).

TBJ : $(TFU-11) \times 155 = (31-11) \times 155 = 3100$ gram

Leopold II : Teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri)

Leopold III : Teraba bundaran keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Bagian terendah sudah masuk PAP (divergent)

DJJ : 143 x/menit

A:

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 40 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun.

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P:

Tanggal 27 Mei 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	30 TA	menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi 81x/menit, Pernafasan 21x/menit, suhu 36,3°C. Berat badan: 58 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tidak tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 31 cm (3 jari bawah px). Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri) Leopold III teraba bundaran keras dan melenting (kepala). Bagian ini masih dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergent). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 143 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(31-11) \times 155 = 3100$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	
	00 TA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ± 10 menit mengenai Tanda-tanda bahaya kehamilan seperti; sakit kepala yang hebat, nyeri ulu hati, bengkak pada anggota tubuh, keluar darah secara tiba-tiba, gerakan janin tidak dirasakan, dll.	
	10 TA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ± 20 menit mengenai Tanda-tanda Persalinan ; keluarnya lendir bercampur darah, keluarnya air ketuban dan perut terasa mules.	
	20 TA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Dan membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah.	

C. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care (Catatan Perkembangan)

3. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 04 Juni 2016 / Pukul : 17.00 WITA

Tempat : Rumah klien "Ny.S"

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S : - Ibu mengatakan perut kencang-kencang.

- Ibu mengatakan perut mules dan menjalar ke pinggang.

- Ibu mengatakan belum ada tanda-tanda akan persalinan

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV; TD : 120/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 22 /menit, S : 36,6°C

BB : 59 kg, TB : 160 cm, LILA : 24 cm

Leopold I : TFU 30 cm / 3 jari dibawah px, teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong).

TBJ : $(TFU-11) \times 155 = (31-11) \times 155 = 3100$ gram

Leopold II : Teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri)

Leopold III : Teraba bundaran keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : Bagian terendah sudah masuk PAP (divergent)

DJJ : 143 x/menit

A:

Diagnosis : G₃P₂₀₀₂ usia kehamilan 41 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun.

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P:

Tanggal 04 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	00 TA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan fisik ibu normal, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 22x/menit, suhu 36,6°C. Berat badan: 59 kg. Tampak simetris; tidak tampak bekas luka operasi; tampak linea nigra dan tidak tampak striae bivide; Tinggi fundus uteri 31 cm (3 jari bawah px). Pada pemeriksaan Leopold I, pada fundus teraba bundaran lembut dan tidak melenting (bokong), pada Leopold II teraba tahanan panjang seperti papan disebelah kiri perut ibu (punggung kiri) Leopold III teraba bundaran keras dan melenting (kepala). Bagian ini masih dapat digoyangkan, dan pemeriksaan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergent). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 148 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah $(31-11) \times 155 = 3100$ gram. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai kaki) normal tidak ada kelainan; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
	30 TA	Menyarankan ibu untuk ke sarana kesehatan yang terdekat untuk dilakukannya pemeriksaan USG dan ibu bersedia. Dengan hasil usia kehamilan ibu pada tanggal 05 Juni 2016 dikatakan oleh dr.SpOG adalah berusia 35 minggu.	
	10 TA	Melakukan penyuluhan kesehatan selama ±20 menit mengenai Tanda-tanda Persalinan ; keluarnya lendir bercampur darah, keluarnya air ketuban dan perut terasa mules.	
	20 TA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu berikutnya dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada	

		keluhan; Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang. Dan membuat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang dirumah.	
--	--	---	--

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/Waktu Pengkajian : 08 Juni 2016/Pukul :18.30 WITA

Tempat : BPM Endang Kasiani, SST

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

Persalinan Kala I fase aktif

Pukul : 18.30 WITA

S :

- Ibu merasakan mules pada perutnya dan kencang-kencang sejak sore pukul 15.00 WITA (08 Juni 2016). Ketuban pecah pada saat sampai di BPM pukul: 18.35 WITA.

O: KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 21 x/menit, S : 36,6°C

Leopold I : TFU 31 cm

Leopold II :Teraba keras seperti papan disebelah kiri perut ibu (Punggung kiri)

Leopold III: Teraba Keras dan melenting (kepala)

Leopold IV: Sudah masuk PAP (divergen)

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

DJJ : 139 x/menit

HIS : Intensitas : Sedang, Frekuensi : 4 x 10' , durasi : 35-40"

VT : Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio :lembut/tipis,

Efecement 75%, Pembukaan : 7 cm, ketuban (-), warna hijau encer,

banyaknya normal, tidak berbau, penurunan kepala 4/5, Hodge II. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 41 minggu Inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan faktor resiko usia lebih dari 35 tahun.

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 08 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	30 WITA	menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 7 cm dan ketuban sudah pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
	35 WITA	Memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan; Ibu merasa tenang dan ibu akan melakukan anjuran yang diberikan.	
	36 WITA	Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti tehnik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
	37 TA	Menganjurkan ibu untuk makan atau minum disela his; Ibu meminum teh hangat yang telah disediakan.	

Persalinan Kala I fase aktif

Jam : 18.30 WITA

S : - Ibu merasakan perutnya mules hilang timbul dan gerakan janin masih dirasakan oleh ibu.

O: KU : Sedang, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, R : 21 x/menit, S : 36.6°C

DJJ : 138 x/menit

HIS : Intesitas : sedang, Frekuensi : 4 x 10', Durasi : 35-40''

VT ; Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : lembut/tipis, Effecement 75%, Pembukaan : 7 cm, ketuban (-), penurunan kepala 3/5, Hodge II. Tidak terdapat bagian terkecil disekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 42 minggu Inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 08 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	20 WITA	njelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 7 cm dan ketuban pecah spontan; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	
		njelaskan alat kontrasepsi post partum.	
21	TA	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, Keseluruhan siap digunakan.

- 22 WITA Menyiapkan alat suction
- 23
IA Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, dan pempers) dan pakaian bayi (lampin, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.
- 24 WITA Memantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf). Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.
- 25
IA Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu meminum teh hangat
- 30
IA Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan berwarna meconial encer, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, Ibu dianjurkan miring kiri
DJJ : 138 x/mnt
HIS : 4 x 10' 40-45''
- 35
IA Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki litotomi, tangan di masukkan di antara kedua paha, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.

Persalinan Kala II

S :- Ibu mengeluh ingin BAB dan merasakan nyeri melingkar kepinggang dan menjalar ke bagian bawah.

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 110/80 mmHg, N: 84 x/menit, R : 24 x/menit, S : 36,5°C

DJJ : 148 x/menit

HIS ; Intensitas : Kuat, Frekuensi : 4 x 10' , Durasi : 40-45''

VT (19.10 WITA) : Vulva/vagina : tidak ada kelainan, Portio : tidak teraba, Effecement 100%, Pembukaan : lengkap 10 cm, warna meconeal encer, tidak berbau dan normal. Tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin dan presentasi kepala, Denominator UUK, Ibu dianjurkan miring kiri.

A :

Diagnosis : G₂ P₁₀₀₁ usia kehamilan 42 minggu inpartu kala II
janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tdk ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 08 Juni 2016

No	Waktu	Tindakan	Paraf
	10 TA	mberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami	

		mendampingi ibu selama bersalin.	
11 TA		Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
12 TA		Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
13 TA		Menganjurkan kepada suami untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	
14 TA		Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
15 WITA		Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakancelemek, mencucitanganmenggunakan sarung tangansterilpada keduatangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
16 TA		Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
17 WITA		Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
18 WITA		Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampakdengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengansatutangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	
18 WITA		Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusatpada 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	
19 TA		Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 19.20 WITA.	
20 TA		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, dilakukan penghisapan lendir melalui mulut \pm 5 cm lalu melalui hidung \pm 3 cm. Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 7/9, jenis kelamin laki-laki, air ketuban meconial encer.	

Persalinan Kala III

S : Ibu merasakan mules pada perutnya

O : KU : Baik, Kesadaran :Composmentis

TTV ; TD : 110/70 mmHg, N : 82x/menit, R : 22 x/menit, S : 36°C

Abdomen : TFU : Sepusat, kontraksi uterus : baik

Genetalia : Tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah.

Data Bayi : Bayi lahir tanggal 08 Juni 2016 pukul 19.20 WITA, jenis kelamin perempuan, A/S 7/9, BB : 2800 gram, PB : 49 cm, LK : 31 cm, LD : 30 cm, LP : 30 cm, LILA : 10 cm, anus : (+) positif, cephal/caput : -/-, BAK/BAB : +/+

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Parturient Kala III

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal 08 Juni 2016

Waktu	Tindakan	Paraf
21 TA	meriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
21 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
21 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
22 WITA	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
22 TA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
22 WITA	Dilakukan penghisapan lendir 5 cm melalui mulut bayi	

		lalu 3 cm melalui hidung bayi oleh bidan endang. Jika bayi langsung menangis lanjutkan melakukan tindakan IMD (Inisiasi Menyusui Dini)	
22	TA	Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan memasang topi di kepala bayi (Inisiasi Menyusui Dini), menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sambil memperhatikan bayinya terutama pada pernapasan dan gerakan bayinya.	
23	WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 - 10 cm dari vulva	
23	WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
23	WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	
24	WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
25	WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 19.25 WITA.	
26	TA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	
27	TA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon lengkap, berat \pm 500 gram, diameter \pm 19, tebal \pm 2 cm, lebar plasenta \pm 16 cm, panjang tali pusat \pm 45 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta.	
27	TA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Tidak Terdapat robekan jalan lahir pada perinium ibu.	
27	TA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 150 cc.	

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 : 100/70 mmHg, N: 80x/menit, R : 22 x/menit, S : 36°C

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

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

Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir spontan lengkap jam 23.30 WITA.

Data Bayi : Bayi lahir tanggal 22 April 2015 pukul 23.24 WITA, jenis kelamin laki-laki, A/S 8/10, BB : 3280 gram, PB : 50 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LP : 30 cm, LILA : 10 cm, anus : (+) positif, cephal/caput : -/-, BAK/BAB : +/-

Data Placenta :

Placenta lahir spontan pukul 23.30 WITA, kotiledon lengkap, berat ± 500 gram, diameter ± 19, tebal ± 2 cm, lebar plasenta ± 16 cm, panjang tali pusat ± 45 cm, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan ± 150 cc.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ Parturient kala IV

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 22 April 2015

Waktu	Tindakan	Paraf
42 TA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
43 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian ; ibu telah dibersihkan dan ibu merasa nyaman.	
44 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.	
45 TA	Observasi perdarahan dan kontraksi uterus.	
50 WITA	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman pada ibu; keluarga segera memberikan makanan dan minuman pada ibu.	
55 TA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi	
10 TA	Melengkapi Partograf; partograf telah dilengkapi sesuai hasil observasi.	

E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 08 Juni 2016/Pukul : 19.27 WITA

Tempat : BPM Endang Kasiani,SST

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S : -

O: KU : Baik, TTV ; N : 142 x/menit, pernafasan 42 x/menit, suhu 36,5°C.

1. Pemeriksaan antropometri, berat badan 2800 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala : 31 cm, lingkar dada 30 cm, lingkar perut 30 cm dan lingkar lengan atas 10 cm, anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : +/+. Jenis kelamin perempuan, bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, sisa ketuban hijau encer, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak

ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat.

Penilaian APGAR SCORE adalah 7/9.

2. Nilai APGAR: 7/9

Kriteria				Jumlah		
				0-1	2	3
Kuensi Jantung	0 tidak ada	0 < 100	0 > 100	2	2	2
Frekuensi Nafas	0 tidak ada	0 lambat/tidak teratur	0 menangis dengan baik	1	1	2
Kekuatan Otot	0 tidak ada	0 beberapa fleksi ekstremitas	0 gerakan aktif	1	2	2
Refleks	0 tidak ada	0 menyeringai	0 menangis kuat	1	2	2
Warna Kulit	0 O biru/pucat	0 O tubuh merah muda, ekstremitas biru	0 merah muda seluruhnya	2	2	2
Jumlah				7	9	10

3. 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

4. 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 palatoskizis, 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 : Perempuan, nampak adanya labia mayor dan labia minor 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.

5. Status neurologi (refleks)

Refleks Moro : Positif (+)

Refleks Walking : Positif (+)

Refleks Graps : Positif (+)

Refleks Sucking : Positif (+)

Refleks Tonick Neck : Positif (+)

Refleks Rooting : Positif (+)

➤ 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 : 08 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	27 WITA	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.	
	28 WITA	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.	
	30 WITA	Dilakukan pengukuran antropometri pada bayi dan melakukan pengecapan telapak kaki bayi; antropometri dan pengecapan telapak kaki telah dilakukan, BB 3280 gram, PB 50 cm, LK 33 cm, LD, 32 cm, LP 30 cm, LILA 10 cm.	
	00 WITA	Memandikan bayi dan 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.	
	00 WITA	Melakukan pencegahan kehilangan panas; memakaikan baju bayi, sarung tangan dan kaos kaki serta membungkus bayi dengan selimut dan memasang topi pada kepala bayi.	
	30 WITA	Memeriksa kembali keadaan bayi pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta bersuhu tubuh normal (36,5°C-37,5°C).	

35	TA	Menjelaskan KIE tentang perawatan tali pusat, tanda bahaya pada bayi baru lahir (SAP dan leaflet terlampir).	
30	TA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	

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

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 09 Juni 2016/Pukul : 01.00 WITA

Tempat : BPM Endang Kasiani,SST

Oleh : Fitriyanti Rifky umarella

S : - Ibu tidak ada keluhan

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

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

➤ Abdomen :Tampak simetris, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.

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

➤ Terapi

Asam Mafenamat : 3 x 1 Amoxilin :3x1

SF : 1 x 1 vit A

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum 6 jam

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 09 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	00 TA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
	15 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit mengenai ASI eksklusif dan perawatan payudara (SAP dan leaflet terlampir).	
	20 TA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit mengenai kebutuhan dasar ibu nifas; Nutrisi, Personal Hygiene, Istirahat, Senam nifas, Eliminasi BAK dan BAB serta Pemberian ASI dan Tanda Bahaya Pada Ibu Nifas; Nyeri kepala yang hebat, Demam, Keluar darah secara tiba-tiba, dll.	
	30 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit mengenai teknik dan posisi menyusui. (SAP dan leaflet terlampir).	
	40 TA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 12 Juni 2016 atau saat ada keluhan.	

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 11 Juni 2016 /Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

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

- Ibu belum mengetahui tentang senam nifas dan manfaat senam nifas.

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, R : 22 x/menit, S : 36,5°C

BB : 56 kg, TB : 155 cm, LILA : 24 cm,

- Payudara :Tampak pengeluaran ASI.
- Abdomen :Tampak simetris, TFU pertengahan pusat-symphisi, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.
- Genetalia :Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sangulenta, tampak jahitan pada luka perinium baik.

A :

Diagnosis : P₃₀₀₃ post partum hari ke-3

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada.

P :

Tanggal 11 Juni 2016

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

25 WITA	Mengajarkan ibu senam nifas dari hari pertama sampai hari ke sepuluh; ibu mengerti dan bersedia melanjutkan senam nifas sesuai urutan terutama dari hari keenam sampai dengan hari ke sepuluh setiap hari (SAP dan leaflet terlampir).	
30 WITA	lakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit mengenai perawatan luka perineum (SAP dan leaflet terlampir).	
40 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya yaitu pada tanggal 22 Juni 2015\6 atau saat ada keluhan; Ibu bersedia dilakukannya kunjungan pada hari berikutnya.	

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 22 Juni 2016/Pukul : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S : - Ibu tidak ada keluhan

O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis

TTV ; TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, R : 22 x/menit, S : 36,5°C

BB : 51 kg, TB : 155 cm, LILA : 24 cm,

- Payudara :Tampak pengeluaran ASI.
- Abdomen :Tampak simetris, TFU tidak teraba, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong.
- Genetalia :Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa, tampak jahitan pada luka perinium baik.

A :

Diagnosis : P₂₀₀₂ post partum hari ke-14

Masalah : tidak ada

Diagnosa Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 22 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	00 TA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU: tidak teraba, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea serosa, sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal; Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
	10 WITA	lakukan penyuluhan kesehatan \pm 10 menit mengenai imunisasi dasar bagi bayi : Pengertian Imunisasi, macam-macam imunisasi, dasar, efek samping imunisasi dasar dan jadwal pemberian imunisasi dasar; ibu mengerti dengan konseling yang diberikan. (SAP dan leaflet terlampir)	
	20 TA	Menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG di fasilitas kesehatan terdekat; ibu bersedia untuk melakukan imunisasi BCG di fasilitas kesehatan pada usia bayi sebulan.	

G. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 09 Juni 2016/Pukul :01.00 WITA

Tempat : BPM Endang Kasiani,SST

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S : -

O: KU : Baik

TTV; N : 142 x/menit, R : 40 x/menit, S : 36,7 °C. PB : 49 cm,

LK : 31 cm, LD : 30 cm, Lingkar perut : 30 cm, LILA : 10 cm. Reflek

(+)

Ibu sudah bisa membedong bayinya.

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 palatoskizis, 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 : Perempuan, nampak adanya labia mayor, labia minor 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.

b. Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya secara on-demand. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.

Eliminasi	- BAB 2 kali, konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 2 kali konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi belum ada dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

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

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal 09 Juni 2016

	Waktu	Tindakan	Pelaksana
	10 TA	Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisinya saat ini.	
	30 WITA	Memberikan KIE pada ibu tentang tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan/tangisan tidak ada, merintih, bayi sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat; Ibu paham mengenai penjelasan yang di sampaikan. (SAP dan leaflet terlampir)	
	10 TA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 10 menit mengenai cara merawat tali pusat. (SAP dan leaflet terlampir)	
	20 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan ± 10 menit tentang imunisasi dasar. (SAP dan leaflet terlampir)	
	30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 6 hari selanjutnya pada tanggal 11 Juni 2016 atau saat ada keluhan.	

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

Tanggal/Waktu Pengkajian : 11 Juni 2016/Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S : -

O: KU : Baik, N : 130 x/menit, R : 43 x/menit dan S : 36,5 °C. BB : 2795 gram,
PB : 49 cm, LK : 31cm, LD : 30 cm, dan LILA : 10 cm.

➤ Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu kapan pun bayi mau. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI
Eliminasi	B 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 5-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	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, Sesuai Masa
Kehamilan hari ke-3

Masalah : tidak ada

Diagnosis Potensial : tidak ada

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 11 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	55 TA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
	00 WITA	lakukan evaluasi kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi. Ibu mengerti dengan penjelasan tersebut.	
	15 TA	mbuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 06 Mei 2015.	

3. AsuhanKebidanan Neonatus Kunjungan ke-III (Catatan Perkembangan)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 22 Juni 2016/Pukul :16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S : -

O: KU : Baik,N : 148 x/menit, R : 52 x/menit, S : 36,3°C, BB : 3100 kg, PB : 50 cm, LK : 32 cm, LP : 31 cm, LD : 31 cm, LILA : 11 cm.

➤ Pola Fungsional

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

A :

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

Masalah : tidak ada masalah

Diagnosis Potensial : tidak ada masalah

Kebutuhan Segera : tidak ada

P :

Tanggal : 22 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	10 TA	Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat. Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini dan paham mengenai penjelasan yang telah diberikan.	
	30 WITA	nganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dipagi hari dibawah jam 8 pagi selama ± 10 menit dengan posisi seluruh tubuh terbuka dan mengenai pantulan cahaya matahari dan mata ditutup dengan kassa; Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu bersedia untuk melakukannya.	
	45 WITA	nganjurkan ibu untuk sesering mungkin memberikan ASI kepada bayinya	

H. Dokumentasi Manajemen Asuhan Kebidanan KB

Tanggal Pengkajian/Waktu : 22 April 2015/23.35 WITA

Tempat : Rumah Ny.S

Oleh : Fitriyanti Rifky Umarella

S :

- Ibu mengatakan bingung untuk memilih kontrasepsi yang cocok untuk dirinya, karena ibu ingin memakai kontrasepsi yang dalam jangka waktu panjang.

1. 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 4-5x/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 6-7 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

2. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

Ini merupakan pernikahan kedua, Ibu menikah sejak usia 19 tahun, lama menikah 2 tahun, status pernikahan sah. Ini merupakan kelahiran anak yang ketiga. Kultural dalam keluarga ibu tidak memiliki adat istiadat ataupun tradisi yang dapat mempengaruhi kehamilan. Sebelumnya Ibu memakai KB suntik, tidak ada keluhan atau masalah pada saat mengkonsumsi KB suntik.

O:

a. Pemeriksaan Umum

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

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tampak simetris, tidak tampak lesi, distribusi rambut merata, tampak bersih, warna rambut hitam, konstruksi rambut kuat, tidak teraba benjolan/massa.

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

- Mata : Tampak simetris, konjungtiva sedikit pucat, sklera berwarna putih, tidak tampak pengeluaran kotoran, tidak teraba oedema pada kelopak mata
- Telinga : Tampak simetris, tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau.
- Hidung : Tampak simetris, tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan 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 berlubang di kanan dan kiri.
- Leher : Tidak tampak pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid, tidak tampak hiperpigmentasi. Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi, tidak tampak alat bantu otot pernapasan, irama jantung terdengar teratur, suara jantung 1 terdengar di intercosta 4-5 dan suara jantung 2 terdengar di intercosta 1-2 (frekuensi jantung 84 x/m), tidak terdengar suara nafas tambahan (RR: 20x/menit).
- Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran asi, tampak hiperpigmentasi pada aerolla mammae, puting susu tampak menonjol. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tampak simetris, tidak tampak bekas operasi, sesuai dengan post partum hari pertama (2 jari bawah pusat).

Ekstremitas : Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan edema tungkai. Pada ekstremitas atas tidak ada oedema dan cavilari refil kembali dalam waktu ≥ 2 detik, refleks bisep dan trisep (+). Dan pada ekstremitas bawah tampak oedema berkurang, cavilari refill kembali dalam waktu ≥ 2 detik serta homan sign (-), refleks babinski dan patella (+).

A:

Diagnosa : P₃₀₀₃ post partum hari ke-14 dengan calon akseptor KB IUD

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Kebutuhan segera : Tidak ada

P :

Tanggal 22 Juni 2016

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
	20 TA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.	
	30 TA	lakukan penyuluhan kesehatan ± 5 menit mengenai kontrasepsi mantap yaitu salah satunya IUD; Ibu mengerti mengenai penkes yang diberikan.	

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 Klandasan Ilir 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 Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny.S usia 36 tahun G₃P₂₀₀₂ sejak kontak pertama pada tanggal 17 Mei 2016 yaitu dimulai pada masa kehamilan 38 minggu, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonates dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Kehamilan /*Ante Natal Care* (ANC)

Penulis melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 3 kali sedangkan selama kehamilannya, Ny. S telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 4 kali, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 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. Dari teori dan praktek

penulis tidak menemukan adanya kesenjangan dalam melakukan pemeriksaan ANC.

Saat dilakukan pemeriksaan diakhir kehamilannya berat badan Ny.S 59 kg dengan berat badan sebelum hamil 48 kg. Klien mengalami kenaikan berat badan sebanyak 11 kg, dan dengan ini berarti kenaikan berat badan klien normal, karena setelah dihitung melalui rumus IMT yang dikemukakan oleh Sukarni (2013), total kenaikan berat badan yang disarankan yakni 11,3-15,9 kg. Penulis berpendapat kenaikan berat badan tersebut didukung dengan adanya kemauan ibu untuk menambah asupan nutrisi yang baik pada saat hamil. Dari teori dan praktek penulis tidak menemukan adanya kesenjangan dalam kenaikan berat badan Ny.S.

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan Ny.S memiliki tinggi badan normal, yaitu 155 cm Menurut Pantikawati (2010), mengemukakan tinggi badan normal pada ibu hamil yaitu >145 cm. penulis berpendapat, pentingnya dilakukan pengukuran tinggi badan karena sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidaksesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Sehingga dari teori dan praktek penulis tidak menemukan adanya kesenjangan dalam tinggi badan Ny.S.

Saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah Ny.S selalu dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan terakhir 120/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI (2009), tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg-140/90 mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi dini adanya hipertensi atau preeklampsia dalam kehamilan. Penulis berpendapat, dengan adanya pemeriksaan tekanan

darah pada pada saat kunjungan, dapat diketahui pula klien beresiko atau tidak dalam kehamilannya, Dari teori dan praktek penulis tidak menemukan adanya kesenjangan dalam pemeriksaan tekanan darah Ny.S.

Saat dilakukan pemeriksaan LILA , Ny.S termasuk normal yaitu 24 cm. Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Kusmiyati (2009) bahwa angka normal LILA yang sehat 23,5-36 cm. Penulis berpendapat, dengan mengukur status gizi pada ibu hamil, dapat diketahui kecukupan gizi pada ibu. Apabila gizi ibu kurang, tentunya kurang pula asupan gizi ke janin. Dari teori dan praktek penulis tidak menemukan adanya kesenjangan dalam pemeriksaan LILA Ny.S.

Saat dilakukan pengukuran TFU ibu tidak sesuai dengan usia kehamilan yaitu 31 cm atau 3 jari dibawah *proccesus xifoideus* pada umur kehamilan 38 minggu. Kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan hasil 2945 gram. Dan terjadi ketidaksesuaian dengan teori yang dinyatakan oleh Manuaba (2010), umur kehamilan 36-38 minggu TFU normalnya 33 cm atau 3 jari di bawah *proccesus xifoideus*. Penulis berpendapat, perlunya dilakukan pengukuran TFU pada ibu hamil yakni sebagai acuan pertambahan TFU pada ibu hamil yakni sebagai acuan pertambahan berat badan janin dalam keadaan normal atau tidak. Selaras 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 indicator pertumbuhan janin intra uterine, TFU dapat mendeteksi secara dini terhadap terjadinya molahidatidosa, janin ganda hidramnion.

Pada saat melakukan kunjungan hamil yang pertama pada tanggal 17 Mei 2016 Ny. S dalam kondisi yang baik, Ny.S merasa tidak ada keluhan dengan kehamilan saat ini Pada kunjungan tersebut diberikan asuhan kepada Ny. S mengenai cara pola makan yang baik dan benar untuk ibu hamil trimester 3 dan tanda bahaya pada saat kehamilan.

Saat dilakukan pemeriksaan palpasi Leopold, presentasi janin yaitu kepala bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal yaitu 145x/menit. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Menentukan presentasi janin dimulai pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada akhir trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin, atau kelainan panggul sempit. Selain itu penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan ANC. DJJ normal yaitu 120-160 x/menit. Penulis berpendapat dengan dilakukannya asuhan tersebut, dapat menjadi acuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa klien. Sehingga dapat dilakukan asuhan selanjutnya berdasarkan diagnosa yang telah ditentukannya.

Pada saat melakukan kunjungan hamil yang kedua pada tanggal 27 Mei 2016 Ny. S dalam kondisi yang baik, Ny.S merasa perutnya sering kencang dengan kehamilan saat ini Pada kunjungan tersebut diberikan

asuhan kepada Ny. S tanda bahaya pada saat kehamilan, tanda-tanda persalinan dan ASI Eksklusif, dikarenakan taksiran persalinan Ny.S telah lewat 2 hari, pada saat kunjungan ke tiga pada tanggal 04 Juni 2016 penulis berinisiatif untuk menganjurkan Ny.S untuk dilakukan pemeriksaan USG dan hasil pemeriksaan USG dinyatakan bahwa usia kehamilan 35 minggu, dan taksiran persalinan pada tanggal 12 Juli 2016.

Saat dilakukan pengkajian diakhir kehamilan trimester III Ny.S telah mendapat imunisasi TT lengkap. Berdasarkan pengkajian Ny.S telah mendapat imunisasi TT sebanyak 3 kali sebelum hamil, 1 kali saat akan menikah dan 1 kali saat kehamilan pertama di trimester II. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT menurut Kemenkes RI (2012), untuk memberikan perlindungan jangka panjang terhadap penyakit tetanus diberikan 3 dosis vaksin *Difteri Pertusis Tetanus* (DPT 3) pada bayi melalui imunisasi rutin, 1 dosis ulangan atau penguat vaksin *Difteri Tetanus* (DT) pada siswa kelas 2 dan 3 SD, akselerasi atau 3 putaran imunisasi tambahan dengan sasaran Wanita Usia Subur (WUS) usia 15-19 tahun, dan setelah wanita menikah atau saat hamil. Penulis berpendapat dengan lengkapnya status imunisasi TT pada Ny.S memungkinkan klien dan bayinya terhindar dari penyakit tetanus. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam hal ini karena Ny.S telah mendapatkan imunisasi lengkap.

Saat dilakukan pengkajian semenjak kehamilan awal pada trimester II hingga diakhir trimester III, Ny.S mengkonsumsi tablet Fe 1x sehari pada

malam hari dan meminumnya dengan air putih. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Saifuddin (2006), bahwa pemberian tablet Fe dimulai setelah rasa mual dan muntah hilang, satu tablet sehari selama minimal 90 hari. Tiap tablet mengandung FeSO 320mg (zat besi 60 mg dan asam folat 500 mg). Pemberian terapi tersebut bertujuan untuk memenuhi kebutuhan ibu hamil akan zat besi dan asam folat. Penulis berpendapat pemberian tablet Fe pada ibu hamil perlu diberikan dan diperhatikan pengkonsumsiannya agar menghindari terjadinya anemia dalam kehamilan.

Saat dilakukan pengkajian Ny.S telah dilakukan pemeriksaan Hb saat kehamilan trimester III dengan hasil 12,0 gr% yang dilakukan pemeriksaan oleh penulis. Di dukung dengan teori Mufdlillah (2009), kadar Hb normal pada ibu hamil tidak kurang dari 11gr%. Penulis berpendapat, kadar Hb Ny.S normal didukung dengan pola nutrisi yang mulai meningkat, pola istirahat dan tidur yang cukup serta klien rutin meminum tablet Fe sesuai dengan anjuran bidan. Dari teori dan praktek di atas tidak ditemukan kesenjangan.

Ny.S juga melakukan pemeriksaan laboratorium HBSAg, HIV di puskesmas dan semua hasil pemeriksaan laboratoriumnya negatif (-). Ny.S tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium berupa tes protein dan PMS dikarenakan tidak ada keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut. Hal ini didukung dengan teori yang dinyatakan Depkes RI (2005), bahwa pemeriksaan urine untuk tes protein dan urine glukosa dapat dilakukan atas indikasi, bila ada kelainan ibu dirujuk. Sedangkan

untu pemeriksaan khusus seperti tes PMS dapat dilakukan apabila ada indikasi dan pada daerah yang rawan.

Dari hasil pemeriksaan pada standar asuhan kesembilan yaitu tata laksana kasus, yang telah dilakukan diperoleh bahwa masalah-masalah yang dikeluhkan ibu masih dalam batas normal dan penatalaksanaannya masih dalam batas kewenangan bidan, sehingga tidak memerlukan tindakan rujukan. Hal ini selaras dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Penulis berpendapat, perencanaan penatalaksanaan kegawatdaruratan untuk merujuk tidak dilakukan karena hasil pemeriksaan pada Ny.S dalam batas normal.

Standar asuhan kesepuluh yaitu temu wicara (konseling), Ny.S telah mendapat konseling mengenai perencanaan persalinan. Sehubungan dengan teori yang dinyatakan oleh Hani,dkk (2010), untuk menghindari terjadinya "3T", yaitu sebagai berikut terlambat mengenali bahaya, terlambat untuk dirujuk, terlambat mendapatkan pertolongan yang memadai, petugas kesehatan memberikan konseling kepada klien untuk merencanakan proses persalinannya, dan pencegahan komplikasi serta KB pasca persalinan. Penulis menyarankan klien untuk bersalin di rumah sakit karena pelayanan kesehatannya lebih memadai. Klien pun merencanakan bersalin di BPM.

2. Persalinan/ *Intra Natal Care* (INC)

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. S yaitu 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 37-42 adalah periode saat neonatus memiliki kemungkinan hidup maksimal (JNPK-KR, 2008).

a. Kala I

Tanggal 08 Juni 2016 pukul 15.00 WITA Ny. S merasa mules dan perut kencang-kencan namun belum keluar lendir darah, klien memutuskan segera memeriksakan diri ke BPM Endang Kasiani, SST Balikpapan pada pukul 18.30 WITA, dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lembut/tipis, effacement 75 %, pembukaan 7 cm, ketuban pecah saat tiba di BPM, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge II.

Kala I yang dialami Ny. S berlangsung selama 1 jam, lama kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan 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, dan jalan lahir Ny. S yang normal. Menurut Sumarah (2009) proses persalinan di pengaruhi oleh power (HIS), passanger (janin dan plasenta), passage (jalan lahir).

b. Kala II

Kala II yang dialami Ny. M berlangsung selama 5 menit, pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam (JNPK-KR, 2008). Pada tanggal 08 Juni 2016 pukul 19.20 WITA Bayi lahir spontan segera menangis A/S 7/9, Berat 2800 gram, Panjang 40 cm, lingkar kepala : 31 cm, lingkar dada 30 cm, lingkar perut 30 cm, lingkar lengan atas 10 cm, anus (+), caput/cephal : -/-, BAB/BAK : +/+, jenis kelamin perempuan, sisa ketuban meconial encer.

Sindroma aspirasi mekonium (SAM) adalah kumpulan gejala yang diakibatkan oleh terhisapnya mekonium kedalam saluran pernafasan bayi. Sindroma Aspirasi Mekoniium terjadi jika janin menghirup mekonium yang tercampur dengan cairan ketuban, baik ketika bayi masih berada di dalam rahim maupun sesaat setelah dilahirkan. Mekonium adalah tinja janin yang pertama. Merupakan bahan yang kental, lengket dan berwarna hitam kehijauan, mulai bisa terlihat pada kehamilan 34 minggu (Manuaba, 2010).

Proses persalinan Ny. S berlangsung lancar dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf walaupun sisa ketuban meconial dan kemungkinan bisa terjadi infeksi pada Ny. S, kekooperatifan pasien yang selalu mengikuti saran penulis dan bidan sebagai upaya membantu memperlancar proses persalinannya.

c. Kala III

Manajemen aktif kala III dilaksanakan sesuai dengan teori dimulai saat adanya tanda pelepasan plasenta seperti perubahan

bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2008).

Kala III yang dialami Ny. S berlangsung selama 5 menit, pukul 19.25 WITA plasenta lahir spontan lengkap dengan berat \pm 500 gram, diameter \pm 19 cm, tebal \pm 2 cm, lebar \pm 16 cm, panjang tali pusat \pm 45 cm, selaput ketuban utuh, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta dan perdarahan \pm 150 cc.

d. Kala IV

Pada perineum tidak terdapat laserasi jalan lahir. Setelah dilakukan pengecekan dilanjutkan melakukan pemantauan 2-3 kali setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Kala IV Ny. I berlangsung normal tidak ada komplikasi, karena dilakukan pemantauan dan pengawasan mulai dari plasenta lahir hingga 2 jam post partum. Pada waktu akan dipindahkan di ruang rawat gabung dilakukan pemeriksaan kala IV yang terakhir dengan hasil, pemeriksaan tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84 kali/menit, kandung kemih kosong, kontraksi baik dengan konsistensi keras, TFU 2 jari bawah pusat, jumlah perdarahan kala IV \pm 50 cc. Hasil pemantauan kala IV Ny. I masih dalam batas normal dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah persalinan tersebut (JNPKKR, 2008). Pemantauan kala IV dimaksudkan untuk observasi perdarahan postpartum. Karena kasus perdarahan paling sering terjadi pada dua

jam pertama setelah melahirkan, hal penting yang perlu diobservasi adalah tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Perdarahan dikatakan normal jika jumlahnya tidak lebih dari 500 ml.

3. Bayi Baru Lahir

Asuhan BBL dilakukan 1 jam pasca IMD. Bayi Ny. S diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM dan imunisasi hepatitis B 0 hari. 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).

Penanganan Bayi Baru Lahir dengan Ketuban Mekoneal yaitu tergantung pada berat ringannya keadaan bayi, mungkin saja bayi akan dikirim ke unit perawatan intensif neonatal (neonatal intensive care unit, NICU).

Tata laksana yang dilakukan biasanya meliputi, jaga agar bayi tetap merasa hangat dan nyaman, beri oksigen serta obat yang diberikan, antara lain antibiotika. Antibiotika diberikan untuk mencegah terjadinya komplikasi berupa infeksi ventilasi mekanik.

4. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. S sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam (tanggal 09 Juli 2016), kunjungan kedua 2 hari

(10 April 2015), kunjungan ketiga 2 minggu (tanggal 22 Juni 2016),. Pada asuhan masa nifas ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada pemeriksaan 6-8 jam setelah persalinan, lochea Ny. S berwarna merah. Hal ini sesuai dengan teori menurut Sulistyowati (2009) lochea rubra berwarna merah karena mengandung darah. Ini adalah lochea pertama yang mulai keluar segera setelah kelahiran dan terus berlanjut selama 1-3 hari pertama *post partum*. Setelah persalinan, Ny. S menyusui bayinya. ASI Ny. S sudah keluar sedikit. Menurut Sulistyowati (2009) setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron akibat lepasnya plasenta sehingga aktivitas prolaktin yang sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

Pemeriksaan pada kunjungan ke II ini juga tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi masa nifas. Tekanan darah, nadi, pernafasan serta suhu tubuh Ny. S dalam batas normal. Nutrisi Ny. S juga terpenuhi dengan baik, Ny. S mengkonsumsi sayuran hijau juga tempe dan ikan. Nutrisi yang dikonsumsi Ny. S sesuai dengan teori Varney (2008) yaitu makanan yang mengandung protein sangat baik untuk menggantikan sel-sel yang rusak setelah melahirkan.

Tujuan kunjungan III 7-14 hari setelah persalinan yaitu untuk memastikan involusi uterus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, tidak ada perdarahan, menilai adanya tanda-tanda infeksi masa nifas, memastikan ibu mendapatkan nutrisi yang baik, memantau pola istirahat ibu, memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar, memberikan

konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi (Prawirohardjo, 2010). Teori ini sesuai dengan yang penulis lakukan terhadap Ny. S. Dari hasil pemeriksaan, kontraksi uterus Ny. S baik, tinggi fundus uteri pertengahan pusat simfisis. Hal ini sesuai dengan teori menurut Ambarwati (2010) bahwa tinggi fundus uteri pada 1 minggu setelah persalinan adalah pertengahan pusat simfisis.

Kunjungan I sampai dengan kunjungan IV setelah persalinan Ny. S dapat menerima perannya sebagai ibu, hal ini terlihat dari keseharian Ny. S yang mengurus kebutuhan bayinya dengan penuh kasih sayang. Ini menunjukkan kesesuaian dengan teori menurut Sulistyowati (2009) bahwa periode *letting go* adalah periode dimana ibu mulai mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi.

5. Neonatus Care/ Kunjungan Neonatus (KN)

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari. (Muslihatun, 2010). Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan penulis sebanyak 4 kali kunjungan, yaitu pada 6-8 jam, 4 hari, 7 minggu dan 2 minggu. Hal ini sesuai dengan teori kunjungan neonatus, yakni kunjungan I (1-2 hari setelah kelahiran), kunjungan II (3-7 hari setelah kelahiran), kunjungan III (8-28 hari setelah kelahiran) (Varney, 2006).

Pada kunjungan neonatus I 6 jam setelah kelahiran penulis melakukan pemantauan, keadaan umum neonatus baik, nadi, pernafasan

serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, neonatus menangis kuat, tali pusat terbungkus kassa steril, neonatus mengkonsumsi ASI dan neonatus sudah BAK dan BAB. BAK 1 kali berwarna kuning jernih, BAB 1 kali berwarna kehitaman. Hal ini sesuai dengan teori Saifuddin (2006) eliminasi, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam. Penulis juga memberikan vaksin Hb0 pada saat ibu dan bayi di rawat gabung di ruang nifas. Vaksin Hb0 mencegah penyakit hepatitis B dan kerusakan hati. Pemberian vaksin ini sesuai dengan jadwal waktu yang ditentukan DEPKES (2009) bahwa pemberian vaksin Hb0 dapat diberikan pada usia \leq 7 hari.

Pada kunjungan II 3 hari setelah kelahiran, penulis melakukan pemeriksaan pada neonatus, hasilnya keadaan umum baik, nadi, pernafasan serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, tali pusat neonates dalam keadaan mulai mengering, eliminasi baik, dan nutrisi terpenuhi. Hanya saja saait itu bayi mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 gram. Dari berat lahir 2800 gram menjadi 2795 gram Penurunan berat badan bayi pada minggu pertama masih dalam batas normal. Menurut teori JNPKKR (2008), pada minggu pertama berat bayi badan bayi akan turun rata-rata 7%-10% karena di dalam kandungan, tubuh bayi mengandung banyak air sehingga kelebihan sekian ia puluh gram ini akan dikeluarkan setelah ia lahir, terutama melalui urine. Namun perlu diawasi apabila berat badan bayi kembali ke ke berat badan lahir dalam 2-3 minggu setelah lahir.

Penanganan pada kasus tersebut ialah menganjurkan ibu untuk makan banyak nutrisi saat di masa nifasnya agar jumlah produksi ASI meningkat. Sehingga bisa sesering mungkin memberikan ASI kepada bayi karena ASI dapat melarutkan berbagai macam cairan kotor dari tubuh bayi dan dapat meningkatkan kembali jumlah berat badan bayi.

Kunjungan III neonatus yaitu 14 hari setelah kelahiran, pemeriksaan keadaan umum baik, nadi, pernafasan serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, eliminasi baik, dan nutrisi terpenuhi. Pada saat kunjungan ulang tanggal 22 Juni 2016 didapatkan hasil pemeriksaan pada bayi terjadi penambahan berat badan 305 gram. Berat badan neonatus naik dari 2795 gram menjadi 3100 gram.

Pada saat melakukan pemeriksaan fisik, penulis tidak menemukan pada bayi tampak tanda – tanda ikterus pada hari ke-7 sampai hari 14. Pada setiap pemeriksaan tidak di temukan tanda-tanda kelainan dan infeksi, neonatus dalam keadaan baik.

Penanganan pada kasus tersebut ialah menjemur bayi pada pagi hari sekitar jam 7 hingga jam 8 pagi, usahakan tubuh bayi terkena pantulan sinar matahari dengan keadaan mata bayi tertutup dan tubuh bayi terbuka. Sesering mungkin memberikan ASI kepada bayi karena ASI dapat melarutkan berbagai macam cairan kotor dari tubuh bayi dan dikeluarkan melalui air seni bayi. Pada saat kunjungan ulang tanggal 22 Juni 2016 didapatkan hasil pemeriksaan pada mata bayi tidak tampak ikterus.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan (Saifuddin,2006). Tujuan penulis memberikan penyuluhan kontrasepsi kepada klien untuk membantu klien dalam memilih alat kontrsepsi yang tepat bagi dirinya. Keluarga Berencana adalah suatu tindakan yang membantu individu atau pasangan suami untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan mengontrol waktu kelahiran dalam hubungan dengan suami istri, menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Penulis melakukan konseling saat kunjungan nifas ke-III tentang persiapan Ny. S dalam menggunakan alat kontrasepsi yang akan di gunakan setelah berakhirnya masa nifas. Ny. S tanggal 27 Juli 2016 Ny. S memilih ingin menjadi akseptor KB. Klien merasa tertarik dengan kontrasepsi IUD 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

Walaupun Ny. S menyusui bayinya secara eksklusif, Ny. S ingin menggunakan KB sebagai antisipasi agak tidak terjadi kehamilan, mengingat usia Ny. S yang telah memasuki usia resiko tinggi untuk hamil lagi yaitu 36 tahun. Sehingga, penulis dan bidan menyarankan kepada klien untuk menunda kehamilan sekitar 3-8 tahun lagi agar fisik dan psikososial ibu telah siap bila menerima dan menjalani kehamilan lagi.

B. Keterbatasan Pelaksanaan Asuhan

Dalam melaksanakan asuhan kontrasepsi pada Ny.S , penulis tidak dapat melakukan pemasangan IUD tersebut dikarenakan pada pemasangan IUD dibutuhkan pelatihan khusus, sedangkan penulis belum melakukan pelatihan khusus, serta masa nifas Ny.S belum berakhir, sehingga penulis hanya bisa memberikan konseling pada Ny.S untuk pengambilan pemilihan keputusan ber-KB.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

1. *Antenatal Care (ANC)*

Mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dimana pada saat pemeriksaan tidak terdapat kesenjangan pada Ny.S dan dalam keadaan normal.

2. *Intranatal Care (INC)*

Mampu melakukan asuhan persalinan normal secara komprehensif dimana pada awal pemeriksaan Ny. S telah di diagnosa akan mengalami kehamilan serotinus dikarenakan resiko pada usia kehamilan yang lebih dari 35 tahun. Namun hingga akhir persalinan Ny. M berlangsung normal tanpa ada penyulit.

3. Bayi baru lahir (BBL)

Mampu melakukan asuhan bayi baru lahir secara komprehensif dimana pada saat bayi baru lahir sisa ketuban mekoneal. Namun pada saat pemeriksaan fisik Bayi Ny. S dalam keadaan normal tanpa ada penyulit.

4. *Post Natal Care* (PNC)

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

5. Neonatus

Mampu melakukan asuhan neonatus secara komprehensif. Walaupun pada saat kunjungan hari ke 3 ditemukan tampak kuning pada mata bayi tetapi itu masih dalam batas normal dan termasuk dalam ikterik fisiologis.

6. Keluarga Berencana

Mampu memberikan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif sesuai kondisi Ny. S. Klien telah memutuskan untuk memilih menjadi akseptor KB IUD .

B. Saran

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

1. Bagi Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas pendidikan bidan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif dan lebih mengajarkan

kepada mahasiswa untuk menganalisis kasus-kasus yang terjadi dalam laporan tugas akhir yang dilakukan.

2. Bagi Tenaga Kesehatan/Bidan

- a. Diupayakan bimbingan dan asuhan yang diberikan lebih sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang telah diberikan untuk menghasilkan asuhan kebidanan yang tepat, bermutu dan memuaskan klien.
- b. Bidan diupayakan mampu menjalin komunikasi yang baik dengan pasien agar tercipta suasana yang terbuka dan harmonis, sehingga dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan pelayanan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta keluarga berencana.
- c. Bidan diupayakan melakukan penyuluhan tentang jarak/interval kehamilan yang terlalu dekat karena hal tersebut merupakan resiko tinggi terhadap kehamilan berikutnya.

3. Bagi klien

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

- a. Kehamilan akan sehat
- b. Persalinan lebih dipantau oleh tenaga kesehatan
- c. Pengetahuan kehamilan dan persalinan lebih banyak

- d. Pada saat hamil lebih sering melakukan pemeriksaan terutama pada usia kehamilan yang tua, bilamana memungkinkan untuk melakukan pemeriksaan USG
- e. Pergi ke fasilitas kesehatan terdekat bila mengalami keluhan yang dirasakan

4. Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati et al. 2008. *Asuhan kebidanan Nifas*. Yogyakarta Fitramaya
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan RI. 2012. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta. 2012. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. www.depkes.go.id, Diakses tanggal 11 Maret 2015 *Millenium Development Goals*. www.depkes.go.id, Diakses tanggal 11 Maret 2015.
- Departemen Kesehatan RI. 2012. *Profil kota Balikpapan Tahun 2011* <http://dkk.balikpapan.go.id/index.php?option=comcontent&task=view&id=137&Itemid=103>, Diakses pd tanggal 11 Maret 2015
- Depdiknes. 2008. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Indonesia
- Hj.Salmah. 2006. *Asuhan Kebidanan Antenatal*. Jakarta : EGC
- Ilma. 2012. *Millennium Development Goals (MDGs)*. <http://bahankuliahilma.blogspot.com>. Diakses (12 Maret 2015)
- Jannah. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: ANDI
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Depkes RI
- _____.2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal, Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : JNPK-KR
- Knott. L. 2010. Miliaria, <http://www.patient.co.uk/health/miliaria-prickly-heat-heat-rash>, akses 20 juni 2015
- Kusmiati, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Fitramaya
- Manuaba, Ida Bgus Gde. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- Musliatun , Wati Nur. 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya
- _____.2010. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Fitramaya

- M. Sholeh kosim , dkk. 2012. *Buku Ajar Neonatologi*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Natoatmodjo, J. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Prawirohardjo. S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka sarwono Prawirohardjo
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrinning Antenatal pada Ibu Hamil*. Surabaya : Airlangga University Press
- Saifuddin. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT.BPSP.
- _____. 2010. *Buku Paduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBPSP
- _____.2010. *Buku Paduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT.BPSP
- Sudoyo. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. FKUI
- Suherni. 2009. *Perawatan Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sukarni, Icesmi. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan Patologi*. Jakarta: Nuha Medika.
- Sulistyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika
- Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya
- Varney, Helen et al. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2*. Jakarta : EGC
- Wahyuni, Sari. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC
- Winkjosastro,H. 2006. *Ilmu Kandungan*. Edisi 2. Jakarta:BPSP
- Wiknjosastro,H.2010. *Ilmu Kandungan*. Edisi 3. Cetakan 7. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wiknjosastro Hanifaf. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo