

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY Y
DI PUSKESMAS GAJAHAN SURAKARTA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya
Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan
Stikes Aisyiyah Surakarta**



Oleh :

AGATHA NALURIA PRESTY
A2014001

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN AISYIYAH
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
SURAKARTA
2017**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY Y
DI PUSKESMAS GAJAHAN SURAKARTA**

Oleh :

AGATHA NALURIA PRESTY
A2014001

KARYA TULIS ILMIAH

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya
Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan
Stikes Aisyiyah Surakarta**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN AISYIYAH
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
SURAKARTA
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny Y Di Puskesmas Gajahan Surakarta” telah disetujui dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diujikan.

Oleh :
AGATHA NALURIA PRESTY
A2014001

Surakarta, 10 Juli 2017

Menyetujui,

Pembimbing



Rina Sri Widayati, SKM., M.Kes
NIDN. 0625097901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny Y Di Puskesmas Gajahan Surakarta” telah dipertahankan di depan tim Penguji ujian sidang karya tulis ilmiah dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Pada tanggal 12 Juli 2017

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Penguji 1 : Winarni, S.SiT., M.PH
NIDN : 0622087101

Penguji 2 : Istiqomah Risa W, SST., M.Kes
NIDN : 0621068601

Penguji 3 : Rina Sri Widayati, SKM., M.Kes
NIDN : 0625097901

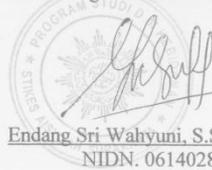

.....

.....

.....

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi DIII Kebidanan



Endang Sri Wahyuni, S.SiT., M.Keb
NIDN. 061402800

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan akademik (Ahli Madya Kebidanan), baik dari STIKES AISYIYAH maupun di Perguruan Tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini, tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Surakarta, Juli 2017
Yang membuat pernyataan



Agatha Naluria Presty
NIM A2014001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Laporan Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny Y Di Puskesmas Gajahan Surakarta”, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Kebidanan STIKES AISYIYAH Surakarta.

Dalam hal ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Mulyaningsih, S.Kep, Ns, M.Kepselaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ‘Aisyiyah Surakarta.
2. Endang Sri Wahyuni, S.SiT, M.Keb selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ‘Aisyiyah Surakarta.
3. Rina Sri Widayati, SKM, M.Kes selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. Suryani, Amd. Keb selaku pembimbing di Puskesmas Gajahan Surakarta.
5. Ny. Y selaku pasien dan keluarga yang bersedia bekerja sama dengan baik dalam melaksanakan asuhan kebidanan.
6. Bapak, ibu dan kakak tercinta yang telah memberikan dukungan moral dan materiil untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Seluruh dosen dan staf STIKES 'Aisyiyah Surakarta.
8. Teman-teman mahasiswa kebidanan indi, ikka terima kasih atas dukungan dan semangat kalian hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal baik yang telah diberikan dan semoga karya tulis ilmiah ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkan.

Surakarta, Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman judul	i
Halaman persetujuan	ii
Halaman pengesahan.....	iii
Pernyataan	iv
Kata pengantar	v
Daftar isi.....	vii
Daftar table.....	x
Daftar lampiran	xi
Daftar singkatan	xii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Ruang Lingkup	3
D. Penjelasan Judul.....	4
E. Tujuan	6
F. Manfaat	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan teori medis	
1. Kehamilan	8
2. Persalinan	23
3. Bayi Baru Lahir	39

4. Nifas	52
B. Tinjauan teori manajemen	
1. Manajemen kebidanan pada ibu hamil	67
2. Manajemen kebidanan pada ibu bersalin	88
3. Manajemen kebidanan pada bayi baru lahir	97
4. Manajemen kebidanan pada ibu nifas	103
C. Landasan teori	107
BAB III. METODOLOGI	
A. Metode penulisan	111
B. Sumber data	111
C. Teknik pengumpulan data	112
D. Lokasi dan waktu	113
E. Sistematika	113
BAB IV. TINJAUAN KASUS	
A. Kehamilan	115
B. Persalinan	132
C. Bayi baru lahir	146
D. Nifas	156
BAB V. PEMBAHASAN	
A. Kehamilan	166
B. Persalinan	177
C. Bayi baru lahir	182

D. Nifas	184
----------------	-----

BAB VI. PENUTUP

A. Simpulan.....	188
------------------	-----

B. Saran.....	189
---------------	-----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Usia maternal lanjut dan risiko kelainan terkait.....	19
Tabel 2.2 Tinggi fundus uteri dan berat uterus	54
Tabel 2.3 Kunjungan masa nifas	59
Tabel 4.4 riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu	117
Tabel 4.5 APGAR Score (riwayat)	148

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar *Informent Consent*

Lembar konsul

Buku KIA

Foto kegiatan

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
INC	: <i>Intranatal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
LILA	: Lingkar Lengan Atas
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
APGAR	: <i>Appearance Pulse Grimace Activity Respiration</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
BBL	: Bayi Baru Lahir
DJJ	: Denyut Jantung Janin
HBSAG	: <i>Hepatitis Surface Antigen</i>
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IM	: Intra Muskular
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
KB	: Keluarga Berencana

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di Negara berkembang terutama di Indonesia. Di Negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan hal yang berkaitan dengan kehamilan. Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor mortalitas wanita muda pada Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dalam proses melahirkan yang hingga saat ini masih tinggi. Menurut WHO memperkirakan seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 meninggal saat hamil dan bersalin. WHO memperkirakan, sebanyak 37 juta kelahiran terjadi di kawasan Asia Tenggara setiap tahun, sementara total kematian ibu dan bayi baru lahir di kawasan ini diperkirakan Angka Kematian Ibu (AKI) 170.000 dan Angka Kematian Bayi (AKB) 1,3 juta per tahun (Depkes, 2010).

Angka Kematian Ibu (AKI) Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 berdasarkan laporan sebesar 109,65/100.000 kelahiran hidup mengalami penurunan signifikan dibandingkan pada tahun 2015 yang mencapai 111,16/ 100.000 kelahiran hidup (DinkesJateng, 2017:16). Untuk Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 sebesar 99,9/1000 kelahiran hidup. Capaian ini masih dengan AKB tahun 2015 (Dinkes Jateng, 2017:12).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Surakarta tahun 2016 sebesar 40,61/100.000 kelahiran hidup, mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan AKI tahun 2015 penyebab kematian ibu di Kota Surakarta yaitu 5 kasus. Angka Kematian Bayi (AKB) di Surakarta tahun 2016 sebesar 4,16/1.000.000 kelahiran hidup. Terjadi peningkatan AKB dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 19 kasus (Dinkes Kota Surakarta, 2016).

Pada Puskesmas Gajahan jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2016 sebesar 0/1.000.000 kelahiran hidup. Jumlah AKB di Puskesmas Gajahan ditemukan 2 kasus kematian bayi (Profil kesehatan Kota Surakarta tahun 2016).

Kejadian kematian ibu dan bayi dapat dicegah melalui kegiatan yang efektif, seperti pemeriksaan kehamilan yang rutin dan berkualitas, kehadiran tenaga kesehatan yang terampil pada saat persalinan serta pemberian gizi yang memadai pada ibu hamil, menyusui dan balita. Dari berbagai perbaikan dilakukan semaksimal mungkin dalam menurunkan AKI dan AKB dengan meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang berfokus pada asuhan sayang ibu dan sayang bayi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

Pentingnya bagi bidan untuk memberikan pelayanan secara berkesinambungan dimulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas. Ini sesuai dengan kewenangan bidan yang tercantum dalam

Permenkes No 1464/MENKES/PER/X/2010 pasal 9 yaitu mengenai kasus-kasus yang sifatnya normal atau fisiologis.

Berdasarkan dari latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan manajemen Asuhan Kebidanan secara Komprehensif (*Continuity Of Care*) pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan neonatus pada Ny. Y di Puskesmas Gajahan. Asuhan kebidanan komprehensif dilakukan dengan program pemantauan *One Student One Client* (OSOC) mulai dari hamil, bersalin, nifas sampai pemilihan kontrasepsi diharapkan dapat menurunkan AKI dan AKB.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis merumuskan masalah studi kasus ini adalah “Bagaimana melakukan Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. Y?”

C. Ruang Lingkup

1. Lingkup masalah

Masalah dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hanya pada Asuhan Kebidanan komprehensif masa hamil, bersalin, nifas, dan neonatus.

2. Lingkup materi

Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan materi ilmu kebidanan yang diaplikasikan dengan manajemen menurut Varney yang terdiri dari 7

langkah, yaitu : pengkajian data, interpretasi data, diagnosa potensial, antisipasi, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi.

3. Lingkup lokasi

Lokasi tempat pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah ini di Puskesmas Gajahan Surakarta.

4. Lingkup waktu

Pengambilan kasus dan penatalaksanaan asuhan kebidanan dilaksanakan mulai bulan 28 Februari 2017 sampai 3 Juni 2017.

D. Penjelasan Judul

1. Asuhan kebidanan berkelanjutan atau *komprehensif* adalah pelayanan yang diberikan pada siklus kehidupan yang dimulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas. Jika pendekatan asuhan kebidanan berkelanjutan atau *komprehensif* ini dilaksanakan maka memberi dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup ibu dan anak (Kemenkes, 2014:6).
2. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2010 : 89).

3. Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi, di samping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin (Prawirohardjo, 2010 : 100).
4. Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2011:87).
5. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37 - 41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. Neonatus adalah bayi baru lahir yang menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus (Marie, 2016:2).
6. Ny. Y ibu hamil trimester ketiga dan merupakan kehamilan ketiga dan belum pernah keguguran, saat ini berusia 40 tahun.

E. Tujuan

1. Tujuan umum

Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu

masa hamil, persalinan, nifas, dan neonatus di Puskesmas Gajahan Surakarta.

2. Tujuan khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil.
- b. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin.
- c. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
- d. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.

F. Manfaat

1. Bagi puskesmas

Sebagai bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan pada ibu masa hamil, bersalin, nifas, neonatus dan kontrasepsi.

2. Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan masukan bagi pihak pendidikan dan dapat dijadikan bahan bacaan bagi mahasiswi kebidanan mengenai program One Student One Client/OSOC.

3. Bagi masyarakat

Sebagai bahan informasi untuk menambah pengetahuan terhadap ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas. Agar dapat meningkatkan status kesehatan di lingkungan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Medis

1. Kehamilan

a. Definisi

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2009 : 89).

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan telur) yang terjadi dua minggu setelahnya (Kamariyah, 2014 : 19).

Proses kehamilan adalah proses yang terjadi pada tubuh wanita yang mana sel telur (*ovum*) telah bertemu dengan sel sperma.

b. Etiologi

1) Fertilisasi

Fertilisasi merupakan peristiwa peleburan antara inti sperma dengan inti sel telur (Kamariyah, 2014:19). Proses fertilisasi dapat terjadi dibagian yang menggebung dari tuba falopii (pars ampulla). Berjuta – juta sperma bergerak memasuki rongga rahim lalu memasuki kesaluran telur. Sperma yang berhasil menemukan ovum akan mengeluarkan enzim yang akan merusak korona radiata dan zona pelusida sehingga sperma dapat menerobos masuk ke ovum. Sperma yang telah masuk kedalam ovum dapat mengakibatkan zonapellucida mengalami perubahan bentuk sehingga sperma yang lain tidak dapat masuk ke dalam ovum.

2) Nidasi

Nidasi merupakan masuknya sel telur ke dalam endometrium. Tempat nidasi biasanya pada dinding depan atau dinding belakang di daerah fundus uteri. Proses nidasi terjadi pada hari ke-6 sampai hari ke-7 setelah konsepsi. Pada saat terjadinya nidasi kadang – kadang terjadi perdarahan pada desidua yang luka tersebut tanda dari Hartman (Yongki, 2012:6).

3) Plasenta

Setelah tertanam di endometrium dan chorion tumbuh, sel-sel endometrium juga berubah. Jaringan maternal berhubungan dengan chorion frondosum disebut desidua basalis. Struktur yang dua ini chorion

frondosum dan desidua basalis sama – sama membentuk unit fungsional yang dikenal sebagai plasenta. Segera setelah membrane chorion dihampiri amnion, telah tumbuh untuk membungkus keseluruhan fetus, bersama-sama dengan umbilical cord, kemudian ditempatkan dalam cairan yang memenuhi kantong amniotic (Yongki, 2012:10).

c. Tanda-tanda Kehamilan Pasti, Kemungkinan, Tidak Pasti

1) Tanda Kehamilan pasti

Pada ibu yang diyakini sedang dalam kondisi sedang dalam kondisi hamil maka dalam pemeriksaan melalui USG (ultrasonografi) terlihat gambaran janin.

Ultrasonografi memungkinkan untuk mendeteksi jantung kehamilan (gestasional sac) pada minggu ke-5 sampai ke-7, pergerakan jantung biasanya terlihat pada 42 hari setelah konsepsi yang normal atau sekitar minggu ke-8 melalui pemeriksaan USG. Pemeriksa merasakan gerakan janin dalam rahim pada usia 20 minggu, terlihat adanya gambaran kerangka janin dengan pemeriksaan radiology, terdengar adanya denyut jantung janin melalui pemeriksaan dengan ultrasonographi Doppler dapat di deteksi dengan denyut jantung janin pada minggu ke-8 sampai minggu ke-12 setelah menstruasi terakhir dengan stetoskop leanec denyut jantung terdeteksi pada minggu ke-18 sampai minggu ke-20.

2) Tanda-tanda mungkin hamil

Reaksi kehamilan positif : dasar dari tes kehamilan adalah pemeriksaan hormone Choriorlik gonadotropin sub unit beta (beta heg)

dalam urine. Jika tidak terjadi kehamilan terjadi reaksi antigen-antibodi dengan beta heg, sebagai anti gen beta heg dapat dideteksi dalam darah dan urine melalui enam hari setelah implantasi (penanaman embrio di dalam rongga rahim).

Cara khas yang dipakai untuk menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pagi hari. Dengan tes kehamilan tertentu air kencing pagi hari ini dapat membantu membuat diagnosis kehamilan sedini mungkin. Suhu basal yang sesudah ovulasi tetap tinggi terus antara 37,2° C sampai 37.80° C adalah salah satu tanda akan adanya kehamilan. Gejala ini sering dipakai dalam pemeriksaan kemandulan.

Uterus membesar perubahan bentuk, besar konsistensi.

- a) Tanda Hegar yaitu segmen bawah rahim melunak, tanda hegar tanda ini terdapat pada dua pertiga kasus dan biasanya muncul pada minggu ke enam dan sepuluh serta terlihat lebih awal pada perempuan yang hamilnya berulang. Pada pemeriksaan bimanual, segmen bawah uterus terasa lebih lembek. Tanda ini sulit diketahui pada pasien gemuk atau dinding abdomen yang tegang.
- b) Tanda Chadwick, biasanya muncul pada minggu ke delapan lebih jelas pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa perubahan warna. Warna pada vagina dan vulva menjadi lebih merah dan agak kebiruan timbul karena adanya vaskularisasi pada daerah tersebut.

- c) Tanda Goodell, biasanya muncul pada minggu ke enam dan terlihat lebih awal pada wanita yang hamilnya berulang tanda ini berupa serviks menjadi lebih lunak dan jika dilakukan pemeriksaan dengan speculum serviks terlihat bewarna lebih kelabu kehitaman.
- d) Tanda Piskasek, uterus membesar secara simetris menjauhi garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari yang lainnya) bagian yang lebih besar tersebut terdapat pada tempat melekatnya (implantasi) tempat kehamilan.
- e) Tanda Braxton Hick, bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda ini tidak ditemukan (Yeyeh. 2009:78).

3) Gejala Kehamilan Tidak Pasti (Keluhan pasien)

- a) Amenorrhea, konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi, mengetahui tanggal haid terakhir dengan perhitungan rumus nagle dapat ditentukan perkiraan persalinan, Amenorea (tidak haid), gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi.
- b) Mual dan muntah, pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan, menimbulkan mual muntah terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang. Nausea (enek) dan emesis (muntah) dimana umumnya terjadi pada bulan-bulan pertama

kehamilan disertai kadang-kadang oleh emesis. Dalam batas-batas tertentu keadaan ini masih fisiologik. Bila melampaui sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan disebut hiperemesis gravidarum.

- c) Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu), sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- d) Pingsan, sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan. Hilang sesudah kehamilan 16 minggu.
- e) Mamae menjadi tegang dan membesar, keadaan ini disebabkan pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktuli dan alveoli di mammae. Glandula montgomeri tampak lebih jelas.
- f) Anoreksia (tidak nafsu makan), pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk dua orang, sehingga kenaikan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.
- g) Sering miksi, sering kencing terjadi karena kandung kencing pada bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala ini bisa timbul lagi karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.

h) Konstipasi/obstipasi, terjadi karena tonus otot menurun karena disebabkan oleh pengaruh hormone steroid (Wiknjosastro dalam Prawirohardjo, 2005).

i) Pigmentasi karena hormone Steroid plasenta (cloasma gravidarum, areola mammae, linea nigra)

Pigmen kulit terdapat pembesaran payudara disertai dengan hyper pigmentasi putting susu dan areola (daerah kehitaman disekitar putting), mammae menjadi tegang dan membesar. Sekitar wajah adanya melanophore stimulating harmore hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit, dinding perut terdapat striae lipid atau albican dan alba menjadi nigra. Pada pipi, hidung dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebih, daerah leher menjadi lebih hitam. Demikian pula linea alba di garis tengah abdomen menjadi lebih hitam (linea grisea). Pigmentasi ini terjadi karena pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit (Yeyeh. 2009:81).

d. Perubahan Fisiologi pada Kehamilan

Menurut Manuaba (2010:85-94) perubahan fisiologi kehamilan meliputi:

1) Uterus

Rahim uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami

hyperplasia dan hipertrofi menjadi besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.

2) Vagina dan vulva

Peningkatan estrogen mengakibatkan peningkatan pembuluh darah sampai hari ke-8 sehingga vagina dan vulva tampak makin berwarna merah, agak kebiruan, tanda ini disebut tanda Chadwick. pH vagina 3-6 sekresi meningkat sehingga dapat mengubah keseimbangan asam-basanya.

3) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia kehamilan 16 minggu.

4) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone dan somatomamotrofin.

5) Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis.

6) Sistem Respirasi

Pada kehamilan, terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% daripada biasanya.

7) Sistem Pencernaan

Konstipasi pada ibu hamil disebabkan hormone progesterone yang menimbulkan gerakan usus makin berkurang. Pengeluaran asam lambung meningkat sehingga menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (hipersalivasi), daerah lambung terasa panas dan terjadi mual dan sakit kepala terutama pagi hari yang di sebut morning sickness ini diakibatkan pengaruh hormone estrogen.

8) Sistem perkemihan

Pengaruh desakan hamil muda dan turunya kepala janin pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah.

9) Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofosis anterior dan

pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola mammae, linea agra. Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan menghilang.

10) Metabolisme

Metabolisme tubuh mengalami perubahan mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI.

e. Kehamilan Di Usia >35 Tahun

Keinginan keluarga untuk memiliki anak sangat erat kaitannya dengan pandangan masing-masing keluarga tentang pandangan masing-masing keluarga tentang nilai anak (*value of children*). Semakin tinggi tanggung jawab keluarga terhadap nilai anak maka semakin tinggi pula dorongan keluarga untuk merencanakan jumlah anak ideal (BKKBN, 2007).

Dalam merencanakan dan mengatur jarak kehamilan, perencanaan pasangan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor baik dari segi kematangan ekonomi, umur pasangan, pengaruh sosial budaya, lingkungan, pekerjaan maupun status kesehatan pasangan (Susan, 2006).

Faktor usia juga merupakan salah satu factor dalam menentukan jarak kehamilan dimana pada saat merencanakan kehamilan yang harus dihindari antara lain empat T yaitu (Manuaba, 1998) :

- 1) Terlalu muda untuk hamil (< 20 tahun)
- 2) Terlalu tua untuk hamil (> 35 tahun)

3) Terlalu sering hamil (anak > 3 orang berisiko tinggi)

4) Terlalu dekat jarak kehamilannya (< 2 tahun)

Oleh karena factor usia, di Indonesia wanita diatas usia 30 tahun banyak yang memilih jarak pendek untuk melahirkan anak sebelum mereka berumur 35 tahun ke atas (Yolan, 2007).

Faktor usia merupakan factor penting dalam menentukan jarak kehamilan, terutama bagi wanita bila berusia 38 tahun dan masih menginginkan 2 orang anak maka tidak bisa hamil dengan jarak umur tiga tahun antara yang satu dengan yang lain, bila usia di bawah 30 tahun dan tidak mempunyai masalah kesehatan yang membahayakan kehamilan maka masih mempunyai kesempatan untuk mengatur jarak kehamilan (Dwijayanti, 2005).

Dalam perhitungan risiko terhadap kehamilan, usia wanita merupakan salah satu kriteria untuk menggolongkan risiko. Semua wanita hamil pada saat control kehamilan secara umum dibagi dalam 3 kategori risiko yaitu: risiko rendah, risiko sedang, dan risiko tinggi. Jadi secara umum diartikan bahwa semua kehamilan tidak ada yang tanpa risiko. Usia diatas 35 tahun termasuk dalam kategori risiko tinggi (termasuk kriteria yang dikeluarkan Kementrian Kesehatan). Alasan ditetapkan dalam resiko tinggi karena diatas usia 35 tahun telah terjadi perubahan secara signifikan pada tubuh wanita, seperti penyakit *degenerative* (proses penuaan) dan penurunan kualitas sel telur yang dihasilkan setiap bulannya.

Komplikasi kehamilan dan kelahiran untuk gravida pada usia lebih tua meliputi hipertensi, diabetes, abortus spontan, janin kembar, kelahiran pervaginam dengan bantuan alat, kelahiran sesar, berat badan lahir rendah, dan usia gestasi lebih rendah (Sinclair, 2009: 81). Faktor risiko usia juga termasuk dalam pihak suami (pasangan) yang juga terjadi penurunan kualitas sperma yang dihasilkan (Pribadi. 2015: 632). Usia ayah yang lanjut meningkatkan risiko mutasi dominan autosom baru. Risiko absolute defek dominan autosom pada bayi dari ayah berusia 40 tahun sekurang-kurangnya 0,3 % (Sinclair, 2009:81).

Berbeda dengan masalah pada wanita, masalah pada janin tidak bergejala dan diketahui hanya bila melakukan pemeriksaan kehamilan dengan pencitraan (USG) atau bila melakukan pemeriksaan laboratorium. Fokus utama permasalahan pada janin yang berkaitan dengan usia adalah kecacatan. Tidak jarang wanita hamil yang tidak melakukan pemeriksaan ini pada saat kehamilan, mengetahui anaknya dalam kondisi cacat hanya pada saat lahir. Kecacatan sendiri dibagi 2 bagian besar yaitu:

1) Cacat mayor

Kondisi cacat yang berat dan dapat meningkatkan risiko kematian pada janin selama dalam kandungan atau menimbulkan kendala yang berat setelah lahir. Contoh jenis cacat ini adalah bayi lahir tanpa tulang kepala, kelainan jantung yang berat, kelebihan cairan dalam rongga kepala atau hidrosefalus, dll.

2) Cacat minor

Kondisi cacat yang ringan pada janin serta tidak mengancam kematian atau kendala berat setelah lahir. Contoh bibir sumbing, jumlah jari tangan dan kaki berlebih, dll.

Tetapi pembagian ini tidak mutlak karena seringkali kondisi cacat tertentu sebenarnya kondisi yang berat, akan tetapi si janin dapat lahir dan hidup setelah persalinan walaupun dengan keterbatasan. Keadaan ini misalnya terjadi pada *sindroma down (down syndrome)*. *Sindroma down* merupakan salah satu kelainan pada kemampuan mental yang rendah dan kelainan ini meningkat risiko kejadiannya pada kehamilan dengan usia diatas 35 tahun, sehingga jenis pemeriksaanya pun telah banyak berkembang dan menjadi pemeriksaan rutin terutama pada kehamilan diatas usia 35 tahun.

Tabel 2.1 Usia Maternal Lanjut dan Risiko Kelainan Terkait

Usia Maternal	Risiko Sindrom Down	Risiko Total Kelainan Kromosom
20	1/1667	1/526
25	1/1250	1/476
30	1/952	1/384
35	1/378	1/192
40	1/106	1/66
45	1/30	1/21
50	1/11	1/8

Sumber: (Sinclair, 2009: 82).

Waktu terjadinya cacat pada janin dapat pula timbul menurut waktu:

1) Pada saat pembuahan

Terdapat kelainan pembawa sifat (kromosom), kelainan ini dipengaruhi pula oleh factor usia. Usia yang meningkat akan menurunkan mutu dari sel telur yang diproduksi oleh seorang wanita termasuk mutu dari kromosom yang dikandung inti sel telur tersebut. Hal ini berlaku pula pada sperma dari pasangan. Bila kelainan memang karena kelainan kromosom dari wanita atau pasangan tersebut, kondisi cacat ini memang terancang sejak dari detik pertama pembentukan janin yaitu pada saat pembuahan.

2) Setelah pembuahan

Kondisi cacat ini dapat pula terbentuk setelah pembuahan terjadi, terutama bila pada kondisi tertentu yang mengganggu pertumbuhan janin dalam kurang lebih 10 minggu pertama kehamilan. Gangguan ini dapat terjadi terutama karena pengaruh lingkungan dari dalam diri wanita sendiri atau dari luar. Jika dari dalam diri wanita misalnya adanya penyakit hipertensi, diabetes, kelainan kelenjar tiroid, merokok, peminum miras, pemakaian obat-obatan tertentu dalam jangka lama, dll. Sedangkan dari luar meliputi kontaminasi lingkungan yang banyak limbah berbahaya seperti bahan buangan pabrik dan pestisida sehingga mencemari air dan makanan. Hal lain misalnya penambahan zat berbahaya pada makanan, seperti zat pewarna, zat pengawet, dll.

Kecacatan dapat pula terjadi setelah periode waktu 3 bulan pertama kehamilan tersebut tetapi frekuensinya relatif kurang, misalnya pada

kehamilan dengan ketuban pecah lama. Gangguan pada usia kehamilan lanjut biasanya berupa gangguan dalam pertumbuhan janin seperti *abortus* ataupun *blight ovum* (Pribadi. 2015: 634).

Bila seorang wanita baru mendapatkan kehamilan diatas 35 tahun sebaiknya melakukan pemeriksaan antenatal yang lebih berkualitas, dan bila perlu melakukan pemeriksaan-pemeriksaan tertentu. Pemeriksaan tersebut dimaksudkan untuk mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya masalah baik itu pada wanita maupun pada janin. Penapisan sangat penting dilakukan dan hanya dapat dilakukan pada waktu tertentu selama kehamilan. Waktu yang disarankan adalah pada saat 11-13 minggu kehamilan untuk pemeriksaan skrining 3 bulan pertama kehamilan, dilakukan dengan USG. Khusus untuk skrining sindroma down dapat dilakukan beberapa pemeriksaan laboratorium. Selanjutnya hasil dapat dihitung berupa scoring risiko kemungkinan kecacatannya menurut hasil laboratorium dan USG.

Pencegahan primer tentunya adalah tidak hamil diatas usia 35 tahun, tetapi bila tidak dapat dihindari dapat melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Berkonsultasi tentang kesehatan termasuk *generalcheck up* pada dokter sebelum hamil untuk mengetahui potensi penyakit degenerative, kemungkinan infeksi seperti toxoplasma, herpes.
- b) Mengobati terlebih dahulu bila menderita suatu penyakit kronis atau infeksi, sampai sembuh.

- c) Mengonsumsi suplemen asam folat (kurang lebih 3 bulan) pada kehamilan awal. Asam folat telah terbukti dapat menurunkan risiko kecacatan khusus jenis kelainan tabung saraf termasuk kepala dan tulang belakang.
- d) Pemeriksaan kehamilan yang baik secara kuantitas dan kualitas. Menurut penelitian Destria (2010) dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat pemahaman ibu hamil terhadap pesan antenatal care yang terdapat di dalam buku KIA dengan hasil penelitian bahwa hampir semua ibu hamil (96,7%) di desa Kedungboto dapat memahami dengan baik isi pesan *Antenatal Care* yang terdapat di dalam buku KIA. Pendidikan, pekerjaan, umur dan pengalaman ibu hamil tidak berhubungan dengan tingkat pemahaman ibu hamil terhadap pesan antenatal care yang terdapat di dalam buku KIA.
- e) Menghindari makanan dan cara hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang mengandung pengawet, pewarna, merokok, minum-minuman keras serta obat-obatan terlarang.
- f) Selalu waspada terhadap paparan limbah pada lingkungan termasuk makanan dan air minum (Pribadi. 2015:636).

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi, yang mampu hidup, dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjosastro, 2008).

Menurut APN, 2008 Persalinan adalah proses dimana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit.

b. Klasifikasi atau jenis persalinan

Ada 2 klasifikasi persalinan, yaitu berdasarkan cara dan usia kehamilan.

1) Jenis persalinan berdasarkan cara persalinan

a) Persalinan normal (spontan) adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

b) Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan dari tenaga luar.

c) Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

2) Menurut usia kehamilan dan berat janin yang dilahirkan

a) Abortus (keguguran) adalah berakhirnya suatu kehamilan pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan.

- b) Persalinan premature adalah persalinan dengan usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2499 gram.
 - c) Persalinan mature (aterm) adalah persalinan dengan usia kehamilan 37-42 minggu dan berat janin di atas 2500 gram.
 - d) Persalinan serotinus adalah persalinan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu atau 2 minggu lebih dari waktu partus yang ditaksir.
- c. Sebab-sebab mulainya persalinan
- 1) Teori kerenggangan
Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai.
 - 2) Teori penurunan progesterone
Progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his atau kontraksi.
 - 3) Teori oksitosin
Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah sehingga dapat mengakibatkan his.
 - 4) Teori pengaruh prostaglandin
Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
 - 5) Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi rahim.

6) Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter.

7) Teori berkurangnya nutrisi

Teori ini ditemukan pertama kali oleh Hipokrates. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

d. Tanda-tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

- a) Kontraksi braxton hicks
- b) Ketegangan otot perut
- c) Ketegangan ligamentum rotundum
- d) Gaya berat janin kepala ke arah bawah
- e) Terjadinya his permulaan

Dengan makin tua pada usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering sebagai his palsu.

Sifat his palsu :

- (1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- (2) Datangnya tidak teratur
- (3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- (4) Durasinya pendek
- (5) Tidak bertambah jika beraktifitas

Tanda-tanda persalinan

- 1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat :

- a) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatan-kekuatannya makin besar

- 2) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus

Makin beraktifitas (jalan), kekuatan makin bertambah

- 3) Bloody show (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

- 4) Pengeluaran cairan

Keluar banyak cairan dari jalan lahir. Ini terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Asrinah, 2010:5).

e. Tahapan persalinan

1) Kala I (satu) persalinan

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya), hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I (satu) persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi, yang menyebabkan penipisan, dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka 3 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase yakni :

(1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap atau 10 cm.

Pada primi, berlangsung selama 12 jam dan pada multigravida, sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

2) Kala II (dua) persalinan

Persalinan kala II (dua) dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II (dua) juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti kala II (dua) ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah :

- a) Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm)
- b) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

3) Kala III (tiga) persalinan

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

4) Kala IV (empat) persalinan

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum.

Pada kala IV perlu dilakukan pengecekan laserasi pada jalan lahir. Menurut Marmi (2012:310), teknik menjahit robekan perineum sebagai berikut:

- a) Tingkat I : penjahitan robekan perineum tingkat I dapat dilakukan hanya dengan memakai catgut yang dijahitkan secara jelujur (*continuous suture*) atau dengan cara angka delapan (*figure of eight*).
 - b) Tingkat II : sebelum melakukan penjahitan pada robekan perineum tingkat II maupun tingkat III, jika dijumpai yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir bergerigi tersebut harus diratakan terlebih dahulu. Pinggir robekan sebelah kiri dan kanan masing-masing diklem terlebih dahulu dan kemudian digunting. Setelah pinggir robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka robekan. Mula-mula otot-otot dijahit dengan catgut. Kemudian selaput lendir vagina dijahit dengan catgut secara terputus-putus atau jelujur. Penjahitan selaput lendir vagina dimulai dari puncak robekan. Terakhir kulit perineum dijahit dengan benang sutera secara terputus-putus.
 - c) Tingkat III : mula-mula dinding tempat rektum yang robek dijahit. Kemudian perrektal dan fascia septum rektovaginal dijahit dengan catgut kromik, sehingga dapat bertemu kembali. Ujung-ujung otot spingter ani yang terpisah oleh karena robekan diklem dengan klem pean lurus. Kemudian dijahit dengan 2 – 3 jahitan catgut kromik sehingga bertemu kembali. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum tingkat II.
 - d) Tingkat IV : pasien dirujuk ke fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai.
- f. Mekanisme persalinan

Mekanisme jalan lahir diantaranya adalah :

Gerakan-gerakan tersebut terjadi pada presentasi kepala dan presentasi bokong. Gerakan-gerakan tersebut menyebabkan janin dapat mengatasi rintangan jalan lahir dengan baik sehingga dapat terjadi persalinan per vaginam secara spontan.

1) Engagemen

Suatu keadaan dimana diameter biparietal sudah melewati pintu atas panggul. Pada 70% kasus, kepala masuk pintu atas panggul ibu pada panggul jenis ginekoid dengan oksiput melintang (transversal).

Kepala masuk melintasi pintu atas panggul (promontorium, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior ossis pubis dan pinggir atas symphysis) dengan sutura sagitalis melintang, dalam sinklitismus arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul.

Proses engagemen ke dalam pintu atas panggul dapat melalui proses normal sinklitismus, asinklitismus anterior dan asinklitismus posterior.

- a) Normal sinklitismus : sutura sagitalis tepat diantara simfisis pubis dan sacrum.
- b) Asinklitismus anterior : sutura sagitalis lebih dekat ke arah sacrum.
- c) Asinklitismus posterior : sutura sagitalis lebih dekat ke arah simfisis pubis.

2) Fleksi

Fleksi yaitu posisi dagu bayi menempel dada dan ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Kepala memasuki ruang panggul dengan ukuran paling kecil (diameter suboksipitobregmatika = 9,5 cm) dan

didasar panggul kepala berada dalam fleksi maksimal. Gerakan fleksi terjadi akibat adanya tahanan servik, dinding panggul dan otot dasar panggul. Fleksi kepala diperlukan agar dapat terjadi engagemen dan desensus. Bila terdapat kesempitan panggul, dapat terjadi ekstensi kepala sehingga terjadi letak defleksi (presentasi dahi, presentasi muka).

3) Desensus

Pada nulipara, engagemen terjadi sebelum inpartu dan tidak berlanjut sampai awal kala II, pada multipara desensus berlangsung bersamaan dengan dilatasi servik.

Penyebab terjadinya desensus :

- a) Tekanan cairan amnion
- b) Tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong
- c) Usaha meneran ibu
- d) Gerakan ekstensi tubuh janin (tubuh janin menjadi lurus)
- e) Faktor lain yang menentukan terjadinya desensus adalah :

Ukuran dan bentuk panggul; posisi bagian terendah janin.

Semakin besar tahanan tulang panggul atau adanya kesempitan panggul akan menyebabkan desensus berlangsung lambat. Desensus berlangsung terus sampai janin lahir.

4) Putar paksi dalam internal rotation

Kepala yang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi, ubun-

ubun kecil berputar ke arah depan dibawah simpisis. Bersama dengan gerakan desensus, bagian terendah janin mengalami putar paksi dalam pada level setinggi spina ischiadica (bidang tengah panggul). Kepala berputar dari posisi transversal menjadi posisi anterior (kadang-kadang ke arah posterior). Putar paksi dalam berakhir setelah kepala mencapai dasar panggul.

5) Ekstensi

Setelah kepala berada di dasar panggul dengan ubun-ubun kecil di bawah simpisis (sebagai hipomoklion), kepala mengadakan defleksi berturut-turut lahir bregma, dahi, muka dan akhirnya dagu. Aksis jalan lahir mengarah kedepan atas, maka gerakan ekstensi kepala harus terjadi sebelum dapat melewati pintu bawah panggul. Akibat proses desensus lebih lanjut, perineum menjadi teregang dan diikuti dengan "crowning". Pada saat itu persalinan spontan akan segera terjadi dan penolong persalinan melakukan tindakan dengan perasat Ritgen untuk mencegah kerusakan perineum yang luas dengan jalan mengendalikan persalinan kepala janin. Episiotomi tidak dikerjakan secara rutin akan tetapi hanya pada keadaan tertentu. Proses ekstensi berlanjut dan seluruh bagian kepala janin lahir. Setelah kepala lahir, muka janin dibersihkan dan jalan nafas dibebaskan dari darah dan cairan amnion. Mulut dibersihkan terlebih dahulu sebelum melakukan pembersihan hidung. Setelah jalan nafas bersih, dilakukan pemeriksaan adanya lilitan talipusat sekitar leher dengan jari telunjuk. Lilitan talipusat

yang terjadi harus dibebaskan terlebih dahulu. Bila lilitan talipusat terlalu erat dapat dilakukan pemotongan diantara 2 buah klem.

6) Putar paksi luar

Setelah kepala lahir, terjadi putar paksi luar (restitusi) yang menyebabkan posisi kepala kembali pada posisi saat engagemen terjadi dalam jalan lahir. Setelah putar paksi luar kepala, bahu mengalami desensus kedalam panggul dengan cara seperti yang terjadi pada desensus kepala. Bahu anterior akan mengalami putar paksi dalam sejauh 450° menuju arcus pubis sebelum dapat lahir dibawah simfisis. Persalinan bahu depan dibantu dengan tarikan curam bawah pada samping kepala janin.

Setelah bahu depan lahir, dilakukan traksi curam atas untuk melahirkan bahu posterior. Traksi untuk melahirkan bahu harus dilakukan secara hati-hati untuk menghindari cedera pada pleksus brachialis. Setelah persalinan kepala dan bahu, persalinan selanjutnya berlangsung pada sisa bagian tubuh janin dengan melakukan traksi pada bahu janin. Setelah kelahiran janin, terjadi pengaliran darah plasenta pada neonatus bila tubuh anak diletakkan dibawah introitus vagina. Penundaan yang terlampau lama pemasangan klem pada talipusat dapat mengakibatkan terjadinya hiperbilirubinemia neonatal akibat aliran darah plasenta tersebut. Sebaiknya neonatus diletakkan diatas perut ibu dan pemasangan dua buah klem talipusat dilakukan dalam waktu sekitar 15-20 detik setelah bayi lahir dan kemudian baru dilakukan pemotongan talipusat diantara kedua klem.

7) Ekspulsi

Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring menyesuaikan dengan bentuk panggul, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah lahir, bahu berada dalam posisi depan-belakang bahu depan lahir lebih dahulu, baru kemudian bahu belakang. Mekanisme persalinan fisiologis penting dipahami, bila ada penyimpangan dapat dikoreksi manual sehingga tindakan operatif tidak perlu dilakukan (Sujiyatini, 2011:68).

g. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah bila plasenta tidak lepas atau keluar lebih dari 30 menit setelah persalinan. Di sebut sebagai plasenta akreta, bila implantasi menembus desidua basalis dan nitabuch layer. Di sebut plasenta ikreta bila plasenta sampai menembus miometrium. Di sebut plasenta perkreta bila vili korialis sampai menembus perimetrium (Maryunani, 2013 : 159).

Etiologi :

- 1) Plasenta yang sukar di lepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus.
- 2) Faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta adalah plasenta previa, bekas seksio sesaria, pernah kuret yang berulang dan multiparitas.
- 3) Bila sebagian kecil dari plasenta masih tertinggal dalam uterus di sebut rest plasenta dan dapat menimbulkan perdarahan postpartum primer atau lebih sering sekunder.

Patofisiologi :

- 1) Proses kala III di dahului dengan tahap pelepasan/separasi plasenta akan di tandai oleh perdarahan pervaginam (cara pelepasan duncan)

atau plasenta sudah lepas sebagian tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan schultze), sampai akhirnya tahap ekspulsi, plasenta lahir.

- 2) Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan.
- 3) Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan plasenta manual, meskipun kala uri belum lewat setengah jam (Maryunani, 2013 : 160).

Penatalaksanaan :

Dalam melakukan penatalaksanaan pada retensio plasenta sebaiknya bidan harus mengambil beberapa sikap dalam menghadapi kejadian retensio plasenta :

1) Sikap umum bidan :

a) Memerhatikan keadaan umum penderita

Apakah anemis atau tidak; bagaimana jumlah perdarahannya; keadaan umum ibu : tekanan darah, nadi dan suhu; keadaan fundus uteri : kontraksi dan tinggi fundus uteri.

b) Mengetahui keadaan plasenta

Apakah plasenta inkarserata; melakukan tes plasenta lepas : metode Kusnert, metode Klein, metode Strassman, metode Manuaba.

2) Sikap khusus bidan :

- a) Retensio plasenta dengan perdarahan, langsung melakukan plasenta manual.
- b) Retensio plasenta tanpa perdarahan.
 - (1) Setelah dapat memastikan keadaan umum penderita segera memasang infus dan memberikan cairan.
 - (2) Merujuk penderita ke pusat dengan fasilitas cukup, untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik. Menurut penelitian Laili (2014) menyatakan bahwa hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden dirujuk terencana karena sistem rujukan telah terlaksana dengan baik. Sebagian besar responden yang dirujuk ke rumah sakit karena memiliki faktor risiko pada kegawatdaruratan obstetri meliputi: usia ≥ 35 tahun pada saat hamil, kehamilan letak sungsang, dan hamil dengan komplikasi preeklamsi berat/eklamsi.
 - (3) Memberikan transfusi.
 - (4) Proteksi dengan antibiotika.
- 3) Upaya preventif retensio plasenta oleh bidan
 - a) Meningkatkan penerimaan keluarga berencana, sehingga memperkecil terjadi retensio plasenta.
 - b) Meningkatkan penerimaan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terlatih.
 - c) Pada waktu melakukan pertolongan persalinan kala III tidak diperkenankan untuk melakukan masase dengan tujuan

mempercepat proses persalinan plasenta. Masase yang tidak tepat waktu dapat mengacaukan kontraksi otot rahim dan mengganggu pelepasan plasenta (Manuaba, 2010:399).

4) Lakukan tahapan penanganan sebagai berikut :

a) 15 menit setelah bayi lahir, plasenta belum lahir :

(1) Berikan 10IU oksitosin IM dosis kedua (dosis pertama diberikan sesaat setelah bayi berdasarkan MAK 3).

(2) Pastikan kandung kemih kosong.

b) Ulangi peregang tali pusat terkendali dengan tekanan dorso kranial, bila dalam 30 menit plasenta belum lahir siapkan pasien untuk dirujuk.

c) Namun bila terjadi tanda perdarahan segera lakukan manual plasenta (Nugroho, 2012: 94-95).

h. Pelayanan Rujukan

1) Pengertian

Memindahkan perawatan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi jika dipertimbangkan ada kondisi patologis diluar wewenang bidan. Fungsi bidan salah satunya adalah melakukan skrining terhadap adanya komplikasi kehamilan agar dirujuk untuk mendapatkan perawatan khusus dari dokter spesialis.

Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara

vertikal maupun horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional serta tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Tujuan sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan kesehatan secara terpadu.

2) Persiapan-persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan
Singkatan “BAKSOKU” dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan, yang dijabarkan dalam :

B (Bidan) : pastikan ibu atau bayi atau klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten yang memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.

A (Alat) : bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan seperti : spuit, infus set, tensi meter, stetoskop, handscoon.

K (Keluarga) : beritahu keluarga kondisi terakhir ibu dan alasan mengapa dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menemani ibu ke tempat rujukan.

S (Surat) : berikan surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian rujukan, asuhan atau obat-obat yang telah diterima ibu (klien).

O (Obat) : bawa obat-obat essensial diperlukan selama perjalanan merujuk.

K (Kendaraan) : siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu yang cepat.

U (Uang) : ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan-bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan (Marmi. 2013:275-277).

3. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke ekhidupan ekstrauterin (Dewi, 2011:1).

Bayi baru lahir normal (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Wahyuni, 2011:1).

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

- 1) Lahir aterm 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali/ menit
- 7) Pernafasan 40-60 x/menit
- 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- 9) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna

- 10) Kuku agak panjang dan lemas
- 11) Nilai APGAR >7
- 12) Gerakan aktif
- 13) Bayi lahir langsung menangis kuat
- 14) Reflek rooting (mencari puting susu dengan ragsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- 15) Reflek moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan sempurna
- 16) Reflek grasping (menggenggam) sudah baik
- 17) Genetalia :
 - a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia mayora dan minora
- 18) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2011:2).

c. Adaptasi bayi baru lahir pada kehidupan diluar uterus

Transisi atau proses adaptasi bayi baru lahir yang paling dramatis dan cepat terjadi pada empat aspek yaitu pada sistem pernapasan, sistem sirkulasi, kemampuan termoregulasi, dan kemampuan menghasilkan sumber glukosa.

1) Perkembangan paru

Paru berasal dari titik tumbuh (jaringan endoderm) yang muncul dari faring kemudian bercabang kembali membentuk struktur percabangan bronkus. Proses ini terus berlanjut setelah kelahiran hingga usia 8 tahun, sampai jumlah bronkiolus dan alveolus sepenuhnya berkembang, walaupun janin memperlihatkan gerakan napas sepanjang trimester ke-2 dan ke 3. Ketidakmatangan paru akan mengurangi peluang kelangsungan hidup bayi baru lahir sebelum usia 24 minggu, yang disebabkan oleh keterbatasan permukaan alveolus, ketidakmatangan sistem kapiler paru, dan titik mencukupinya jumlah surfaktan. Terdapat empat faktor berperan pada rangsangan nafas pertama bayi:

- a) Penurunan paO_2 dan $paCO_2$ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotis
- b) Tekanan terhadap rongga dada (toraks) sewaktu melewati jalan lahir
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang gerakan pernapasan
- d) Refleks deflasi *hearing breur* (Rochmah, 2011:5).

2) Sistem kardiovaskular

Setelah lahir, darah bayi baru lahir akan melewati paru untuk melewatinya untuk mengambil oksigen dan bersirkulasi keseluruh tubuh guna menghantarkan oksigen ke jaringan. Agar terbentuk

sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim, terjadi dua perubahan besar, yaitu:

- a) Perubahan tekanan atrium secara fisiologis akan menutup foramen ovale hampir dengan segera setelah neonatus lahir (fibrosis baru akan terjadi beberapa minggu hingga satu tahun kemudian)
- b) Peningkatan tekanan parsial oksigen akan menimbulkan konstriksi duktus arteriosus (Lockhart. 2014:11).

3) Sistem termoregulasi

Pengaturan suhu tubuh masih imatur pada neonatus dikarenakan permukaan tubuh yang luas terhadap masa tubuh dan karena ketidakmampuan tubuh neonatus untuk menghasilkan panas dari gerakan menggigil.

Keadaan yang mempengaruhi termogenesis:

- a) Permukaan tubuh yang luas terhadap masa tubuh
- b) Ketidakmampuan menghasilkan panas dari gerakan menggigil
- c) Lapisan lemak subkutan yang tipis
- d) Kesulitan untuk menyimpan panas tubuh (Lockhart. 2014:16).

Mekanisme terjadinya hipotermia dimulai dari asupan makanan yang kurang, lemak coklat belum berkembang (26 minggu), permukaan

tubuh lebi luas, lemak subkutan sedikit, dan respon vasomotor kurang efektif. Mekanisme hilangnya panas terjadi yaitu:

- a) Konveksi : kehilangan panas karena udara yang mengalir
(misal kipas angin, aliran AC)
- b) Konduksi : kehilangan panas karena menempel pada benda dingin (misal stetoskop, timbangan dll)
- c) Radiasi : kehilangan panas karena suhu diruangan lebih dingin dari suhu tubuh bayi.
- d) Evaporasi : kehilangan panas karena tubuh bayi yang basah
(menguap bersama air yang menempel ditubuh bayi)

4) Metabolisme glukosa

Agar berfungsi dengan baik, otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Pada saat kelahiran, begitu tali pusat di klem, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri, yaitu setiap bayi akan turun dalam waktu 1-2 jam kadar glukosa.

Koreksi penurunan gula darah dapat dilakukan dengan melalui dengan 3 cara , yaitu:

- a) Melalui pemberian Air Susu Ibu
- b) Melalui penggunaan cadangan glikogen
- c) Melalui pembentukan glukosa dari sumber lain (Rochmah. 2011:9).

5) Sistem gastrointestinal

Secara fungsional , saluran gastrointestinal bayi belum matur dibandingkan orang dewasa. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 ml (15-30 ml) untuk bayi lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan bertambah secara perlahan, seiring pertumbuhan bayi. Pengaturan makan yang sering oleh bayi sendiri sangat penting contohnya memberikan ASI sesuai kebutuhan bayi.

Jumlah asam lambung bayi sama dengan pada orang dewasa dalam beberapa hari kedepan. Pada hari ke-10, bayi sama sekali tidak memiliki hidroklorida yang akan meningkatkan risiko infeksi lain. Lama pengosongan lambung 2,5-3 jam. Usus bayi terdiri dari sejumlah besar kelenjar sekresi dan daerah permukaan yang besar untuk menyerap gizi makanan. Pada waktu lahir, usus bayi dalam keadaan steril hanya dalam beberapa jam. Bising usus terdengar 1 jam kelahiran. Mekonium yang ada dalam 16 minggu kehamilan dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan benar-benar dibuang dalam waktu 48-72 jam (Rochmah, 2011: 10).

6) Sistem imun

Sistem imun neonatus terutama tergantung pada tiga jenis imunoglobulin yaitu : IgG, IgM, dan IgA (Lockhart. 2014:18).

7) Sistem muskuloskeletal

Otot bayi berkembang dengan sempurna karena hipertrofi, bukan hiperplasi. Tulang panjang tidak mengeras dengan sempurna untuk

memudahkan pertumbuhan otak dan memudahkan proses pembentukan selama persalinan. Proses ini selesai dalam beberapa hari setelah lahir. Fontanel posterior tertutup dalam 6-8 minggu. Fontanel anterior tetap terbuka hingga usia 18 bulan dan digunakan untuk memperkirakan tekanan hidrasi dan intrakranium yang dilakukan dengan memalpasi tegangan fontanel (Rochmah. 2011:8).

8) Sistem neurologi

Setelah bayi lahir, pertumbuhan otak memerlukan persediaan oksigen dan glukosa yang tetap dan memadai. Otak yang masih muda rentan terhadap hipoksia, ketidakseimbangan biokimia, infeksi, dan perdarahan.

Ketidakstabilan suhu dan gerak otot yang tidak terkoordinasi menggambarkan keadaan perkembangan otak dan mielinisasi saraf yang tidak sempurna. Bayi baru lahir memperlihatkan sejumlah aktifitas refleks pada usia yang berbeda-beda, yang menunjukkan normalitas dan perpaduan antara sistem neurologi dan muskuloskeletal. Beberapa refleks tersebut yaitu

- a) Refleks moro. Refleks ini terjadi karena adanya reaksi miring terhadap rangsangan mendadak. Refleks ini dapat dimunculkan dengan cara menggendong bayi dengan sudut 45° lalu biarkan kepalanya turun sekitar 1-2 cm. Bayi akan bereaksi dengan menarik dan menjulurkan lengannya yang kadang-kadang gemetar. Lalu kedua lengannya akan memeluk dada.

- b) Refleks rooting. Dalam memberikan reaksi ini terhadap belaian di pipi atau sisi mulut, bayi akan menoleh ke arah sumber rangsangan dan membuka mulutnya, siap untuk mengisap.
- c) Refleks mengedip/refleks mata, melindungi mata dari trauma.
- d) Refleks menggenggam. Refleks ini dimunculkan dengan menempatkan jari atau pensil didalam telapak tangan bayi, dan bayi akan menggengamnya dengan erat.
- e) Refleks berjalan dan melangkah apabila bayi disangga pada posisi tegak dan kakinya menyentuh permukaan yang rata, bayi akan terangsang untuk berjalan.
- f) Refleks tonick neck yaitu apabila bayi verada diposisi terlentang disamping tubuh, kepala bayi menoleh kearah itu terulur dengan lengan disampingnya terkulai.

d. Perawatan Bayi Baru Lahir

Menurut Prawirohardjo (2010:369) setelah dilakukan penilaian awal kondisi bayi, maka dilakukan perawatan bayi berupa :

1) Memotong tali pusat

Pemotongan tali pusat dilakukan dengan memberi klem pada tali pusat dengan jarak 2 – 3 cm dari kulit bayi, dengan menggunakan klem yang terbuat dari plastic, atau membuat ikatan yang cukup kuat, menggunakan instrument yang steril dan tajam. Menggunakan instrument yang tumpul dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi karena terjadi trauma yang lebih banyak pada jaringan.

2) Inisiasi menyusui dini

Segera setelah bayi dilahirkan, bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberikan kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Setelah lahir bayi hanya perlu dibersihkan secukupnya dan tidak perlu membersihkan vernik atau mengeringkan tangan bayi karena cairan amnion pada tangan bayi akan membantu bayi mencari puting ibu.

Dengan waktu yang diberikan, bayi akan mulai menendang dan bergerak menuju puting. Bayi yang siap menyusui akan menunjukkan gejala refleks menghisap seperti membuka mulut dan mulai mengulum puting. Refleks menghisap yang pertama ini timbul 20 – 30 menit setelah lahir dan menghilang cepat. Dengan protokol IMD ini, bayi dapat langsung menyusui dan mendapat kolostrum yang kadarnya maksimal pada 12 jam pasca persalinan.

Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan incubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial. Kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir. Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang baik. Dengan demikian, berat badan bayi cepat meningkat dan lebih cepat keluar dari rumah sakit. Bagi ibu, IMD dapat mengoptimalkan

pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi.

3) Perawatan tali pusat

Yang terpenting dalam perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum merawat tali pusat. Bersihkan dengan lembut kulit di sekitar tali pusat dengan kapas basah, kemudian dengan loger/ tidak terlalu rapat dengan kasa bersih/steril. Popok atau bayi diikat di bawah tali pusat, tidak menutupi tali pusat untuk menghindari kontak dengan feses dan urin. Hindari penggunaan kancing, koin atau uang logam untuk membalut tekan tali pusat.

Antiseptic antimikroba topical dapat digunakan untuk mencegah kolonisasi kuman dari kamar bersalin, tetapi penggunaannya tidak dianjurkan untuk rutin dilakukan. Antiseptic yang biasa digunakan ialah alcohol dan pavidone-iodine dapat menimbulkan efek samping karena diabsorpsi oleh kulit dan berkaitan dengan terjadinya transien hipotiroidisme. Alcohol jug tidak lagi di anjurkan untuk merawat tali pusat jarena dapat mengiritasi kulit dan menghambat pelepasan tali pusat. Saat ini belum ada petunjuk mengenai antiseptik yang baik dan aman digunakan untuk perawatan tali pusat, karena itu dikatakan yang terbaik adalah menjaga tali pusat tetap kering dan bersih. Antimikroba yang dapat digunakan seperti basitrasin, nitrofurazone, siker sulphadiazine, dan triple dye.

4) Pemberian profilaksis mata

Konjungtivitis pada bayi lahir terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual seperti gonore dan klamidiasis. Sebagai besar konjungtivitis muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Pemberian antibiotic profilaksis pada mata terbukti dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mana yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1 %, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin. Ketiga preparat ini efektif untuk mencegah konjungtivitis gonore. Saat ini silver nitrat tete mata tidak dianjurkan lagi karena sering terjadi afek samping berupa iritasi dan kerusakan mata.

5) Pemberian Vitamin K

Sampai saat ini, angka kematian bayi terutama di Negara berkembang karena perdarahan akibat defisiensi vitamin K masih cukup tinggi. Maka dari itu, pemberian vitamin K pada bayi baru lahir dilakukan untuk mencegah defisiensi vitamin K dengan dosis 0,5-1 mg secara intramuskular. Dan untuk Oral, 3 kali @ 2 mg, diberikan pada waktu bayi baru lahir, umur 3 -7 hari, dan pada saat bayi berumur 1 -2 bulan.

6) Pengukuran berat dan panjang lahir

Bayi yang baru lahir harus ditimbang berat lahirnya. Dua hal yang ingin selalu ingin diketahui orang tua tentang bayinya yang baru lahir adalah jenis kelamin dan beratnya. Pengukuran panjang lahir tidak rutin dilakukan karena tidak banyak bermakna. Pengukuran dengan

menggunakan pita ukur tidak akurat. Bila diperlukan data mengenai panjang lahir, maka sebaiknya dilakukan dengan menggunakan stadiometer bayi dengan menjaga bayi dalam posisi lurus dan ekstremitas dalam keadaan ekstensi.

7) Memandikan Bayi

Memandikan bayi merupakan hal yang sering dilakukan, tetapi masih banyak kebiasaan yang salah dalam memandikan bayi, seperti memandikan bayi segera setelah lahir yang dapat mengakibatkan hipotermia. Pada beberapa kondisi seperti bayi kurang sehat, bayi belum lepas dari pusat atau dalam perjalanan, tidak perlu dipaksakan untuk mandi berendam. Bayi cukup diseka dengan sabun dan air hangat untuk memastikan bayi segar dan bersih.

Saat mandi bayi berada dalam keadaan telanjang dan basah sehingga mudah kehilangan napas. Karena itu, harus dilakukan upaya untuk mengurangi terjadinya kehilangan napas. Suhu ruangan saat memandikan bayi harus hangat ($> 25^{\circ} \text{C}$) dan suhu air yang optimal adalah 40°C untuk bayi kurang dari 2 bulan dan dapat berangsur turun sampai 30°C untuk bayi di atas 2 bulan.

Urutan memandikan bayi yang benar dimulai dari membersihkan wajah. Mata dibersihkan dengan kapas yang telah direndam air matang. Lubang hidung dibersihkan perlahan dan tidak terlalu dalam dengan cotton buds yang dicelupkan ke dalam air bersih. Bagian luar telinga dibersihkan dengan cotton buds yang telah diberi baby oil. Kemudian

wajah bayi diusap dengan waslap yang telah direndam air hangat. Setelah wajah dibersihkan, bukalah baju bayi lalu bersihkan alat kelamin dan bokong bayi dengan kapas basah. Usap seluruh permukaan dan lipatan tubuh bayi dengan waslap yang direndam ke bak air hangat. Tangan kanan ibu menyangga kepala dan memegang erat ketiak bayi sedangkan tangan kanan ibu membersihkan sabun di tubuh bayi. Untuk membersihkan punggung bayi, balikan badan bayi perlahan dengan tangan kanan ibu sedangkan tangan kiri ibu tetap menopang badan bayi dan memegang erat ketiaknya. Pencucian rambut hanya dilakukan bila rambut kelihatan kotor atau ada kerak di kulit kepala bayi lalu disisir dengan sikat rambut halus untuk memudahkan lepasnya kerak di kulit kepala bayi. Selanjutnya usap rambut dan kepala bayi dengan waslap yang direndam air hangat, sampai bersih. Segera bungkus bayi dengan handuk kering dan letakkan di atas handuk kering. Pemakaian lotion setelah mandi tidak umum dibutuhkan bayi karena justru membuat pori-pori kulit tertutup (Prawirohardjo, 2008:369-372).

e. Tanda-tanda vital

- 1) Periksa laju nafas dengan melihat tarika nafas pada dada menggunakan petunjuk waktu. Laju nafas normal 40-60 per menit, tidak ada *wheezing* dan ronki.

- 2) Periksa laju jantung dengan menggunakan stetoskop dan petunjuk waktu.
Laju jantung normal 120-160 kali per menit, tidak terdengar murmur jantung. Bila > 160 kali per menit (takikardia) merupakan tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia, anemia, konsumsi obat ibu. Bila < 100 kali per menit (bradikardia) merupakan tanda BBL cukup bulan, sedang tidur, atau kekurangan O₂.
- 3) Periksa suhu dengan menggunakan thermometer aksila. Suhu normal 36,5- 37,2°C (Kumalasari, 2015:218).

4. Nifas normal

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2010:122).

Pada masa ini terjadi perubahan-perubahan fisiologi, yaitu :

- 1) Perubahan fisik
 - 2) Invulusi uterus dan pengeluaran lochia
 - 3) Laktasi/pengeluaran air susu ibu
 - 4) Perubahan sistem tubuh lainnya
 - 5) Perubahan psikis
- b. Tahapan masa nifas menurut (Saleha. 2009 : 5)
- 1) Periode immediate postpartum.

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu bidan melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokea, tekanan darah, dan suhu.

2) Periode early postpartum (24 jam – 1 minggu).

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode late postpartum (1 minggu – 5 minggu).

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

c. Perubahan fisiologis pada masa nifas

1) Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilicus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam 2 minggu telah turun masuk ke dalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar.

Tabel 2.2 Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
----------	-----	--------------

Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari di bawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 Gr

Sumber : Saleha, 2009

2) Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lokia terbagi menjadi tiga jenis, yaitu lokia rubra sangulenta dan lokia serosa atau alba. Berikut ini adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada wanita pada masa nifas :

- a) Lokia rubra (cruenta) bewarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pascapersalinan. Akan keluar selama dua sampai tiga hari postpartum.
- b) Lokia sanguilenta bewarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.
- c) Lokia serosa dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokia rubra, terbentuk dari serum dan bewarna merah jambu kemudian menjadi kuning, cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pascapersalinan.

d) Lokia alba lokia yang terakhir, dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya, bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

3) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta.

4) Serviks

Segera setelah berakhirnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum.

5) Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur

luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara.

6) Payudara (mammas)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu, sekresi susu atau *let down*.

Setelah melahirkan ketika hormone yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin (hormone laktogenik), sampai hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin payudara mulai bisa dirasakan. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi mengisap puting, reflek saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormone oksitosin.

Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak, reflek ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Saleha. 2009:54-58).

d. Adaptasi psikologis ibu masa nifas

1) Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan (*listening skills*) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini. Petugas kesehatan dapat menganjurkan kepada suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar dia dapat melewati fase ini dengan baik.

Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut :

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misalkan : jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya.
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

d) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama.

2) Fase taking hold

Fase taking hold adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri. Tugas sebagai tenaga kesehatan adalah misalnya dengan mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain.

3) Fase letting go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta

kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya (Vivian, 2011:65).

e. Program dan kebijakan teknis masa nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2.3 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas • Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut • Meberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri • Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu. • Mengajarkan cara mempererat hubungan antar ibu dan bayi baru lahir. • Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. <p>Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam</p>

stabil.		
2	Enam hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau • Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan. • Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat • Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. • Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (enam hari setelah persalinan)
4	Enam minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya. • Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber: Saleha: 2009

- f. Kontrasepsi atau Keluarga Berencana (KB) adalah suatu upaya yang dilakukan manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum dan moral pancasila untuk kesejahteraan keluarga (Maritalia, 2012:101).
- g. Macam-macam kontrasepsi
- 1) Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan dengan alat
 - a) Metode alamiah
 - b) Metode amenorhoe laktasi

- c) Coitus interruptus
 - d) Kondom
- 2) Kontrasepsi hormonal
- a) Kontrasepsi pil
 - i. Pil oral kombinasi
 - ii. Pil progestin
 - b) Kontrasepsi suntikan/injeksi
 - (1) Suntikan kombinasi
 - (2) Suntikan progestin
 - c) Implan yaitu salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas (Handayani, 2010:116).
 - (1) Jenis
 - 1. Norplant yaitu terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
 - 2. Implanon yaitu terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3 keto-desogetrel dan lama kerjanya 3 tahun.
 - 3. Jadena dan indoplant yaitu terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.
 - (2) Cara kerja
 - (a) Menghambat ovulasi.

(b) Perubahan lendir serviks menjadi kental dan sedikit.

(c) Menghambat perkembangan siklus dari endometrium.

(3) Keuntungan

(a) Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen.

(b) Dapat digunakan untuk jangka waktu panjang 5 tahun dan bersifat reversibel.

(c) Efek kontraseptif segera berakhir setelah implantnya dikeluarkan.

(d) Perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah.

(e) Resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan dengan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim.

(4) Kerugian

(a) Susuk KB/implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih.

(b) Lebih mahal.

(c) Sering timbul perubahan pola haid.

(d) Akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri.

(e) Beberapa orang wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya.

(5) Kontra indikasi

- (a) Kehamilan atau disangka hamil.
- (b) Penderita penyakit hati akut.
- (c) Kanker payudara.
- (d) Kelainan jiwa.
- (e) Penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus.
- (f) Penyakit trombo emboli.
- (g) Riwayat kehamilan ektopik.

(6) Indikasi

- (a) Wanita-wanita yang ingin memakai kontrasepsi untuk jangka waktu yang lama tetapi tidak tersedia menjalani kontak/menggunakan AKDR.
- (b) Wanita yang tidak boleh menggunakan pil KB yang mengandung estrogen.

(7) Efektivitas

- (a) Efektivitasnya tinggi, angka kegagalan norplant < 1 per 100 wanita per tahun dalam 5 tahun pertama.
- (b) Efektivitas norplant berkurang sedikit setelah 5 tahun, dan pada tahun ke 6 kira-kira 2,5-3% akseptor menjadi hamil.

(8) Efek samping

- (a) Amenorrhea
- (b) Perdarahan bercak (spotting) ringan
- (c) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)

- (d) Ekspulsi
 - (e) Infeksi pada daerah insersi
- (9) Waktu pemasangan
- (a) Sewaktu haid berlangsung
 - (b) Setiap saat asal diyakini klien tidak hamil
 - (c) Bila menyusui : 6 minggu – 6 bulan pasca salin
 - (d) Saat ganti cara dari metode yang lain
 - (e) Pasca keguguran
- (10) Prosedur pemasangan
- (a) Terhadap calon akseptor dilakukan konseling dan KIE yang selengkap mungkin mengenal norplant ini sehingga calon akseptor betul-betul mengerti dan menerimanya sebagai cara kontrasepsi yang akan dipakainya dan berikan informed consent untuk ditanda tangani oleh suami istri.
 - (b) Persiapan alat-alat yang diperlukan :
Sabun anti septik, kasa steril, cairan antiseptik (betadine), kain steril yang mempunyai lubang, obat anestesi lokal, semprit dan jarum suntik, trokar no. 10, sepasang sarung tangan steril, satu set kapsul norplant, scapel yang tajam.
 - (c) Tehnik pemasangan :
Tenaga kesehatan mencuci tangan dengan sabun.
Daerah tempat pemasangan (lengan kiri bagian atas) dicuci dengan sabun antiseptik.

Calon akseptor dibaringkan telentang di tempat tidur dan lengan kiri diletakkan pada meja kecil di samping tempat tidur akseptor.

Gunakan handscoon steril dengan benar.

Lengan kiri pasien yang akan di pasang diolesi dengan cairan antiseptic/betadine.

Daerah tempat pemasangan norplant ditutup dengan kain steril yang berlubang.

Dilakukan injeksi obat anestesi kira-kira 6-10 cm di atas lipatan siku.

Setelah itu dibuat insisi lebih kurang sepanjang 0,5 cm dengan skapel yang tajam.

Trocard dimasukkan melalui lubang insisi sehingga sampai pada jaringan bawah kulit.

Kemudian kapsul dimasukkan di dalam trokar dan didorong dengan plunger sampai kapsul terletak di bawah kulit.

Demikian dilakukan berturut-turut dengan kapsul kedua sampai keenam, kapsul di bawah kulit diletakkan demikian rupa sehingga susunannya seperti kipas.

Setelah semua kapsul berada di bawah kulit, trokar ditarik pelan-pelan keluar.

Kontrol luka apakah ada perdarahan atau tidak.

Dekatkan luka dan beri plester kemudian dibalut dengan perban untuk mencegah perdarahan dan agar tidak terjadi haematom.

Nasihat pada akseptor agar luka jangan basah, selama lebih kurang 3 hari dan datang kembali jika terjadi keluhan-keluhan yang mengganggu.

(11) Indikasi pencabutan

- (a) Atas permintaan akseptor (apabila menginginkan hamil lagi)
- (b) Timbulnya efek samping yang sangat mengganggu dan tidak dapat diatasi dengan pengobatan biasa.
- (c) Sudah habis masa pakainya.
- (d) Terjadi kehamilan.

3) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

4) Metode kontrasepsi mantap

- a) Metode operatif pria (MOP)
- b) Metode operatif wanita (MOW) (Handayani, 2010)

B. Tinjauan Teori Manajemen Kebidanan

1. Konsep asuhan kebidanan pada ibu hamil

PENGUMPULAN DATA

Pada bagian atas disertakan tanggal masuk, jam pada waktu pengkajian dan ruang. Pengkajian yang dilakukan pada ibu hamil harus akurat, relevan, dan lengkap yang meliputi :

a. Data subyektif

1) Identitas, meliputi :

- a) Nama ibu dan suami : memudahkan komunikasi, memanggil dan menghindari kekeliruan.
- b) Umur : mengetahui apakah ibu termasuk berisiko tinggi atau tidak. Dengan umur ideal ibu untuk hamil antara 20-35 tahun.
- c) Suku : mengetahui kebudayaan yang di anut.
- d) Agama : mengetahui kepercayaan yang dianut.
- e) Pendidikan : memudahkan dalam memberikan KIE.
- f) Pekerjaan : mengetahui status social ekonomi.
- g) Penghasilan : mengetahui tingkat perekonomian.
- h) Alamat : memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah.

2) Alasan kunjungan.

Kunjungan pertama atau kunjungan ulang. Adakah keluhan yang dirasakan saat ini. Keluhan yang biasanya dialami ibu hamil Trimester III.

3) Data kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Mengetahui tentang fungsi alat reproduksi, hal yang di kaji adalah :

- (1) Usia menarche : mengetahui umur klien saat mengalami menstruasi pertama kali (normalnya usia 9-13 tahun).

- (2) Teratur atau tidak teratur : mengetahui adakah gangguan haid yang dialami.
- (3) Warna : normalnya berwarna merah segar.
- (4) Konsistensi : cair atau menggumpal.
- (5) Siklus : normalnya 25-38 hari.
- (6) Lama : mengetahui ada tidaknya gangguan pada lamanya waktu menstruasi pada klien. Lama menstruasi normal umumnya 3-8 hari.
- (7) Banyaknya : mengetahui ada tidaknya gangguan pada jumlah perdarahan menstruasi pada klien (normalnya 2-3 kali ganti pembalut / hari)
- (8) Dismenore : mengetahui ada tidaknya nyeri saat menstruasi pada klien.

b) Riwayat Perkawinan

Yang perlu dikaji dalam data ini adalah berapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak. Ini penting untuk dikaji karena dari data ini akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan (Sulistyawati, 2009:169).

c) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Meliputi jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm atau premature, keguguran atau kegagalan persalinan, persalinan dengan tindakan , riwayat pendarahan pada kehamilan,

persalinan atau nifas sebelumnya, berat bayi sebelumnya, dan masalah-masalah lain yang dialami (Rukiyah, 2009:146).

d) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menggunakan alat kontrasepsi.

e) Riwayat kehamilan sekarang

(1) Haid pertama haid terakhir (HPHT)

Ditanyakan untuk menafsir umur kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan atau hari perkiraan lahir (HPL) (Mochtar, 2011:35).

(2) Hari perkiraan lahir (HPL)

Ditanyakan untuk menghitung hari perkiraan lahir dapat menggunakan rumus naygele, yaitu $HPL : (HPHT+7)$ dan $(\text{bulan pertama haid terakhir}-3)$ dan $(\text{tahun haid terakhir}+1)$ (Mochtar, 2011:35).

(3) Umur kehamilan

(4) ANC (Antenatal care)

TM 1, TM 2, dan TM 3 kehamilan normal cukup 4 kali. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah k1,k2, k3,k4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak 2 kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu (Prawirohardjo. 2009:297).

(5) Imunisasi TT (tetanus toksoid)

f) Riwayat kesehatan

g) Riwayat penyakit terdahulu

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita. Apabila klien menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada di dalam kandungannya tersebut beresiko penderita penyakit yang sama (Astuti. 2012:215).

h) Riwayat penyakit sekarang

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang diderita sekarang. Tanyakan bagaimana kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya (Astuti. 2012:215).

i) Riwayat kesehatan keluarga

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini menderita penyakit menular (TBC, hepatitis). Tanyakan kepada klien apakah memiliki riwayat penyakit keturunan. Hal ini di tentukan untuk mendiagnosa apakah si janin berkemungkinan atau menderita penyakit tersebut atau tidak, misalnya hemofili, hipertensi dan sebagainya (Astuti, 2012:215-216).

j) Riwayat perkawinan dan KB :

(1) Perkawinan ke : untuk mengetahui kemungkinan riwayat

menular seksual

(2) Lama menikah : untuk mengetahui kesesuaian umur kehamilan

ibu dan lamanya pernikahan

(3) Umur saat menikah : untuk mengetahui kesesuaian ibu

mengenai usia reproduksi sehat dan usia ibu pertama kali melakukan hubungan seksual (usia reproduksi sehat: 20-35)

(4) Jenis KB : untuk mengetahui riwayat kontrasepsi yang pernah

digunakan klien/pasien sehingga diketahui pengaruh hormonal alat kontrasepsi yang digunakan.

(5) Masalah KB : untuk mengetahui masalah apa yang ibu alami

selama menggunakan alat kontrasepsi (Anggraini, 2010).

k) Pola Aktivitas

Pola aktivitas, nutrisi, eliminasi, istirahat, dan pola seksual ditanyakan untuk mengetahui perbandingan aktivitas dan nutrisi ibu sebelum dan sesudah hamil sehingga bila terjadi masalah, bidan dapat memberikan asuhan dan KIE yang tepat untuk ibu.

l) Pola seksual dan budaya

Hal ini ditanyakan untuk mengetahui adat istiadat dalam kehidupan social budaya ibu, sehingga bidan mengetahui dan dapat memberikan asuhan dan KIE yang tepat terhadap budaya yang dipercayai namun justru dapat menimbulkan hal buruk untuk ibu.

m) Ekonomi

Untuk mengetahui tingkat perekonomian ibu sehingga bidan dapat memberkan solusi yang tepat untuk kebutuhan akan dana yang harus di taggung untuk memberikan asuhan yang selanjutnya hingga ibu melahirkan.

n) Pola psikologis

Untuk mengetahui apakah kehamilan ibu diharapkan atau tidak, jenis kelamin yang diharapkan oleh ibu dan suami, serta seberapa besar dukungan suami, keluarga dan penerimaan masyarakat terhadap kehamilan ibu.

o) Tablet besi

Untuk mengetahui konsumsi tabletbesi ibu. Bagaimana cara ibu mengkonsumsi dan apa saja obat obatan atau suplemen yang dikonsumsi ibu. Minimal tablet besi yang di berikan sebanyak 90 tablet. Cara minum tidak boleh menggunakan susu, kopi atau teh. Dianjurkan memakai air putih atau air jeruk. Dosis yang dibutuhkan sebanyak 1-2x 100mg/hari selama 2 bulan sampai melahirkan (Saryono, 2012).

p) Apersepsi tentang ANC

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu mengenai antenatal care asuhan yang dapat di berikan.

q) Pendidikan kesehatan yang pernah di dapat ibu

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu yang harus di ketahui oleh ibu. Penkes yang seharusnya di dapat pada ibu hamil TM III seperti :

tanda bahaya ibu hamil TM III ,tanda tanda persalinan , perubahan fisiologis ibu hamil TM III, perubahan psikologis ibu hamil TM III.

- r) Perencanaan perencanaan yang dilakukan oleh ibu dan keluarga juga penting untuk di tanyakan agar bidan juga dapat memberikan solusi dan saran jika terjadi masalah. Perencanaan ini meliputi dimana rencana ibu ingin melahirkan, sarana yang di miliki untuk menempuh sarana kesehatan,dan siapa yang berperan sebagai penanggung jawab dan mengambil keputusan dalam keluarga.

b. Data objektif

Pendokumentasian melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic lain (Naviri, 2011).

Pemeriksaan keadaan umum :

Untuk mengetahui dan menilai keadaan umum, kesadaran klien, berat badan, dan tinggi badan (Naviri, 2011).

Untuk mengetahui perubahan berat badan biasanya pada awal kehamillan 2-3 bulan terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun dan muntah-muntah, sedangkan pada bulan selanjutnya berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang aterm (Pantikawati, 2010).

Tanda-tanda vital

1) Pemeriksaan fisik :

- a) Kepala dan rambut : kepala simetris rambut tidak rontok (tidak

kekurangan vit k)

- b) Muka : tidak oedema
- c) Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih(tidak terjadi hyperbilirubin).
- d) Telinga : bersih tidak ada serumen (tidak terdapat adanya infeksi telinga).
- e) Hidung : tidak terdapat polip.
- f) Mulut : tidak terdapat caries (vit d tercukupi), mulut bersih, lidah bersih, gusi tidak bengkak (vit c tercukupi).
- g) Leher :
 - Kelenjar tyroid : keadaan normal, tidak ada pembesaran.
 - Kelenjar lymfe : keadaan normal tidak ada pembesaran.
 - Vena jugularis : keadaan normal tidak ada pembesaran.
- h) Payudara :
 - Pembesaran : normalnya terjadi pembesaran simetris.
 - Aerola : pada ibu hamil akan terjadi hyperpigmentasi
 - Putting :terdapat beberapa jenis seperti : menonjol ,datar, dan masuk kedalam. Tergantung putting ibu termasuk dalam putting seperti apa.
 - Benjolan : dalam keadaan normal tidak ada benjolan.
 - Retraksi : dalam keadaan normal tidak terdapat retraksi.
 - Pengeluaran : pada ibu hamil TM III ada yang sudah mengeluarkan

colostrums, namun ada juga yang belum dan itu semua termasuk dalam kondisi normal.

Striae : pada beberapa ibu hamil akan terdapat striae albican namun ada juga yang tidak .dan itu semua termasuk dalam keadaan normal.

Posisi tulang belakang : pada ibu hamil TM III akan terjadi lordosis pada tulang belakangnya, namun ini termasuk dalam keadaan normal. Namun nyeri punggung dan pinggang : pada kehamilan TM III, ibu sering mengeluh nyeri punggung. Hal ini termasuk dalam keadaan normal namun perlu KIE dari seorang bidan untuk mengatasi masalah tersebut.

i) Abdomen :

Pembesaran : pada posisi normal, ibu hamil akan mengalami pembesaran sesuai dengan masa kehamilan.

Bekas luka/operasi : menandakan adanya riwayat persalinan yang lalu atau riwayat penyakit sebelumnya.

Linea : pada ibu hamil terdapat garis berwarna gelap pada bawah pusat sampai ke symfisis yang disebut linea nigra dan ini bersifat normal. Striae : pada ibu hamil biasanya berwarna putih yang disebut striae albican dan hal ini juga bersifat normal.

Leopold I : untuk mengetahui TFU dan mengetahui bagian janin pada fundus. Menentukan umur kehamilan berdasarkan TFU menurut mc donald :

Tinggi Fundus (cm) x 2/7 (umur kehamilan dalam bulan)

Tinggi Fundus (cm) x 8/7 (umur kehamilan dalam minggu)

Tinggi Fundus uteri dalam centimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir. Misalnya jika umur kehamilannya 33 minggu, tinggi fundus uteri harus 33 cm. jika hasil pengukuran berbeda 1-2 cm. masih dapat ditoleransi, tetapi jika deviasi lebih kecil 2 cm dari umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin, sedangkan bila deviasi lebih besar dari 2 cm, kemungkinan terjadi bayi kembar, polihidramnion, atau janin besar.

Leopold II : untuk mengetahui letak punggung janin dan letak bagian terkecil janin.

Leopold III : untuk mengetahui letak terendah janin dan mengetahui apakah letak terbawah janin sudah masuk panggul atau belum.

Leopold IV : untuk mengetahui seberapa jauh janin sudah masuk panggul.

Vagina : untuk mengetahui ada tidaknya varises dan oedem.

Pengeluaran pervaginam untuk mengetahui adanya pengeluaran pervaginam yang bersifat normal abnormal.

Inspeksi perenium : untuk mengetahui adanya bekas jahitan sehingga diketahui riwayat persalinan sebelumnya melalui tindakan episiotomy.

Hemoroid/ambeyen : untuk mengetahui ada tidaknya ambeyen pada anus ibu, sehingga diketahui resiko pecahnya ambeien ketika ibu melahirkan nanti.

Ekstremitas : Untuk mengetahui ada tidaknya oedem, varises dan sianosis pada ibu, sehingga dapat dideteksi dini resiko yang terjadi pada ibu.

Pelvimetra klinis :

Distansia spinarum pada kondisi normal 23-26 cm.

Distansia kristarum pada kondisi normal 26-30 cm

Konjugata eksterna pada kondisi normal 18-20 cm.

Lingkar panggul pada kondisi normal 80-90 cm

Pemeriksaan penunjang pemeriksaan laboratorium berupa Hb, protein urim, golongan darah, dll. Hal ini bertujuan untuk melakukan deteksi dini tanda bahaya pada ibu

INTERPRETASI DATA

- a. Pernyataan Standar : Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.
- b. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah

Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan :

Pada langkah ini perlu dituliskan data-data dasar subyektif dan obyektif. Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan dalam profesi bidan dalam lingkup praktik bidan dan memenuhi standar diagnosis kebidanan (Muslihatun, 2011).

Ny. X usia...tahun G...P...A...UK....minggu

Dasar:

Subyektif dasar diperolehnya diagnose berdasarkan hasil wawancara terhadap klien/pasien.

Obyektif dasar diperolehnya diagnose berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan.

- a) Masalah : hal yang menjadi keluhan dan masalah kehamilan
- b) Kebutuhan : asuhan yang dapat diberikan oleh bidan untuk mengatasi

keluhan dan masalah ibu

DIAGNOSA POTENSIAL

Pernyataan standar bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosis dan masalah yang ditegakkan.

Kriteria masalah Pada langkah ini kita identifikasi diagnosis atau masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah atau diagnosis yang diidentifikasi.

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan dan pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Muslihatun, 2011).

ANTISIPASI

Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Dalam melakukan tindakan kasus sesuai prioritas masalah atau kebutuhan yang dibutuhkan klien. Setelah bidan merumuskan tindakan segera yang harus di rumuskan untuk menyelamatkan klien. Pada rumusan ini termasuk tindakan yang mampu dilakukan secara mandiri atau kolaborasi (Varney, 2006:26).

RENCANA TINDAKAN

Pada langkah ini dilakukan rencana tindakan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien atau di setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi dari klien seperti apa yang terjadi berikutnya, apakah di butuhkan penyuluhan konseling, pendidikan kesehatan dan apakah perlu kolaborasi dengan atau di rujuk.

Pada langkah ini tugas bidan harus merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. Keputusan yang dikembangkan dalam asuhan haruslah rasional berdasarkan pengetahuan dan teori.

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

- a. Beritahu kondisi ibu dan janinnya berdasarkan hasil pemeriksaan agar ibu mengetahui tentang keadaan ibu dan janinnya.
- b. Anjuran ibu untuk melakukan TT.
- c. Berikan KIE tentang body mechanic
- d. Berikan KIE perawatan payudara
- e. Beri penjelasan tentang tanda bahaya kehamilan trimester III untuk mengantisipasi sejak dini adanya komplikasi yang mungkin muncul serta menambah pengetahuan ibu.
- f. Berikan ibu anjuran untuk melakukan senam hamil.
- g. Berikan KIE tentang tanda-tanda peralihan dan persiapan persalinan agar ibu bisa mengetahui tanda apabila sudah masuk persalinan.
- h. Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Hb.
- i. Anjurkan ibu untuk melakukan USG.
- j. Berikan informasi tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- k. Berikan informasi tentang Persiapan persalinan.
- l. Berikan ibu tablet fe dan calk untuk pemenuhan tambah darah dan calium ibu dan janin.

IMPLEMENTASI

Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana asuhan secara menyeluruh tindakan yang dilakukan oleh bidan bersama pasien serta keluarga yang dilakukan secara efisien dan aman. Jadi dalam implementasi ini bidan

melakukan secara mandiri, kecuali pada kasus di luar kewenangan, bidan perlu melakukan kolaborasi atau merujuk.

Pelaksanaan secara umum yang menyeluruh dan harus diberikan pada ibu hamil, antara lain sebagai berikut :

- a. Memberitahu kondisi ibu dan janinnya berdasarkan hasil pemeriksaan agar ibu mengetahui tentang keadaan ibu dan janinnya.
- b. Menganjurkan ibu untuk melakukan TT.
- c. Memberikan KIE tentang body mechanic

Keluhan seperti pegal dan kram kaki ketika tidur malam hari yang disebabkan tulang punggung bertambah lordosis karena tumpuan tubuh bergeser lebih kebelakang dibandingkan sebelum ibu hamil. Untuk mengurangi keluhan dapat dilakukan : saat mengambil sesuatu di bawah dilakukan dengan berjongkok bukan menunduk, meletakkan bantal sebagai sandaran punggung saat duduk, menghindari hak tinggi (Cunningham, 2006).

- d. Memberikan KIE perawatan payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika (Prawiroharjo, 2010).

Basuhan lembuh setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada areola tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitif, dan menjadi berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (brassiere) (Prawirohardjo, 2010).

e. Memberikan penjelasan tentang tanda bahaya kehamilan trimester III untuk mengantisipasi sejak dini adanya komplikasi yang mungkin muncul serta menambah pengetahuan ibu.

1) Perdarahan pervaginam

Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus mendapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang mengancam nyawa ibu dan atau janinnya.

Perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tetapi terus menerus, lama-lama ibu menderita anemia berat. Perdarahan dapat juga keluar sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok, lemas/nadi kecil dan tekanan darah menurun. Assesmen yang mungkin adalah plasenta previa atau obsruptio plasenta.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala biasa terjadi selama kehamilan dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala ini bisa terjadi apabila ibu kurang istirahat, kecapean, atau

menderita tekanan darah tinggi. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Assesmen yang mungkin adalah gejala preeklamsi.

3) Penglihatan kabur

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa ibu adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Assesmen yang mungkin adalah gejala dari preeklamsia.

4) Bengkak di wajah dan jari tangan

Edema (bengkak) adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka.

Bengkak biasanya menunjukkan adanya masalah yang serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah istirahat dan disertai dengan keluhan fisik lain. Assesmen yang mungkin adalah gejala dari anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

5) Keluar cairan pervaginam

Pecahnya selaput janin dalam kehamilan merupakan tanda bahaya karena dapat menyebabkan terjadinya infeksi langsung pada janin. pecahnya selaput ketuban juga dapat diikuti dengan keluarnya bagian kecil janin seperti tali pusat, tangan atau kaki. Oleh karena itu bila saat hamil ditemukan ada pengeluaran cairan apalagi bila belum cukup bulan harus segera datang ke rumah sakit dengan fasilitas yang memadai. Assesmen yang mungkin adalah Ketuban Pecah Dini (KPD).

6) Gerakan janin tidak terasa

Ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan janinnya lebih awal. Jika janin tidur gerakannya akan melemah. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam, gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Yang termasuk tanda bahaya adalah bila gerakan janin mulai berkurang bahkan tidak ada sama sekali. Assesmen yang mungkin adalah kematian janin dalam rahim.

7) Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut yang hebat termasuk dalam tanda bahaya dalam kehamilan. Apabila perut ibu terasa sangat nyeri secara tiba-tiba bahkan jika disentuh sedikit saja dan terasa sangat keras seperti

papan serta disertai perdarahan pervaginam. Ini menandakan terjadinya solusio placentae.

Nyeri perut yang hebat normal terjadi pada akhir kehamilan akibat dari kontraksi dari rahim ibu yang akan mengeluarkan isi dalam kandungan atau bayi. Jadi harus dapat dibedakan apakah nyeri perut tersebut disebabkan karena ibu akan melahirkan atau terjadi abrupsi plasenta (Rukiyah, 2009).

- f. Memberikan ibu anjuran untuk melakukan senam hamil.
- g. Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan agar ibu bisa mengetahui tanda apabila sudah masuk persalinan.

Tanda dan gejala persalinan antara lain rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, kadang-kadang ketuban pecah secara sendirinya, pada pemeriksaan dalam; serviks datar dan pembukaan telah ada (Mochtar, 2011).

- h. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Hb.
- i. Menganjurkan ibu untuk melakukan USG.
- j. Memberikan informasi tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

Segera setelah dilahirkan, bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberikan kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting susu ibunya.

Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik di bandingkan dengan incubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial (Prawirohardjo, 2009).

- k. Memberikan informasi tentang Persiapan persalinan.

Evaluasi P4K apa saja yang perlu dibawa ke BPM saat hari H: kain (jarik) secukupnya, baju bayi, popok, gurita secukupnya, selimut, topi, sarung tangan, kaos kaki bayi, baju ganti ibu secukupnya, underware secukupnya, perlengkapan mandi, pembalut khusus, perlengkapan tersebut dimasukkan dalam satu tas dan sudah disiapkan jauh hari sebelum perkiraan tanggal persalinan.

- l. Memberikan ibu tablet fe dan calk untuk pemenuhan tambah darah dan calium ibu dan janin.

Setiap ibu hamil diberikan tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan untuk mencegah *anemia*. Pemberian zat besi dimulai sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 400 mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya diminum tidak bersama teh dan kopi, karena akan mengganggu penyerapan (Saifuddin, 2009:91).

EVALUASI

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan bantuan apakah telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis.

Evaluasi :

- a. Ibu mengerti tentang kondisi diri dan janinnya.
- b. Ibu sudah dilakukan suntik TT.
- c. Ibu memahami dan mengerti tata cara *body mechanic*.
- d. Ibu sudah melakukan perawatan payudara.
- e. Ibu sudah memahami tentang tanda bahaya kehamilan TM III.
- f. Ibu sudah melakukan senam hamil.
- g. Ibu memahami dan dapat mengulang kembali tanda-tanda persalinan.
- h. Ibu sudah melakukan pemeriksaan Hb.
- i. Ibu sudah melakukan USG
- j. Ibu sudah mengetahui informasi tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan mampu menjawab pertanyaan yang diberikan bidan. Ibu menyetujui untuk melakukan inisiasi menyusu dini saat bersalin.
- k. Ibu sudah mengerti persiapan persalinan.
- l. Ibu sudah minum tablet Fe dan Calk sesuai anjuran.

2. Konsep Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

a. Pengkajian data

Data Subjektif pasien ibu bersalin atau data yang diperoleh dari anamnesis, antara lain :

- 1) Biodata.
- 2) Riwayat kesehatan ibu dan keluarga.
- 3) Riwayat menstruasi.
- 4) Riwayat obstetri dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi.
- 5) Biopsikospiritual.
- 6) Pengetahuan klien.

Data objektif pasien ibu bersalin atau data yang diperoleh dari hasil observasi dan pemeriksaan, antara lain :

- 1) Pemeriksaan fisik, sesuai kebutuhan dan tanda-tanda vital.
- 2) Pemeriksaan khusus.

Inspeksi.

Palpasi.

Auskultasi.

Perkusi.

- 3) Pemeriksaan penunjang.

Laboratorium.

Diagnosis lain : USG, Radiologi.

Catatan terbaru dan sebelumnya.

Data yang terkumpul ini sebagai data dasar untuk interpretasi kondisi klien untuk menentukan langkah berikutnya.

b. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi “standar nomenklatur” (tata nama) diagnosa kebidanan dan dirumuskan secara spesifik. Masalah psikologi berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita tersebut.

c. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap menghadapinya bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada kasus ibu bersalin dengan pemuaihan uterus berlebihan, bidan harus mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan penanganan segera untuk mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadi perdarahan postpartum karena atonia uteri karena pemuaihan uterus yang berlebihan, dan mencegahnya dengan infus pitosin atau uterotonika atau adanya bayi premature atau BBLR.

Pada bayi besar makrosomia perlu mengantisipasi adanya persalinan macet, bayi asfiksia dan perlunya persiapan resusitasi dan kemungkinan adanya perlukaan jalan lahir dan perdarahan karena atonia uteri. Pada langkah ke tiga ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipatif agar masalah/diagnosa potensial tidak terjadi. Andaikan tidak terhindarkan, sudah terantisipasi tindakan penanganan yang tepat sehingga pasien dapat ditolong secara tepat dan cepat. Sehingga langkah ini benar-benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional/logis.

e. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi/data yang kurang lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dapat dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dia membutuhkan penyuluhan, konseling atau rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan aspek sosio-kultural, ekonomi atau psikologi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua

belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efektif, karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan pasien.

Rencana asuhan pada persalinan kala I :

- 1) Mengevaluasi kesejahteraan ibu, termasuk diantaranya :
 - a) Mengukur tekanan darah, suhu, pernafasan setiap 2-4 jam apabila masih utuh, setiap 1-2 jam apabila ketuban pecah.
 - b) Mengevaluasi kandung kemih minimal setiap 2 jam.
 - c) Apabila diperlukan melakukan pemeriksaan urine terhadap protein, keton.
 - d) Mengevaluasi hidrasi turgor kulit.
 - e) Mengevaluasi kondisi umum : kelelahan dan kehabisan tenaga, perilaku dan respon terhadap persalinan, rasa sakit dan kemampuan koping.
- 2) Mengevaluasi kesejahteraan janin, termasuk diantaranya :
 - a) Letak janin, presentasi, gerak dan posisi.
 - b) Adaptasi janin terhadap panggul, apakah ada DKP?
 - c) Mengukur DJJ dan bagaimana polanya, dapat di evaluasi setiap 30 menit pada fase aktif, dan perlu dilakukan pengukuran DJJ pada saat : ketuban pecah, sesudah dilakukan anema (klisma), apabila tiba-tiba ada perubahan kontraksi selama proses persalinan, sesudah pemberian obat dan apabila ada indikasi terjadi komplikasi medik dan obstetrik.
- 3) Mengevaluasi kemajuan persalinan, termasuk melakukan observasi penipisan, pembukaan, turunnya bagian terendah, pola kontraksi

(frekuensi, durasi dan intensitas), perubahan perilaku ibu, tanda dan gejala dari masa transisi dan mulainya persalinan kala II, serta posisi dari *punctum maximum*.

- 4) Melaksanakan perawatan fisik ibu : menjaga kebersihan dan kenyamanan, perawatan mulut.
- 5) Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga.
 - a) Bantulah ibu dalam persalinan jika ia tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.
 - (1) Berilah dukungan dan yakinkan dirinya.
 - (2) Berilah informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan.
 - (3) Dengarkan keluhannya dan cobalah lebih sensitif terhadap perasaannya.
 - b) Jika ibu tampak kesakitan, dukungan/asuhan yang dapat diberikan :
 - (1) Lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan ibu.
 - (2) Sarankan ibu untuk berjalan.
 - (3) Ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggung atau membasuh muka diantara kontraksi.
 - (4) Ajarkanlah sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup udara keluar sewaktu terasa kontraksi.
 - c) Penolong tetap menjaga hak privasi dalam persalinan.
 - d) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.

- 6) Melakukan skrining untuk mengantisipasi komplikasi pada ibu dan janin.
- 7) Menentukan apakah ibu memerlukan 13 manajemen dasar, yaitu :
 - a) Apakah ibu perlu diklismas.
 - b) Apakah ibu perlu dicukur, kalau ya variasi cukurannya bagaimana?
 - c) Apakah ibu perlu dipasang jalur intravena?
 - d) Apakah ibu perlu diberi posisi tertentu atau pembatasan gerak, apabila ya sampai dimana batasannya.
 - e) Apakah ibu perlu diberi makan, atau minum melalui oral, apabila ya, makanan atau minuman apa saja yang diperbolehkan.
 - f) Apakah ibu perlu diberi obat, apabila ya : obat apa, berapa banyak, dan kapan pemberiannya?
 - g) Frekuensi dari pemeriksaan tanda-tanda vital.
 - h) Frekuensi dari pemeriksaan DJJ dan dengan alat apa pemeriksaan dilakukan.
 - i) Frekuensi dari pemeriksaan dalam.
 - j) Identifikasi siapa yang akan mendampingi ibu dan perannya apa bagi si ibu.
 - k) Apakah ketuban perlu dipecahkan, kapan?
 - l) Menentukan kapan perlu untuk konsultasi kepada dokter spesialis.
 - m) Kapan persalinan perlu dipersiapkan?

Rencana asuhan pada persalinan kala II

Data dasar untuk menentukan kesejahteraan ibu dan janin selama kala II persalinan adalah kelanjutan dari data dasar yang dikumpulkan dan evaluasi dari

kala I, yaitu melanjutkan evaluasi setiap tanda yang ditemukan dari riwayat, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan panggul dan pemeriksaan laboratorium yang telah dilakukan terhadap ibu dan bayi selama proses persalinan.

Selanjutnya melanjutkan evaluasi kemajuan persalinan. Rata-rata lama persalinan kala II (menurut Friedman) 1 jam pada primi para dan 15 menit pada multi para. Pada umumnya persalinan kala II tidak lebih dari 2 jam pada primi para dan 1 jam pada multi para. Kontraksi selama persalinan kala II biasanya lebih sering, kuat dan lebih lama, kira-kira setiap 2 menit lamanya 60-90⁰.

Manajemen pada persalinan kala II termasuk bertanggung jawab terhadap :

- 1) Persiapan untuk persalinan.
- 2) Manajemen persalinan.
- 3) Membuat manajemen keputusan untuk persalinan kala II.

Menentukan manajemen keputusan untuk persalinan kala II termasuk hal-hal berikut :

- 1) Frekuensi untuk memeriksa tanda-tanda vital.
- 2) Frekuensi dari memeriksa denyut jantung janin.
- 3) Kapan ibu dipimpin meneran.
- 4) Kapan melakukan persiapan persalinan.
- 5) Posisi ibu waktu bersalin.
- 6) Kapan ibu perlu di kateter.
- 7) Kapan menyokong perineum.
- 8) Apakah perlu dilakukan episiotomi, tipe dari episiotomi.
- 9) Kapan melahirkan bayi, saat kontraksi atau diantara kontraksi.

10) Kapan mengklem dan memotong tali pusat.

11) Apakah perlu dikonsultasikan atau kolaborasi dengan dokter ahli.

Keputusan yang diambil bermacam-macam tergantung pada ibu, harapannya, kondisinya dan situasi.

Melanjutkan evaluasi janin :

- 1) Evaluasi presentasi dan gerakan bayi.
- 2) Adaptasi bayi terhadap panggul (sinklitismus atau asinklitismus, moulase, dan adanya caput suksedaneum)
- 3) DJJ dan polanya.

Melanjutkan evaluasi ibu :

Melanjutkan screening tanda dan gejala komplikasi obstetrik dan fetal distress.

Rencana asuhan pada persalinan kala III

- 1) Melanjutkan evaluasi setiap tanda-tanda bahaya yang ditemukan.
- 2) Melanjutkan evaluasi kemajuan dari persalinan (pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta).
- 3) Melanjutkan evaluasi ibu termasuk mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan dan aktifitas gastrointestinal.
- 4) Memperhatikan tanda dan gejala perdarahan.

Rencana asuhan pada persalinan kala IV

- 1) Melakukan evaluasi terhadap uterus.
- 2) Infeksi dan evaluasi serviks, vagina dan perineum.
- 3) Infeksi dan evaluasi terhadap plasenta, selaput plasenta dan tali pusat.
- 4) Menjahit luka jalan lahir akibat episiotomi atau laserasi.

f. Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana).

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

g. Evaluasi

Pada langkah ini di evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif apabila ada perubahan dan perkembangan pasien yang lebih baik. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif.

Dalam hal ini mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen kebidanan yang terdiri atas tujuh langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat di aplikasikan/diterapkan dalam setiap situasi (Muslihatun, 2009:156-162).

3. Konsep Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

a. Pengumpulan data

Semua pihak yang berperan penting berhak menentukan pengumpulan data. Data utama yang diperoleh dari anamnesa berupa data subjektif dan data objektif diperoleh dari pemeriksaan fisik. Validasi dan akurasi data akan sangat membantu pemberi pelayanan untuk melakukan analisis dan akhirnya membuat keputusan klinik yang tepat.

1) Data Subyektif Bayi Baru Lahir

Riwayat kesehatan bayi baru lahir yang penting dan harus dikaji, adalah

- (1) Faktor genetik, meliputi kelainan atau gangguan metabolik pada keluarga dan sindrom genetik.
- (2) Faktor maternal (ibu), meliputi adanya penyakit jantung, diabetes militus, penyakit ginjal, penyakit hati. Hipertensi, penyakit kelamin, riwayat abortus, riwayat penganiayaan, RH atau IsoImunisasi.

- (3) Faktor antenatal, meliputi pernah ANC atau tidak, adanya riwayat preeklamsia, perdarahan, infeksi, perkembangan janin terlalu besar atau terganggu, diabetes gestasional, poli atau oligohidramnion.
- (4) Faktor perinatal, meliputi prematur atau post matur, partus lama, gawat janin, suhu ibu meningkat, penggunaan obat selama persalinan, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekonium, amnionitis, ketuban pecah dini (KPD), prolaps tali pusat, perdarahan dalam persalinan, ibu hipotensi, asidosis janin dan jenis persalinan (Sudarti, 2013:142).

2) Data Obyektif Bayi Baru Lahir

a) Pemeriksaan fisik

Dalam waktu 24 jam bila bayi tidak mengalami masalah apapun lakukan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap.

(1) Pemeriksaan umum

(a) Pernafasan, pernafasan BBL normal 30-60 kali / menit tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih atau fase ekspirasi. Pada bayi kecil, mungkin terdapat retraksi dada ringan dan jika bayi berhenti nafas sejak periodik dalam beberapa detik masih dalam batas normal.

(b) Warna kulit bayi baru lahir aterm terlihat lebih pucat dibanding bayi preterm karena kulit lebih tebal.

- (c) Denyut jantung, denyut jantung BBL normal antara 100-160 x/menit, tetapi dianggap masih normal jika diatas 160 x/menit dalam jangka waktu pendek.
 - (d) Suhu aksilar 36,5-37,5 °C.
 - (e) Postur dan gerakan, postur normal BBL dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar dengan lengan, panggul dan lutut semi fleksi.
 - (f) Tonus otot/tingkat kesadaran, rentang normal tingkat kesadaran BBL dimulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel.
 - (g) Ekstermitas, periksa posisi gerakan reaksi bayi bila ekstermitas disentuh dan pembengkakan.
 - (h) Kulit, warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercah hitam, tanda lahir atau tanda mongol.
 - (i) Tali pusat, normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama mulai kering dan mengkerut atau mengecil dan akhirnya lepas 7-10 hari.
 - (j) Berat badan, normal 2500-4000 gram.
- (2) Pemeriksaan umum (Head To Toe)
- (a) Kepala: ubun-ubun, sutura, molase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrosefalus, ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil.
 - (b) Muka: tanda-tanda paralisis.

- (c) Mata: keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan sub konjungtiva, dan kesimetrisan.
- (d) Telinga : kesimetrisan, letak dihubungkan dengan mata dan kepala.
- (e) Hidung : kebersihan, palato skisis.
- (f) Mulut : labio atau palato skisis, trush, sianosis, mukosa keing atau basah.
- (g) Leher : pembengkakan dan benjolan.
- (h) Klavikula dan lengan tangan : gerakan, jumlah jari.
- (i) Dada : bentuk dada, puting susu, bunyi jantung dan pernafasan.
- (j) Abdomen : penonjolan sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut, distensi, gastrokisis, omfalokel, bentuk.
- (k) Genetalia : kelamin laki-laki: testis berada didalam, penis berlubang dan ada diujung penis. Kelamin perempuan: vagina, uretra berlubang, labia mayora dan labia minora.
- (l) Tungkai dan kaki : gerakan, bentuk dan jumlah.
- (m) Anus : berlubang atau tidak, fungsi spinter ani.
- (n) Punggung : spina bifida, mielomeningokel.
- (o) Reflek : moro, rotting, walking, graps, sucking, tonicnec.
- (p) Antropometri : BB, PB, LK,LD, LP, LILA
- (q) Eliminasi : BBL normal biasanya kencing lebih dari 6 kali

perhari (Sudarti, 2013:145).

3) Interpretasi Data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan, baik merupakan informasi subjektif atau objektif. Untuk identifikasi masalah dan membuat diagnosa, diperlukan:

- a) Data yang lengkap dan akurat
- b) Kemampuan untuk menginterpretasikan atau analisis data
- c) Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada.

Diagnosa yang dibuat menunjukkan variasi kondisi yang berkisar antara normal dan patologik yang memerlukan adanya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah memiliki dimensi yang luas dan tidak mempunyai batasan yang tegas sehingga sulit untuk diselesaikan. Masalah dapat merupakan bagian dari diagnosis sehingga selain upaya korektif untuk diagnosis, juga diperlukan upaya penyertaan untuk mengatasi masalah (Damayati, 2015:18).

4) Antisipasi

Masalah potensial dalam kebidanan adalah masalah yang mungkin timbul dan bila tidak segera di tangani akan mengganggu keselamatan jiwa pasien. Oleh karena itu masalah potensial harus segera diantisipasi awasi dan segera dipersiapkan tindakan untuk mengatasinya (Rukiyah, 2014:55).

5) Perencanaan

Menurut Rukiyah, 2013 : 55 perencanaan adalah suatu pencatatan menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment yaitu rencana apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi tersebut.

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif serta mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif (Rukiyah, 2013:148).

6) Implementasi

Setelah rencana asuhan dibuat, maka laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Dalam pelaksanaannya terhadap bayi baru lahir dapat dilakukan:

1. Mempertahankan suhu tubuh bayi tetap hangat dengan cara memastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dan ibu.
2. Perawatan mata dengan eritromisin untuk menghindari dari infeksi mata.
3. Memberikan identitas bayi
4. Memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu.
5. Memberikan vitamin K, 0,5-1 mg IM

6. Memberikan konseling pada ibu bayi untuk menjaga kehangatan bayi dan pemberian ASI, serta perawatan tali pusat (Sudarti, 2013:150).

4. Konsep Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

a. Data Subyektif

1) Identitas, meliputi:

- a) Nama ibu dan suami : memudahkan komunikasi, memanggil dan menghindari kekeliruan.
- b) Umur : mengetahui apakah ibu termasuk berisiko tinggi atau tidak. Dengan umur ideal ibu untuk hamil antara 20-35 tahun.
- c) Suku : mengetahui kebudayaan yang di anut.
- d) Agama : mengetahui kepercayaan yang dianut.
- e) Pendidikan : memudahkan dalam memberikan KIE.
- f) Pekerjaan : mengetahui status social ekonomi.
- g) Penghasilan : mengetahui tingkat perekonomian.
- h) Alamat : memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah.

- 2) Menanyakan beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan catatan antepartum dan intra partum untuk dapat mengevaluasi keadaan klien

b. Data Obyektif

Pendokumentasian melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic (Naviri, 2011).

Pemeriksaan keadaan umum untuk mengetahui dan menilai keadaan umum, kesadaran klien, berat badan, dan tinggi badan (Naviri, 2011).

Tanda-tanda vital:

- 1) Tekanan Darah : dapat mengetahui tekanan darah pasien rendah atau tinggi dan dapat dijadikan evaluasi.
- 2) Suhu badan : melakukan pemeriksaan yang bertujuan mengetahui suhu pasien dalam keadaan normal atau tidak.
- 3) Denyut nadi : melakukan pemeriksaan nadi untuk mengetahui pasien dalam keadaan syok atau dalam keadaan normal sehingga menjadikan bahan pertimbangan evaluasi (Muslihatun, 2009:170).

Pemeriksaan fisik :

- 1) Payudara

Pembesaran : normalnya terjadi pembesaran simetris

Puting : terdapat beberapa jenis seperti : menonjol, datar, dan masuk kedalam tergantung puting pasien termasuk dalam puting seperti apa

Benjolan : dalam keadan normal tidak ada benjolan

Retraksi : dalam keadaan normal tidak ada retraksi

Pengeluaran : pada ibu post partum, ada yang sudah mengeluarkan

kolostrum namun ada juga yang belum, hal ini termasuk normal.

2) Abdomen

Pembesaran : pada posisi normal, ibu post partum akan mengalami penurunan pebesaran abdomen dikarenakan hasil konsepsi sudah keluar

Kandung kencing : kandung kemih pada wanita setelah melahirkan biasanya penuh, hal tersebut normal

Diastasi rekti : suatu cara untuk mengetahui keregangan otot perut setelah melahirkan

3) Lochea

Warna : normalnya pada ibu post partum darah yang keluar darah berwarna merah kehitaman.

Jumlah : darah yang keluar pada ibu post partum normalnya tidak kurang dari dua ratus lima puluh cc.

Bau : darah yang keluar setelah melahirkan merupakan bau yang khas.

Perineum : untuk mengetahui adanya robekan jalan lahir dan apakah harus dilakukan jahitan pada perineum.

Vagina : untuk mengetahui ada tidaknya varises dan oedem

4) Ektremitas : untuk mengetahui ada atau tidaknya oedem, varises dan sianosis pada ibu, sehingga dapat dideteksi dini risiko yang terjadi pada ibu.

c. Assesment

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi pada berdasarkan masalah atau diagnosis yang sudah diidentifikasi (Muslihatun, 2009:171).

d. Planning

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisiensi dan aman terhadap :

- 1) Kontak dini sesering mungkin dengan bayi
- 2) Mobilisasi atau istirahat baring ditempat tidur
- 3) Pengaturan gisi (diet)
- 4) Perawatan perineum
- 5) Buang air kecil spontan atau kateter
- 6) Pemberian obat penghilang rasa sakit
- 7) Pemberian obat tidur bila diperlukan
- 8) Pemberian obat pencahar bila diperlukan
- 9) Pemberian metherginbila diperlukan
- 10) Tidak dilanjutkan IV, jika diberikan
- 11) Pemberian tambahan vitamin atau zat besi
- 12) Bebas dari ketidaknyamanan post partum
- 13) Perawatan buah dada
- 14) Pemeriksaan laboratorium terhadap komplikasi, jika diperlukan
- 15) Rencana KB
- 16) Tanda-tanda bahaya

C. Landasan hukum

Kewenangan Bidan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464/Menkes/Per/X/2010 Bab III Pasal 9 sampai Pasal 19, tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan, maka dalam menjalankan praktik kebidanan mempunyai wewenang sebagai berikut.

1. Pelayanan kesehatan ibu

Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa pra-hamil, hamil persalinan, nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

Pelayanan kesehatan ibu meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a. Pelayanan konseling pada masa pra-hamil.
- b. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
- c. Pelayanan persalinan normal.
- d. Pelayanan ibu nifas normal.
- e. Pelayanan ibu menyusui.
- f. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.

Adapun wewenang bidan berkaitan dengan pelayanan di atas sebagai berikut :

- a. Melakukan episiotomi.
- b. Melakukan penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
- c. Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan.
- d. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil.
- e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.

- f. Fasilitas bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi pemberian ASI eksklusif.
 - g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.
 - h. Penyuluhan dan konseling.
 - i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil.
 - j. Pemberian surat keterangan kematian dan cuti bersalin.
2. Pelayanan kesehatan anak

Pelayanan kesehatan anak diberikan kepada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah. Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak bidan berwenang dalam hal-hal berikut :

- a. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari), dan perawatan tali pusat.
- b. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
- c. Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan.
- d. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah.
- e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- f. Pemberian konseling dan penyuluhan.
- g. Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian.
- h. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. Memberikan kontrasepsi oral dan kondom.

Selain kewenangan di atas, bidan yang dilatih juga mempunyai kewenangan dalam menjalankan program pemerintah di bidang pelayanan kesehatan yang meliputi hal-hal sebagai berikut :

- 1) Pemberian alat kontrasepsi suntik, kontrasepsi dalam rahim, dan kontrasepsi di bawah kulit.
- 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu yang dilakukan di bawah supervisi dokter.
- 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan.
- 4) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu, anak, anak usia sekolah, remaja dan penyehatan lingkungan.
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak prasekolah dan anak sekolah.
- 6) Melakukan pelayanan kebidanan komunitas.
- 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap infeksi menular seksual (IMS) termasuk pemberian kondom dan penyakit lainnya.

- 8) Pencegahan penyalahgunaan narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya (napza) melalui informasi dan edukasi.
- 9) Pelayanan kesehatan lainnya yang merupakan program pemerintah (Yulifah, 2013:57).

BAB III

METODOLOGI

A. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ini adalah metode studi kasus deskriptif. Metode studi kasus deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. Metode ini digunakan untuk memecahkan masalah atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Studi kasus ini dilakukan dengan menempuh langkah – langkah pengumpulan data, klasifikasi, analisis data, membuat kesimpulan dan laporan (Sulistyaningsih, 2011:82).

B. Sumber Data

1. Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dengan melakukan sendiri pengumpulan (wawancara, observasi) terhadap pasien.

2. Sekunder

Data sekunder merupakan data yang berasal dari olahan data primer. Data sekunder didapatkan dari pengumpulan data seperti bidan dari puskesmas, petugas puskesmas, masyarakat sekitar. Orang pertama yang mengumpulkan data, biasanya berbentuk laporan arsip, dokumen, laporan hasil penelitian (Ariyani, 2014:77).

C. Teknik Pengumpulan data

Merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur penelitian tersebut antara lain wawancara dan observasi (Hidayat, 2014:86).

1. Observasi

Suatu metode pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada responden Studi Kasus untuk perubahan atau hal – hal yang akan diteliti (Hidayat, 2014:87).

2. Wawancara

Suatu metode yang digunakan untuk pengumpulan data dengan cara mewawancarai secara langsung atau bercakap – cakap berhadapan muka dengan responden yang dijadikan Studi kasus sehingga metode ini memberikan hasil secara langsung. Wawancara sebagai pembantu utama dari metode observasi. Gejala – gejala sosial tidak dapat terlihat atau diperoleh melalui observasi dapat digali dari wawancara (Notoatmodjo, 2010:139).

D. Lokasi dan Waktu

Lokasi yang diambil dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus tersebut adalah di Puskesmas Gajahan Surakarta pada 28 februari 2017.

E. Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN

Pendahuluan berisi gambaran tentang isi dari asuhan kebidanan secara keseluruhan yang meliputi latar belakang, ruang lingkup, tujuan penulisan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi teori medis dan manajemen kebidanan pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas. Pada tinjauan materi manajemen kebidanan terdiri dari pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, antisipasi, rencana tindakan, implemetasi dan evaluasi.

BAB III METODOLOGI

Pada BAB ini menjelaskan tentang metode penulisan di dalam pembuatan karya tulis, dengan mencantumkan sumber data sebagai pengisi dalam karya tulis, serta bagaimana teknik-teknik dalam dalam mendapatkan data, menjelaskan lokasi tempat kasus dalam pembuatan karya tulis serta waktu yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif, dan menjelaskan bagaimana sistematika penulisan dalam karya tulis ilmiah.

BAB IV TINJAUAN KASUS

BAB ini menjelaskan laporan kasus yang berdasarkan manajemen kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah varney yaitu pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, antisipasi, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi. Serta untuk data perkembangan berdasarkan SOAP, yaitu data subjektif, data obyektif, assessment, dan planning.

BAB V BAHASAN

Membahas mengenai beberapa kesenjangan antara teori dengan praktek apabila ditemui penulis dalam pengambilan kasus dengan pendekatan asuhan kebidanan menurut varney.

BAB VI PENUTUP

Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran yang merupakan jawaban dari tujuan.

BAB IV
TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Normal Pada Ny. Y Usia 40 Tahun G₃P₂A₀ UK
29⁺¹ Minggu Di Puskesmas Gajahan Surakarta

Tanggal : 28 Februari 2017

Jam : 15.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. Y

No. RM : 090015

1. PENGUMPULAN DATA

Tanggal : 28 Februari 2017

Jam : 15.00 WIB

Oleh : Agatha Naluria Presty

a. Data Subyektif

1. Identitas

Nama Istri : Ny. Y

Nama Suami : Tn. J

Umur : 40 thn

Umur : 41 thn

Suku : Jawa

Suku : Jawa

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMU

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Buruh

Penghasilan : -

Penghasilan : ± Rp 1.500.000,-

Alamat : Danukusuman 3/X Serengan Surakarta

2) Keluhan Utama

Ibu ingin memeriksakan kehamilannya yang sudah 29⁺¹ minggu dan saat ini tidak ada keluhan pada ibu dan janinnya

3) Riwayat Menstruasi

Usia menarche : 12 tahun

Lama haid : ± 7 hari

Jumlah darah haid : 2-3 kali ganti pembalut/hari

Flour albus : tidak ada

Keluhan saat haid : tidak ada

HPHT : 8 Agustus 2016

HPL : 15 Mei 2017

4) Riwayat hamil ini

Ibu mengatakan ini adalah kehamilan yang ketiga dan belum pernah keguguran. Ibu mengatakan telah memeriksakan kehamilannya 6 kali, yaitu :

TM I : 2 kali ANC di Puskesmas Gajahan

Keluhan : mual dan muntah

Tindakan : tablet Fe 1x1 dan kalsium 1x1

Nasehat : makan sedikit tapi sering

TM II : 3 kali ANC di Puskesmas Gajahan

Keluhan : tidak ada keluhan

Tindakan : tab. Fe 1x1, vit C 1x1, kalsium 1x1

Nasehat : penkes fisiologi kehamilan

TM III : 1 kali ANC di Puskesmas Gajahan

Keluhan : tidak ada keluhan

Tindakan : tab. Fe 1x1, vit C 1x1, kalsium 1x1

Nasehat : penkes tanda bahaya kehamilan

5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Tabel 4.4 riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

N	Tahun	Tmpt partus	UK	Jenis partus	Penolong partus	Penyulit	Anak JK/BB	Keadaan anak
1	2003	RB	40 mg	Spontan	Bidan	Tdk ada	Pr/330 0 gr	Sehat
2	2009	RB	40 mg	Spontan	Bidan	Tdk ada	Pr/335 0 gr	Sehat
3								

6) Riwayat penyakit yang di derita atau operasi

Ibu mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit dan belum pernah dilakukan operasi apapun. Ibu tidak pernah menderita penyakit kanker, hipertensi, penyakit hati, DM, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan, TBC, dan hamil kembar.

7) Riwayat penyakit keluarga (suami, ayah, ibu dan mertua) yang pernah menderita penyakit

Ibu mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit kanker, hipertensi, penyakit hati, DM, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan, hamil kembar, TBC dll.

8) Status perkawinan : sah

Kawin : 1 kali
Kawin usia : 24 tahun
Lama menikah : 16 tahun

9) Riwayat psiko sosial ekonomi

a) Respon pasien dan keluarga terhadap kehamilan

Ibu mengatakan bahwa keluarga mendukung, mengharapkan dan kooperatif terhadap kehamilan ibu sekarang.

b) Pengambil keputusan dalam keluarga

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

c) Tempat penolong persalinan yang diinginkan

Ibu mengatakan ingin bersalin di Puskesmas Gajahan dan di tolong oleh bidan.

10) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah anak pertamanya lahir ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama 4 tahun. Lalu setelah hamil anak kedua ibu menggunakan Kb suntik 3 bulan selama 4 tahun. Setelah itu ibu hami kehamilan yang sekarang.

11) Rencana kontrasepsi selanjutnya

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB jangka panjang, karena menghemat biaya dan waktu.

12) Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit sistem reproduksi seperti infertilitas, polip serviks, infeksi virus, PMS, kanker kandungan, operasi kandungan, indometritis, perkosaan dll.

13) Pola makan, minum, eliminasi, dan istirahat

a) Pola makan

Sebelum hamil : makan 3X (1 porsi)/hari. Jenis nasi, sayur, lauk

Selama hamil : makan 3-4X (1 porsi)/hari. Jenis nasi, sayur, lauk,
buah

b) Pola minum

Sebelum hamil : minum 7 gelas/hari. Jenis air putih, teh

Selama hamil : minum 8-9 gelas/hari. Jenis air putih, teh, susu

c) Pola eliminasi

Sebelum hamil : BAB 1 x/hari, lunak, bau khas. BAK 5-6 x/hari,
jernih, bau khas urine

Selama hamil : BAB 1 x/hari, lunak, bau khas. BAK 6-7 x/hari,
jernih, bau khas urine

d) Pola istirahat

Sebelum hamil : tidur siang 1jam/hari. Tidur malam 7-8 jam/hari
dengan nyenyak

Selama hamil : tidur siang 1-2jam/hari. Tidur malam 8 jam/hari
dengan nyenyak

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

VS. TD : 130/90 mmHg

S : 36,2⁰C

N : 82 x/menit

R : 20 x/menit

BB sebelum hamil : 47 kg

BB sekarang : 58 kg

TB : 155 cm

Lila : 26 cm

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bentuk : Mesocephal

Rambut : Bersih, hitam, tidak berketombe

Muka : Simetris, tidak oedema, tidak ada cloasma
gravidarum

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : Bersih, tidak pucat, tidak ada caries gigi

Leher : Tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada
pembesaran vena jugularis atau kelenjar thyroid

b) Dada : Tidak ada retraksi dinding dada

- Payudara : Simetris, puting susu menonjol, areola
hiperpigmentasi, tidak ada nyeri tekan, kolostrum
belum keluar
- Ketiak : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak
ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
- c) Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, tidak ada linea nigra,
tidak ada striae livide
- Leopold 1 : TFU 3 jari di atas pusat
Bagian teratas teraba bulat, keras, melenting (kepala)
- Leopold 2 : Bagian perut kiri ibu teraba bagian terkecil janin
(ekstremitas). Bagian perut kanan ibu teraba datar
memanjang seperti papan (punggung)
- Leopold 3 : Bagian terbawah teraba bulat, lunak, tidak melenting
(bokong)
- Leopold 4 : Belum masuk PAP
- d) Punggung : Terlihat sedikit lordosis
- e) Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak varices vagina, tidak
ada luka dan tidak ada pengeluaran pervaginam
- Anus : Tidak ada hemoroid
- f) Ekstremitas
- Atas : Simetris, tidak oedema, tidak kaku sendi, tidak
polidaktil/sidaktil
- Bawah : Simetris, tidak oedema, tidak kaku sendi, tidak

polidaktil/sidaktil, refleks patella +/+

3) Pemeriksaan penunjang

Laboratorium (22 November 2016)

Hemoglobin : 12,4 gr/dl

Protein : Negative

Reduksi : Negative

Gula darah sewaktu : 82 mg/dl

2. INTERPRETASI DATA

Ny. Y usia 40 tahun G₃P₂A₀ umur kehamilan 28 minggu

Janin hidup, intra uteri, preskep, puka

Dasar

S : Ibu ingin memeriksakan kehamilannya

HPHT : 8 Agustus 2016

HPL : 15 Mei 2017

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

VS. TD : 130/90 mmHg

N : 82 x/menit

S : 36,2 °C

R : 20 x/menit

Palpasi

Leopold I : TFU 3 jari diatas pusat. Teraba bulat, keras, melenting
(kepala)

Leopold II : Bagian perut kiri ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas). Bagian perut kanan ibu teraba datar, memanjang, seperti papan (punggung)

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

Leopold IV : Belum masuk panggul

TFU : 19 cm

TBJ : $(19-12) \times 155 = 1085$ gram

DJJ : 150 x/menit

3. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

4. ANTISIPASI MASALAH SEGERA

Tidak ada

5. RENCANA TINDAKAN

Tanggal : 28 Februari 2017

Jam : 09.15 WIB

- a. Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan
- b. Berikan inform consent
- c. Ukur tinggi badan dan berat badan
- d. Periksa tanda-tanda vital
- e. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu
- f. Anjurkan ibu untuk teratur mengkonsumsi vitamin dan tablet Fe
- g. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan jika ada keluhan

6. IMPLEMENTASI

Tanggal : 28 Februari 2017

Jam : 09.20 WIB

a. Menjelaskan tujuan dan tindakan yang akan diberikan

Tujuan : pendampingan ibu dari masa hamil, bersalin, nifas sampai kontrasepsi.

Tindakan : pemeriksaan kehamilan

b. Memberikan inform consent

Persetujuan sebagai pasien pendampingan ibu dari masa hamil, bersalin, nifas sampai kontrasepsi

c. Mengukur tinggi badan dan menimbang berat badan

d. Memeriksa tanda-tanda vital, yaitu tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan

e. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu

KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 130/90 mmHg

N : 82 x/menit

S : 36,2 °C

R : 20 x/menit

Palpasi

Leopold I : TFU 3 jari diatas pusat. Teraba bulat, keras, melenting (kepala)

Leopold II : Bagian perut kiri ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas). Bagian perut kanan ibu teraba datar, memanjang, seperti papan (punggung)

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

Leopold IV : Belum masuk panggul

TFU : 19 cm

DJJ : 150 x/menit

- f. Menganjurkan ibu untuk teratur mengkonsumsi vitamin dan tablet Fe
- g. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi

7. EVALUASI

Tanggal : 28 Februari 2017

Jam : 09.30 WIB

- a. Ibu telah mengetahui tujuan dan tindakan yang akan dilakukan
- b. Ibu telah menandatangani inform consent dan bersedia menjadi pasien pendampingan
- c. Ibu telah diukur tinggi badan dan ditimbang berat badan
- d. Ibu telah diperiksa tanda-tanda vital
- e. Ibu telah mengerti hasil pemeriksaan
- f. Ibu bersedia meminum tablet Fe dan kalsium
- g. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi pada tanggal 7 Maret 2017

Data Perkembangan 1

Tanggal : 14 Maret 2017

Jam : 08.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. Y

Subjektif : Ibu mengatakan sudah meminum tablet Fe rutin tiap malam

Ibu mengeluhkan jika bangun tidur merubah posisi terkadang sakit pada bagian pinggang sebelah kiri

Objektif : KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 120/80 mmHg

N : 83 x/menit

S : 36,1 °C

R : 19 x/menit

BB : 59 kg

PB : 155 cm

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : bibir tidak pucat dan pecah-pecah, gigi tidak caries

Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar thyroid

Payudara : puting susu menonjong, areola hiperpigmentasi, kolostrum
belum keluar

Abdomen :

Leopold I : TFU 3 jari diatas pusat. Teraba bulat, keras, melenting
(kepala)

Leopold II : Bagian perut kanan ibu teraba bagian terkecil janin
(ekstremitas). Bagianperut kiri ibu teraba datar,
memanjang, seperti papan (punggung)

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, lunak, tidak melenting
(bokong)

Leopold IV : Belum masuk panggul

TFU : 25 cm

DJJ : 144 x/menit

Ekstremitas : atas : simetris, tidak kaku sendi, tidak oedema

Bawah : simetris, tidak kaku sendi, tidak oedema, reflek
patella +/+

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun G₃P₂A₀ umur kehamilan 31 minggu

Janin tunggal, hidup, puki, preskep, belum masuk panggul

Planning : 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu

2. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil

3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan

pada trimester III

4. Mengajari ibu untuk senam hamil

5. Mengajari ibu cara mobilisasi saat sedang hamil

Data Perkembangan 2

Tanggal : 30 Maret 2017

Jam : 08.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. Y

Subjektif : ibu mengatakan sudah berkurang rasa sakit di pinggang saat bangun tidur

ibu mengatakan sudah mengerti tanda bahaya kehamilan TM III

Ibu mengatakan selalu makan jika merasa lapar terkadang sering ngemil roti, buah

Objektif : KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 110/80 mmHg

N : 84 x/menit

S : 36,0 °C

R : 20 x/menit

Berat badan : 60 kg

Tinggi badan : 155 cm

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : bibir tidak pucat dan pecah-pecah, gigi tidak caries

Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar thyroid

Payudara : puting susu menonjong, areola hiperpigmentasi, kolostrum
belum keluar

Abdomen :

Leopold I : TFU 3 jari diatas pusat. Teraba bulat, keras, melenting
(kepala)

Leopold II : Bagian perut kanan ibu teraba bagian terkecil janin
(ekstremitas). Bagianperut kiri ibu teraba datar,
memanjang, seperti papan (punggung)

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, lunak, tidak melenting
(bokong)

Leopold IV : Belum masuk panggul

TFU : 28 cm

DJJ : 148 x/menit

Ekstremitas : atas : simetris, tidak kaku sendi, tidak oedema

Bawah : simetris, tidak kaku sendi, tidak oedema, tidak
varices, reflek patella +/-

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun G₃P₂A₀ umur kehamilan 33 minggu

Janin tunggal, hidup, puki, preskep, belum masuk panggul

- Planning :
1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu
 2. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K)
 3. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai tanda-tanda persalinan

Data Perkembangan 3

Tanggal : 25 April 2017
Jam : 08.00 WIB
Tempat : Puskesmas Gajahan

Subjektif : ibu mengatakan sudah mengerti tanda-tanda persalinan

Ibu mengatakan kadang kenceng pada perut atas bagian kiri

Ibu mengatakan dari pemeriksaan terakhir sampai saat ini tidak pernah sakit

Objektif : KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 120/80 mmHg

N : 80 x/menit

S : 36,0 °C

R : 20 x/menit

Berat badan : 61 kg

Tinggi badan : 155 cm

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : bibir tidak pucat dan pecah-pecah, gigi tidak caries

Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar thyroid

Payudara : puting susu menonjong, areola hiperpigmentasi, kolostrum
belum keluar

Abdomen :

Leopold I : TFU 3 jari dibawah prosesus xipoideus. Teraba bulat, lunak,
tidak melenting (bokong)

Leopold II : Bagian perut kanan ibu teraba bagian terkecil janin
(ekstremitas). Bagianperut kiri ibu teraba datar, memanjang,
seperti papan (punggung)

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting (kepala)

Leopold IV : Bagian kepala belum masuk panggul

TFU : 31 cm

TBJ : $(31-12) \times 155 = 3100$ gram

DJJ : $34 \times 4 = 136$ x/menit

Ekstremitas : atas : simetris, tidak kaku sendi, tidak oedema

Bawah : simetris, tidak kaku sendi, tidak oedema, tidak varices,
reflek patella +/+

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun G₃P₂A₀ umur kehamilan 37⁺¹ minggu

Janin tunggal, hidup, puki, preskep, belum masuk panggul

Planning : 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu

2. Memberitahukan bahwa kadang terasa kenceng-kenceng pada perut

ibu itu adalah keadaan normal dan tidak perlu di khawatirkan

3. Memberitahu ibu untuk jalan-jalan kecil pada pagi hari

B. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Normal Pada Ny. Y Usia 40 Tahun G₃P₂A₀

Dengan UK 39⁺³ Minggu Di Puskesmas Gajahan Surakarta

Tanggal masuk : 11 Mei 2017

Jam : 20.30 WIB

Tempat : Puskesmas Gajahan

Pengkajian data

Tanggal : 11 Mei 2017

Jam : 21.00 WIB

Oleh : Agatha Naluria Presty

Data Subyektif

Nama Istri : Ny. Y

Nama Suami : Tn. J

Umur : 40 tahun

Umur : 41 tahun

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Penghasilan	: -	Penghasilan	: ± Rp 1.500.000,-
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Danukusuman 3/X Serengan Surakarta		

Subjektif : Ibu mengatakan :

1. Mengeluarkan lendir bercampur darah dari jalan lahir pada tanggal 11 Mei 2017 jam 16.00 WIB
2. Sudah merasakan kenceng-kenceng teratur
3. HPHT 8 Agustus 2017
4. Pertama menstruasi pada umur 12 tahun, siklus menstruasi 28 hari, lama menstruasi ± 7 hari, dan tidak mengalami nyeri ketika menstruasi atau dismenorea
5. Ini merupakan kehamilan yang ketiga dan belum pernah keguguran
6. Anak pertama lahir tahun 2003 ditolong oleh bidan dan anak kedua lahir tahun 2009 ditolong oleh bidan
7. Menikah pada umur 24 tahun
8. Sebelum mengandung anak ketiga ini, ibu menggunakan KB suntik 3 bulan ± 4 tahun
9. Sudah pernah melakukan periksa laboratorium (13 April 2017) dengan hasil hemoglobin 13,8 gr/dl, protein negative, reduksi negative

10. Ibu dan keluarga ibu, suami dan keluarga suami tidak memiliki riwayat penyakit DM, asma, hipertensi, jantung, hepatitis, dan HIV/AIDS

11. Pernah periksa ke puskesmas

TM I : 2 kali ANC di Puskesmas Gajahan

Keluhan : mual dan muntah

Tindakan : tablet Fe 1x1 dan kalsium 1x1

Nasehat : makan sedikit tapi sering

TM II : 3 kali ANC di Puskesmas Gajahan

Keluhan : tidak ada keluhan

Tindakan : tab. Fe 1x1, vit C 1x1, kalsium 1x1

Nasehat : penkes fisiologi kehamilan

TM III : 5 kali ANC di Puskesmas Gajahan

Keluhan : tidak ada keluhan

Tindakan : tab. Fe 1x1, vit C 1x1, kalsium 1x1

Nasehat : penkes tanda bahaya kehamilan, jalan-jalan kecil

Objektif : KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 140/90 mmHg

N : 87 x/menit

R : 23 x/menit

S : 36,4 °C

BB : 61 kg

TB : 155 cm

HPL : 15 Mei 2017

Lila : 26 cm

UK : 39⁺³ minggu

Pemeriksaan fisik

Kepala : mesocephal

Rambut : bersih, hitam, lurus, tidak berketombe

Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Muka : simetris, tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum

Hidung : lubang hidung simetris, bersih, tidak ada massa abnormal

Mulut : tidak pucat dan pecah-pecah, tidak ada caries gigi

Telinga : simetris, tidak ada serumen abnormal

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada

Payudara : simetris, tidak ada benjolan abnormal, pembesaran normal, areola
hiperpigmentasi, puting menonjol, ASI belum keluar

Ketiak : tidak nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

Abdomen :

Leopold I : TFU 2 jari dibawah prosesus xipioideus. Teraba bulat, lunak, tidak
melenting (bokong)

Leopold II : Bagian perut kanan ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas).

Bagian perut kiri ibu teraba datar, memanjang, seperti papan
(punggung)

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting (kepala)

Leopold IV : Bagian kepala sudah masuk panggul (divergen)

TFU : 30 cm

TBJ : $(30-11) \times 155 = 2945$ gram

His : 4 x/10 menit durasi 30 detik

Punctum maksimum : bawah pusat sebelah kiri perut ibu

DJJ : 152 x/menit

Genetalia : tidak oedema, tidak varices vagina, tidak ada pembesaran kelenjar
bartolini dan kelenjar skene

VT : (11 Mei 2017; 20.30 WIB)

Indikasi : adanya tanda-tanda pembukaan

Tujuan : untuk memastikan pembukaan

Hasil : v/u tenang, portio tipis, pembukaan 6 cm, kk (+), preskep,
denominator UUK, tidak ada molage, kepala di hodge II, STLD (+)

Anus : tidak hemoroid

Ekstremitas : atas : tidak oedema, tidak kaku sendi, tidak ada kelainan, tidak
polidaktil/sidaktil

Bawah : tidak oedema, tidak kaku sendi, tidak ada kelainan, tidak
polidaktil/sidaktil, tidak ada varices, reflek patella +/+

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun G₃P₂A₀ umur kehamilan 39⁺³ minggu inpartu
kala I fase aktif

Janin hidup, tunggal, intra uteri, preskep, puki

Planning : (11 Mei 2017; 20.35 WIB)

- a. Memberitahu pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan

E : hasil pemeriksaan :

KU : Baik

VS. TD : 140/90 mmHg

N : 87 x/menit

R : 23 x/menit

S : 36,4 °C

Pembukaan : 6 cm

DJJ : 152 x/menit

His : 4 x/10 menit durasi 30 detik

Kandung kemih : kemih kosong

- b. Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda persalinan kala II (pembukaan lengkap)

E : ibu sudah merasakan tanda-tanda persalinan kala II yaitu adanya tekanan pada anus seperti ingin BAB dan ibu ingin mengejan

- c. Mengajarkan ibu untuk menarik napas dengan tehnik relaksasi yang benar, seperti mengambil napas panjang dari hidung dan mengeluarkan lewat mulut

E : ibu sudah menarik napas dengan tehnik relaksasi di sela-sela adanya kontraksi sesuai yang dianjurkan

- d. Mengajarkan ibu makan dan minum di sela-sela kontraksi

E : ibu bersedia minum air teh dan makan nasi

- e. Memberikan ibu semangat juga dukungan supaya tidak cemas saat akan menghadapi persalinan

E : ibu sudah tidak merasa cemas dan lebih bersemangat lagi

- f. Mengobservasi keadaan umum, TTV, DJJ, his, VT

E : (11 Mei 2017; 21.20 WIB)

KU : baik

TD : 130/90 mmHg

R : 23 x/menit

S : 36,2 °C

N : 83 x/menit

DJJ : 150 x/menit

His : 5 x/10 menit durasi 45 detik

VT : v/u tenang, portio tipis, pembukaan lengkap, kk (+),
preskep

- g. Menyiapkan partus set, obat-obatan dan perlengkapan bagi ibu dan bayi

a. Partus set : bak instrumen, kom kecil, gunting episiotomi, gunting tali pusat, setengah koher, umbilical klem, klem tali

pusat, kateter nelaton, needle heacting, benang heacting

b. obat-obatan : oksitosin, lidocain, metergin, vitamin K, salep mata

erytromicyn 0,5 %

c. Perlengkapan persalinan : celemek, sepatu, topi, kaca mata, masker,

handscoon

d. Perlengkapan ganti ibu : jarik, pampers, baju ganti

e. Perlengkapan ganti bayi : bedong, popok, baju, gurita, topi, kaos tangan, kaos kaki

E : peralatan pertolongan persalinan sudah siap

KALA II

Tanggal : 11 Mei 2017

Jam : 21.00 WIB

Subjektif : ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin kuat dan teratur

Ibu merasa ingin mengejan dan adanya dorongan seperti ingin BAB

Objektif : KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 130/100 mmHg

N : 84 x/menit

R : 23 x/menit

S : 36,3 °C

DJJ : 150 x/menit

Kontraksi : 5 x/10 menit durasi 50 detik

VT (11 Mei 2017; 21.20 WIB)

Indikasi : adanya kemajuan persalinan

Tujuan : untuk mengetahui pembukaan

Hasil : portio tidak teraba, pembukaan lengkap, kk (-), preskep,
DenominatorUUK, tidak ada molage, STLD (+)

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun G₃P₂A₀ inpartu kala II

Janin tunggal, hidup, intra uteri, preskep

Planning : 1. Anjurkan ibu untuk memilih posisi meneran senyaman mungkin

E : ibu memilih posisi litotomi

2. Memakai APD lengkap dan mendekatkan alat

E : penolong telah menggunakan APD untuk menolong persalinan
dan siap menolong persalinan

3. Melakukan pertolongan persalinan

- a. Menganjurkan ibu mengejan sekuat mungkin ketika kontraksi yang adekuat
- b. Tangan stenen dibawah vulva, setelah kepala bayi berada 3-5 cm di depan vulva agar bayi tidak defleksi secara cepat dan menghindari robekan jalan lahir
- c. Setelah kepala bayi lahir dan melakukan putar paksi luar, pegang kepala bayi secara biparietal
- d. Lahirkan bahu depan dengan menarik bayi ke arah bawah dan melahirkan bahu belakang dengan menarik bayi ke arah atas, lalu melahirkan seluruh tubuh bayi dengan tehnik sangga susur

- e. Meletakkan bayi diatas perut ibu, mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali telapak tangan dan telapak kaki bayi
- f. Menjepit tali pusat kurang lebih 3-4 cm dari pusar bayi kemudian urut ke arah ibu dan klem 2-3 cm dari jepitan tali pusat yang pertama. Potonglah diantara kedua klem (lindungi dengan kedua jari yaitu jari telunjuk dan jari tengah)

E : bayi lahir spontan tanggal 11 Mei 2017 jam 21.50 WIB. Jenis kelamin perempuan, menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, BB 3500 gram, PB 48,5 cm, kontraksi uterus keras.

Ibu merasa senang karena bayinya telah lahir dengan selamat

- 4. Melakukan IMD (inisiasi menyusui dini) dengan memposisikan bayi seperti katak di atas perut ibu, selimuti bayi dengan menggunakan kain bersih dan kering, menyuruh ibu memeluk bayinya

E : bayi bisa mencari dan menemukan puting susu ibu

KALA III

Tanggal : 11 Mei 2017

Jam : 21.50 WIB

Subjektif : ibu mengatakan merasa lega dan senang bayinya sudah lahir dengan selamat

Ibu mengatakan perutnya belum merasa mules dan plasenta belum lahir

Objektif : KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 130/90 mmHg

N : 84 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,3 °C

TFU setinggi pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun P₃A₀ inpartu kala III

Planning : 1. Memastikan janin tunggal

E : janin tunggal

2. Memberitahu ibu akan disuntik oxytosin 10 IU secara IM

E : ibu sudah disuntik oxytosin, IM di paha 1/3 bagian luar

3. Mengevaluasi adanya tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba, uterus globuler (15 menit dari penyuntikan oxytosin)

E : belum ada tanda pelepasan plasenta

4. Menanyakan apakah ibu merasa mules atau tidak

E : ibu belum merasakan mules

Data Perkembangan 1

Tanggal : 11 Mei 2017

Jam : 22.20 WIB

Subjektif : ibu mengatakan belum merasa mules pada perutnya

Bidan mengatakan setelah diberikan suntikan oxytosin pertama dievaluasi selama \pm 15 menit belum ada tanda pelepasan plasenta

Objektif : KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 130/90 mmHg

N : 84 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,3 °C

TFU setinggi pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, plasenta belum lahir, tidak ada perdarahan pada pengeluaran pervaginam

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun P₃A₀ dengan retensio plasenta

Planning : 1. Mengobservasi keadaan umum, tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu

E : hasil pemeriksaan

KU : baik

Kesadaran : composmentis

VS. TD : 130/90 mmHg

N : 84 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,3 °C

2. Memasang infuse set pada tangan kiri ibu

E : infus sudah terpasang di tangan kiri ibu

3. Memberikan oxytosin kedua secara IV pada infus ibu

E : sudah diberi oxytosin 1 ampul pada jam 22.10 WIB

4. Mempersiapkan rujukan untuk ibu, yaitu :

a. Mempersiapkan pendamping tenaga kesehatan untuk ibu yaitu
bidan

b. Mempersiapkan alat yang dibutuhkan saat diperjalanan merujuk

c. Memberitahu keluarga keadaan terakhir ibu dan alasan mengapa
dirujuk, meminta keluarga agar menemani ibu saat dirujuk

d. Mempersiapkan surat rujukan untuk rumah sakit

e. Mempersiapkan obat yang dibutuhkan saat diperjalanan merujuk

f. Mempersiapkan kendaraan untuk merujuk

g. Menanyakan kepada keluarga apakah ibu mempunyai jaminan
kesehatan

E : bidan yang mendampingi sudah siap, ibu sudah dipersiapkan

untuk dirujuk, kendaraan sudah siap

5. Sampai di rumah sakit dilakukan manual plasenta oleh dokter SpOG
(pukul 22.40 WIB)

E : pukul 22.50 WIB plasenta lahir dengan kotiledon lengkap,
selaput utuh, panjang tali pusat ± 50 cm diameter ± 15 cm, ada
robekan jalan lahir derajat 2

KALA IV

Tanggal : 11 Mei 2017

Jam : 23.00 WIB

Subjektif : Ibu mengatakan lega setelah melalui proses persalinan

Ibu mengatakan senang dengan kelahiran anak ke tiganya

Ibu mengatakan perutnya mules

Ibu telah melahirkan plasenta dengan cara manual plasenta oleh dokter

Objektif : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

VS. TD : 120/80 mmHg

N : 83 x/menit

R : 21 x/menit

S : 36,1 °C

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : keras

Perdarahan : \pm 100 ml

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun P₃A₀ inpartu kala IV

Planning : 1. Dilakukan heacting perineum dengan menggunakan benang kronik,
dilakukan secara jelujur.

E : heacting telah dilakukan dengan derajat 2

2. Melakukan observasi kala IV pada 15 menit 1 jam pertama dan 30
menit 1 jam kedua (tekanan darah, nadi, suhu, TFU, kontraksi,
kandung kemih, PPV)

E : sudah dilakukan observasi 2 jam pertama

3. Melakukan dekontaminasi alat dan tempat

E : sudah dicuci alat dan dibersihkan ruangan

4. Menganjurkan ibu makan dan minum

E : ibu sudah makan dan minum makanan dari rumah sakit

C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Normal Pada Bayi Ny. Y Umur 1 Jam

Pertama Di Puskesmas Gajahan Surakarta

Tanggal : 11 Mei 2017

Jam : 23.00 WIB

Tempat : Puskesmas Gajahan

Pengumpulan Data

Identitas bayi

Nama bayi : bayi Ny. Y

Tanggal lahir : 11 Mei 2017

Jam lahir : 21.50 WIB

Umur : 1 jam

Jenis kelamin : perempuan

Anak ke : 3

Identitas orang tua

Nama Istri : Ny. Y

Nama Suami : Tn. J

Umur : 40 tahun

Umur : 41 tahun

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMU

Pendidikan : SMU

Penghasilan : -

Penghasilan : ± Rp 1.500.000,-

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Danukusuman 3/X Serengan Surakarta

Subjektif :

ibu mengatakan :

Bayi lahir spontan pervaginam pada tanggal 11 Mei 2017 jam 21.50 WIB. Bayi lahir menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, BB 3500 gram, PB 48 cm, jenis kelamin perempuan

Objektif :

KU : baik

VS. S : 36,7 °C

R : 48 x/menit

N : 142 x/menit

Antropometri

BB : 3500 gram

PB : 48 cm

LD : 33 cm

LK : 34 cm

Lila : 12 cm

Tabel 4.5 APGAR Score (riwayat)

No	Tanda	0-1 menit	1-5 menit	5-10 menit
1	Denyut jantung	2	2	2
2	Pernapasan	2	2	2
3	Tonus otot	2	2	2
4	Reflek	1	1	2
5	Warna kulit	1	2	2
		8	9	10

Pemeriksaan fisik

- Muka : simetris, tidak pucat
- Ubun-ubun : tulang tengkorak sudah terbentuk sempurna
- Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- Hidung : bersih, tidak ada polip, tidak ada benjolan abnormal
- Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen abnormal
- Mulut : bersih, tidak pucat
- Bibir : tidak ada labiokisis atau palatokisis
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid
- Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada
- Perut : simetris, tidak kembung
- Tali pusat : bersih, tidak keluar nanah atau darah
- Punggung : simetris, tidak ada kelainan
- Genetalia : labio mayora belum menutupi labio minora
- Anus : tidak atresia ani
- Ekstremitas : atas : simetris, tidak ada kelainan, tidak polidaktil atau sidaktil
- Bawah : simetris, tidak ada kelainan, tidak polidaktil atau sidaktil

Gerak reflek :

- Reflek moro : positif
- Reflek grassping : positif
- Reflek sucking : positif
- Reflek babinsky : positif
- Reflek tonick neck : positif

Reflek rooting : positif

Assasment : bayi baru lahir normal Ny. Y umur 1 jam

Planning :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada orang tua bayi

E : orang tua telah mengetahui hasil pemeriksaan dalam batas normal

2. Memberikan salep mata erytromicyn 0,5 %

E : bayi sudah diberikan salep mata erytromicyn

3. Memberikan vitamin K1 mg pada paha kiri bayi

E : bayi telah diberikan vitamin K1 mg pada paha kiri

4. Menutup tali pusat bayi dengan kassa steril

E : tali pusat bayi telah tertutupi dengan kasaa steril

5. Menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan baju, popok, bedong yang lembut dan kering, lalu disinari menggunakan lampu

E : bayi sudah dibedong dan ditempatkan didekat lampu

Data perkembangan 1

Tanggal : 17 Mei 2017

Jam : 08.00 WIB

Subjektif : Ny. Y mengatakan bayinya tidak rewel

Ny. Y mengatakan bayinya mau menyusu ASI sedikit-sedikit tetapi terkadang diberikan susu formula

Bayi Ny. Y sudah BAB sebanyak 1 kali dan BAK sebanyak 1 kali

Objektif : KU : baik

S : 36,5 °C

R : 44 x/menit

N : 132 x/menit

Pemeriksaan fisik

Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada

Perut : simetris, tidak kembung

Tali pusat : bersih, tidak keluar nanah atau darah, terbungkus kassa steril

Warna kulit : normal, tidak pucat, tidak kekuningan

Assasment : bayi Ny. Y umur 6 hari normal

Planning :

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan bayi nya

E : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan saat ini bahwa kondisi anaknya normal

2. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu tentang perawatan bayi sehari-hari yaitu:

- a. Pemberian ASI saja sebaiknya diberikan sampai 6 bulan sesuai dengan keinginan bayi atau diberikan setiap 2-3 jam atau paling sedikit setiap 4 jam mulai hari pertama.
- b. Pastikan bayi selalu dalam keadaan aman dan nyaman serta hangat.
- c. Menjaga kebersihan bayi: hangat dan kering, mengganti popok dan selimut sesuai kebutuhan, bayi tidak terlalu panas atau dingin karena menyebabkan dehidrasi.
- d. Cara perawatan tali pusat: tali pusat tidak boleh diberikan cairan lain seperti alkohol betadin maupun ramuan lain. Pastikan tali pusat tetap kering dan terhindar dari infeksi.
- e. Menjelaskan tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu: pernafasan sulit atau lebih dari 60x/ menit, suhu $< 36^{\circ}\text{C}$ atau tidak $> 38^{\circ}\text{C}$, warna kulit kuning, biru, pucat, tali pusat merah, bau busuk, keluar cairan atau darah. Apabila bayi terdapat salah-satu tanda bahay tersebut, segera bawa bayi ke tenaga kesehatan terdekat untuk mendapatkan tindakan segera.

E: Ibu mengetahui macam-macam perawatan bayi sehari-hari

3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap waktu

E : ibu bersedia untuk menyusui bayinya setiap waktu.

4. Menganjurkan ibu mengganti popok yang basah dengan popok yang bersih dan kering, agar tidak terkena infeksi

E : ibu bersedia dan bisa memahami untuk mengganti popok yang basah dengan popok yang kering dan bersih

5. Mengajarkan kepada ibu cara perawatan tali pusat yaitu:

- a. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun.
- b. Membuka pakaian bayi.
- c. Membersihkan tali pusat bayi dengan kasa dan air DTT (air matang) dari ujung ke pangkal.
- d. Mengeringkan tali pusat dengan kasa kering.
- e. Mempertahankan tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara tanpa ditutupi dengan kasa.
- f. Melipat popok dibawah tali pusat.
- g. Mengenakan pakaian bayi kembali.
- h. Membereskan peralatan.
- i. Mencuci tangan setelah melakukan tindakan perawatan tali pusat.

E: Ibu bersedia untuk merawat tali pusat bayinya setiap harinya.

Data perkembangan 2

Tanggal : 25 Mei 2017

Jam : 11.00 WIB

Subjektif : Ny. Y mengatakan tali pusat bayinya sudah terlepas

Ny. Y mengatakan bayinya sudah bisa menyusu ASI walaupun masih

sedikit menyusui dengan susu formula

Ny. Y mengatakan sudah bisa memandikan bayinya dengan mandiri

Objektif : KU : baik

S : 36,7 °C

R : 42 x/menit

N : 120 x/menit

Pemeriksaan fisik

Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada

Perut : simetris, tidak kembung

Tali pusat : bersih, sudah terlepas

Warna kulit : normal, tidak pucat, tidak kekuningan

Assesment : bayi Ny. Y umur 14 hari normal

Planning :

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan bayinya

E : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan saat ini bahwa kondisi anaknya normal

2. Mengajarkan Ny.P untuk mencuci tangan dahulu sebelum memegang bayinya, dan untuk tamu yang ingin berkunjung

E : Ny.P bersedia untuk cuci tangan dahulu sebelum memegang bayinya

3. Mengajarkan ibu mengganti popok yang basah dengan popok yang bersih dan kering, agar tidak terkena infeksi

E : ibu bersedia dan bisa memahami untuk mengganti popok yang basah dengan popok yang kering dan bersih

4. Mengajarkan ibu untuk datang mengimunitasikan anaknya setelah berumur 1 bulan, yaitu imunisasi BCG

E : ibu bersedia untuk datang imunisasi BCG anaknya

Data perkembangan 3

Tanggal : 3 Juni 2017

Jam : 10.00 WIB

Subjektif : Ny. Y mengatakan anaknya tidak rewel dan tidak mengalami tanda bahaya pada bayi baru lahir

Ny. Y mengatakan tidak ada keluhan pada anaknya

Objektif : KU : Baik

S : 36,4 °C

R : 42 x/menit

N : 120 x/menit

Pemeriksaan fisik

Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada
Perut : simetris, tidak kembung
Tali pusat : bersih, sudah terlepas
Warna kulit : normal, tidak pucat, tidak kekuningan

Assasment : bayi Ny. Y umur 23 hari normal

Planning :

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan bayi nya

E : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan saat ini bahwa kondisi anaknya normal

2. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap saat, minimal 2 jam sekali

E : ibu bersedia untuk menyusui bayinya untuk pemenuhan nutrisinya

3. Menganjurkan Ny. Y jika bayinya mengalami tanda-tanda bahaya bayi baru lahir untuk segera datang ke tenaga kesehatan

E : ibu bersedia untuk datang ke tenaga kesehatan, jika bayinya mengalami tanda bahaya bayi baru lahir

D. Asuhan Kebidanan Nifas Normal 12 Jam Pertama Pada Ny. Y Usia 40 Tahun
P₃A₀ Di Puskesmas Gajahan Surakarta

Pengkajian data

Tanggal : 12 Mei 2017

Jam : 10.00 WIB

Tempat : ponok dr. Moewardi

Identitas

Nama Istri : Ny. Y

Nama Suami : Tn. J

Umur : 40 tahun

Umur : 41 tahun

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMU

Pendidikan : SMU

Penghasilan : -

Penghasilan : ± Rp 1.500.000,-

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Danukusuman 3/X Serengan Surakarta

Subjektif : Ibu mengatakan :

1. Telah melahirkan bayi secara normal spontan di Puskesmas Gajahan di tolong oleh bidan namun ada penyulit yaitu plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit, lalu dirujuk di rs dr. Moewardi
2. Plasenta lahir jam 23.00 WIB secara manual plasenta dilakukan oleh dokter
3. Bayi lahir pada tanggal 11 Mei 2017 jam 21.50 WIB, menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan
4. Sudah bisa berjalan dan tidak merasa pusing

5. Ada luka bekas jahitan pada jalan lahir, masih terasa nyeri pada luka bekas jahitan
6. Sudah memakan nasi yang sudah disediakan dari RS sampai habis dan sudah minum 1 botol air putih
7. Sudah bisa BAK tadi pagi dan belum BAB

Objektif : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

VS. TD : 120/80 mmHg

N : 84 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,1 °C

Pemeriksaan fisik

Kepala : mesocephal

Rambut : bersih, hitam, lurus, tidak berketombe

Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Muka : simetris, tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum

Hidung : lubang hidung simetris, bersih, tidak ada massa abnormal

Mulut : tidak pucat dan pecah-pecah, tidak ada caries gigi

Telinga : simetris, tidak ada serumen abnormal

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada

Payudara : simetris, tidak ada benjolan abnormal, pembesaran normal, areola

hiperpigmentasi, puting menonjol, ASI sudah keluar

Ketiak : tidak nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

Abdomen : tidak ada pembengkakan, tidak ada luka bekas operasi

Palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras,
kandung kemih kosong

Genetalia : tidak oedema, tidak varices vagina, tidak ada pembesaran kelenjar
bartolini dan kelenjar skene, pengeluaran darah lochea rubra, ada
luka bekas jahitan

Ekstermitas : atas : tidak oedema, tidak kaku sendi, tidak ada kelainan, tidak
polidaktil/sidaktil

Bawah : tidak oedema, tidak kaku sendi, tidak ada kelainan,
tidak polidaktil/sidaktil, tidak ada varices, reflek patella
+ / +

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun P₃A₀ post partum 12 jam

Planning : 1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan

E : hasil pemeriksaan : TD : 120/80 mmHg

N : 84 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,1 °C

2. Memberitahu ibu bahwa mules yang dirasakan saat ini normal

E : ibu mengerti dan merasa lega bila keadaannya baik-baik saja

3. Menganjurkan ibu untuk banyak minum air putih, makan sayur sayuran dan buah-buahan
E : ibu mengerti dan bersedia melakukannya
4. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan genetalia dengan sabun dan dibilas dengan air bersih, lalu dikeringkan menggunakan handuk atau kain lembut yang bersih
E : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan
5. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya setiap 2 jam sekali secara adekuat
E : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan

Data Perkembangan 1

Tanggal : 17 Mei 2017

Jam : 10.00 WIB

Subjektif : ibu mengatakan ASI yang dikeluarkan sudah lancar

Ibu mengatakan luka bekas jahitan sudah mulai mengering

Ibu mengatakan sudah bisa BAK dan BAB

Objektif : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

VS. TD : 120/90 mmHg

N : 83 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,1 °C

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : tidak pucat, lidah bersih, gigi tidak caries

Payudara : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, ada
pembesaran sesuai ukuran dan sudah keluar ASI

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi

Palpasi : TFU pertengahan pusat dan symphysis, kontraksi uterus keras,
kandung kemih kosong

Genitalia : tidak oedema, tidak varices vagina, tidak ada pembesaran kelenjar
bartholini dan skene, ada pengeluaran darah merah segar, ada luka
bekas jahitan, lochea sanguinolenta

Ekstremitas : atas : simetris, tidak oedema

Bawah : simetris, tidak oedema, tidak tromboflebitis

Assesment : Ny. Y usia 40 tahun P₃A₀ nifas hari ke 6

Planning : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan ibu saat ini

E : ibu mengetahui keadaannya saat ini dalam batas normal

2. Memberikan vitamin A 200 IU

E : ibu sudah diberikan vitamin A sebanyak 2, diminum langsung
untuk yang pertama dan selang 24 jam untuk yang kedua

3. Mengajari ibu cara menyusui yang benar

E : ibu sudah mengerti anjuran yang diberikan

3. Memberitahu kebutuhan cairan pada ibu nifas, kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari

E : ibu sudah mengerti penjelasan yang telah diberikan

5. Memberikan pendidikan kesehatan tanda bahaya pada ibu nifas

E : ibu sudah paham dengan penjelasan yang diberikan

Data perkembangan 2

Tanggal : 25 Mei 2017

Jam : 11.00 WIB

Subjektif : ibu mengatakan masih mengeluarkan darah

Ibu mengatakan sudah mengetahui cara menyusui yang benar

Ibu mengatakan sudah mengetahui tanda bahaya pada masa nifas

Objektif : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

VS. TD : 120/80 mmHg

N : 83 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,1 °C

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : tidak pucat, lidah bersih, gigi tidak caries

Payudara : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, ada
pembesaran sesuai ukuran dan sudah keluar ASI

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi

Palpasi : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong

Genitalia : tidak oedema, tidak varices vagina, tidak ada pembesaran kelenjar
bartholini dan skene, ada pengeluaran darah, lochea serosa, luka
bekas jahitan sudah mengering

Ekstremitas : atas : simetris, tidak oedema

Bawah : simetris, tidak oedema, tidak tromboflebitis

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun P₃A₀ nifas hari ke 14

Planning : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan ibu saat ini

E : ibu mengetahui keadaannya saat ini dalam batas normal

2. Mengajari perawatan payudara pada ibu

E : ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan

Data Perkembangan 3

Tanggal : 3 Juni 2017

Jam : 10.00 WIB

Subjektif : ibu mengatakan masih mengeluarkan darah sedikit

Ibu mengatakan sudah bisa perawatan payudara secara mandiri

Ibu mengatakan tidak ada tanda bahaya pada masa nifas ini

Objektif : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

VS. TD : 120/90 mmHg

N : 82 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,2 °C

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : tidak pucat, lidah bersih, gigi tidak caries

Payudara : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, ada
pembesaran sesuai ukuran dan sudah keluar ASI

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi

Palpasi : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, diastasi rekti 1 jari

Genetalia : tidak oedema, tidak varices vagina, tidak ada pembesaran kelenjar

bartholini dan skene, tidak ada pengeluaran darah, lochea alba, luka

bekas jahitan sudah menyatu

Ekstremitas : atas : simetris, tidak oedema

Bawah : simetris, tidak oedema, tidak tromboflebitis

Assasment : Ny. Y usia 40 tahun P₃A₀ nifas hari ke 23

Planning : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan ibu saat ini

E : ibu mengetahui keadaannya saat ini dalam batas normal

2. Memberitahu kebutuhan nutrisi pada ibu nifas

E : ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan

3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pemakaian alat

kontrasepsi pada ibu

E : ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan dan memilih alat

kontrasepsi jangka panjang yaitu implan

BAB V

BAHASAN

A. ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

Asuhan kehamilan atau Ante Natal Care (ANC) menurut Depkes RI 2015 kebijakan pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan. pelayanan kesehatan ibu hamil juga harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil atau janin berupa deteksi dini factor resiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Berdasarkan teori diatas kasus ini sesuai dengan teori tersebut, Ante Natal Care (ANC) yang dilakukan oleh Ny. Y telah memenuhi pelayanan kesehatan ibu hamil Ny. A pada trimester I periksa sebanyak 2 kali, trimester II periksa sebanyak 3 kali, trimester III periksa sebanyak 5 kali, sehingga teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

1. Pengkajian

Data subjektif

Menurut teori (Manuaba, 2010) pengkajian identitas seperti nama untuk ditanyakan agar tidak terjadi kesalahan identitas klien/pasien dan suami, umur untuk mengetahui kehamilan yang berisiko berdasarkan usia klien/pasien dan suami, agama untuk dapat melaksanakan asuhan yang boleh/tidak boleh dilakukan berdasarkan kepercayaan klien/pasien dan suami, suku untuk menyesuaikan cara berkomunikasi dan melakukan asuhan yang boleh/tidak boleh dilakukan berdasarkan adat istiadat klien/pasien dan suami, pendidikan untuk menyesuaikan cara berkomunikasi maupun mengetahui tingkat pengetahuan berdasarkan tingkat pendidikan klien/pasien dan suami, pekerjaan untuk mengetahui tingkat perekonomian klien/pasien dan suami untuk menyesuaikan asuhan yang akan diberikan, alamat untuk mengetahui alamat lengkap ibu agar tidak terjadi tertukarnya identitas klien/pasien dan suami.

Dari hasil pengkajian Ny. Y usia 40 tahun dan Tn. J usia 41 tahun, menurut teori Manuaba (2010) untuk mengetahui kehamilan berisiko berdasarkan usia klien dan suami (<20 atau >35 tahun), pada usia < 20 tahun organ-organ reproduksi belum matang, pada usia >35 tahun kualitas pembuahan sel telur wanita sudah menurun, jika pada proses pembuahan ibu mengalami gangguan sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin, maka akan mengakibatkan *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR) dan berakibat akan terjadi Bayi Baru

Lahir Rendah (BBLR). Maka dari pengkajian diatas ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik. Menurut penelitian Khotijah, dkk (2014) dengan judul hubungan usia dan paritas dengan kejadian retensio plasenta pada ibu bersalin menyatakan bahwa usia ibu bersalin di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 sebagian besar tidak beresiko sebanyak 124 orang (67,4%). Paritas ibu bersalin di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 sebagian besar tidak beresiko sebanyak 172 orang (93,5%). Ada hubungan antara usia dengan kejadian retensio plasenta pada ibu bersalin di RSUD Banjarnegara Tahun 2011. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian retensio plasenta pada ibu bersalin di RSUD Banjarnegara Tahun 2011.

Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan Ny. Y sehingga bidan dapat memberikan asuhan yang tepat untuk klien/pasien, sedangkan di dalam praktik pada kunjungan kedua Ny. Y tidak mengalami keluhan, menurut (Setyawati, 2009: 169) mengetahui kondisi kesehatan organ dalam kewanitaan klien dan pengkajian riwayat menstruasi. Penulis mendapat data dari Ny. Y, data yang diperoleh menarache dilakukan pengkajian untuk mengetahui umur klien saat mengalami menstruasi pertama kali (normalnya usia 9-13 tahun), lamanya normal menstruasi 3-7 hari. Siklus menstruasi normalnya antara 26-31 hari atau 28-35 hari, banyaknya perdarahan ketika klien menstruasi yang berhubungan dengan anemia dan kondisi endometrium klien, mengetahui jenis perdarahan klien ketika menstruasi, mengetahui keluhan klien ketika mengalami menstruasi apakah bersifat normal atau abnormal. Hasil pengkajian riwayat

menstruasi pertama Ny. Y usia 12 tahun, lamanya 6-7 hari, siklus 28 hari, jumlah darah banyaknya 2-3 kali ganti pembalut dalam sehari, keluhan tidak ada maka teori dan praktik tidak ditemukan kesenjangan.

Penulis mengkaji HPHT (Haid pertama menstruasi terakhir) menurut teori (Mochtar, 2011: 35) untuk menafsir umur kehamilan. Sedangkan HPL (Hari Perkiraan Lahir) untuk menghitung hari perkiraan lahir dapat menggunakan rumus naygele, yaitu $HPL : (HPHT+7)$ dan $(\text{bulan pertama haid terakhir}-3)$ dan $(\text{tahun haid terakhir}+1)$. Pada pengkajian didapat HPHT Ny. Y pada 8 Agustus 2016 dan HPL 15 Mei 2017, jadi antara teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

Penulis mengkaji riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu untuk mengetahui riwayat klien sebelum kehamilan sekarang sehingga bidan dapat memberikan asuhan yang tepat berdasarkan riwayat sebelumnya yang meliputi : G...P...A penyulit juga perlu ditanyakan untuk mengantisipasi adanya riwayat berulang pada klien yang meliputi perdarahan, episiotomi/perdarahan, SC maupun persalinan normal dengan tindakan. Keadaan bayi yang lalu : mengetahui keadaan bayi sebelumnya meliputi jenis kelamin bayi, ASI eksklusif atau tidak, sejak kapan diberikan makanan tambahan, dan masalah apa yang klien alami selama menyusui.

Dari pengkajian di dapat data Ny. Y hamil ke tiga pernah melahirkan dua kali dan belum pernah keguguran ($G_3P_2A_0$), tidak ada penyulit pada riwayat persalinan terdahulu, Ny. Y melahirkan spontan pervaginam, perdarahan normal, keadaan bayi normal dan diberikan ASI

secara eksklusif diberikan makanan tambahan sejak bayi berusia 6 bulan, maka tidak ditemukan kesenjangan dengan teori.

Dilakukan pengkajian data riwayat penyakit terdahulu, sekarang dan keluarga menurut (Astuti,2012 : 215-216) menanyakan kepada klien penyakit terdahulu apakah klien menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada didalam kandungan tersebut beresiko penderita penyakit yang sama. Menanyakan kepada klien penyakit apa yang diderita sekarang, bagaimana kronologis dan tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya, tanyakan kepada klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini menderita penyakit menular (TBC, Hepatitis). Tanyakan kepada klien apakah memiliki riwayat penyakit keturunan. Hal ini ditentukan untuk mendiagnosa apakah si janin berkemungkinan atau menderita penyakit tersebut atau tidak, misalnya hemofili, hipertensi dan sebagainya.

Dari data yang diperoleh Ny. Y tidak ada riwayat penyakit terdahulu dan riwayat penyakit sekarang, dan pada keluarga Ny. Y dan suami tidak memiliki riwayat penyakit menular dan penyakit menurun. Jadi antara teori dan praktik mengalami tidak ada kesenjangan.

Dilakukannya pengkajian data pengetahuan menurut (Saryono, 2012) untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu mengenai konsumsi tablet besi atau penambah darah, cara mengkonsumsi minimal tablet besi yang diberikan sebanyak 90 tablet. Cara minum tidak boleh menggunakan

susu, kopi, atau teh. Dianjurkan memakai air putih atau air jeruk. Dosis yang dibutuhkan sebanyak 1-2x 100 mg/hari selama 2 bulan sampai melahirkan. Sedangkan pengkajian data yang diperoleh bahwa Ny. Y mengatakan sudah menghabiskan tablet penambah darah. Jadi antara teori dan praktik tidak terdapat kesenjangan.

Data objektif

Dilakukannya pengkajian pemeriksaan umum untuk mengetahui dan menilai keadaan umum menurut (Mochtar, 2011 : 59-61), yang meliputi, kesadaran klien, postur badan dan berat badan pasien selama pemeriksaan kehamilan. Tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi dan pernafasan. Pemeriksaan fisik yaitu kepala, muka, mata, telinga, hidung, mulut, leher, payudara, punggung, abdomen, genitalia, hemoroid/anus, ekstermitas, dan pemeriksaan penunjang.

Hasil dari pemeriksaan Ny. Y didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, BB sebelum hamil 47 kg, BB sekarang 58 kg, TB 155 cm, LILA 26 cm, TD 130/90 mmHg, pernapasan 20 x/menit, nadi 82 x/menit, suhu 36,2 °C.

Dari pengkajian berat badan sebelum dan sesudah hamil Ny. Y mengalami kenaikan berat badan. Pada tanggal 28 Februari 2017 berat badan Ny. Y adalah 58 kg, sebelum hamil 47 kg. Menurut Marmi (2011:117-156) wanita hamil akan mengalami kenaikan berat badan secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11 – 13 kg. Hal yang harus

diperhatikan ibu hamil adalah makanan dikonsumsi terdiri dari susunan menu yang seimbang yaitu menu yang mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan pelindung. Dari penambahan berat badan tersebut, Ny. Y mengalami kenaikan berat badan normal dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar darah normal, tinggi atau rendah. Menurut Marmi (2011) peningkatan tekanan darah (TD) dapat membahayakan kehidupan ibu dan bayi. Tekanan darah tidak boleh mencapai 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mengalami hipertensi kronis atau jika wanita tersebut adalah nulipara dengan sistolik lebih dari 120 mmHg. Dalam pengkajian pada kunjungan Ny. Y memiliki tekanan darah normal yaitu 130/90 mmHg, jadi antara teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

Penulis melakukan pemeriksaan fisik pada Ny. A Pada saat melakukan pemeriksaan, menurut teori (Muslihatun, 2009) Palpasi Leopold I menentukan TFU dan menentukan bagian janin yang ada di fundus. Bidan menghadap kearah muka ibu, uterus di bawa ke tengah, kemudian menentukan TFU, menentukan bagian janin yang ada pada fundus uteri, sifat kepala adalah keras, bulat, dan melenting, sifat bokong adalah lunak, kurang bulat, kurang melenting. Pada letak lintang fundus uterus kosong. Palpasi Leopold II menentukan letak janin, apakah memanjang atau melintang, serta menentukan bagian janin yang ada di sebelah kanan dan

kiri uterus. Sifat punggung adalah rata, luas, tahanan kuat, sifat bagian-bagian kecil janin berbenjol-benjol, sempit, bila didorong tahanan lemah.

Palpasi Leopold III menentukan bagian terendah (presentasi) janin dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk PAP. Saat pemeriksaan menggunakan satu tangan saja, tangan kiri memegang bagian yang berada di bagian bawah uterus kemudian digoyangkan. Apabila bagian terendah janin masih dapat digoyangkan berarti bagian presentasi janin belum masuk panggul jika tidak dapat digoyangkan berarti sudah masuk panggul. Palpasi Leopold IV menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP. Pemeriksaan dengan cara kedua tangan dirapatkan pada permukaan presentasi janin jika kedua tangan konvergen berarti hanya sebagian kecil presentasi janin sudah masuk. Jika kedua tangan divergen berarti bagian terbesar dari presentasi janin telah masuk rongga panggul dan melewati PAP.

Dari hasil pemeriksaan didapatkan palpasi Leopold I TFU 3 jari diatas pusat, bagian fundus teraba bulat, keras, melenting (kepala). Leopold II bagian kiri teraba teraba keras memanjang seperti papan (punggung). Bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas). Leopold III bagian bawah teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong). Leopold IV belum masuk PAP. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Dilakukan pemeriksaan penunjang yang meliputi hemoglobin (HB) kadar darah dalam tubuh menurut (Morgan dan Hamilton, 2009 : 149).

Anemia diindikasikan bila hemoglobin (Hb) kurang dari 12 g/dl pada wanita yang tidak hamil atau kurang dari 10 g/dl pada wanita hamil. Hasil pemeriksaan pada Ny. Y kadar hemoglobin 12,4 gr/dl. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik.

2. Interpretasi data

Menurut Muslihatun (2011) pada langkah ini perlu dituliskan data-data dasar subyektif dan obyektif Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan dalam profesi bidan dalam lingkup praktik bidan dan memenuhi standar diagnosis kebidanan.

Pada pemeriksaan tanggal 28 Februari 2017 maka penulis menegakkan diagnosa : Ny. Y usia 40 tahun G₃ P₂ A₀ umur kehamilan 28 minggu

DS : ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya

DO : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, BB sebelum hamil 47 kg, BB sekarang 58 kg, TB 155 cm, LILA 26 cm, TD 130/90 mmHg, pernapasan 20 x/menit, nadi 82 x/menit, suhu 36,2 °C.

Dasar diperolehnya diagnose berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan.

Tidak terdapat kebutuhan, masalah, diagnosa potensial, dan antisipasi tindak segera. Jadi diantara teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

3. Diagnosa potensial

Kriteria masalah pada langkah ini mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah atau diagnosis yang

diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan dan pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Muslihatun, 2011). Dasar diperolehnya diagnosis berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan. Tidak terdapat kebutuhan, masalah, diagnosa potensial dan antisipasi tindakan segera. Jadi, antara teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

4. Antisipasi masalah

Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Dalam melakukan tindakan kasus sesuai prioritas masalah atau kebutuhan yang dibutuhkan klien. Setelah bidan merumuskan tindakan segera yang harus di rumuskan untuk menyelamatkan klien. Pada rumusan ini termasuk tindakan yang mampu dilakukan secara mandiri atau kolaborasi.

5. Perencanaan

Pada langkah ini , identifikasi diagnosa dan masalah yang timbul. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan dan pada langkah ini dilakukan asuhan yang aman (Muslihatun, 2011:121). Perencanaan asuhan yang diberikan kepada Ny. Y pada tanggal 28 Februari 2017 pada kunjungan TM III, rencana asuhan yang diberikan beritahu ibu hasil pemeriksaan, KU, VS, DJJ, beritahu dan ingatkan kembali tentang gizi ibu hamil, berikan suplemen tambah darah

dan menganjurkan untuk menghabiskan tablet Fe, anjurkan ibu untuk cukup istirahat.

6. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana asuhan secara menyeluruh tindakan yang dilakukan oleh bidan bersama pasien serta keluarga yang dilakukan secara efisien dan aman. Jadi dalam implementasi ini bidan melakukan secara mandiri, kecuali pada kasus di luar kewenangan, bidan perlu melakukan kolaborasi atau merujuk (Muslihatun,2011:121). Dalam pelaksanaan dari rencana yang telah dibuat tidak ada kendala karena Ny. Y dapat mengetahui dan menjawab semua pertanyaan yang diberikan, Ny. Y akan meminum secara rutin tablet Fe yang diberikan dan sudah merencanakan persiapan tempat, transportasi, dan penolong persalinannya.

7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi dan keefektifan dari asuhan yang telah diberikan apakah benar benar telah sesuai dengan yang dijelaskan. Proses manajemen kebidanan ini suatu pola pikir yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif (Muslihatun,2011 121-122).

Pada asuhan yang diberikan pada tanggal 28 Februari 2017 ini pada trimester ke III awal ibu sudah mengetahui mengenai konsumsi tablet Fe, ibu belum mengetahui tanda bahaya TM III dan belum dijelaskan tentang persiapan persalinan (BAKSOKUDA).

B. ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

Pada pengkajian ini penulis menggunakan teknik wawancara atau anamnesa sudah dilakukan pada masa kehamilan hanya diperjelas untuk yang menunjang asuhan persalinan.

KALA I

Pada tanggal 11 Mei 2017 jam 21.50 WIB, Ny. Y datang ke Puskesmas Gajahan dengan keluhan merasakan perutnya kenceng-kenceng teratur dan mengeluarkan lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak tanggal 11 Mei 2017 jam 16.00 WIB. Menurut Asrinah (2010) tanda-tanda persalinan yaitu pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan; sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar; kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus yaitu dengan makin beraktifitas (jalan) kekuatan makin bertambah; pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina, pengeluaran cairan yang diakibatkan pecahnya ketuban atau ketuban robek jadi yang dirasakan atau yang dikeluhkan oleh Ny. Y termasuk salah satu tanda-tanda persalinan yang disebutkan dalam teori Asrinah (2010), maka antara teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

Berdasarkan teori menurut Sujiyanti (2011) dikatakan dalam tahap persalinan kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya), hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I (satu) persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Waktu kala I pada primi, berlangsung selama 12 jam

dan pada multigravida, sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Dari hasil pemeriksaan Ny. Y pada tanggal 11 Mei 2017 pukul 20.30 WIB ada pembukaan 6 cm dimana serviks membuka pada fase aktif dilatasi maksimal, kontraksi 4 x/10 menit durasi 30 detik. Lalu pada jam 21.20 WIB diperiksa ada pembukaan lengkap, kontraksi 5 x/10 menit durasi 45 detik. Maka dari pengkajian di atas waktu kala I tidak melebihi dari 8 jam pada multigravida jadi tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada kala I Ny. Y diberikan asuhan :

- 8) Mengevaluasi kesejahteraan ibu, termasuk diantaranya :
 - f) Mengukur tekanan darah, suhu, pernafasan setiap 2-4 jam apabila masih utuh, setiap 1-2 jam apabila ketuban pecah.
 - g) Mengevaluasi kandung kemih minimal setiap 2 jam.
 - h) Apabila diperlukan melakukan pemeriksaan urine terhadap protein, keton.
 - i) Mengevaluasi hidrasi turgor kulit.
 - j) Mengevaluasi kondisi umum : kelelahan dan kehabisan tenaga, perilaku dan respon terhadap persalinan, rasa sakit dan kemampuan koping. (Muslihatun, 2009)

Hasil pemeriksaan Ny. Y :

KU : baik

VS. TD : 130/90 mmHg

N : 83 x/menit

R : 23 x/menit

S : 36,2 °C

Kandung kemih : kemih kosong

Maka antara teori dan praktik ada kesenjangan.

9) Mengevaluasi kesejahteraan janin, termasuk diantaranya :

d) Letak janin, presentasi, gerak dan posisi.

e) Adaptasi janin terhadap panggul, apakah ada DKP?

f) Mengukur DJJ dan bagaimana polanya, dapat di evaluasi setiap 30 menit pada fase aktif, dan perlu dilakukan pengukuran DJJ pada saat : ketuban pecah, sesudah dilakukan anema (klisma), apabila tiba-tiba ada perubahan kontraksi selama proses persalinan, sesudah pemberian obat dan apabila ada indikasi terjadi komplikasi medik dan obstetrik.

Hasil pemeriksaan janin pada Ny. Y

Abdomen :

Leopold I : TFU 2 jari dibawah prosesus xipoides. Teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

Leopold II : Bagian perut kanan ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas). Bagian perut kiri ibu teraba datar, memanjang, seperti papan (punggung)

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting (kepala)

Leopold IV : Bagian kepala sudah masuk panggul (divergen)

DJJ : 150 x/menit

Maka antara teori dan praktik ada kesenjangan.

10) Mengevaluasi kemajuan persalinan, termasuk melakukan observasi penipisan, pembukaan, turunnya bagian terendah, pola kontraksi (frekuensi, durasi dan intensitas), perubahan perilaku ibu, tanda dan gejala dari masa transisi dan mulainya persalinan kala II, serta posisi dari *punctum maximum*. (Muslihatun, 2009)

Hasil pemeriksaan pada Ny. Y :

v/u tenang, portio tipis, pembukaan lengkap, kk (+), preskep

His : 5 x/10 menit durasi 45 detik

Punctum maksimum : bawah pusat sebelah kiri perut ibu

Maka antara teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

11) Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga. (Muslihatun, 2009)

Setelah diberikan asuhan Ny. Y sudah tidak merasa cemas dan lebih bersemangat lagi. Maka antara teori dan praktek tidak ada kesenjangan.

KALA II

Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit (Sujiyanti, 2011). Pada Ny. Y lama kala II 30 menit yaitu pembukaan lengkap pada jam 21.20 WIB dan bayi lahir jam 21.50 WIB, maka tidak ada kesenjangan antara praktik dan teori.

Menurut Sulistyawati (2010) setelah dilakukan pemotongan tali pusat bayi diletakkan di dada ibu untuk dilakukan IMD agar bayi bisa mencari puting ibu. Pada Ny. Y dilakukan IMD tetapi hanya 10 menit dan

bayi tidak berhasil mendapat puting ibu. Maka terjadi kesenjangan teori dan praktik.

KALA III

Lamanya kala III menurut Sujiyanti (2011) segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Pada Ny. Y setelah diberikan oxytosin yang pertama di tunggu 15 menit tidak ada tanda pelepasan plasenta. Lalu dipasang infuse set drip oxytosin selama 10 menit tidak ada tanda pelepasan plasenta, bidan menyiapkan persiapan rujukan. Menurut Manuaba (2008) penanganan umum bidan terhadap retensio plasenta yaitu pemberian infus tranfusi darah dan pertimbangan untuk rujukan ke rumah sakit. Maka tidak terjadi kesenjangan antara praktik dan teori.

Menurut penelitian Darmayanti (2014) dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian retensio plasenta di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin dengan hasil penelitian dari 614 ibu bersalin, 65 orang (10,6%) mengalami retensio plasenta, kategori umur risiko (<20th atau >35th) 140 orang (22,8%), kategori paritas risiko (>3) 119 orang (19,4%) dan jarak persalinan risiko 96 orang (15,6%). Kesimpulan penelitian ini, paritas dan umur berhubungan dengan kejadian retensio plasenta.

C. ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

Bayi Ny. Y lahir cukup bulan masa gestasi 39⁺³ minggu, lahir spontan pervaginam tanggal 11 Mei 2017 jam 21.50 WIB menangis spontan dan kuat, tonus otot positif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan. Menurut prawirohadjo (2008) bayi baru lahir dilakukan pemotongan tali pusat, IMD selama 1 jam, pemberian profilaksis mata, pemberian vitamin K. Pada bayi Ny. Y setelah dilakukan pemotongan tali pusat dilakukan IMD selama 10 menit, lalu diberikan salep mata dan vitamin K. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

1. Tanda-tanda vital

- a) Periksa laju nafas dengan melihat tarika nafas pada dada menggunakan petunjuk waktu. Laju nafas normal 40-60 per menit, tidak ada *wheezing* dan ronki.
- b) Periksa laju jantung dengan menggunakan stetoskop dan petunjuk waktu. Laju jantung normal 120-160 kali per menit, tidak terdengar murmur jantung. Bila > 160 kali per menit (takikardia) merupakan tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia, anemia, konsumsi obat ibu. Bila < 100 kali per menit (bradikardia) merupakan tanda BBL cukup bulan, sedang tidur, atau kekurangan O₂.
- c) Periksa suhu dengan menggunakan thermometer aksila. Suhu normal 36,5- 37,2°C. (Kumalasari, 2015:218)

2. Pengukuran tiga komponen pertumbuhan

a) Berat badan (BB)

Ditimbang setiap hari, BB < 2.500 gram prematur. BB > 4.000 gram post-term perlu mengetahui usia kehamilan secara akurat. Kenaikan berat badan diharapkan adalah 30 gram/hari.

b) Panjang badan

Di ukur dari ubun-ubun sampai tumit bayi, posisi terlentang, sendi lutut dan panggul harus ekstensi penuh. Normal 45-53cm. di ukur saat masuk dan setiap minggu serta dibandingkan dengan berat badan.

c) Lingkar kepala

Di ukur saat masuk dan setiap minggu. Cara mengukur dengan menghubungkan empat titik yaitu dua frontal bosses dan kedua occipital protuberances, normal 33-38cm. Letakan pita ukur pada bagian paling menonjol di tulang occiput dan dahi. Pengukuran sedikitnya sekali sehari jika bayi baru lahir mengalami gangguan neurologis (perdarahan intraventricular, hidrocephalus, asfiksia). (Kumalasari, 2015:218)

Dari hasil pemeriksaan fisik bayi baru lahir Ny. Y didapatkan hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal, pemeriksaan antropometri dengan hasil berat badan 3500 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 33 cm, lila 12 cm. Tanda tanda vital suhu 36,7 °C, nadi 142 x/ menit, respirasi 48 x/ menit. Jadi antara teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

Kunjungan neonatus menurut Kemenkes (2010) dilakukan sebanyak 3 kali. Kunjungan neonatus 1 yaitu 2 - 48 jam, kunjungan neonatus 2 yaitu 3 - 7 hari, dan kunjungan neonatus 3 yaitu 8 - 28 hari. Penulis melakukan kunjungan pertama pada tanggal 17 Mei 2017 pukul 08.00 WIB bayi Ny. Y berumur 6 hari, kunjungan neonatus ke dua dilakukan pada tanggal 25 Mei 2017 pukul 11.00 WIB bayi Ny. Y berumur 14 hari, kunjungan neonatus ke tiga dilakukan pada tanggal 3 Juni 2017 pukul 10.00 WIB bayi Ny. Y berumur 23 hari. Penulis telah melakukan kunjungan ulang 3 kali dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

D. ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

Pada hasil anamnesa didapatkan ibu masih merasa mules. Hal ini bersifat fisiologis karena menurut (Maryunani, 2015:18) setelah plasenta lahir uterus mengalami perubahan, pada uterus yang berkontraksi, dan menurut Maritalia (2012) organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil.

Kunjungan 1, 12 jam post partum pada Ny. Y tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, pengeluaran pervaginam lochea rubra, tidak terjadi perdarahan. Menurut Saleha (2009) tinggi fundus saat setelah bayi lahir yaitu setinggi pusat pusat, 2 jari dibawah pusat; pengeluaran pervaginam selama 2-3 hari post partum yaitu lochea rubra. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada kunjungan pertama, dilakukan asuhan menjelaskan dan mengobservasi tanda perdarahan, menjelaskan tentang rasa mules yang dialami, menjelaskan tentang personal hygien, serta menyarankan ibu untuk makan makanan bergizi. Semua hasil pemantauan tidak ada keluhan, ibu sudah menyusui bayinya, bayi sudah dibedong dan sudah bertemu Ny. Y. Menurut Saleha (2009) asuhan yang diberikan diantaranya memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri, pemberian ASI awal, mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. Maka tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik. Menurut Rinata (2015) menyatakan bahwa sebagian besar kesalahan dalam teknik menyusui karena ketidaktepatan pada proses perlekatan dan keefektifan menghisap bayi. Jumlah antara ibu yang menyusui dengan teknik benar hasilnya berimbang dengan yang menyusui dengan teknik salah. Tidak ada hubungan antara usia, paritas, usia gestasi, dan berat badan lahir bayi dengan teknik menyusui yang benar.

Kunjungan II, 6 hari post partum dengan hasil pemeriksaan tinggi fundus pertengahan pusat dan sympisis, kontraksi baik, konsistensi keras, kandung kemih kosong, lokea sanguinolenta, luka bekas jahitan mulai mengering. Menurut Saleha (2009) tinggi fundus uteri pada 1 minggu post partum yaitu pertengahan pusat dan sympisis; pengeluaran pervaginam yaitu lochea sanguinolenta. Maka tidak terjadi kesenjangan antara teori

dan praktik. Dilakukan asuhan pada kunjungan ke II yaitu pendidikan kesehatan tanda bahaya ibu nifas, memantau pemenuhan kebutuhan nutrisi, istirahat tercukupi, tidak ada makanan pantang dan tidak ada keluhan. Menurut Saleha (2009) asuhan yang diberikan menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan; memastikan cukup istirahat, makanan, dan cairan; memastikan ibu menyusui dengan baik. Maka tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

Kunjungan III, 2 minggu post partum dengan hasil pemeriksaan tidak teraba fundus uteri, kandung kemih kosong, lochea serosa, luka bekas jahitan sudah mengering. Menurut Saleha (2009) tinggi fundus uteri pada 2 minggu post partum yaitu tidak teraba diatas symphysis; pengeluaran pervaginam yaitu lochea serosa. Maka tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik. Dilakukan asuhan pada kunjungan ke III yaitu memastikan tidak ada tanda bahaya pada Ny. Y, pemenuhan nutrisi ibu tercukupi, tidak ada makanan pantang dan tidak ada keluhan. Menurut Saleha (2009) asuhan yang diberikan menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan; memastikan cukup istirahat, makanan, dan cairan; memastikan ibu menyusui dengan baik. Maka tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

Kunjungan IV, 23 hari post partum dengan hasil pemeriksaan tidak teraba fundus uteri, kandung kemih kosong, lochea alba, luka bekas jahitan sudah menyatu. Menurut Saleha (2009) tinggi fundus uteri pada 2 minggu post partum yaitu tidak teraba diatas symphysis; pengeluaran

pervaginam yaitu lochea alba. Maka tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik. Dilakukan asuhan pada kunjungan ke IV yaitu memastikan adanya penyulit pada masa nifas dan memberikan pendidikan kesehatan alat kontrasepsi. Menurut Saleha (2009) asuhan yang diberikan menanyakan adanya penyulit yang dialami atau bayinya. Maka tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

BAB VI

PENUTUP

A. SIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan manajemen kebidanan dengan menggunakan pendekatan komprehensif dan pendokumentasian secara SOAP pada Ny. Y usia 40 tahun G₃P₂A₀ di Puskesmas Gajahan Surakarta dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas yang dilakukan dari tanggal 28 Februari 2017 sampai 3 Juni 2017. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan :

1. Mahasiswa mampu menganalisa dan melakukan asuhan kehamilan kepada Ny. Y dengan normal. Asuhan tercapai dan tidak ada komplikasi.
2. Mahasiswa mampu menganalisa dan melakukan rujukan persalinan kepada Ny. Y dengan kasus retensio plasenta, penanganan dilakukan manual plasenta. Kasus teratasi dan tidak ada komplikasi.
3. Mahasiswa mampu melakukan asuhan bayi baru lahir kepada By. Ny. Y dengan normal. Asuhan tercapai dan tidak ada komplikasi.
4. Mahasiswa mampu melakukan asuhan nifas kepada Ny. Y dengan normal. Asuhan tercapai dan tidak ada komplikasi.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan saran yang bermanfaat yaitu :

1. Puskesmas

Agar lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani kasus kebidanan komprehensif, baik sarana maupun tenaga kesehatan yang ada di puskesmas.

2. Institusi pendidikan

Agar lebih meningkatkan mutu pendidikan dalam proses pembelajaran baik teori maupun praktik. Agar mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang teori manajemen kebidanan komprehensif.

3. Masyarakat

Setiap wanita usia reproduksi yang siap menjadi ibu dapat melakukan konsultasi dan mengikuti anjuran yang diberikan bidan. Sehingga kesehatan ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir dan ibu nifas dapat terjamin.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, B. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Anggraini, Y. 2010. *Asuhan Kebidanan 1 (Kehamilan)*. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Bahiyatun. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta : EGC
- Damayati, dkk. 2015. *Buku Ajar: Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Deeplublish
- Darmayanti. 2014. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Retensio Plasenta Di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 1 (2), 77-81. Tersedia <http://ojs.uniska.ac.id/index.php/ANN/article/view/221> (Diakses tanggal 21 Juli 2017)
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2015. Profil Kesehatan Jawa Tengah. Tersedia <http://dinkesjatengprov.go.id> (Diakses tanggal 20 Maret 2017)
- Dewi, V. N. L dan Tri S. 2013. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
- Dewi, V. L. N. 2011. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Jakarta : Salemba Medika
- Depkes RI. 2013. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal, Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, JNPK-KR, Jakarta
- Destria, D. 2010. *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Tingkat pemahaman ibu hamil terhadap pesan antenatal care yang terdapat di dalam buku KIA*. UNDIP. 15. Tersedia <http://eprints.undip.ac.id/23310/> (Diakses tanggal 21 Juli 2017)
- Hidayat, A. A. 2010. *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Khotijah, Tri Anasari & Amik Khosidah. 2014. *Hubungan Usia Dan Paritas Dengan Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin*. Jurnal Ilmiah

Kebidanan, 5 (1), 27-32. Tersedia
<http://www.ojs.akbidylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/88> (Diakses
tanggal 21 Juli 2017)

Kumalasari, I. 2015. *Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta : Salemba Medika

Kumalasari, I. 2015. *Panduan Klinik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta: Salemba Medika

Kemenkes. 2014. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Salemba Medika

Laili, F. dkk. 2014. *Hubungan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri Menurut Rochjati Dengan Pelaksanaan Rujukan Oleh Bidan Di RSUD Gambiran Kediri*. 11. Tersedia <http://repository.unpad.ac.id/19697/> (Diakses tanggal 21 Juli 2017)

Lockhart, A. 2014. *Asuhan Kehamilan Fisiologis & Patologis*. Yogyakarta : Bina Rupa Aksara Publiser

Manuaba. dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC

Manuaba, dkk. 2012. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan*. Jakarta: Bina Pustaka

Maritalia, D. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Maryunani, A. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Trans Info Media

Martalia, D. 2011. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jogjakarta : Pustaka Pelajar

Mochtar, R. 2012. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : ECG

Muflihah, I. S. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Muslihatun, N. W dan Nanik, S. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Fitramaya

- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- Nanny, V dan Tri S. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
- Pantikawati, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan I*. Jakarta: Nuha Medika
- Prawiroharjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka
- Prawirohardjo, S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka
- Puspita, E. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Trans Info Media
- Rinata, E dan Iflahah. D. 2015. *Teknik Menyusui Yang Benar Ditinjau Dari Usia Ibu, Paritas, Usia Gestasi Dan Berat Badan Lahir Di RSUD Sidoarjo*. *Jurnal Kebidanan Midwiferia*. 1 (1). 59. Tersedia <http://ojs.umsida.ac.id/index.php/midwiferia/article/view/348> (Diakses tanggal 21 Juli 2017)
- Rochmah, dkk. 2009. *Asuhan Neonatus Bayi & Balita*. Jakarta : EGC
- Rukiyah, Y. 2013. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media
- Sari, D. N. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Saleha, S. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
- Sudarti, A. F. 2013. *Asuhan Kebidanan Neonatus Resiko Tinggi dan Kegawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sukarni. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Sulistiyorini, D. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Sujiyatini, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan (Persalinan)*. Yogyakarta : Rohima Press
- Surachmindari. 2013. *Konsep Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- Saifuddin, A. B. 2009. *Pelayanan Kebidanan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka

- Saifuddin. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Varney, dkk. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Wahyuni, S. 2011. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita*. Jakarta: EGC
- Winknjosastro, H. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Yeyeh, dkk. 2009. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Jakarta: Trans info media
- Yongki, dkk. 2012. *Asuhan Pertumbuhan Kehamilan, Persalinan, Neonatus, Bayi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Yulifah, R. 2013. *Konsep Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

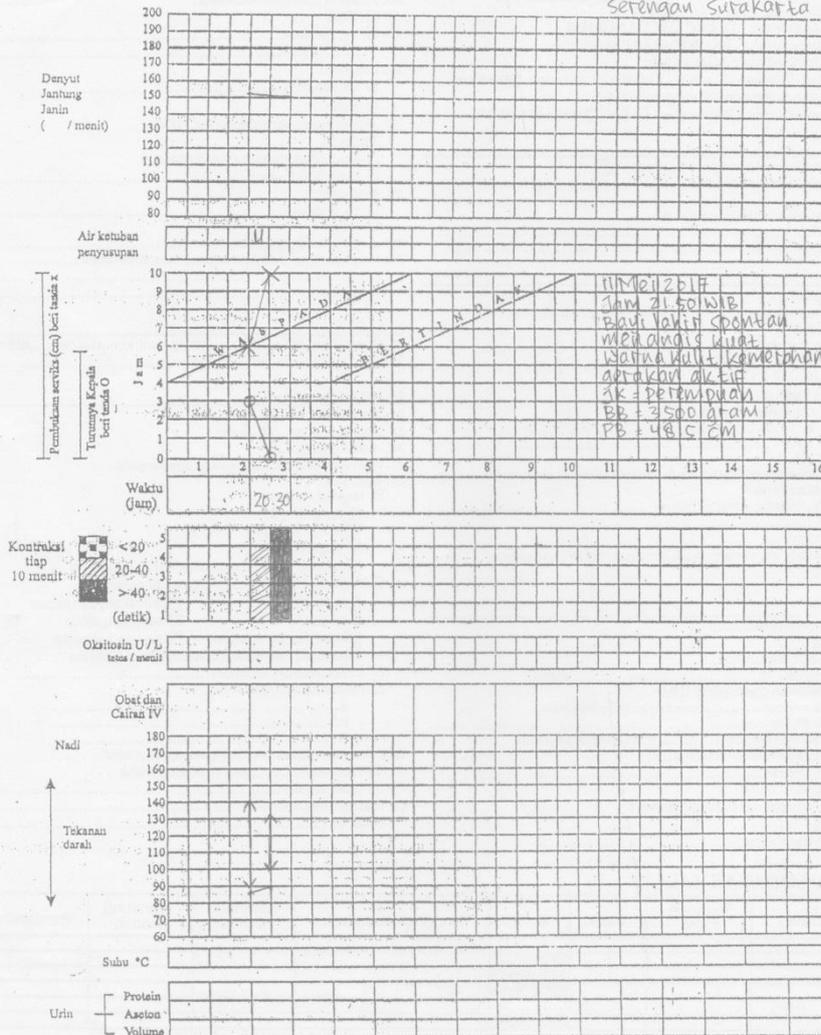
PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu / Bapak : Ny. Y / Tn. J Umur : 40 th / 41 th G. S. P. Z. A. R. Hamil 39⁷³ minggu

No. RB MSK Tanggal : 11 Mei 2017 Jam : 20:30 WIB

Ketuban pecah sejak jam WIB Mulas sejak jam 16.00 WIB Alamat : Danukusuman 3/8 Serengan

Serengan Surakarta



11 Mei 2017
Jam 21.50 WIB
Bayi lahir spontan
MPL 4015 gram
Warna kulit kemerahan
Aktif aktif
Sk = 9
BB = 3500 gram
PB = 48 cm

Makan terakhir : jam 21.00 Jenis : nasi Porsi : 5 sendok
Minum terakhir : jam 21.00 Jenis : teh Porsi : 1 gelas

Penolong
Agatha R.P.

INFORMED CONSENT
&
PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Selamat Pagi/Siang/Sore

Perkenalkan nama Saya....., mahasiswi Prodi Kebidanan STIKES Aisyiyah Surakarta semester VI. Dalam rangka pembelajaran klinik dengan model "Continuity of Care" atau asuhan kebidanan yang berkelanjutan sejak kehamilan hingga persalinan dan nifas, maka dibutuhkan kerjasama dan partisipasi ibu hamil sebagai mitra belajar dalam penerapan model pembelajaran tersebut. Dalam pembelajaran klinik *Continuity of Care*, saya akan di dampingi oleh bidan pembimbing yang telah ditunjuk oleh Prodi Kebidanan STIKES Aisyiyah Surakarta dan bidan Puskesmas yang bertugas di wilayah tempat tinggal ibu.

Saya berharap Ibu bersedia menjadi responden dalam program pembelajaran ini dimana akan dilakukan asuhan kebidanan selama kehamilan, persalinan dan nifas oleh mahasiswi bersama bidan pembimbing. Semua hal terkait pembelajaran klinik Ibu semata-mata untuk meningkatkan kesehatan ibu, pengembangan ilmu kebidanan dan kami akan menjamin kerahasiaannya.

Setelah Ibu membaca maksud dan kegiatan pembelajaran klinik kebidanan diatas, maka saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah ini.

Saya setuju dan ikut serta dalam penelitian ini.

Nama Ibu : YULIANI
Nama suami : JOKO SUMARNO
Alamat : DATUKUSUMAN 03/R
No Hp : 089606645230

Terima kasih atas kesediaan ibu ikut serta di dala, kegiatan pembelajaran klinik kebidanan ini.

Mahasiswa

Yang Menyetujui



(Agatha Maluria P.)



(Yuliani)

LEMBAR KONSULTASI

KARYA TULIS ILMIAH STUDI KASUS

Nama : Agatha Naluria Presty

NIM : A2014001

Pembimbing : Rina Sri Widayati, SKM, M.Kes

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. Y Di Puskesmas

Gajahan Surakarta.

Tanggal	Keterangan	Tanda Tangan
13 April 2017	konsultasi askeb Hamil I	
25 April 2017	ujian hamil / siklus I	
3 Mei 2017	ujian soca siklus I	
7 Mei 2017	konsultasi askeb persalinan	
29 Mei 2017	ujian soca siklus 2	
2 Juni 2017	konsultasi askeb nifas	
3 Juni 2017	ujian nifas	
15 Juni 2017	ujian soca siklus 3	
3 Juli 2017	konsul KTI	
10 Juli 2017	konsul KTI	
11 Juli 2017	konsul KTI	

LAMPIRAN







PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
 INSTALASI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. MOEWARDI SURAKARTA
 Jl. Kol. Sutarto No. 132 Telp. (0271) 637412-637413. Psw. 119

Hal : 1 dari 1

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

2	YULIANI (P)	Dokter	Muhammad Adharies Bachras, dr
2	DANUKUSUMAN^DANUKUSUMAN	Ruang	IGD
2	SERENGAN^SURAKARTA	Kamar	
2	1705110279	Tanggal terima	11.05.2017 (11:15:02 PM)
2	01378883	Pengambilan sampel	11.05.2017 11:29:26 PM
2	05.07.1977 (39 tahun)	Tanggal ACC	11.05.2017 (11:45:47 PM)
		Ket.Klinik	

CITO 90

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	RUJUKAN	METODE	KETERANGAN
HEMATOLOGI					
Hemoglobin	12.1	g/dl	12.0 - 15.6		
Hematokrit	39	%	33 - 45		
Leukosit	14.9	ribu/ul	4.5 - 11.0		
Limfosit	223	ribu/ul	150 - 450		
Neutrofil	4.34	juta/ul	4.10 - 5.10		
Platlet	B			AGLUTINASI	
HEMATOKIMIA					
Ureum Darah Sewaktu	169	mg/dl	60 - 140	HEXOKINASE	
IMUNOLOGI					
Ag Rapid	Nonreactive		Nonreactive	ICT	

Dokter Pengirim : LTY dr. Wisnu Prabowo, Sp.OC (K) NIP. 1966091220700011003	Surakarta, 11/05/17 Dokter Penerima, dr. Dharmayanti Elsa O Madya / OBGYN dr. Dharmayanti Elsa O Madya / OBGYN	Surakarta, 11.05.2017 Dokter PK, dr. N. Luthi Madya / Pat
---	---	--

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

DIISI OLEH PETUGAS KESEHATAN

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal : 08-08-2016
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 15-05-2017
 Lingkar Lengan Atas : 27 cm Tinggi Badan : 160 cm
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini :
 suntik 3 bln
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu : -
 Riwayat Alergi : -

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kep/Sul/Li	Diameter Janin (mm)
18/9	rasang awal	120/50	50	5 th	-	-	-
18/10	rasang	120/80	52	10 th	blm terata	-	-
22/11	fas.	120/80	53.8	15 th	3 fr & punt.	RAKE	140
20/12	fas.	110/80	55.1	19 th	16	RAKE	140
19/1	t.a.g.	110/70	56.5	23 rd	18-	RAKE	140
21/2	gatal	130/90	58	28 th	19	RAKE	150

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Hamil ke: 3 Jumlah persalinan: 2 Jumlah keguguran: 0
 Jumlah anak hidup: 2 Jumlah lahir mati: -
 Jumlah anak lahir kurang bulan: - anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir: 2
 Status imunisasi TT: _____ Imunisasi TT terakhir: _____ (bulan/tahun)
 Pendong persalinan terakhir: bidan
 Cara persalinan terakhir*: Spontan/Normal Tindakan _____

*Ber tanda pada kolom yang sesuai

Kec. Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (Terapi, TT/Fe Rujukan, Umpan Balik)	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan Tempat Pelayanan Nama Pemeriksa (Raf)	Kapan Harus Kembali
⊖	GO-B.	FDOAT W1 Flutanol 3x1	matan dikit tp sering	Timah MM Siti	1 bln
⊕		LBC. xv 1x1 kale 7 1x1		P. Saja yanti	22/16
⊕	tb 12.4 11r. 6/6 Hsg 8 GDS 82	kec 7 3x1. SF kale 7 1x1	baen? tado kalo ya kale	P. Saja anti	20/16
⊕		SF kale ut	farmologi keluar	P. Saja yanti	19/17
⊕	-	7. Lc	kelas hanip	P. Saja anti	21/17
⊕	-	7. Lc	tada bany khanitans	P. Saja anti	21/17
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					