

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. R
DI PUSKEMAS SIBELA SURAKARTA**

KARYA TULIS ILMIAH

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



**Oleh:
AMBAR KRISDIANI
NIM.A2014003**

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

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. R
DI PUSKEMAS SIBELA SURAKARTA**

Oleh:
AMBAR KRISDIANI
NIM. A2014003

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya
kebidanan pada Program Studi 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.R Di Puskesmas Sibela Surakarta” telah disetujui dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diujikan.

Oleh :
AMBAR KRISDIANI
NIM. A2014003

Surakarta, 12 Juli 2017

Menyetujui,

Pembimbing



Winarni, S.SiT., MPH
NIDN. 0622087101



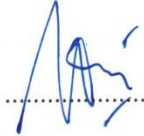
HALAMAN PENGESAHAN

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

Pada tanggal 15 juli 2017


TIM PENGUJI

TTD

- | | | |
|----------------|---|---|
| 1. Penguji I | : <u>Rina Sri Widayati, SKM., M.Kes</u>
NIDN. 0625097901 |  |
| 2. Penguji II | : <u>Istiqomah Risa W, SST., M.Kes</u>
NIDN. 0621068601 |  |
| 3. Penguji III | : <u>Winarni, S.SiT., MPH</u>
NIDN. 0622087101 |  |

MENGESAHKAN,

Ketua Program Studi D-III Kebidanan


Endang Sri Wahyuni, S.ST., M.Keb
NIDN. 0614028002



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, 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



Ambar Krisdiani
NIM. A2014003

KATA PENGANTAR

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

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

1. Mulyaningsih, S.Kep, Ners, M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kebidanan ‘Aisyiyah Surakarta.
2. Endang Sri Wahyuni, SST,M.Keb, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ‘Aisyiyah Surakarta.
3. Winarni, S.SiT, MPH, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ken Rehadi, S.SiT, selaku pembimbing lahan di Puskesmas Sibela, Mojosongo, Surakarta yang telah memberikan bimbingan dalam melaksanakan studi kasus di lapangan.
5. Ny. R selaku pasien beserta keluarga yang bersedia bekerja sama dengan baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan kebidanan Komprehensif.
6. Bapak, ibu, nenek, dan adik tercinta, terima kasih atas kasih sayang dan dukungan moril maupun materil untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Seluruh Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ‘Aisyiyah Surakarta yang telah mencurahkan waktu serta ilmunya kepada mahasiswa.
8. Teman-teman mahasiswa kebidanan, Hesti, Febriana, Fia, serta terkasih mas Deri Aivan terima kasih banyak 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 di berikan dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Surakarta, Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman judul	i
Halaman persetujuan	iii
Halaman pengesahan.....	iv
Halaman pernyataan.....	v
Kata pengantar	vi
Daftar isi	viii
Daftar tabel.....	xi
Daftar lampiran	xii
Daftar singkatan	xiii

BAB IPENDAHULUAN

A. LatarBelakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Penjelasan Judul.....	4
E. Tujuan	4
F. Manfaat	5

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan teori medis.....	6
1. Kehamilan	6
2. Persalinan	33
3. Bayi Baru Lahir	57

4. Nifas	70
B. Tinjauan Teori Manajemen	87
1. Manajemen Kebidanan pada Ibu Hamil	87
2. Manajemen Kebidanan pada Ibu Bersalin.....	105
3. Manajemen Kebidanan pada Ibu Nifas	109
4. Manajemen Kebidanan pada Bayi Baru Lahir	113
C. Landasan Teori	121
1. Asuhan Kebidanan Berkesinambungan	121
2. Standar Asuhan Kebidanan	122
3. Manajemen Asuhan Kebidanan	122
4. Kewenangan Bidan	126
BAB III METODOLOGI	128
A. Metode Penulisan	128
B. Sumber Data	128
C. Teknik Pengumpulan Data	129
D. Lokasi dan Waktu	129
E. Sistematika Penulisan	130
BAB IV TINJAUAN KASUS	133
A. Kehamilan	133
B. Persalinan	161
C. Bayi Baru Lahir	180
D. Nifas	197

BAB V PEMBAHASAN	232
A. Kehamilan	232
B. Persalinan	240
C. Bayi Baru Lahir	244
D. Nifas	249
BAB VI PENUTUP	255
A. Simpulan	255
B. Saran	256

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

halaman:

Tabel 2.1 Penilaian Bayi dengan APGAR SCORE	63
Tabel 2.2 Jadwal Kunjungan Ibu Nifas	74
Tabel 2.3 TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi	75
Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi TT	91
Tabel 2.5 TFU Sesuai Usia Kehamilan	98
Tabel 4.1 Hamil, bersalin, nifas, sebelumnya	135
Tabel 4.2 Menilai APGAR SCORE	175
Tabel 4.3 Observasi 2 Jam Post Partum	179
Tabel 4.3 APGAR SCORE	183

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman:

Lampiran 1 Lembar Konsultasi.....	257
Lampiran 2 Inform Consent.....	259
Lampiran 3 Identitas Pasien.....	260
Lampiran 4 Buku KIA	263
Lampiran 5 Partograf	264
Lampiran 6 Foto Dokumentasi.....	267

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: AngkaKematianIbu
AKB	: AngkaKematianBayi
ANC	: <i>Anteatal Care</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air SusuIbu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air kecil
BB	: BeratBadan
BBL	:Bayi Baru Lahir
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
CSS	:Cairan Serebrospinal
DinKes	: DinasKesehatan
DJJ	: DetakJantungJanin
DTT	: Desinfektan Tingkat Tinggi
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
KB	: KeluargaBerencana
Kemenkes	:Kementrian Kesehatan
KIA	: KesehatanIbudanAnak
KK	: Kulit Ketuban
KPD	: Ketuban Pecah Dini

LD	: Lingkar Dada
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
IM	: Intra Muskular
TBC	: Tuberculosis
TB	: TinggiBadan
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
USG	: <i>Ultra SonoGraf</i> i
UUB	: Ubun-ubun Besar
UUK	:Ubun-Ubun Kecil

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan ditentukan berdasarkan indikator AKI dan AKB. Angka kematian ibu diprovinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 mencapai 109,65 per 100.000 kelahiran hidup, capaian ini mengalami penurunan dibanding tahun 2015 yaitu 111,16 per 100.000 kelahiran hidup. AKB di Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 mencapai 99,9 per 1000 kelahiran hidup, capaian ini masih sama dengan AKB tahun 2015 (Dinkes Jateng, 2017:12).

Menurut Dinas Kesehatan Kota Surakarta pada tahun 2016 jumlah kematian ibu (AKI) sebesar 40,61 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 jumlah kematian ibu di Kota surakarta terdapat 5 kasus. Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Surakarta tahun 2016 sebesar 4,16 per 1000 kelahiran hidup. Terjadi penurunan dibandingkan dengan tahun 2015 Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 7,75 per 1000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Surakarta, 2016).

Puskesmas Sibela merupakan salah- satu puskesmas yang berada di Kota Surakarta. Tahun 2016 jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 0 kasus. Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 2 kasus. Mengetahui terjadinya resiko tinggi pada ibu hamil, setiap ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan penunjang. Proses persalinan dilayani diPuskesmas Sibela

apabila persalinannya normal tanpa penyulit. Kunjungan neonatus dan nifas rutin dilakukan sehingga mengurangi terjadinya resiko pada bayi dan juga ibu nifas. Puskesmas Sibela juga menggalakkan program keluarga berencana untuk membatasi angka kelahiran. Kehamilan, persalinan, bayi Baru Lahir dan nifas dengan penyulit dilakukan rujukan ketempat kesehatan yang lebih tinggi (Puskesmas Sibela, 2016).

Hasil data berdasarkan SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) baik AKI maupun AKB menunjukkan penurunan AKI 305 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 22,23 per 1000 kelahiran hidup. Data yang sudah diterangkan tersebut, maka kualitas pelayanan mulai dari antenatal, intranatal, neonatus dan postnatal menjadi hal yang harus ditingkatkan menjadi lebih berkualitas lagi (Laptah, 2016).

Berdasarkan hal tersebut, penulis bermaksud melakukan Asuhan Kebidanan *Komprehensif* mulai dari ibu hamil, bersalin sampai nifas serta penentuan KB yang digunakan ibu, sehingga diharapkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi dapat menurun.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka didapatkan rumusan masalah yaitu:

Bagaimana asuhan kebidanan pada Ny. R di Puskesmas Sibela, Mojosongo, Surakarta?

C. Ruang Lingkup

Penulis hanya membatasi karya tulis ilmiah pada asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. R di wilayah puskesmas Sibela Surakarta.

1. Lingkup Masalah

Pada kasus ini membatasi masalah pada aspek asuhan kebidanan pada masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan kontrasepsi di Puskesmas Sibela, Mojosongo, Surakarta.

2. Lingkup materi

Materi yang penulis gunakan untuk mempelajari kasus ibu hamil normal, bersalin, neonatus sampai masa nifas dan kontrasepsi (KB) adalah ilmu kebidanan yang diaplikasikan dalam asuhan kebidanan *komprehensif* melalui manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah varney (Pengkajian data, interpretasi data, diagnosa potensial, antisipasi, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi) dan SOAP (data subjektif, data objektif, assessment, planning)

3. Lingkup lokasi

Pengambilan data pada karya tulis ini diambil pada wilayah kerja puskesmas Sibela Surakarta.

4. Lingkup waktu

Pengambilan kasus ini dimulai pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni.

D. Penjelasan Judul

Asuhan kebidanan berkelanjutan atau *Komprehensif* adalah pelayanan yang diberikan pada siklus kehidupan yang dimulai dari kehamilan,

persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana. Jika pendekatan asuhan kebidanan berkelanjutan atau *Komprehensif* ini dilaksanakan maka memberi dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup ibu dan anak (Kemenkes, 2014:6)

E. Tujuan

a. Tujuan Umum

Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah memberikan Asuhan Kebidanan *Komprehensif* berdasarkan kompetensi dan kewenangan bidan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB. Melakukan pendokumentasian asuhan sesuai dengan prosedur yang berlaku.

b. Tujuan Khusus

- a) Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.R pada masa hamil wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta.
- b) Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.R pada masa persalinan wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta.
- c) Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.R pada masa neonatus wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta.
- d) Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.R pada masa nifas dan perencanaan Keluarga Berencana wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta.

F. Manfaat

- a. Bagi Bidan Puskesmas Sibela Mojosongo, Surakarta

Sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif khususnya pada profesi bidan dalam penatalaksanaan pada asuhan *komprehensif* sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana.

b. Bagi Institusi Pendidikan STIKES A'isyiyah Surakarta.

Hasil studi kasus ini sebagai bahan pertimbangan masukan untuk menambah wawasan atau khasanah keilmuan tentang asuhan kebidanan *Komprehensif* pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB sehingga dapat meningkatkan mutu pendidikan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian kehamilan normal

Kehamilan merupakan proses alamiah (normal) dan bukan proses patologis, tetapi kondisi normal dapat menjadi patologi/abnormal (Marmi, 2011: 16)

Kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010).

Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira-kira 280 hari (40 minggu). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur, kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan premature. Sedangkan kehamilan 37 sampai 42 minggu disebut kehamilan matur (cukup bulan). Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu kehamilan triwulan pertama (0–12 minggu), triwulan kedua (12-28 minggu) dan kehamilan triwulan ketiga umur kehamilan 28-40 minggu (Prawirohardjo, 2010: 213).

b. Pembagian Usia Kehamilan

Ditinjau dari tuanya kehamilan, Winkjosastro (2010:215) membagi kehamilan menjadi 3 bagian yaitu :

a) Kehamilan Triwulan Pertama

Triwulan pertama usia kehamilan dimulai saat terjadi pembuahan sperma terhadap sel telur sampai dengan usia kehamilan 12 minggu. Dalam triwulan pertama ini alat-alat tubuh janin mulai dibentuk.

b) Kehamilan Triwulan Kedua (Antara 12 sampai 28 minggu)

Triwulan kedua dimulai dari usia kehamilan 12 minggu sampai dengan 28 minggu. Dalam triwulan kedua alat-alat telah dibentuk, tetapi belum sempurna dan viabilitas janin masih disangsikan. Bila hasil konsepsi dapat dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus.

c) Kehamilan Triwulan Ketiga (Antara 28 sampai 40 minggu)

Triwulan ketiga atau triwulan terakhir adalah sejak kehamilan berusia 28 minggu sampai dengan 40 minggu. Janin yang dilahirkan pada triwulan terakhir ini sudah viable. Bila ini terjadi dibawah usia 36 minggu disebut partus prematurus. Kelahiran dari 38 minggu sampai 40 minggu disebut partus aterm.

c. Adaptasi anatomi dan fisiologi pada kehamilan trimester 3

a) Sistem Reproduksi

Istmus menjadi lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah Rahim. Pada 28 minggu fundus uteri terletak kira-kira tiga jari dari pusat atau $\frac{1}{3}$ jarak antara pusat dengan prosessus xipoideus (25 cm). 32 minggu fundus uteri terletak kira-kira antara $\frac{1}{2}$ jarak pusat dan prosessus xipoideus (27 cm). 36 minggu fundus uteri terletak kira-kira 3 jari dibawah prosessus xipoideus (33 cm).

b) System Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodelusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

Pada kehamilan tahap lanjut, pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat penggeseran uterus yang berat ke kanan akibat terdapat kolon rektosigmoid disebelah kiri. Perubahan – perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin.

c) System Respirasi

Pada 32 minggu ke atas karena usus – usus yang tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma kurang leluasa

bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas.

d) Kenaikan Berat Badan

Menurut IOM (2009) dalam Triwijayanti (2012: 2) merokomendasikan kenaikan berat badan dengan IMT sebagai indikatornya. Ibu hamil dengan IMT kurang ($<18,5 \text{ kg/m}^2$) harus memiliki kenaikan BB dengan rentang 12.5-18 kg, ibu hamil dengan IMT normal ($18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$) harus mencapai 11.5-16 kg. IMT lebih ($25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$) kenaikan BB sebesar 7-11,5 kg dan IMT obesitas ($>30,0 \text{ kg/m}^2$) kenaikan BB hamil sebesar 5-9 kg. Standar minimal lingkaran lengan atas pada wanita dewasa 23,5 cm, sesuai dengan teori (Kusmiyati, 2008 : 99).

Berat badan yang mengalami penambahan secara signifikan menjadi tanda terjadinya gangguan gestasional (preeklamsia). Sedangkan ibu dengan berat badan yang tidak mengalami peningkatan dapat menjadi faktor penyebab terjadinya pertumbuhan janin terhambat (Marmi, 2011: 206).

e) Sirkulasi Darah

Hemodilusi penambahan volume darah sekitar 25% dengan puncak pada usia kehamilan 32 minggu, sedangkan pada hematocrit mencapai level terendah pada minggu 30 sampai 32 karena setelah 24 minggu masa RBC terus meningkat tetapi volume plasma tidak.

Peningkatan RBC terus menyebabkan penyaluran oksigen pada wanita hamil lanjut mengeluh sesak nafas dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan meningkat untuk memenuhi kebutuhan bayi.

Aliran darah meningkat dengan cepat seiring pembesaran uterus. Walaupun aliran darah uterus meningkat 20 kali lipat, ukuran konseptus meningkat dengan cepat. Akibatnya oksigen di ambil dari darah uterus selama masa kehamilan lanjut.

f) System Muskuloskeletal

Sendi pelvik pada kehamilan sedikit dapat bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara mencolok.

Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring kedepan, penurunan tonus otot perut dan peningkatan berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang kurvatura spinalis. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan. Payudara yang besar dan posisi bahu yang bungkuk saat berdiri akan semakin membuat kurva punggung dan lumbal menonjol. Pergerakan menjadi lebih sulit. Struktur ligament dan tulang otot belakang bagian tengah dan bawah terdapat tekanan berat.

Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Akan tetapi wanita yang tua dapat mengalami gangguan punggung atau nyeri punggung yang cukup berat selama dan segera setelah kehamilan (Marmi, 2011:87).

Tanda dan Gejala Kehamilan yaitu:

a. Tanda Persumtif

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan yang dirasakan oleh ibu (subyektif) yang timbul selama kehamilan.

a) Yang termasuk tanda tidak pasti :

1) *Amenorhae* (tidak dapat haid)

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, *amenorhea* menandakan kemungkinan hamil. Gejala ini sangat penting karena wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan dengan menggunakan rumus dari Naegele.

Kadang-kadang amenorrhea disebabkan oleh hal-hal lain diantaranya penyakit berat seperti TBC, Thyphus, Anemia, atau karena pengaruh psikis misalnya karena perubahan lingkungan.

2) *Nausea* (mual) dan *emesis* (muntah)

Mual terjadi pada umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama disertai kadang-kadang muntah. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut morning sickness. Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologis, namun bila terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan hyperemesis gravidarum.

3) Mengidam

Mengidam merupakan menginginkan makanan atau minuman tertentu. Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

4) *Mammae* menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli pada *mammae*, sehingga glandula Montgomery tampak lebih jelas.

5) *Anoreksia* (tidak ada nafsu makan)

Terjadi pada bulan-bulan pertama, tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk “dua

orang”, sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

6) Sering kencing

Terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan hilang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul.

Pada akhir triwulan tiga gejala ini bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

7) Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormone steroid.

8) Pigmentasi Kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas. Pada pipi, hidung, dan dah, kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal dengan cloasma gravidarum (topeng kehamilan). Areola mammae juga menjadi lebih hitam dan linea alba. Hal ini terjadi karena pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

9) *Varises* (penekanan vena-vena)

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, fossa popliteal, kaki, dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang-kadang timbulnya varises merupakan gejala pertama kehamilan muda. (Marmi, 2014:138)

b) Tanda Kemungkinan Hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat obyektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Makin banyak tanda-tanda mungkin, makin besar kemungkinan kehamilan.

Yang termasuk tanda kemungkinan hamil yaitu :

1) Uterus membesar

Terjadi perubahan bentuk, besar, dan konsistensi Rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan makin lama makin bundar bentuknya.

2) Tanda *Hegar*

Konsistensi Rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah istmus. Pada

minggu-minggu pertama istmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi istmus pada triwulan pertama mengakibatkan istmus menjadi panjang dan lunak. Sehingga jika kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut diatas simpisis, maka istmus ini tidak teraba seolah olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus.

3) Tanda *Chadwick*

Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide).Warna portio pun tampak livide, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

4) Tanda *Piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi didaerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut.

5) Tanda *Braxston Hicks*

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena

berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

6) *Goodell Sign*

Di luar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti kita merasakan ujung hidung, dalam kehamilan serviks menjadi lunak pada perabaan selunak bibir, atau ujung bawah daun telinga.

7) Reaksi Kehamilan Positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *human chorionic gonadotropin* pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnose kehamilan sedini mungkin.

c) Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti adalah tanda-tanda obyektif yang didapatkan oleh pemeriksa yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnose pada kehamilan.

Yang termasuk tanda pasti kehamilan :

1) Terasa Gerakan Janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibu pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu, karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. Pada

bulan ke IV dan V janin itu kecil dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka anak melenting didalam rahim. Ballottement ini dapat ditentukan dengan pemeriksaan luar maupun dengan jari yang melakukan pemeriksaan dalam. Ballottement di luar rahim dapat ditimbulkan oleh tumor-tumor bertangkai dalam ascites seperti fibroma ovarii. Karena seluruh badan janin yang melenting maka ballottement semacam ini disebut ballottement in toto untuk membedakan oleh kepala sajanpada kehamilan yang lebih tua (Marmi, 2011: 104).

2) Teraba Bagian-bagian Janin

Bagian-bagian janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua.

3) Denyut Jantung janin

Denyut jantung janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan menggunakan : Fetal Elektrokardiograph pada kehamilan 12 minggu, system Doppler pada kehamilan 12 minggu, stetoskop laenee pada kehamilan 18-20 minggu.

- 4) Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen

Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambaran janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin, dan diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan (Marmi, 2011:104).

d. Ketidaknyaman Ibu Hamil Trimester III dan Cara Mengatasi

1) Hemoroid

Menurut Marmi (2011: 130) hemoroid didahului dengan konstipasi progesteron mempercepat relaksasi otot polos yang menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah. Tekanan rahim yang sedang bertumbuh terhadap vena-vena di sekeliling rektum dan anus menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Konstipasi karena feses keras juga merupakan faktor terjadinya hemoroid. Cara mengatasi:

- a)Perubahan diit makanan.
- b) Rendam duduk.
- c) Hindari konstipasi
- d) Hindari mengejan saat defekasi
- e) Mandi berendam dengan air hangat
- f) Tirah baring dengan cara mengefaskan panggul dan ekstermitas bagian bawah

2) Sesak Nafas

Sesak nafas disebabkan oleh perubahan pernafasan akibat progesteron dan peningkatan laju metabolik maternal dan konsumsi oksigen janin yang menimbulkan ibu tidak dapat mengambil nafas. Sehingga hal ini menimbulkan sesak kehamilan, yaitu suatu tarikan nafas dalam yang disengaja untuk mencoba meningkatkan cadangan pernafasan. Tekanan dari pembesaran uterus pada diafragma semakin memperberat sesak nafas. Cara mengatasi:

- a) Peregangan lengan di atas kepala.
- b) Mengayun lengan dalam keadaan melingkar.

2) *Insomnia*

Insomnia biasanya terjadi pada pertengahan kehamilan disebabkan oleh perasaan gelisah, khawatur ataupun bahagia, ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, bangun di tengah malam karena nocturia, dyspnea, heartburn, sakit otot, stress dan cemas (Marmi, 2011: 138).

Cara mengatasi:

- a) Gunakan teknik relaksasi
- b) Merencanakan waktu tenang sebelum tidur.
- c) Membatasi asupan cairan sebelum tidur.
- d) Menggunakan bantal penyokong abdomen, punggung, dan tungkai.

- e) Mandi air hangat dan massase.
- f) Minum susu hangat dan teh daun *rausberry*.

3) Sering Kencing

Frekuensi berkemih pada trimester ketiga terjadi akibat efek lightening, yaitu bagian presentasi akan masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan pada kandung kemih. Tekanan ini mengakibatkan ibu selalu ingin berkemih. Uterus yang membesar mengakibatkan ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil (Marmi 2011: 134). Cara mengatasi:

- a) Menjelaskan fisiologi sering kencing.
- b) Batasi masukan cairan sebelum tidur.

4) Kram Tungkai

Kram kaki biasanya didefinisikan sebagai kontraksi tonik atau klonik tiba-tiba otot gastroknemius, biasanya terjadi pada malam hari. Hal ini disebabkan adanya perubahan rasio kalsium/fosfor dan kekurangan magnesium atau penambahan asam laktat dalam otot. Biasanya terjadi pada trimester II dan III (Marmi, 2011 : 136). Menurut jurnal penelitian Ritma Ikhtiarini, Kharisah Diniyah (2015) dengan judul “Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Trimester III dengan Kehamilan Normal di BPS Pipin Heriyari Yogyakarta” untuk mengatasi kram pada kaki disarankan ibu untuk istirahat, memberikan kompres hangat

berbaring dan merebahkan diri dan bangun perlahan, serta tetap mengonsumsi kalsium yang diberikan.

Cara meringankan/mencegah:

- a) Hindari posisi berbaring terlentang
- b) Hindari posisi berdiri untuk waktu lama, istirahat dengan berbaring ke kiri dengan kaki agak ditinggikan
- c) Angkat kedua kaki ketika duduk/istirahat
- d) Lakukan senam teratur

5) Kontraksi *Braxton Hicks*

Kontraksi *Braxton Hicks* meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan, hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah *reseptor* oksitosin dan *gap junction* diantara sel-sel miometrium yang akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu (Prawiroharjo, 2010). Pada bulan terakhir kehamilan, kontraksi *Braxton Hicks* dapat terjadi setiap 10 sampai 20 menit dan dapat menimbulkan rasa tidak enak, Cara mengatasi:

- a) Istirahat.
- b) Ubah posisi.
- c) Lakukan teknik bernafas saat kontraksi mengganggu.

6) Nyeri Punggung Bawah

Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri

ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan postur tubuh. Perubahan – perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Nyeri punggung juga dapat merupakan akibat membungkuk berlebihan, berjalan tanpa istirahat dan angkat beban terutama bila salah satu atau semua kegiatan ini dilakukan saat lelah.

Cara mengatasi :

- a) Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban dan berjalan tanpa istirahat.
- b) Gunakan sepatu tumit rendah.
- c) Menggunakan penyokong *abdomen*
- d) Kompres hangat punggung dan beri pijatan pada punggung
- e) Bila tidur posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal untuk meluruskan punggung.

Menurut jurnal penelitian Ritma Ikhtiarini, Kharisah Diniyah (2015) dengan judul “ Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Trimester III dengan Kehamilan Normal di BPS Pipin Heriyari Yogyakarta” dengan hasil asuhan yang diberikan kepada ibu hamil trimester III dengan keluhan nyeri punggung seperti istirahat cukup, tidur menggunakan bantal untuk meluruskan punggung, posisi tidur dengan miring kekanan atau kiri, menghindari pekerjaan dengan beban berat, massase daerah pinggang dan punggung serta mengikuti senam hamil.

Menurut jurnal penelitian oleh Isma 'ul Lichayati dan Ratih Indah Kartikasari berjudul “Hubungan Senam Hamil Dengan Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Di Polindes Desa Tlank Kecamatan Kedungpring Kabupaten Lamingan” mengatakan bahwa hampir sebagian ibu hamil di POLINDES Desa Tlank mengikuti senam hamil secara teratur sehingga tidak mengalami nyeri punggung.

7) Konstipasi

Progesteron menyebabkan otot polos berelaksasi sehingga menurunkan *motilitas* usus. Di usus akan terjadi penyerapan air sehingga *feses* keras. Cara Mengatasi :

- a) Menganjurkan untuk meningkatkan cairan, diit serat, banyak sayur serta buah
- b) Melakukan masase uterus searah jarum jam untuk meningkatkan gerak *peristaltik*.

8)Nyeri Ulu Hati

Nyeri ulu hati merupakan refluks isi lambung yang asam menuju esofagus bagian bawah. Isi lambung bersifat asam karena asam hidroklorida. Keasaman ini menyebabkan tenggorokan terbakar dan terasa tidak enak.

Cara Mengatasi :

- a) Makan dalam porsi kecil tapi sering
- b) Hindari makan berlemak dan pedas.

c) Upayakan minum susu murni daripada susu manis.

9)Sakit kepala

Biasanya terjadi pada trimester II dan III. Akibat kontraksi otot/spasme otot(leher, bahu, dan penegangan pada kepala), serta kelelahan. Tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah

Cara mengatasi:

- a) Teknik relaksasi
- b) Memassase leher dan otot bahu
- c) Penggunaan kompres panas/es pada leher
- d) Istirahat
- e) Mandi air hangat

e. Tanda Bahaya dalam Masa Kehamilan

a) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum kelahiran. Perdarahan pada akhir kehamilan, perdarahan tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan seperti ini bias berarti plasenta previa atau solusio plasenta.

b) Sakit Kepala yang Hebat dan Menetap

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum terjadi dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal selama

kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami kehilangan penglihatan yang menjadi kabur dan baying-bayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah salah satu gejala dari eklamsi preeklamsi.

c) Nyeri Abdomen yang Hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah hebat, menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrubasio plasenta, ISK dan lain-lain.

d) Bengkak pada Muka dan Tangan

Hampir setengah dari ibu-ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah istirahat atau meletakkan kaki lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka, tangan, tidak hilang dengan istirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini bias merupakan pertanda gagal jantung atau preeklamsi.

e) Gerakan Bayi Kurang dari biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke 5 dan ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Marmi, 2011: 216-225).

f. Konsep dasar asuhan

a) Definisi Asuhan Kehamilan (ANC)

Asuhan kehamilan adalah asuhan ibu hamil oleh bidan yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk menjamin keamanan dan kepuasan serta kesejahteraan ibu dan janin selama periode kehamilan.

Asuhan *antenatal* adalah suatu program terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medis pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan.

Pelayanan *antenatal* meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum kebidanan), pemeriksaan laboratorium atas indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai resiko yang ada). Pelayanan asuhan standar minimal termasuk '7 T' yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri,

pemberian imunisasi tetanus toksoid lengkap, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

a. Tujuan *Antenatal Care*

Tujuan *antenatal care* adalah :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali sejak dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan menyiapkan untuk pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

b. Manfaat Antenatal Care

Manfaat asuhan antenatal bagi ibu adalah mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan, menegakkan dan mengobati ibu yang dapat mempengaruhi kehamilan, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil untuk menghadapi persalinan, meningkatkan kesehatan ibu setelah persalinan dan untuk dapat memberikan ASI. Konseling dalam pemakaian alat kontrasepsi KB, memberikan nasehat dan petunjuk berbagai masalah yang berkaitan dengan kehamilannya serta berusaha menetapkan penggolongan kehamilan dengan resiko meragukan atau resiko tinggi akan dapat menentukan pertolongan persalinan yang aman.

Manfaat untuk janin adalah memelihara kesehatan ibu sehingga dapat mengurangi persalinan prematur, berat bayi lahir rendah, juga meningkatkan kesehatan bayi sebagai titik awal kualitas sumber daya manusia.

g. Jadwal Pemeriksaan *Antenatal Care*

Jadwal pemeriksaan kehamilan adalah sebagai berikut :

- 1) Usia kehamilan dari pertama haid sampai 28 minggu, setiap 4 minggu.
- 2) Usia kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu, setiap 4 minggu.

3) Usia kehamilan diatas 36 minggu, setiap 1 minggu (Marmi, 2011:10-14).

h. Pengertian Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah upaya untuk menetapkan atau memberi batasan sela antara kehamilan yang lalu dengan kehamilan yang akan datang (Alwi, 2005).

Pengaturan jarak kehamilan merupakan salah satu usaha agar pasangan dapat lebih menerima dan siap untuk memiliki anak. Perencanaan pasangan kapan untuk memiliki anak kembali, menjadi hal penting untuk dikomunikasikan. 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).

Faktor usia juga merupakan salah satu faktor dalam menentukan jarak kehamilan dimana pada saat merencanakan kehamilan yang harus dihindari antara lain empat T yaitu:

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

Faktor usia merupakan faktor 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 dibawah 30 tahun dan tidak mempunyai masalah kesehatan yang membahayakan kehamilan maka masih mempunyai kesempatan untuk mengatur jarak kehamilan (Dwijayanti, 2005).

Secara medis, rahim sebenarnya sudah siap untuk hamil kembali tiga bulan setelah melahirkan. Namun berdasarkan catatan statistik penelitian bahwa jarak kelahiran yang aman antara anak satu dengan lainnya adalah 27 sampai 32 bulan. Pada jarak ini si ibu akan memiliki bayi yang sehat serta selamat saat melewati proses kehamilan (Agudelo, 2007).

Penelitian The Demographic and Health Survey, menyebutkan bahwa anak-anak yang dilahirkan 2-5 tahun setelah kelahiran anak sebelumnya, memiliki kemungkinan hidup sehat 2,5 kali lebih tinggi daripada yang berjarak kelahiran kurang dari 2 tahun, maka jarak kehamilan yang aman adalah 2-5 tahun (Yolan, 2007).

Menurut jurnal penelitian Izwa Rifdiani (2016), yang berjudul Pengaruh Paritas, BBL, Jarak Kehamilan dan Riwayat Perdarahan

terhadap Kejadian Perdarahan Post Partum jarak kehamilan yang pendek secara langsung akan memberikan efek pada kesehatan wanita maupun janin yang dikandung. Wanita setelah melahirkan membutuhkan waktu 2 sampai 3 tahun untuk memulihkan tubuhnya dan mempersiapkan diri untuk kehamilan dan persalinan selanjutnya. Akibat dari belum pulihnya organ reproduksi pada wanita menyebabkan belum maksimalnya pembentukan cadangan bagi janin dan untuk ibu sendiri. Bagi ibu sendiri meningkatkan resiko terkena anemia akut yang memiliki dampak terhadap bayi yaitu bayi lahir prematur, dan keguguran.

Menurut jurnal penelitian Verdani Leoni Edrin, dkk (2012), yang berjudul Gambaran Karakteristik Ibu Hamil pada Persalinan Preterm di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2012 menyatakan bahwa jarak persalinan <2 tahun akan menyebabkan seorang ibu belum cukup waktu untuk memulihkan kondisi tubuhnya setelah melahirkan sebelumnya, kondisi tubuh kurang sehat ini penyebab kematian ibu dan bayi yang dilahirkan salah- satunya persalinan preterm.

i. Resiko dalam Menentukan Jarak Kehamilan

Wanita yang melahirkan dengan jarak yang sangat berdekatan (< 2 tahun) akan mengalami resiko antara lain (BKKBN, 2007) :

- a. Resiko perdarahan trimester III.
- b. Anemia.

- c. Kematian saat melahirkan.
- d. Partus Presipitatus.
- e. Keguguran
- f. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
- g. Bayi Lahir Prematur
- j. Efek jarak kehamilan terlalu dekat pada anak

Jarak kehamilan atau kelahiran yang berdekatan juga dapat memicu pengabaian pada anak pertama secara fisik maupun psikis, yang dapat menimbulkan rasa cemburu akibat ketidaksiapan berbagi kasih sayang dari orang tuanya (Yolan, 2007).

- k. Pengertian kehamilan Post Term

Kehamilan post term disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, kehamilan lewat bulan, atau pasca maturitas, adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari), atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegle dengan siklus haid rata-rata 28 hari (Prawirohardjo, 2010:686).

Menurut jurnal penelitian yang berjudul Diana Handaria, (2001) yang berjudul Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kehamilan Lewat Bulan menyatakan bahwa kehamilan post date, post term adalah kehamilan yang berlangsung setelah 42 minggu atau lebih terhitung dari permulaan haid yang disusul ovulasi kurang lebih 2 minggu kemudian. Menurut jurnal penelitian Khusen Denny,

(2016) yang berjudul “Kehamilan Post Term” mengatakan bahwa kehamilan post term disebut juga kehamilan lewat bulan , post date dan berlangsung lebih atau sama dengan 42 minggu atau lebih dari 294 hari sejak hari pertama haid terakhir.

1. Skrining/ Deteksi dini ibu resiko tinggi

Deteksi dini menggunakan Skor Poedji Rohjati mengatakan bahwa ibu hamil memiliki skor 2, jarak kehamilan < 2 tahun skor 4 jadi jumlah skor sebanyak 6. Pengelompokan kehamilan beresiko yaitu KRR(Kehamilan Resiko Rendah) skor Poedji Rochjati 2, KRT (Kehamilan Resiko Tinggi) skor Poedji Rochjati 6-10, KRST (Kehamilan Resiko Sangat Tinggi) skor Poedji Rochjati > 12 (KIA, 2015:32).

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Sulistyawati, 2010: 4).

Menurut cara persalinan dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Partus biasa (normal) atau disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi, umumnya

berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan normal dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.

2) Partus luar biasa (abnormal) adalah persalinan per vaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi *sectio caesaria* (Mochtar, 2011: 69).

3) Sebab- sebab mulainya persalinan

Hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum di ketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks, antara lain :

a) Teori penurunan hormon

Saat satu sampai dua minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan adanya his.

b) Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, *villi chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

c) Teori *distensi* rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenter.

d) Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, maka akan timbul kontraksi rahim.

e) Teori *oksitosin*

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

f) Teori *hipotalamus- pituitari dan Glandula Suprarenalis*

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

g) Teori *prostaglandin*

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

h) Induksi persalinan

Persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut
 Gangang laminaria: dengan cara laminaria dimassukan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *fleksus frankenhauser*. Amniotomi: pemecahan ketuban. Oksitosin drip: pemberian oksitosin menurut tetesan per infus (Mochtar, 2011:70).

b. Tanda-tanda permulaan persalinan

Ligtening atau *settling* atau *dropping* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida, pada multigravida tidak begitu jelas karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan, Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun, Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin, Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus kadang-kadang disebut "*false labor pains*", Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah mungkin bercampur darah (Mochtar, 2011:70).

c. Tanda-tanda Inpartu

Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur, Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan telah ada pembukaan (Mochtar, 2011: 70).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar, Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot dinding perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen dengan kerjasama yang baik dan sempurna (Asrinah dkk, 2010: 9-10).

Faktor janin (*passanger*) meliputi sikap janin, letak presentasi, bagian terbawah, dan posisi janin. Sikap janin (*Habitus*) adalah hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya berada dalam sikap fleksi, dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, lengan bersilang dada. Letak (*Situs*) adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang yaitu sumbu janin tegak lurus terhadap sumbu ibu. Letak membujur, yaitu sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa berupa letak kepala atau letak sungsang. Presentasi Adalah bagian terbawah janin, yang dijumpai ketika palpasi tau pemeriksaan dalam. Posisi janin menunjukkan hubungan bagian janin tertentu (penyebut misalnya:

ubun-ubun kecil, dagu, atau sakrum) dengan bagian kiri, kanan depan lintang (lateral) dan belakang dari jalan lahir (Asrinah dkk, 2010 : 12-13, Sulistyawati, 2010:33).

Faktor jalan lahir (*passage*) Jalan lahir dibagi atas bagian tulang yang terdiri atas tulang- tulang panggul dengan persendiannya (artikulasio); dan bagian lunak yang terdiri atas otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligamen-ligamen (Asrinah, 2010: 15).

Bidang-bidang Hodge di pelajari untuk menentukan sampai di manakah bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan, bidang hodge dibagi menjadi empat yaitu: Bidang Hodge I adalah bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang Hodge II adalah bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis. Bidang Hodge III adalah bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I dan II terletak setinggi spina ischiadika kanan dan kiri. Bidang Hodge IV adalah bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I, II, dan III terletak setinggi os koksigis (Prawirohardjo, 2009: 195).

e. Mekanisme persalinan

Merupakan gerakan-gerakan utama bagian terendah janin pada presentasi kepala pada kala II persalinan:

a) *Engagment*

Karena adanya his atau kontraksi, kepala janin terfiksasi ke pintu atas panggul dalam posisi sutura sagitalis melintang dimana tubuh

janin semakin fleksi, dengan catatan tidak ada kelainan panggul baik pada jalan lahir keras maupun lunak, serta janin dan anggur dalam ukuran normal, peristiwanya dinamakan *sinklitismus*.

b) *Descent*

Terjadi penurunan kepala, sutura sagitalis mendekati simpisis, peristiwanya dinamakan *asinklitismus posterior*.

c) *Fleksi*

Tubuh janin semakin fleksi sehingga sutura sagitalis mendekati promontorium, peristiwanya disebut *asinklitismus anterior*.

d) *Fleksi maksimal*

Kepala janin dalam posisi fleksi maksimum, mentum mendekati dada, sehingga kepala janin pada bagian terkecil masuk dan berjalan ditengah jalan lahir ke rongga tengah panggul, peristiwanya disebut *sinklitismus*.

e) *Rotasi internal*

Putaran paksi dalam saat bagian terndah janin atau kepala menyentuh dasar panggul, sehingga sutura sagutalis berada pada posisi anterior-posterior, yaitu dalam pintu tengah panggul.

f) *Ektensi*

Kepala mengadakan gerakan ekstensi sehingga sub occiput berada di bawah symphysis sebagai hipomoklion dan sebagai usaha untuk melahirkan kepala.

g) *Ekspulsi kepala janin*

Berturut-turut lahirlah UUB, dahi, glabella, orbita, fossa canina dan dagu.

h) *Rotasi eksterna*

Kepala diluar vulva mengadakan putaran paksi luar sebagai usaha penyesuaian arah muka dengan punggung janin kemudian terjadi putaran paksi luar (restitusi) yaitu bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, pertamanya bahu depan lahir dibawah arcus pubis dan berfungsi sebagai titik tumpu untuk kelahiran bahu belakang melalui jarak yang lebih jauh di sepanjang dinding posterior vagina. Selanjutnya seluruh badan dan ekstremitas bayi lahir seluruhnya (Sulistyawati, 2010: 110).

f. Pembagian Tahap Persalinan

a) Kala I (kala pembukaan)

Inpartu (partus mulai) di tandai keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*). Karena serviks mulai membuka (*dilatasi*) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pegeseran ketika serviks mendatar dan terbuka.

Kala pembukaan di bagi menjadi dua fase:

1) Fase laten : dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, sampai pembukaan 3 cm berlangsung dalam 7-8 jam

2) Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi tiga sub fase:

Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4cm.

Periode dilatasi maksimal (*steady*) : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

b) Kala II (kala pengeluaran janin)

Pada kala ini pengeluaran janin, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar, karena tekanan pada rektum dengan tanda anus terbuka. Ibu merasakan adanya peningkatan penigkatan tekanan pada rektum dan vaginanya. Tekanan pada rektum dan vagina disebabkan oleh daya dorong dan turunya kepala ke dasar panggul.

Perineum menonjol yang di sebabkan oleh penurunan kepala janin sebagai akibat dari kontraksi, yang semakin sering. Vulva vagina dan sfingter ani membuka terjadi akibat adanya tahanan kepala janin pada

perineum. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah merupakan lendir yang berasal dari jalan lahir akibat turunnya kepala janin ke dasar panggul. Dengan adanya his dan ibu mengejan yang terpinpin akan lairlah kepala, diikuti oleh badan janin. Kalau pada primigravida 1,5-2 jam pada multigravida 0,5-1 jam.

c) Kala III (kala pengeluaran uri)

Setelah bayi lahir kontraksi rahim uterus teraba keras dengan ukuran fundu uteri teraba setinggi pusat berisi plasenta yang menjadi tebal dua kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian datang his pelepasan dan pengeluaran uri dalam waktu 5-15menit seluruh plasenta terlepas ke dalam vagina yang akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan di atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah lahir bayi. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2011; 79-80).

d) Kala IV (kala pengawasan)

Adalah melakukan pengawasan setelah uri lahir 1-2 jam pertama. Kehilangan darah pada persalinan biasa disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Jumlah perdarahan rata-rata dianggap normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Apabila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut sudah dianggap abnormal dan harus dicari sebab-sebabnya. Jangan

meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan uri lahir.

Menurut (Mochtar, 2011: 81-83).

a. Asuhan Persalinan Normal (APN)

Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II

1) Mendengarkan dan melihat adanya tanda-tanda persalinan kala dua.

Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran, ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum/ vaginanya, perineum menonjol, vulva, vagina dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial untuk

menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL.

Untuk asfiksia tempat datar dan keras 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci

kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai atau pribadi yang bersih.

5) Memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

- 6) Menghisap oksitosin 10 IU ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air didinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi)
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskanya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

10) Memeriksa Denyut jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam keadaan baik dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya dicatat pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.

Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya, menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan, menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada untuk meneran. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya. Anjurkan keluarga untuk memberi semangat pada ibu. Berikan cukup asupan cairan. Menilai DJJ setiap

kontraksi uterus selesai. Segera rujuk bila bay tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam meneran (multigravida).

- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu
- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. Persiapan
Pertolongan Kelahiran Bayi
- 19) Saat tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal. Dengan lembut, menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai. Jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi

- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat di lahirkan.
- 24) Setelah tubuh dari tangan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan Bayi Baru Lahir

- 25) Melakukan penilaian, apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak kesulitan. Jika bayi tidak bernafas tidak menangis lakukan resusitasi.

- 26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan kain kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 28) Beritahu ibu bahwa dia akan di suntik oksitosin 10 unit agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin secara IM di 1/3 paha bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
- 31) Memotong dan mengikat tali pusat, dengan satu tangan memegang tali pusat yang telah dijepit dan lakukan penjepitan tali pusat antara 2 klem tersebut atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan satu simpul kunci pada sisi lainnya. Lepaskan klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 33) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bayi sehingga bayi menempel di dada ibu/ di perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari posisi puntung payudara ibu.

- 34) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

- 35) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
- 36) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis untuk mendekati. Tangan lain meregangkan tali pusat.
- 37) Setelah uterus berkontraksi regangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso kranial secara hati-hati. Untuk mencegah inversio uterus jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangkan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
- 38) Lakukan peregangkan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit meregangkan tali pusat : beri dosis ulang oksitosin 10 unit IM. Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Ulangi peregangkan tali pusat 15 menit berikutnya. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.

39) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan. Dan jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

40) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir lakukan masase uterus, letakkan tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

Menilai Perdarahan.

41) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun janin dan pastikan selaput ketuban utuh dan lengkap, masukan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

42) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penilaian bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Melakukan Prosedur Pasca Persalinan.

43) Pastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

44) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit dengan ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya

- berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu selama satu jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
- 45) Setelah satu jam lakukan penimbangan dan pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K mb IM di paha kiri anterolateral.
 - 46) Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan. Letakkan kembali bayi di dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
 - 47) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan setiap 15 menit pada 1 jam kedua pasca persalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri.
 - 48) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase dan menilai kontraksi.
 - 49) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
 - 50) Memeriksa nadi dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan. Memeriksa suhu ibu sekali setiap jam selama 2 jam

pertama pasca persalinan. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

- 51) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5⁰C).
- 52) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 53) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 54) Bersihkan ibu dengan menggunakan air Desinfektan Tingkat Tinggi (DTT). Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 55) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 56) Dekontaminasikan tempat tidur dengan larutan klorin 0,5 %
- 57) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin selama 10 menit.
- 58) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Lengkapi partograf (JNPK-KR, 2008:18-23).

g. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi baru lahir. Rencana rujukan harus dikaji ulang pada ibu dan keluarga. Bila ibubelum membuat rencana rujukan selama kehamilannya, penting untuk dapat mendiskusikan rencana tersebut dengan ibu dan keluarganya diawal persalinan.

Untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan, maka singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan:

B (Bidan) : Pastikan ibu atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawatdarurat obstetrik dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu/ bayi dn mengapa ibu dan bayi dirujuk. Jelaskan kepada mereka alasan dilakukan rujukan tersebut. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menemani hingga ke fasilitas rujukan.

S (Surat) : berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus

memberikan identifikasi mengenai ibu/ bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/ bayi baru lahir. Sertakan partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik, jika ada.

O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama perjalanan.

K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu pastikan kondisi cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) : ingatkan pada keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan selama ibu dan bayi difasilitas rujukan kesehatan.

D (Darah) : Siapkan orang yang akan menjadi pendonor darah jika transfusi diberikan (Sujiyantini, 2011: 21-24).

h. Persalinan dan pelahiran presipitatus

Persalinan yang berakhir dengan pelahiran yang kurang dari 3 jam setelah awalan kontraksi uterus dianggap sebagai persalinan cepat atau presipitatus. Bahayanya meliputi persalinan pada

lingkungan yang tidak tepat atau tidak steril dengan resiko trauma pada janin dan ibu.

His yang terlalu kuat dan terlalu sering, sehingga tidak terdapat kesempatan relaksasi otot rahim. Akibat dari tetania uteri dapat terjadinya partus presipitatus. Partus presipitatus ini adalah persalinan yang berlangsung dalam waktu 3 jam yang dapat mengakibatkan hal menjadi fatal seperti:

- a) Terjadinya persalinan tidak pada tempatnya.
- b) Terjadi trauma janin, karena tidak terdapat persiapan dalam persalinan.
- c) Trauma jalan lahir ibu yang luas dan menimbulkan perdarahan, inversio uteri (Manuaba, 2010:372).

Persalinan dan kelahiran presipitatus kemungkinan besar terjadi pada kondisi berikut:

- a) Jika terdapat beberapa hambatan untuk kelahiran. Dengan penipisan serviks berdilatasi 3 cm atau lebih, kemungkinan lebih sedikit bahaya jika persalinan dipimpin dengan benar dilingkungan yang tepat. Ibu dengan riwayat persalinan presipitatus harus masuk rumah sakit dengan usia kehamilan 38 minggu untuk dilakukan induksi persalinaan untuk mengatasi masalah.
- b) Persalinan cepat terjadi setelah sensitivitas atau penggunaan oksitosin yang berlebihan. Janin didorong cepat melalui jalan

lahir dengan kontraksi uterus sering yang kuat. Hipoksia janin dan trauma yang disertai dengan kerusakan jaringan jalan lahir sangat mungkin terjadi. Masalah ini tidak akan terjadi pada persalinan yang dipimpin dengan baik.

Penatalaksanaann:

- a) Antisipasi situasi dari riwayat obstetrik. Ibu yang akan diberikan oksitosin harus terseleksi dengan seksama. Hal ini penting pada garis ketueunan multipara aytau ibu tersebut memiliki riwayat persalinan singkat.
- b) Antisipasi kondisi jika temuan pelvis menunjukkan kemungkinan persalinan cepat.
- c) Kondisi ibu dan janin harus dipantau secara ketat. Seorang bidan harus mendampingi untuk mengawasi persalinan.
- d) Sensitivitas meometrial terhadap sintosinon ditingkatkan setelah penggunaan prostaglandin.
- e) Setelah kelahiran, periksa jaringan lunak jalan lahir terhadap kemungkinan kerusakan (Liu, 2008: 168-169)

Menurut jurnal penelitian Izwa Rofdiani (2016) yang berjudul Pengaruh Paritas, BBL, Jarak Kehamilan dan Riwayat Perdarahan terhadap Kejadian Perdarahan Post Partum mengatakan bahwa jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat mengakibatkan terjadinya partus presipitatus yang mempunyai faktor resiko terjadinya perdarahan post partum.

3. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat (Tando,2016: 2).

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Adapun macam-macam ciri bayi baru lahir normal yaitu :

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- 6) Pernapasan \pm 40-60 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia pada perempuan labia mayora menutupi labia minora, pada laki-laki testis sudah turun dan skrotum sudah ada
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Refleks moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik
- 13) Refleks *grasp* atau menggenggam sudah baik

14) Eliminasi baik, mekonium keluar 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Tando,2016: 2).

c. Perawatan Segera Setelah Bayi Lahir

Sebelum bayi lahir, perlengkapan dikamar bersalin harus diperiksa apakah sudah siap, apakah semua alat sudah lengkap, dan apakah tidak ada yang macet. Perlengkapan yang diperlukan dikamar bersalin, yaitu seperti meja tempat bayi lengkap dengan lampu 60 watt, abung oksigen, alat resusitasi, alat pemotong dan pengikat tali pusat dan obat antiseptik serta kain kasa steril untuk merawat tali pusat, tanda pengenal bayi yang sama dengan ibu, tempat tidur bayi, pakaian bayi, thermometer (Tando,2016: 3). Dan adapun langkah-langkah yang harus dilakukan dalam perawatan segera bayi baru lahir yaitu:

a) Pencegahan kehilangan panas

Penting untuk mengatur suhu lingkungan dalam rentang 21-25 °C. suhu tubuh bayi dapat turun 3- 4,5 °C dalam satu menit pertama.

Upaya untuk menyimpan panas antara lain:

- (1) Mengeringkan bayi saat lahir
- (2) Melepaskan handuk yang basah
- (3) Mendorong kontak kulit ke kulit dengan ibu
- (4) Membedong bayi dengan handuk kering yang telah dihangatkan sebelumnya.

b) Membersihkan jalan napas

Saat kepala bayi lahir, mucus yang berlebih harus diseka dengan lembut dari mulut bayi. Perawatan harus dilakukan dengan hati-hati agar tidak menyentuh lubang hidung, karena tindakan tersebut dapat menstimulasi refleks inhalasi debris didalam trakea. Meskipun cairan paru janin terdapat di dalam mulut, sebagian besar bayi akan mendapatkan jalan napas yang bersih tanpa bantuan. Sangat jarang bayi memerlukan tindakan pembersihan jalan napas dengan bantuan kateter penghisap yang lembut yang dihubungkan ke mesin penghisap mekanis bertekanan rendah (10 cm air). Penting untuk mengaspirasi orofaring sebelum nasofaring sehingga, jika bayi mengambil napas saat saluran nasal diaspirasi, mukus, atau materi lain tidak tertarik masuk ke dalam saluran pernapasan. Penghisapan di bagian belakangfaring dapat menyebabkan stimulasi vagal, disertai dengan laringospasme dan bradikardia.

c) Memotong tali pusat

Pemotongan tali pusat menyebabkan pemisahan fisik terakhir antara ibu dan bayi. Aktu pemotongan tali pusat bergantung pada pengalaman seorang bidan. Pemotongan sampai denyut nadi tali pusat terhenti dapat dilakukan pada bayi normal, sedangkan pada bayi gawat (*high risk baby*) perlu dilakukan pemotongan tali pusat secepat mungkin agar dapat dilakukan resusitasi sebaik-baiknya. Bahaya yang ditakutkan adalah bahaya infeksi. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis dan meningitis, gunting tali

pusat harus benar-benar steril. Selanjutnya, tali pusat dirawat dalam keadaan steril/ bersih dan kering.

Ada dua perbedaan pendapat mengenai penjepitan tali pusat yaitu:

1) Penjepitan tali pusat

Penjepitan tali pusat dilakukan segera setelah bayi lahir. Praktik ini umumnya didukung oleh komunitas obstetric, namun tidak digunakan di beberapa Negara. Para pendukung praktik ini mengkhawatirkan adanya efek samping pada bayi jika penjepitan tali pusat ditunda, seperti adanya gawat napas, polisitemia, sindrom hiperviskositas, dan hiperbilirubinemia. Penjepitan dan pemotongan tali pusat dilakukan dengan segera jika keadaan bayi gawat dan membutuhkan tindakan resusitasi.

2) Penundaan penjepitan tali pusat

Para pendukung penundaan penjepitan tali pusat yakin bahwa peningkatan volume darah menguntungkan dan mendukung proses fisiologis alami pada transisi kehidupan ektrauterus. Beberapa keuntungan penundaan penjepitan tali pusat, antara lain sebagai berikut:

- (a) Berlanjutnya bolus/ aliran darah teroksigenasi selama nifas pertama yang tidak teratur.
- (b) Volume yang besar meningkatkan perfusi kapiler paru.

(c) Pencapaian oksigenasi adekuat yang lebih cepat menyebabkan penutupan struktur janin, seperti duktus arteriosus.

d) Pemberian ASI awal (IMD)

Pemberian ASI awal dengan meletakkan bayi di dada ibu segera setelah lahir disebut Inisiasi Menusu Dini (IMD). Beberapa penelitian membuktikan bahwa IMD menimbulkan banyak keuntungan untuk ibu dan bayi, yaitu sebagai berikut:

- (1) Mendekatkan hubungan batin antara ibu dan bayi karena pada IMD terjadi komunikasi batin yang sangat pribadi dan sensitif.
- (2) Bayi akan mengenal ibunya lebih dini sehingga memperlancar proses laktasi.
- (3) Suhu tubuh bayi stabil karena hipotermia telah dikoreksi panas tubuh ibunya.
- (4) Refleks oksitosin ibu akan berfungsi secara maksimal.
- (5) Mempercepat produksi ASI karena mendapat rangsangan isapan bayi lebih awal.

Prosedur dan gambaran proses IMD adalah sebagai berikut:

- (1) Menempatkan bayi di atas perut ibu dalam 1 jam pertama tanpa pembatas kain di antara keduanya (*skin to skin contact*), lalu diselimuti ibu dan bayi dengan selimut hangat. Memosisikan bayi dalam keadaan tengkurap.

- (2) Setelah bayi stabil dan mulai beradaptasi dengan lingkungan luar uterus, bayi mulai mencari puting susu ibu.
- (3) Embusan angin dan panas tubuh ibu akan memancarkan bau payudara ibu dan dengan insting bayi akan mencari sumber bau tersebut.
- (4) Dalam beberapa menit bayi akan merangkak keatas dan mencari serta merangsang puting susu ibu, selanjutnya bayi mulai mengisap.
- (5) Selama periode ini, tangan bayi akan memasase payudara ibu dan selama itu pula refleks pelepasan hormon oksitosin ibu akan terjadi.

e) Identifikasi

Waktu kelahiran dan jenis kelamin bayi diperhatikan dan dicatat setelah bayi keluar sepenuhnya dari tubuh ibu.

f) Pengkajian kondisi bayi

Pengkajian tentang kondisi umum bayi dilakukan dengan menggunakan nilai APGAR, yaitu *Appearance* (warna kulit), *Pulse* (denyut nadi), *Grimace* (respons refleks), *Activity* (tonus otot), dan *Respiratory* (pernapasan). Evaluasi nilai APGAR dilakukan mulai dari menit pertama sampai 5 menit. Hasil pengamatan masing-masing aspek dituliskan dalam skala skor 0-2.

Tabel 2.1: Penilaian Bayi dengan APGAR SCORE

Aspek	Skor		
	0	1	2
Pengamatan Bayi Baru Lahir			
Appearance/ warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normsl, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
Pulse/ denyut nadi	Denyut nadi tidak ada	Denyut nadi <100 kali per menit	Denyut nadi >100 kali per menit
Grimace/ respon refleks	Tidak ada respons terhadap stimulus	Wajah meringis saat distimulus	Meringis, menarik, batuk, atau bersin saat distimulus
Activity/ tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
Respiratory/ pernafasan	Tidak bernafas, pernafasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah. Terdengar seperti merintih.	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur.

d. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Ekstrauteri

Proses adaptasi fisiologis bayi baru lahir disebut juga *homeostasis*. Homeostasis neonates ditentukan oleh keseimbangan antara maturitas dan status gizi. Kemampuan homeostatis pada neonates kurang bulan bergantung pada masa gestasi. Matriks otak neonatus kurang bulan belum sempurna mudah terjadi perdarahan intracranial.

Ada dua jenis adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan ekstauteri yaitu

1. Adaptasi ekstrauteri yang terjadi secara cepat

Adapun macam-macam adaptasinya yaitu:

a. Adaptasi sistem pernapasan

Sistem pernapasan adalah sistem yang paling tertantang ketika terjadi perubahan dari lingkungan intrauterine ke lingkungan ekstrauterin. Saat kepala bayi melewati jalan lahir, bayi mengalami

penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru yang kemudian diabsorpsi. Karena terstimulasi oleh sensor kimia, suhu, dan mekanis akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk pertama kali.

Tekanan intrathoraks yang negatif disertai aktivasi napas yang pertama memungkinkan udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus dan akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat, surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas.

b. Adaptasi sistem sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tli pusat diklem. Tindakan ini meniadakan suplai oksigen plasenta dan menyebabkan terjadinya reaksi dalam paru sebagai respons terhadap tarikan napas pertama. Agar sirkulasi baik, harus terjadi dua perubahan besar dalam kehidupandiluar uterus yaitu penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan perubahan duktus arteriosus antara paru-paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini

terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah.

Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi/ meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah, dua peristiwa yang mengubah sistem pembuluh darah yaitu pada saat tali pusat dipotong resistensi pembuluh sistem meningkat dan tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut dan pernapasan pertama mengurangi resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan sehingga menimbulkan relaksasi dan terbukanya pembuluh darah paru.

c. Adaptasi suhu

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan cepat stress karena perubahan lingkungan yang cenderung dingin di luar. Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya. Sesaat sesudah lahir, bayi berada ditempat yang suhunya lebih rendah daripada dalam kandungan dan dalam keadaan basah. jika dibarkan dalam suhu kamar 25°C , bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori/ kg BB/menit, yaitu sebagai berikut:

- 1) Konduksi, panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.
- 2) Konveksi, panas hilang dari tubuh bayi ke udara di sekitarnya yang sedang bergerak. Contoh: membiarkan bayi telentang diruang yang relative dingin.
- 3) Radiasi, panas dipancarkan dari tubuh bayi, ke luar tubuh ke lingkungan yang lebih dingin. Contoh: bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang.
- 4) Evaporasi, panas yang hilang melalui proses penguapan karena kecepatan dan kelembapan udara. Contoh: bayi baru lahir yang tidak dikeingkan dari cairan amnion.

d. Adaptasi sistem pencernaan

Pada saat masih dalam kandungan, janin melakukan kegiatan mengisap dan menelan pada usia kehamilan aterm, sedangkan refleks gumoh dan batuk baru terbentuk pada saat persalinan. Refleks mengisap dan menelan ASI sudah dapat dilakukan bayi saat bayi diberikan kepada ibunya untuk menyusui. Refleks ini terjadi akibat adanya kerja peristaltic lidah dan rahang yang memeras air susu dan payudara ke kerongkongan bayi sehingga memicu refleks menelan. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan dalam menelan dan mencerna makanan selain ASI sangat terbatas. Kemampuan system pencernaan untuk mencerna protein, lemak, dan karbohidrat belum efektif. Hubungan antara esophagus bawah

dan lambung belum terbentuk sempurna sehingga sering menimbulkan gumoh pada bayi baru lahir apabila ASI terlalu banyak yang melebihi kapasitas lambung.

2. Adaptasi di luar uterus yang terjadi secara kontinu

a) Perubahan sistem imun

Sistem imun bayi baru lahir masih belum matur pada setiap tingkat yang signifikan. Ketidakmaturation fungsional menyebabkan neonates atau bayi baru lahir rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imun yang matur memberikan kekebalan alami dan kekebalan yang didapat.

Antibody yang didapat bayi baru lahir yaitu sebagai berikut:

1) Immunoglobulin C (IgC)

IgC didapat bayi sejak dalam kandungan melalui plasenta dari ibunya. Bayi kurang bulan mendapatkan IgC lebih sedikit dibandingkan bayi cukup bulan sehingga bayi kurang bulan lebih rentan terhadap infeksi. Komponen fungsional yang terkandung dalam IgC adalah zat anti terutama terbentuk dari respons imun sekunder dan merupakan anti bakteri, anti virus, anti jamur. Setelah lahir, bayi akan membentuk sendiri immunoglobulin C. Antibodi IgC melawan virus (rubella, campak, *mumps*, variola, dan poliomyelitis) dan bakteri (difteria, tetanus, dan antibody stafilokokus).

2) Immunoglobulin M (IgM)

IgM tidak mampu melewati plasenta karena memiliki berat molekul yang lebih besar dibandingkan IgG. Bayi akan membentuk sendiri IgM segera setelah lahir (Imunitas aktif). Komponen fungsionalnya terbentuk pada respons imun primer dan biasanya berhubungan dengan relasi aglutinasi dan fiksasi komplemen. IgM kemudian dibentuk oleh sistem imun janin sehingga jika tali pusat terdapat IgM menandakan bahwa janin mendapatkan infeksi selama berada dalam uterus, seperti TORCH (*toxoplasmosis, other infections {sifilis}, rubella, Cytomegalovirus, infection, dan herpes simplex*).

3) Immunoglobulin A (IgA)

Dalam beberapa minggu setelah lahir, bayi akan memproduksi IgA. IgA tidak dapat ditransfer dari ibu ke janin. IgA terbentuk pada rangsangan terhadap selaput lendir dan berperan dalam kekebalan terhadap infeksi dalam aliran darah, sekresi saluran pernapasan dan pencernaan akibat melawan beberapa virus yang menyerang daerah tersebut seperti poliomyelitis dan *E. Coli*.

e. Bayi Baru Lahir Bermasalah

Ada beberapa penyebab bayi lahir bermasalah, yaitu sebagai berikut yaitu:

1. Bayi lahir prematur (sebelum usia kehamilan 37 minggu)

2. Persalinan sulit (letak sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, forsep).
3. Kelainan congenital
4. Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan).

Adapun macam-macam bayi baru lahir bermasalah speti:

- a) Asfiksia neonatorum
- b) *Labioskisis* atau *labiopalatoskisis*
- c) Atresia esophagus
- d) Atresia rekti dan atresia ani
- e) Hirschprung
- f) Obstruksi biliaris
- g) Omfalokel
- h) Hernia diafragma
- i) Atresia duodenum
- j) Meningokel dan ensefalokel
- k) Hidrosefalus
- l) Fimosis
- m) Hipospadia
- n) Kaput suksedaneum
- o) Sefalhematoma
- p) Trauma pada fleksus brakhialis
- q) Fraktur klafikula, humerus, tengkorak

4. Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa Nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula(sebelum hamil). Masa Nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009:1).

Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa pemulihan setelah melalui masa kwhamilan dan persalnan yang dimulai sejak setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat reproduksi kembali dalam keadaan wanita yang tidak hamil, rata-rata berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari (Handayani dkk, 2016:1).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Mulati dkk, 2015:133).

Masa nifas ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah bukan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti *sepsis puerperalis* (Sulistyawati, 2009: 1).

1) Tujuan Masa Nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

- a) Menciptakan lingkungan yang dapat mendukung ibu, bayi dan keluarga dapat bersama-sama memulai kehidupanyang baru.
 - b) Menjaga kesehatan fisik dan psikologis ibu dan bayi.
 - c) Mengidentifikasi penyimpangan-penyimpangan yang dapat terjadi selama masa pemlihan, memberikan asuhan dan mengevaluasi asuhan yang diberikan.
 - d) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.
 - e) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Handayani, 2016: 1).
- b. Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas antara lain yaitu:

- a) Ibu nifas dirumah maupun dirumah sakit, seorang bidan memegang peranan terpenting dalam pemberian asuhan pada ibu dan bayi selama masa nifas.
- b) Bidan bertanggung jawab pada kondisi fisik, emosi dan psikologi.

- c) Kebutuhan fisik biasanya lebih mudah diidentifikasi, dan bidan bisa memberikan asuhan yang berkualitas, supervisi dan nasihat.
 - d) Kebutuhan emosional dan psikologis sering kali lebih sulit untuk dideteksi sehingga membutuhkan waktu pertimbangan dan keterampilan yang lebih lama (terutama keterampilan komunikasi dan mendengarkan)
 - e) Asuhan yang diberikan harus bertujuan untuk membantu ibu sehingga terjalin hubungan baik dengan sang bayi (Handayani, 2016:2).
- c. Tahapan Masa nifas
- a) Periode nifas (berdasarkan tingkat kepulihan) yaitu:
 - 1) *Puerperium* dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
 - 2) *Puerperium intermedial*

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) *Remote puerperium*

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan (Sulistyawati, 2009:5).

b) Tahapan masa nifas berdasarkan waktu yaitu:

1) *Immediate puerperium* merupakan sampai dengan 24 jam pasca melahirkan.

2) *Early puerperium* merupakan masa setelah 24 jam sampai dengan 1 minggu pertama.

3) *Late puerperium* merupakan setelah 1 minggu sampai selesai (Handayani, 2016:2).

d. Jadwal Kunjungan Pada Ibu Nifas

Kunjungan pada masa nifas dilakukan paling sedikit 3 kali selama ibu dalam masa nifas. Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pemeriksaan untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan masalah-masalah yang terjadi pada saat nifas seperti dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2.2: Jadwal Kunjungan Ibu Nifas

Kunjungan I (KF I) 6 jam s/d 3 hari pasca persalinan	Kunjungan II (KF II) hari ke 4 s/d 28 hari pasca persalinan	Kunjungan III (KF III) hari ke 29 s/d 42 hari pasca persalinan
Memastikan involusi uterus	Bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi	Permulaan hubungan seksual
Menilai tanda demam, infeksi dan perdarahan	Kondisi payudara	Metode KB yang digunakan
Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat	Ketidaknyamanan yang dirasakan ibu	Latihan pengencangan otot perut
Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi	Istirahat ibu	Fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya
Bagaimana perawatan bayi sehari-hari		Hubungan bidan, dokter, dan RS dengan masalah yang ada Menanyakan ibu apakah sudah haid

Sumber: Kemenkes, 2014:138

e. Perubahan Fisiologi Pada Ibu Nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologi berikut:

a) *Involusi* Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan *involusi* uterus ini, lapisan

luar dari *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi layu/ mati (Sulistyawati, 2009:73)

Tabel 2.3: TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

Sumber: Kemenkes, 2014:134.

b) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda- beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi (Sulistyawati, 2009:76).

Lokhea adalah kotoran yang keluar dari liang senggama (vagina) dan terdiri dari jaringan mati dan lendir berasal dari rahim dan liang senggama (vagina). Lokhea mengalami perubahan karena proses *involusi* (Maryuni, 2015:22).

Lokhea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) Lokhea rubra/ merah

Lokhea ini keluar pada hari ke 4 masa *post partum*. cairan yang keluar berwarna merah karena terisi

darah segar, jaringan sis- sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatandan berlendir, serta berlangsung pada hari ke 4 sampai hari ke 7 *post partum*.

3) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke 7 sampai hari ke 14.

4) Lokhea alba/ putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

Lokhea yang menetap pada awal periode *post partum* menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba dan serosa yang berkelanjutan dapat menandakan adanya endometritis, terutama disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lokhea

purulenta. Pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut lochea stasis (Sulistiyawati, 2009:76)

c) Perubahan pada serviks

Perubahan pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang mengadakan kontraksi. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah dengan konsistensi lunak, kadang-kadang terdapat laserasi.

Serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke rongga rahim. Setelah 2 jam *post partum*, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke 6 *post partum*, serviks sudah menutup kembali (Sulisistyawati, 2009:77)

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul, sementara *labia* menjadi lebih menonjol. Serta luka jahitan akan sembuh secara sendirinya.

e) Perinium

Setelah melahirkan, perineum akan kendur karena tertekan oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada *post natal* hari ke 5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian *tonus* nya, meskipun masih tetap kendur seperti sebelum hamil (Sulistyawati, 2009:78)

f) Perubahan sistem perkemihan

Biasanya setelah proses persalinan ibu akan sulit buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat *spasme sfinkter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah banyak akan dihasilkan dalam 12-36 jam *post partum*. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok, keadaan seperti ini di sebut *diuresis*. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu (Sulistyawati, 2009:78)

f. Perubahan psikologis pada masa nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas mempunyai peranan yang sangat penting. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk

memberi pengarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan oleh bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis.

Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase dibawah ini:

1) Fase Taking In

Fase ini terjadi 1-2 hari setelah melahirkan, biasanya ibu masih pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, kondisi seperti ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan oleh pasien terhadap dirinya dan bayinya hanya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan (Sulistyawati, 2009:87)

2) Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Pada fase *taking hold*, ibu-ibu merasakan khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif

sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri (Kemenkes, 2014:137)

3) Fase Letting Go

Fase ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Ibu mampu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung pada ibu. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial. Pada fase ini biasanya sering terjadi depresi post partum pada ibu (Kemenkes, 2014:138)

g. Kebutuhan Ibu Pada Masa Nifas

a) Nutrisi dan cairan

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- 2) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- 3) Tablet zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- 4) Makan dengan diet yang seimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin. (Sulistyawati, 2009:100)

b) Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU

Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa nifas diberikan sebanyak 2 kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama.

Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI.
- 2) Bayi lebih kebal dan jarang terkena penyakit infeksi.
- 3) Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan.
- 4) Ibu nifas harus minum 2 kapsul vitamin A karena bayi yang lahir dengan cadangan vitamin A yang rendah, kebutuhan bayi akan vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh, pemberian 1 kapsul vitamin A 200.000 IU warna merah pada ibu nifas hanya cukup untuk meningkatkan kandungann vitanin A dalam ASI selama 60 hari, sedangkan dengan pemberian 2 kapsul dapat menambah kandungan vitamin A sampai bayi umur 6 bulan (Kemenkes, 2014:139).

c) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan bidan untuk secepat mungkin membimbing ibu post partum latihan bangun dari tempat tidurnya dan melatih ibu untuk berjalan. Ibu post partum diperbolehkann bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. *Early ambulation* tidak

diperbolehkan pada ibu post partum dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, paru- paru, demam dan sebagainya (Kemenkes, 2015:140).

Adapun keuntungan dilakukan mobilisasi dini yaitu:

- 1) Pasien merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya (Sulisyawati, 2009:101).

d) Eliminasi

Ibu diminta untuk BAK 6 jam post partum, jika 8 jam post partum belum dapat berkemih maka dilakukan kateterisasi. Apabila kandung kemih sudah penuh maka tidak menunggu sampai 8 jam maka dilakukan kateterisasi.

Ibu post partum diharapkan BAB pada hari ke 2 post partum apabila pada hari ke 3 belum BAB maka diberikan obat pencahar per oral maupun per rectal.

e) Personal Hygiene

Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan karena sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan terutama pada perineum, sarankan ibu untuk ganti pembalut sehari 2 kali atau jika sudah penuh, mencuci tangan menggunakan air dan sabun sesudah dan

sebelum membersihkan daerah genitalia yang terdapat bekas luka jahitannya, serta mencuci luka tersebut dengan air dingin dan menghindari menyentuh daerah tersebut (Kemenkes, 2014:140)

f) Istirahat dan tidur

Ibu disarankan untuk istirahat yang cukup, tetap memperhatikan pola istirahat tidur disela-sela bayi tidur.

Kurang istirahat pada ibu *post partum* akan mengakibatkan beberapa kerugian misalnya:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- 2) Memperlambat infolusi uterus danmemperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

Kebutuhan istirahat pada ibu menyusui minimal 8 jam sehari yang dapat dipenuhi melalui istirahat siang dan malam (Sulistyawati, 2009: 103)

g) Seksual

Ibu diperbolehkan hubungan seksual jika sudah pulih dan mampu melakukan aktivitas nya aman dan tidak ada rasa nyeri (Kemenkes, 2014:139-141).

Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Pada umumnya klien pascapersalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi, atau tidak ingin menambah anak lagi. Konseling tentang keluarga berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pascapersalinan. Kontrasepsi adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi. Berikut ini metode kontrasepsi pasca persalinan. Macam-macam kontrasepsi jangka panjang yaitu: AKDR dan AKBK. Kontrasepsi telah ditentukan ibu ketika KF 3 dan ibu mantap untuk memakai AKDR sebagai kontrasepsi jangka panjangnya.

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang didalam rahim seorang ibu.

- a. Jenis-jenis AKDR yaitu: Cu T 380 A, ML Cu, Nova T.
- b. Cara kerja AKDR: Cara kerja AKDR yaitu: mempengaruhi fertilisasi, menghambat kemampuan sperma untuk mencapai tuba falopi, mencegah sperma dan sel telur bertemu, mencegah implantasi.
- c. Efektifitas AKDR mencegah kehamilan dengan angka kegagalan kurang dari 1% pada tahun pertama penggunaan.
- d. Daya guna AKDR khususnya Cu T 380 A sampai 10 tahun.

- e. Keuntungan AKDR yaitu efektifitasnya tinggi, siklus haid tetap teratur, efektif segera, kembali ke masa subur lebih cepat, tidak mempengaruhi produksi ASI, tidak ada efek samping hormonal.
- f. Kerugian AKDR yaitu tidak mencegah IMS, darah haid menjadi lebih banyak, haid menjadi lebih lama, nyeri saat haid pada bulan-bulan awal pemasangan.
- g. Indikasi AKDR yaitu ibu menyusui, ibu yang ingin KB jangka panjang, ibu yang memiliki varices, ibu yang tidak menghendaki KB hormonal, ibu perokok, ibu yang gemuk atau kurus.
- h. Kontra indikasi AKDR yaitu perdarahan pervaginam yang belum diketahui sebabnya, infeksi panggul, nyeri saat haid, ukuran uterus kurang dari 5 cm.
- i. Gambaran singkat pemasangannya yaitu ibu diposisikan tidur terlentang dengan kaki ditekuk, AKDR nanti dimasukkan dengan menggunakan alat tetapi saat pemasangan ibu sedikit merasakan sedikit kurang nyaman.
- j. Efek samping AKDR yaitu darah haid yang keluar semakin banyak, haid menjadi lebih lama, nyeri saat haid terutama pada bulan-bulan awal pemasangan.
- k. Waktu pemasangan AKDR yaitu ketika haid hari ke 3 sampai hari ke 7, setiap saat dipastikan ibu tidak hamil, setelah abortus tanpa infeksi, 48 jam setelah melahirkan, dan 4-6 minggu setelah melahirkan.

Hal- hal yang harus diperhatikan setelah pemasangan AKDR yaitu:

- a) Kemungkinan komplikasi yang timbul setelah pemasangan AKDR yaitu ibu merasakan sakit pada perut bagian bawah selama 3-5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat saat haid atau diantaranya dapat menyebabkan anemia, perlukaan dinding rahim.
- b) Daya guna AKDR sampai 10 tahun.
- c) Cara untuk memeriksa benang AKDR yaitu ibu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, ibu dengan posisi jongkok/ mengangkat satu kaki masukkan jari tengah kedalam jalan lahir.
- d) Kemungkinan AKDR keluar ketika ibu memeriksa benang ibu tidak dapat meraba benang tersebut, kemungkinan AKDR keluar sendiri, terutama pada bulan- bulan pertama pemasangan AKDR bisa keluar.
- e) Pada minggu-minggu awal kemungkinan suami merasakan tidak nyaman ketika melakukan hubungan suami istri karena benang masih kaku.
- f) Efektifitas AKDR segera setelah dipasang sudah bekerja menjadi alat kontrasepsi, jadi tidak memerlukan alat kontrasepsi pendukung seperti kondom.
- g) Waktu kontrolnya 1 minggu setelah pemasangan, bila ibu mengalami perdarahan hebat, nyeri perut hebat, keluar keputihan yang tidak normal, atau bila ibu ada keluhan.

- h) AKDR harus dilepas sebelum 10 tahun atau tepat 10 tahun
(Saifuddin, 2010).

B. Tinjauan Teori Menejemen Kebidanan

1. Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu hamil

a. 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:

1) Data Subjektif

a) Identitas meliputi:

- (1) Nama ibu dan suami: memudahkan komunikasi dan menghindari kekeliruan ketika memanggil.
- (2) Umur : mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi atau tidak. Umur ideal untuk ibu hamil antara 20-35 tahun.
- (3) Suku : mengetahui kebudayaan yang dianut.
- (4) Agama : mengetahui kepercayaan yang dianut.
- (5) Pendidikan : memudahkan dalam memberikan KIE.
- (6) Pekerjaan : mengetahui status sosial dan ekonomi.
- (7) Penghasilan : mengetahui seberapa jumlah tingkat perekonomian.

(8) Alamat : memudahkan kunjungan rumah.

b) Alasan kunjungan

Kunjungan pertama atau kunjungan ulang. Adakah keluhan yang dirasakan saat ini. Keluhan yang biasanya dialami ibu hamil pada trimester 3.

c) Data kebidanan

(1) Riwayat Menstruasi

Mengetahui tentang fungsi alat reproduksi, hal-hal yang perlu dikaji yaitu:

- (a) Usia menarche: mengetahui umur pasien saat mengalami menstruasi pertama kali (normalnya pada usia 9-13 tahun).
- (b) Teratur atau tidak teratur: mengetahui adakah gangguan haid yang dialami.
- (c) Warna : normalnya berwarna merah segar.
- (d) Konsistensi : cair atau menggumpal.
- (e) Siklus : normalnya 25-30 hari.
- (f) Lama : mengetahui ada tidaknya gangguan pada lamanya waktu menstruasi pada pasien, umumnya 3-8 hari.
- (g) Banyaknya : mengetahui ada tidaknya gangguan pada jumlah perdarahan menstruasi pasien (normalnya 2-3 kali ganti pembalut).

(h) Disminorea : mengetahui ada tidaknya nyeri saat menstruasi pada pasien.

(2) Riwayat Perkawinan

Yang perlu dikaji dalam data ini adalah usia saat menikah, berapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak, dan istri yang keberapa, karena ada kemungkinan bila melahirkan bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologis ibu.

(3) Riwayat Keluarga Berencana

Mengetahui apakah pasien pernah menggunakan alat kontrasepsi meliputi jenis, lama pemakaian, dan keluhan selama menggunakan kontrasepsi tersebut. Alasan menghentikan kontrasepsi antara lain ingin mempunyai anak, sudah tidak perlu menggunakan alat kontrasepsi, ingin menggunakan kontrasepsi yang lain, mengalami keluhan akibat dari penggunaan kontrasepsi sebelumnya.

(4) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu.

Meliputi jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm/ prematur, keguguran/ kegagalan persalinan, persalinan dengan tindakan, riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya, berat badan bayi lahir sebelumnya, dan masalah lain yang dialami (Rukiyah, 2009: 146).

(5) Riwayat kehamilan sekarang

(a) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

HPHT ditanyakan untuk mengetahui taksiran umur kehamilan serta hari perkiraan lahir (HPL) (Mochtar, 2012:35).

(b) Hari Perkiraan Lahir (HPL)

HPL ditanyakan untuk mengetahui kapan perkiraan lahir bayi. Untuk menghitung HPL dapat menggunakan Rumus Naegele yaitu $HPL = (HPHT+7)$ dan bulan pertama haid terakhir $- 3$ dan (tahun haid terakhir $+ 1$) (Marni, 2011:71).

(c) Umur Kehamilan, menentukan usia kehamilan. Dapat dihitung dari HPHT dan tanggal pemeriksaan.

(d) Jumlah gerakan janin dalam 12 jam, gerakan menendang atau tendangan dari janin (10 gerakan/ 12 jam) (Prawirohardjo, 2009:285).

(e) ANC (*Antenatal Care*)

Trimester I, II dan III. Kehamilan normal minimal 4 kali pemeriksaan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3 dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu sebanyak 2 kali kunjungan

antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu (Prawirohardjo, 2009:279).

(f) Imunisasi TT (Tetanus Toksoid)

Imunisas TT untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi. Berikut tabel rentan waktu pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya.

Tabel 2.4: Jadwal Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber: KIA, 2015:6

(6) Riwayat Kesehatan

(a) Riwayat penyakit terdahulu

Riwayat penyakit sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau diperberat oleh kehamilan (penyakit jantung, paru, ginjal, diabetes melitus), riwayat alergi makanan atau obat-obatan tertentu. Ada/ tidaknya riwayat operasi umum/ lainnya maupun operasi kandungan (miomektomi, seksio sesaria, dan sebagainya) (Mufdlilah, 2009:11-12).

(b) Riwayat penyakit sekarang

Menanyakan pada pasien penyakit apa yang sedang diderita saat ini. Tanyakan bagaimana tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap penyakit tersebut. Hal ini guna untuk menentukan bagaimana melakukan asuhan berikutnya.

(c) Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan kepada pasien apakah keluarga mempunyai penyakit menular seperti TBC, hepatitis, HIV/AIDS, dan penyakit menurun dan menahun seperti asma, jantung koroner, hipertensi, diabetes melitus. Tanyakan kepada pasien apakah mempunyai penyakit keturunan (kelainan kongenital, gemeli).

(7) Riwayat pola fungsional

(a) Pola Nutrisi

Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15% dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan ibu dan janin. Makanan dikonsumsi ibu hamil 40% digunakan untuk pertumbuhan janin dan sisanya 60% digubakan untuk pertumbuhan ibunya. Secara normal kenaikan kenaikan berat badan ibu hamil 11-13 kg.

Pada triwulan pertama umumnya ibu hamil mengalami penurunan berat badan karena nafsu makan turun dan sering muntah. Meskipun ibu hamil cenderung seperti itu nutrisi tetap harus terpenuhi seperti biasa. Pada trimester pertama makanlah makanan dengan porsi kecil tapi sering seperti sup, susu, telur, biskuit, buah-buahan segar dan jus.

Pada trimester ke 2 nafsu makan mulai meningkat, kebutuhan makan harus lebih banyak dari biasanya.

Pada trimester ketiga nafsu makan sangat baik tetapi jangan sampai berlebihan kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan. selain itu kurangi makanan yang terlalu manis (seperti gula) dan terlalu asin seperti (garam, ikan asin, telur asin) karena makanan yang tersebut akan memberikan kecendrungan janin tumbuh besar dan bisa menyebabkan terjadinya keracunan pada kehamilan.

Asupan makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil berguna untuk:

- (1) Pertumbuhan dan perkembangan janin.
- (2) Mengganti sel-sel tubuh yang rusak.
- (3) Sumber tenaga.

(4) Mengatur suhu tubuh dan cadangan makanan
(Marmi, 2011:118).

(b) Pola eliminasi

Mengetahui bagaimana pada saat hamil trimester III keluhan yang sering muncul adalah konstipasi serta sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena pengaruh hormon *progesteron* yang menyebabkan relaksasi otot polos pada usus dan desakan usus oleh pertumbuhan janin. Sedangkan sering buang air kecil karena berkurangnya kapasitas kandung kemih yang terdesak oleh pembesaran janin dalam uterus. Normalnya frekuensi BAK pada ibu hamil trimester III yaitu 6-8 kali/ hari dan BAB 1 kali/ hari (cunningham, 2004).

(c) Pola istirahat

Ibu hamil trimester III rata-rata tidur malam hari \pm 8 jam dan tidur siang hari \pm 1 jam. Posisi tidur yang baik bagi ibu trimester III yaitu posisi miring ke kiri atau ke kanan dan menghindari posisi tidur terlentang karena akan menghambat suplay oksigen dari ibu ke janin.

(d) Pola Aktivitas

Mengetahui bagaimana pola aktivitas ibu hamil. Hellen Varney, 2008:171 menyatakan bahwa ibu hamil sebaiknya melakukan hal-hal yang biasa dilakukan

karena dapat menghentikan kelelahan ringan, dan sebaiknya jangan dilakukan secara berlebihan. Kehamilan bukan saat untuk mempelajari jenis olahraga berat yang baru, latihan harian seperti berjalan-jalan diluar rumah sangat baik untuk kesehatan fisik dan mental, relaksasi, pencernaan, dan pengondisian otot.

(e) Pola seksual

Mengetahui bagaiman pola hubungan seksual ibu hamil. Pada ibu hamil trimester III dianjurkan karena dapat memicu timbulnya kontraksi dan membantu dalam pmerangsang penurunan kepala janin. Pada 2 minggu sebelum persalinan sebaiknya hubungan seksual dihindari karena dapat membahayakan apabila kurang hiegenis dapat menimbulkan infeksi, ketuban pecah, serta persalianan presipitatus karena sperma mengandung prostaglandin (Rukiyah, 2014: 84).

(f) Personal Hygiene

Selama hamil harus dijaga kebersihan tubuh ibu terutama pada daerah vital karena ketika hamil terjadi pengeluaran secret *vagina* yang berlebihan dengan mengganti celana dalam minimal 2 kali/ hari, memakai pakaian longgar tidak ada ikatan ketat pada perut,

memakai bra yang menyokong payudara, memakai sepatu tanpa hak (Cunningham, 2004).

(8) Data Psikologis, Sosial Budaya dan Spiritual

(a) Data Psikologis

Adanya kecemasan dan kekhawatiran ibu dalam menghadapi proses persalinan nanti (Taufik, 2011:184).

(b) Sosial Budaya

Adanya pengaruh lingkungan sekitar terhadap kepercayaan yang dianut ibu hamil.

(c) Spiritual

Adanya kepercayaan tentang ketuhanan yang dianut ibu.

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

b) Bagaimana keadaan umum pasien, kesadaran, dan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, respirasi, suhu. Berat badan, Tinggi badan, LILA, HPHT, HPL dan Umur kehamilan.

c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dibagi dalam 3 bagian yaitu inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), auskultasi (periksa dengar).

Inspeksi

Muka : Adakah cloasma gravidarum, keadaan selaput mat pucat atau merah, adakah oedema pada muka, bagaimana keadaan lidah, gigi .

Leher : Apakah vena terbungung dilehern(misalnya pada penyakit jantung), apakah kelenjar gondok membesar atau kelenjar limfa membengkak.

Dada : Bentuk buah dada., pigmentasi pigmentasi puting susu dan gelanggang susu, keadaan puting susu, adakah colostrum.

Perut : Perut membesar kedepan atau ke samping (pada ascites misalnya membesar ke samping), keadaan pusat, pigmentasi dilinea alba, nampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim, adakah striae gravidarum atau bekas luka.

Vulva : Keadaan perineum, carilah varices, tanda chadwick, kondylomata, fluor.

Anggota bawah: cari varices, oedema, luka, cicatrix pada lipat paha.

Palpasi

Maksudnya periksa raba ialah untuk menentukan: besarnya rahim dan dengan ini menentukan tuanya kehamilan, menentukan letaknya anak dalam rahim. Selain

dari pada itu selalu juga harus diraba apakah ada tumor-tumor lain dalam rongga perut, cysta, myoma, limpa yang besar.

Cara melakukan palpasi menurut Leopold yang terdiri atas 4 bagian:

Leopold I : Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipat paha, pemeriksa berdiri sebelah kanan penderita dan melihat ke arah muka penderita, rahim dibawa ketengah, TFU ditentukan, tentukan bagian apa dari janin yang terdapat dibagian fundus.

Sifat kepala ialah keras, bulat dan melenting.

Sifat bokong ialah lunak, bulat dan kurang melenting.

Tabel 2.5: Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri
12 minggu	Teraba diatas <i>simfisis pubis</i>
16 minggu	Di tengah antara simfisis pubis dan pusat
20 minggu	Pada pusat
22-27 minggu	
28 minggu	Di tengah antar pusat dan <i>Processus Xyloideus</i>
29-35 minggu	
36 minggu	Pada <i>Processus Xyloideus</i>

Sumber: Prawirohardjo, 2009

Leopold II : kedua tangan berpindah kesamping tentukan dimana punggung anak, punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian kecil, yang

biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan yang terbesar. Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah pada letak lintang. Leopod II untuk menentukan dimana letaknya punggung janin dan dimana letaknya bagian-bagian terkecil.

Leopod III : dipergunakan satu atangan saja bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan. Leopod III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah janin ini sudah atau belum terpegang oleh PAP (FK UNPAD, 1983:157-168).

Leopod IV : Pemeriksa berubah sikapnya ialah melihat ke arah kaki pasien, dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah, ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk kedalam PAP, dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul. jika dirapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar. Leopod IV untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga

panggul. Penurunan bagiaa terbawah dengan metode lima jari (perlimaan) adalah bila teranba 5/5 bagian menunjukkan bahwa semua bagian kepala belum masuk PAP dan masih mudah digerakkan., bila teraba 4/5 bagian setara dengan Hodge I-II menunjukkan bahwa 4 bagian kepala belum masuk PAP dan sulit digerakkan, bila teraba 3/5 bagian setara Hodge II-III menunjukkan bahwa 3 bagian kepala belum masuk PAP, bila teraba 2/5 bagian setara dengan Hodge III+ menunjukkan bahwa 3 bagai kepala sudah masuk PAP, bila teraba 1/5 bagian setara dengan Hodge III-IV menunjukkan bahwa kepala berada pada dasar panggul, bila teraba 0/5 bagian setara dengan Hodge IV menunjukkan kepala sudah divulva (Saiffudin, 2012).

TBJ : (TFU-11) x 155 jika belum masuk panggul.

(TFU-12) x 155 jika sudah masuk panggul.

Auskultasi (periksa dengar)

Untuk memeriksa denyut jantung janin (DJJ) dengan menggunakan leanex. Frekuensi DJJ normal yitu 120-160x/ menit. Letak pemeriksaan DJJ di bagian punggung janin dekat dengan kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala)

tempat ini di kiri atau kanan dibawah pusat. Dengan adanya bunyi jantung bayi berarti tanda pasti kehamilan, bayi hidup. Dari tempat bunyi jantung anak terdengar maka dapat mengetahui letak presentasi anak, kedudukan punggung janin, adanya anak kembar.

Jika bunyi jantung terdengar kiri atau kanan dibawah pusat, maka presentasinya kepala, jika terdengar kiri kanan setinggi atau diatas pusat maka presentasinya bokong (letak sungsang). Jika bunyi jantung terdengar sebelah kiri maka punggung janin sebelah kiri. Jika terdengar sebelah kanan maka punggung janin sebelah kanan.

Apabila terdengar berlawanan dengan bagian-bagian kecil, sikap anak fleksi. Jika terdengar searah dengan bagian-bagian kecil, sikap anak defleksi. Pada anak kembar bunyi jantung terdengar pada 2 tempat dengan samajelasnya dan dengan frekuensi yang berbeda (perbedaan lebih dari 10/ menit).

Sifat bunyi jantung janin yang teratur 120-160x/ menit dikatakan teratur dan bunyi jantung janin $< 120x/$ menit atau $> 120x/$ menit dikatakan tidak teratur yaitu fetal distress (FK UNPAD, 1983: 169-170).

d) Pemeriksaan panggul

Keadaan panggul penting pada primigravida karena panggulnya belum pernah diuji dalam persalinan. sebaliknya pada multigravida anamnesa mengenai persalinan yang dapat memberikan keterangan mengenai keadaan panggul. Seorang multipara yang sudah beberapa kali melahirkan anak yang aterm maka, dapat dianggap mempunyai panggul yang cukup luas.

Yang dilakukan pemeriksaan pada panggul yaitu:

Jarak antara *spina iliaca anterior* kanan dan kiri, normalnya 23-26 cm

(a) *Distansia Spinarum* yaitu jarak antara *spina iliaca anterior superior dekstra dan sinistra* normalnya 24-26 cm.

(b) *Distansia Kristarum* yaitu jarak antar *krista iliaca kanan dan kiri*, normalnya 26-29 cm.

(c) *Konjugata Eksterna* yaitu jarak antara tepi atas *simpisis dan prosesus spinosusu lumbal V*, normalnya 18-20 cm.

(d) *Lingkar Panggul Luar* yaitu jarak dari tepi atas *simpisis ke pertengahan antara trokanter mayor dan SIAS sinistra ke prosesus spinosus lumbal V ke pertengahan trokanter mayor dan SIAS dekstra kembali ke tepi atas simpisis*, normalnya 80-90 cm (Mufdlilah, 2009).

Tanda-tanda yang menimbulkan persangkaan panggul sempit ialah:

- (a) Pada primigravida kepala belum turun pada bulan terakhir.
- (b) Pada multipara jika dianamnesa ternyata persalinaan yang dulu sukar (riwayat obstetrik jelek).
- (c) Jika terdapat kelainan letak pada hamil tua.
- (d) Jika badan pasien menunjukkan kelainan seperti kifosis, scoliosis, atau tinggi badan yang < 145 cm (FK UNPAD, 1983:173)
- e) Pemeriksaan penunjang

- (a) Pemeriksaan Hemoglobin.

Pemeriksaan hemoglobine dilakukan pada saat trimester I dan trimester II. Tujuan pemeriksaan hemoglobine adalah untuk mendeteksi anemia. Apabila ibu menderita anemia kemungkinan bisa terjadi perdarahan ketika persalinan. Jika hasil pemeriksaan HB 11 gr% maka tidak anemia, 9-10 gr% anemia ringan, 7-8 gr% anemia sedang dan kurang dari 7 gr% anemia berat.

- (b) Pemeriksaan Protein Urine.

Bertujuan untuk mengetahui adanya preeklamsi pada ibu hamil. Jika hasil pemeriksaan urine jernih maka hasilnya negatif, ada kekeruhan (+)1, kekeruhan mudah

dilihat dan ada endapan (++)², urine lebih keruh dan endapan lebih jelas (+++)³, urine sangat keruh dan disertai endapan yang menggumpal (++++)⁴ (Rukiyah, 2009:149-151).

(c) Pemeriksaan Ultrasonografi Rutin

Dilakukan rutin pada kehamilan 18 – 22 minggu untuk identifikasi kelainan janin (Prawirohardjo, 2009:281).

b. Intrepetasi data

Menetapkan diagnosa dan masalah berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif yang telah dilakukan. Diagnosa kebidanan yang ditegakkan dalam ruang lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan yaitu G...P...A... Umur...hamil...minggu dengan...

c. Diagnosa potensial

Pada langkah ketiga ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi bidan untuk memberikan asuhan yang aman.

d. Antisipasi

Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses kebidanan. Dalam melakukan tindakan kasus sesuai prioritas masalah atau kebutuhan yang dibutuhkan pasien. Setelah bidan

merumuskan tindakan segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan pasien. Pada rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri atau kolaborasi (Varney, 2006:26).

e. Perencanaan

Asuhan yang diberikan sesuai dengan Trimester III dan keluhan yang di rasakan pasien selama trimester III.

2. Konsep Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dengan SOAP

a. Definisi

Catatan tentang interaksi antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan yang mencatat tentang hasil pemeriksaan prosedur, pengobatan pada pasien dan pendidikan kesehatan pada pasien, respon pasien kepada semua kegiatan yang dilakukan.

a) Tujuan

Tujuan dari asuhan pendokumentasian asuhan kebidanan adalah untuk kepentingan hukum apabila terdapat gugatan disuatu saat nanti dari klien dan juga untuk memudahkan dalam memberikan asuhan selanjutnya kepada pasien.

b) Langkah-langkah

Metode pendokumentasian yang dilakukan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP, yang merupakan salah satu pendokumentasian yang ada. SOAP merupakan singkatan dari:

S : *Subjektif*, yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa, lengkap sesuai dengan pengkajian varney.

O : *Objektif*, yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, lab, dan tes diagnosis lainyang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung assesment.

A : *Assesment*, yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial.

P : *Planning*, yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment. (Muslihatun, 2009: 90)

KALA I

Subyektif, ibu mengatakan mules-mules sering dan teratur, pengeluaran pervaginam berupa lendir darah, usia kehamilan dengan cukup bulan atau sebaliknya tidak cukup bulan, haid terakhir, waktu buang air kecil, waktu buang air besar, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat penyakit dan riwayat yang diderita keluarga.

Obyektif, keadaan umum, kesadaran, tanda vital, pemeriksaan leopard, palpasi, tinggi fundus uteri, punggung janin, presentasi, penurunan, kontraksi, denyut jantung janin, pergerakan, pemeriksaan dalam (keadaan dinding vagina, portio, pembukaan

serviks, selaput ketuban positif atau negatif, penurunan bagian terendah, pemeriksaan laboratorium, Hb, urine, protein reduksi.

Assesment, ibu G..P..A, umur, hamil aterm, prematur, postmatur, inpartu kala I fase laten atau aktif. Janin tunggal atau ganda, hidup atau mati, intrauterine atau ekstra uterin, presentase, denyut jantung janin ada atau tidak, frekuensi ada berapa dalam satu menit penuh, teratur atau tidak.

Planning, memantau keadaan ibu dan mengobservasi keadaan umum, tanda-tanda vital, observasi his dengan menggunakan partograf, mengajarkan ibu untuk mengurangi rasa sakit yang timbul saat his, dan cara mengedan yang baik, ajarkan ibu cara mengatur nafas, anjurkan ibu untuk makan dan minum, memberikan support mental, menyiapkan ruangan, alat-alat, dan obat-obatan persalinan.

KALA II

Subyektif, ibu mengatakan mules-mules yang sering dan selalu ingin mengedan, vulva dan anus membuka, perineum menonjol, his semakin sering dan kuat.

Obyektif, dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil: dinding vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm (lengkap), ketuban negatif, presentasi kepala, penurunan dibagian terendah di hodge III, posisi ubun-ubun.

Assesment, ibu G..P..A, umur, hamil aterm, prematur, postmatur, inpartu kala II. Janin tunggal atau ganda, hidup atau mati, intrauterine atau ekstra uterin, presentase, denyut jantung janin ada atau tidak, frekuensi ada berapa dalam satu menit penuh, teratur atau tidak.

Planning, memantau keadaan umum ibu dengan mengobservasi tanda-tanda vital dengan menggunakan partograf, berikan suport mental, pimpin ibu meneran, anjurkan ibu untuk minum dan mengumpulkan tenaga diantara kontraksi, lahirkan bayi secara spontan pervaginam.

KALA III

Subyektif, ibu mengatakan perutnya masih mules.

Obyektif, bayi sudah lahir, plasenta belum lahir, tinggi fundus uteri, kontraksi baik atau tidak, volume perdarahan pervaginam, keadaan kandung kemih.

Assesment, ibu G..P..A, umur, inpartu kala III

Planning, observasi keadaan umum ibu, kontraksi uterus baik atau tidak, observasi pelepasan plasenta, melakukan peregangan tali pusat terkendali, lakukan manajemen kala III, massase uterus, lahirkan plasenta secara spontan dan periksa kelengkapan. Nilai volume darah, observasi tanda-tanda vital dan keadaan ibu.

KALA IV

Subyektif, ibu mengatakan telah lega bayinya sudah lahir, ibu mengatakan darah yang keluar seperti hari pertama menstruasi

Obyektif, plasenta sudah lahir, keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, laserasi jalan lahir atau tidak, volume darah yang keluar

Assesment, ibu P..A, umur, inpartu kala IV

Planning, observasi keadaan umum, kesadaran, suhu, tekanan darah, nadi, kandung kemih, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, volume perdarahan yang keluar, jahit apabila terdapat laserasi pada jalan lahir, bersihkan dan rapikan ibu, anjurkan ibu untuk makan dan minum, anjurkan ibu dan keluarga menilai kontraksi uterus, buatlah ibu senyaman mungkin. (Rukiyah, 2009: 182).

3. Konsep Asuhan Kebidanan pada ibu Nifas

Pengkajian yang dilakukan pada ibu hamil harus akurat, relevan, dan lengkap yang meliputi:

Identitas meliputi:

- (a) Nama ibu dan suami: memudahkan komunikasi dan menghindari kekeliruan ketika memanggil.
- (b) Umur : mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi atau tidak. Umur ideal untuk ibu hamil antara 20-35 tahun.
- (c) Suku : mengetahui kebudayaan yang dianut.

- (d) Agama : mengetahui kepercayaan yang dianut.
- (e) Pendidikan : memudahkan dalam memberikan KIE.
- (f) Pekerjaan : mengetahui status sosial dan ekonomi.
- (g) Penghasilan : mengetahui seberapa jumlah tingkat perekonomian.
- (h) Alamat : memudahkan kunjungan rumah.

a. Data subjektif

Pengkajian dalam data subjektif ini sama dengan 7 langkah varney.

b. Data objektif

(a) Pemeriksaan umum

Bagaimana keadaan umum pasien, kesadaran, dan tand-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, respirasi, suhu. Berat badan, Tinggi badan, LILA.

(b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan kepala dan muka, leher, anus, ekstremitas (sesuai dengan data kehamilan).

(1) Muka : adakah closma gravidarum, keadaan selaput mat pucat atau merah, adakah oedema pada muka, bagaimana keadaan lidah, gigi .

(2) Leher : apakah vena terbungung dilehern(misalnya pada penyakit jantung), apakah kelenjar gondok membesar atau kelenjar limfa membengkak.

(3) Dada : bentuk buah dada, bagaimana pernafasannya,

- (4) Pemeriksaan payudara: dalam melakukan pengkajian apakah terdapat benjolan, pembesaran yang abnormal, keadaan puting susu ibu dan mengkaji pengeluaran ASI.
- (5) Pemeriksaan perut: periksa tinggi fundus uteri (setelah plasenta lahir TFU 2 jari dibawah pusat, um, pada 1 minggu post partum TFU teraba pertengahan pusat simpisis, pada 2 minggu post partum TFU teraba di atas simpisis, pada 6 minggu post partum fundus uteri tak teraba) (Sulistyawati, 2009: 74).
- (6) Periksa kandung kencing ibu : kandung kencing yang penuh akan teraba keras dan apabila dialpasi bagian atas simpisis, anjurkan ibu agar tidak menahan BAK. Menanyakan juga BAB, ibu nifas normal biasanya sudah bisa BAB setidaknya ± 3 hari setelah melahirkan (Dewi, 2013).
- (7) Pemeriksaan vulva: periksa inspeksi vagina dan serviks serta pengeluaran *lochea*, warna, bau, dan banyaknya darah yang keluar. Menurut Rustam (2011), perubahan *lochea* terjadi sebagai berikut:
 - (c) *Lochea rubra* (terjadi pada hari pertama sampai hari ke 4 berwarna merah).
 - (d) *Lochea sanguinolenta* (terjadi hari ke 4-7 pasca persalinan berwarna merah kecoklatan).

- (e) *Lochea serosa* (terjadi hari ke 7-14 pasca bersalin berwarna kuning kecoklatan).
- (f) *Lochea alba* (terjadi setelah hari ke 14, cairan sudah tak berwarna lagi(putih)).
- (8) Pemeriksaan perineum: periksa pada luka jahitan adakah tanda-tanda yang mengarah infeksi.
- (9) Pemeriksaan Ekstermitas: Bagaimana ekstermitas nya apakah bengkak, terdapat varices, apakah ada kelainan pada sendinya, jumlah jarinya lengkap atau tidak dan bersih atau tidak.

b. Assesment

Menetapkan diagnose atau masalah dari pengkajian yang telah dilakukan. Ibu dalam masa nifas normal apabila semua hasil pemeriksaan normal tanpa ada masalah.

c. Planing (perencanaan)

1) KF 1

- a) Lakukan observasi 2 jam post partum (TTV, kontraksi, TFU, kandung kemih, PPV).
- b) Ajari ibu masase uterus agar mencegah terjadinya atonia uteri sehingga berdampak pada perdarahan pada ibu post partum.
- c) Anjurkan ibu untuk segera memberikan ASI awal (kolostrum dan ajari ibu untuk teknik menyusui yang benar.
- d) Berikan KIE perawatan bayi sehari- hari.

- e) Berikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas dan personal hygiene.
- f) Berikan terapi vitamin A dan tablet Fe
- g) Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang 6 hari setelah melahirkan.

2) KF 2

- a) Pastikan involusi uterus normal.
- b) Menilai apakah adanya tanda-tanda bahaya masa nifas,
- c) Pastikan ibu mendapatkan cukup nutrisi, cairan dan istirahat.
- d) Pastikan ibu menyusui dengan benar.
- e) Berikan KIE perawatan bayi sehari-hari.

3) KF 3

Pastikan tidak ada penyulit yang ibu alami dan bayinya. Berikan konseling KB secara dini sesuai kondisi ibu dan pilihan ibu dan suami (Sulistyawati, 2009: 6-7)

4. Konsep Asuhan Kebidanan pada Neonatus

a. Data Subjektif

Subjektif merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Dalam data subjektif ini pengkajian sama seperti varney. Subjektif Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa yang meliputi :

- 1) Pengkajian segera setelah bayi lahir yaitu penilaian APGAR meliputi appearance (warna kulit), pulse (denyut jantung),

grimace (refleks), activity (tonus otot) and respiratory (usaha nafas).

- 2) Pengkajian keadaan fisik untuk memastikan bayi dalam keadaan normal atau mengalami penyimpangan.
- 3) Faktor genetik meliputi kelainan/gangguan metabolik pada keluarga dan sindroma genetic
- 4) Faktor maternal (ibu) meliputi adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus
- 5) Faktor antenatal meliputi pernah ANC/tidak, adanya riwayat perdarahan, preeklamsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar/terganggu, diabetes gestasional, poli, oligohidramnion.
- 6) Faktor perinatal meliputi prematur/postmtur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan, gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur meconium, amnionitis, ketuban pecah dini, perdarahan dalam persalinan, prolapse tali pusat, ibu hipotensi, jenis persalinan (muslihatun, dkk, 2009).

b. Data Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assessment sebagai langkah 1 varney. Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada

waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan USG, dan lain-lain).

Pemeriksaan Umum

- 1) Pernafasan BBL normal 30-60 kali permenit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih.
- 2) Warna kulit bayi baru lahir aterm kelihatan lebih pucat dibanding bayi preterm karena kulit teval.
- 3) Denyut BBL normal antara 100-160 kali permenit .
- 4) Suhu aksiler 36,5 sampai 37,5
- 5) Postur dan Gerakan. postur normal BBL dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar, dengan lengan, panggul dan lutut semi fleksi. Gerakan ekstermitas bayi harus secara spontan dan simetris disertai gerakan sendi penuh. Bayi normal dapat sedikit gemetar.
- 6) Tonus otot/tingkat kesadaran
- 7) Rentang normal tingkat kesadaran BBL adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel. Bayi dapat dibangunkan jika diam atau sedang tidur.
- 8) Ekstermitas. Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila ekstermitas disentuh, dan pembengkakan.
- 9) Kulit. Warna kulit adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol.

10) Tali pusat, normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari.

11) Berat badan, normal 2500-4000.

Pemeriksaan fisik (head to Toe)

- 1) Pengukuran antropometri yang meliputi penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, pengukuran lingkaran kepala dan pengukuran lingkaran dada
- 2) Kepala : ubun-ubun, sutura, molase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrocefalus, ubun-ubun kecil.
- 3) Wajah : wajah tampak simetris, perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom dan kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi.
- 4) Mata : keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva dan kesimetrisan
- 5) Telinga : kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala
- 6) Hidung : kebersihan, hidrocefalus.
- 7) Mulut : labio/palatoskisis, trush, sianosis, mukosa kering/basah.
- 8) Leher : Pembengkakan dan benjolan..
- 9) Klavikula dan lengan tangan: gerakan dan jumlah jari.
- 10) Dada : bentuk dada, puting susu, bunyi jantung dan

pernafasan.

- 11) Abdomen : menonjoln sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, gastroskisis, omfalokel.
- 12) Genetalia : kelamin laki-laki testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan berada di ujung penis. Kelamin perempuan vagina, uretra berlubang, labia mayora dan labia minora.
- 13) Tungkai dan kaki : Gerakan, bentuk, dan jumlah jari.
- 14) Anus : berlubang/tidak, fungsi spingter ani
- 15) Punggung : adakah spina bifida, mielomeningokel.
- 16) Refleks : moro, rooting, walking, graps, sucking, tonikneck.
- 17) Eliminasi : bayi baru lahir normal biasanya kencing lebih dari enam kali perhari. BBL normal biasanya berak cair enam sampai delapan kali per hari. Di curigai diare apabila frekuensi meningkat, tinja hijau atau mengandung lendir atau darah. Perdarahan vagina pada BBL dapat terjadi selama beberapa hari pada minggu pertama kehidupan dan dianggap normal (muslihatun, dkk, 2009).

c. Assesment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi. Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien atau berdasarkan data/ informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan (Marmi, 2012).

d. Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan, tindakan dan evaluasi berdasarkan assesment. Berikut ini perencanaan pada bayi baru lahir meliputi:

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan.
- 2) Melakukan pengamatan pernafasan, warna kulit dan aktifitas.
- 3) Mempertahankan suhu tubuh bayi.
- 4) Melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 5) Memberikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi.
- 6) Mengidentifikasi bayi untuk pengenalan bayi agar tidak tertukar.
- 7) Memberitahu ibu dan keluarga cara perawatan tali pusat.
- 8) Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya bayi baru lahir.
- 9) Mengajarkan ibu cara merawat bayi.
- 10) Menganjurkan pada ibu untuk menyusui sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam.
- 11) Mempertahankan bayi agar selalu didekat ibu.

- 12) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.
- 13) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
- 14) Mengukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.
- 15) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang ke rumah beri imunisasi BCG, polio oral, dan hepatitis B (Marmi, 2012).

5. Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu KB

Pengkajian yang dilakukan pada ibu hamil harus akurat, relevan, dan lengkap yang meliputi:

Identitas meliputi:

- 1) Nama ibu dan suami: memudahkan komunikasi dan menghindari kekeliruan ketika memanggil.
- 2) Umur : mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi atau tidak. Umur ideal untuk ibu hamil antara 20-35 tahun.
- 3) Suku : mengetahui kebudayaan yang dianut.
- 4) Agama : mengetahui kepercayaan yang dianut.
- 5) Pendidikan : memudahkan dalam memberikan KIE.
- 6) Pekerjaan : mengetahui status sosial dan ekonomi.
- 7) Penghasilan : mengetahui seberapa jumlah tingkat Perekonomian.
- 8) Alamat : memudahkan kunjungan rumah.

a. Data Subjektif (S)

Data subjektif merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Dalam data subjektif ini pengkajian sama seperti varney. Data ini mencakup perasaan, reaksi pengamatan terhadap masalah. Data yang terpercaya diperoleh dari pasien sendiri dengan melakukan wawancara langsung. Data subjektif menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa pada pasien.

b. Data Objektif (O)

Data objektif didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik sebelum atau selama pemakaian KB. Data objektif menggambarkan hasil pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan penunjang berupa hasil laboratorium.

c. *Assessment* (A)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah dan diagnosis yang spesifik (muslihatun, 2009: 230).

d. *Planning* (P)

Plan mencakup penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan. Rencana asuhan yang terpenting adalah pendidikan kesehatan, konseling, dan petunjuk untuk

pasien yang berkaitan dengan kontrasepsi yang akan digunakan.

Asuhan kebidanan yang direncanakan pada pasien yaitu:

- 1) Berikan informasi pada ibu tentang keadaan yang dialaminya serta hasil pemeriksaan fisik yang telah dilakukan pada ibu.
- 2) Berikan KIE pada ibu tentang efek samping dari alat kontrasepsi yang akan digunakan pasien agar ibu lebih memahami efek samping alat kontrasepsi yang digunakan (Sulistyawati, 2011).
- 3) Berikan pelayanan KB yang sesuai dengan kondisi ibu serta pilihan ibu dan suami.
- 4) Rencanakan untuk kunjungan ulang untuk kontrol atau melakukan kunjungan ulang.
- 5) Motivasi ibu untuk selalu memperhatikan keadaannya.
- 6) Dokumentasi tindakan.

C. Landasan Hukum

1. Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

Asuhan kebidanan berkesinambungan adalah upaya yang dilakukan bidan dalam memberikan asuhan secara berkesinambungan dimulai pada masa kehamilan dapat berupa pelayanan *Antenatal* terpadu yang harus memenuhi standar minimal. Pada masa persalinan dapat berupa Asuhan Persalinan Normal (APN) 58 langkah, sedangkan pada masa nifas dapat berupa kunjungan masa nifas paling sedikit 4 kali yaitu: kunjungan I (6-8 jam post partum), kunjungan II (6 hari post partum),

kunjungan III (2 minggu post partum), kunjungan IV (6 minggu post partum) (Kepmenkes, 2010).

2. Standar Asuhan Kebidanan

Acuan tersebut dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Standar asuhan kebidanan bertujuan agar kualitas layanan bidan tetap terjaga dan menjadi sarana pemerintah untuk mencapai target peningkatan layanan kesehatan seperti penurunan AKI dan AKB. Standar asuhan kebidanan melingkupi asuhan kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi, asuhan pada anak balita sehat dan asuhan pada masa reproduksi.

3. Menejemen Asuhan Kebidanan

Menejemen Asuhan Kebidanan yang digunakan adalah sesuai dengan KEPMENKES Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 yang meliputi:

b. STANDAR I: Pengkajian

1) Pernyataan Standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan kondisi klien.

2) Kriteria Pengkajian

- a) Data tepat, akurat dan lengkap.
- b) Terdiri dari data subjektif (hasil Anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
- c) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

c. STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

1) Pernyataan Standar

Bidan menganalisa uyang diperoleh pada pengkajian, mengintrepetasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) KriteriaPengkajian

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c) Dapat diselesaikan dangan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

d. STANDAR III: Perencanaan

1) Pernyataan Standar

Bidan menentukan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2) Kriteria Perencanaan

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan komprehensif.
- b) Melibatkan klien/ pasien dan atau keluarga.
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologis, sosial budaya klien/ keluarga.
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

e. STANDAR IV: Implementasi

1) Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/ pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2) Kriteria

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dan klien dan atau keluarganya (*inform consent*)

- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/ pasien dalam setiap tindakan.
- e) Menjaga privacy klien/ pasien.
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan pasien secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melakukan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

f. STANDAR V: Evaluasi

1) Pernyataan Standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2) Kriteria Evaluasi

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- c) Evaluasi dilakuakn sesuai dengan standar.
- d) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/ pasien.

g. STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

1) Pernyataan Standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2) Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/ KMS/ Status pasien/ buku KIA).

b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa, O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan, A adalah analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan, P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan, dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

4. Kewenangan Bidan

Berdasarkan peraturan pemerintah kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/ Menkes/Per/X/2010 tentang izin dan pelaksanaan praktik bidan.

Kewenangan yang dimiliki antara lain meliputi:

a. Kewenangan normal

Pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

- b. Kewenangan dalam menjalankan program pemerintah.
- c. Kewenangan bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter.

BAB III

METODOLOGI

A. Metode Penulisan

Laporan kasus asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas ini dilakukan dengan menggunakan jenis metode Studi Kasus yang bertujuan untuk memberikan asuhan secara berkesinambungan pada satu pasien.

B. Sumber Data

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan:

1. Data primer

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung.

Wawancara pada laporan kasus ini dilakukan secara langsung kepada ibu hamil untuk memperoleh informasi atau data kondisi pasien. Selain itu, wawancara dilakukan pada suami atau keluarga, serta petugas kesehatan untuk mendapatkan data yang valid.

b. Pemeriksaan/ observasi

Observasi merupakan pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung pada responden yang diteliti. Untuk

laporan kasus ini, responden adalah ibu hamil dengan umur kehamilan 29⁺⁵ minggu.

Observasi pada kasus ini dilakukan dengan cara melihat (*inspeksi*), meraba (*palpasi*), mendengar (*aukmentasi*), mengetuk (*perkusi*), mengukur tanda-tanda vital (*vital sign*) serta pemeriksaan fisik pada ibu.

2. Data sekunder

Untuk melengkapi data yang sudah ada hubungannya dengan masalah yang ditentukan maka peneliti mengambil data dengan studi dokumentasi yaitu mendapatkan data dari dokumentasi bidan, dan buku KIA responden.

C. Tehnik Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi, wawancara, dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai dengan KEPMENKES Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007.

D. Lokasi dan Waktu

1. Waktu

Laporan kasus dilakukan pada bulan februari 2017- juni 2017.

2. Tempat penelitian

Laporan kasus dilakukan di Puskesmas Sibela, Mojosongo, Jebres, Surakarta.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini penulisannya telah disusun secara berurutan dengan sistematika sebagai berikut.

BAB I**PENDAHULUAN**

Bab ini menjelaskan tentang isi karya tulis secara keseluruhan terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup, penjelasan judul, tujuan, manfaat. Sehingga pembaca dapat memperoleh informasi secara ringkas dari isi karya tulis ini.

BAB II**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini berisi tentang landasan teori yang terdiri dari teori medis dan teori manajemen, teori medis meliputi konsep dasar kehamilan, persalinaan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana serta asuhannya. Teori manajemen kebidanan menurut Hellen Varney yang terdiri dari pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, antisipasi, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi. Serta disajikan dalam bentuk SOAP yaitu data subjektif, data objektif, asesment, dan perencanaan.

BAB III**METODOLOGI**

Pada bab ini menguraikan tentang metode penulisan, sumber data, tehnik pengumpulan data, lokasi dan waktu yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan kebidabnan serta sistematika penulisan.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

Bab ini mengkaji laporan kasus tentang hasil pengambilan data yang relevan dengan kebutuhan kasus. Hamil disajikan dengan 7 langkah varney yaitu pengkajian, intepretasi data, diagnosa potensial, antisipasi, rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi serta data perkembangan disajikan dalam bentuk SOAP. Bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana disajikan dalam bentuk SOAP dan data perkembangannya juga disajikan dalam bentuk SOAP yaitu data subjektif, data objektif, asesment dan perencanaan.

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang analisis data antara kasus yang diteliti dengan teori kemudian dibandingkan dengan teori yang sudah disebutkan dalam tinjauan teori. Asuhan kebidanan tersebut penyajiannya menggunakan langkah varney yaitu pengkajian, intepretasi data, diagnosa potensial, antisipasi, rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi. Serta menggunakan penyajian dalam bentuk SOAP yaitu data subjektif, data objektif, asesment dan perencanaan.

BAB**VI PENUTUP**

Bab ini berisi kesimpulan yang merupakan jawaban dari tujuan serta merupakan inti pembahasan kasus disertai saran yang merupakan alternatif pemecahan masalah dan tanggapan dari kesimpulan

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL NORMAL PADA NY R USIA 24 TAHUN G₂P₁A₀ UMUR KEHAMILAN 29⁺⁵ MINGGU DI PUSKESMAS SIBELA MOJOSONGO

I. PENGUMPULAN DATA

Tanggal : 25 Februari 2017
 Jam : 09.00 WIB
 Oleh : Ambar Krisdiani
 Tempat : Puskesmas Sibela Mojosoongo
 No Register : 116395

A. Data Subjektif

1. Identitas

Nama Istri	: Ny R	Nama Suami	: Tn A
Umur	: 24 Tahun	Umur	: 33 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Penghasilan	: -	Penghasilan	: ±Rp 1.500.000,00
Alamat	: Randusari, Rt 03/30, Mojosoongo, Jebres		

2. Alasan kunjungan

Pada hari sabtu 25 february 2017 ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya karena jadwal untuk ANC yang ke

3. Data Kebidanan

a. Riwayat Menstruasi

Menarch	: 13 Tahun
Sifat Darah	: Cair kadang disertai gumpalan
Siklus	: 28 Hari
Lama	: 6-7 Hari
Warna	: Merah tua
Bau	: Khas seperti darah menstruasi
Teratur/Tidak	: Teratur
Banyaknya	: 2-3 kali ganti pembalut
Disminorea	: Pada hari pertama menstruasi tetapi tidak sampai mengganggu aktivitas.
HPHT	: 26 Juli 2016
HPL	: 3 Mei 2017

b. Riwayat Perkawinan

Sudah/Belum	: Sudah Menikah
Usia saat menikah	: 22 Tahun
Usia suami saat menikah	: 31 Tahun
Lama pernikahan	: 2 Tahun, dan anak pertama umur 1,5 tahun.
Status pernikahan	: Istri pertama syah dan satu-satunya.

c. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah melahirkan anak pertamanya belum pernah memakai alat kontrasepsi, hanya saja ketika melakukan hubungan suami istri dengan coitus interruptus, dengan alasan ingin segera memiliki anak lagi.

d. Riwayat Kehamilan Sebelumnya

Jumlah anak semua nya satu, hidup dan belum pernah keguguran.

e. Riwayat persalinan sebelumnya

Hamil ke	Umur kehamilan	Tgl/bln persalinan	Jenis persalinan	Tempat persalinan	Penolong persalinan
1	9 Bulan	16 oktober 2015	Normal	Puskesmas	Bidan
2	sekarang	-	-	-	-

J K	Anak			Keada an lahir	Keada an sekarang	Perdar ahan	Nifas		
	BB	PB	Keada an				Lakt asi	kom plika si	Ket
♀	3000	50	Hidup	Sehat	-	Ya	-	Se hat	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	

f. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan bahwa ini merupakan kehamilan yang kedua, sudah pernah melahirkan, dan belum pernah mengalami keguguran (G₂P₁A₀).

Ibu mengatakan HPHT: 26 Juni 2016 dan HPL: 3 Mei 2017 dan umur kehamilannya saat ini 29 minggu 5 hari.

Ibu pernah melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 2 kali yaitu:

TM II : Ibu memeriksakan kehamilannya pertama kali pada tanggal 25 Januari 2017, saat umur kehamilannya mencapai 26 minggu, ibu datang tanpa keluhan dan diberikan tablet penambah darah serta diberikan penkes cara pengkonsumsi an tablet penambah darah.

TM III : Ibu memeriksakan kehamilannya yang ke 2 pada tanggal 25 Februari 2017, saat umur kehamilannya mencapai 29 minggu 5 hari, datang dengan keluhan mudah capek dan pegel- pegel pada punggungnya serta bidan memberikan penkes untuk body mekanik dan disarankan untuk istirahat cukup serta menjaga janin yang dikandungnya, dan juga diberikan tablet penambah darah.

g. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan belum pernah dioperasi, dirawat di rumah sakit, maupun menderita penyakit menular seperti:

- a) TBC, gejalanya yaitu mengalami batuk dalam 1 bulan atau 3 minggu yang disertai darah.
- b) Penyakit kuning (Hepatitis) dengan gejala demam, mengigil, nyeri kuadran kanan atas abdomen dan ikterus.

Dan penyakit menahun seperti:

- a) Jantung, dengan gejala yaitu keluar keringat dingin, mudah lelah, jantung berdebar-debar, keringat dingin pada tangan, nyeri dada bagian kiri dan punggung bagian kiri, mual muntah, mudah lelah setelah aktivitas ringan dan ngos-ngosan.
- b) Tekanan darah tinggi (Hipertensi) dengan gejala, tensi lebih dari $140/100$ mmHg, sering pusing, dan nyeri kepala, pandangan mata kabur, timbul rasa mual muntah karena adanya gangguan syaraf pusat yang meningkatkan asam lambung.
- c) Penyakit gula (Diabetes) dengan gejala yaitu banyak minum, banyak makan, sering lelah, luka sukar sembuh, sering buang air kecil, badan kurus, mudah lelah, nyeri sendi, badan terasa panas.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan saat ini tidak memiliki keluhan apapun hanya saja merasa mual tetapi tidak sampai muntah ketika menggosok gigi.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarganya dan didalam keluarga seaminya tidak ada riwayat keturunan kembar, tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, HIV, dan Hepatitis.

Penyakit menahun seperti Jantung, Hipertensi, dan penyakit Diabetes, serta tidak ada keluarga yang mengalami cacat kongenital.

4) Riwayat Keturunan Kembar

Ibu mengatakan didalam keluarganya maupun keluarga dari suaminya tidak terdapat riwayat keturunan kembar.

h. Pola Fungsional

1) Pola Makan

Ibu mengatakan sehari makan 3 kali , jenis nasi lauk dan sayur, porsi makan 1 piring habis. Dan minum sehari \pm 8 gelas susu pada pagi hari dan air putih saja. Ibu mengatakan tidak mempunyai kebiasaan minum jamu, merokok atau minum-minuman keras.

2) Pola Aktifitas

Ibu mengatakan pekerjaannya sehari-hari dirumah seperti mencuci, memasak, menyapu dan mengurus anak dikerjakan sendiri, tidak ada keluhan. Saat hamil ini pekerjaannya sehari-hari dibantu oleh suami sebelum berangkat kerja.

3) Pola Istirahat

Ibu mengatakan bahwa tidur pada malam hari \pm 8 jam dan tidur siang jika anaknya tidur \pm 1 jam.

4) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAK sebanyak 5-6x/ hari, warna kuning jernih. BAB sebanyak 1x/ hari, warna kuning konsistensi lunak, tidak ada keluhan.

5) Pola Kebersihan

Ibu mengatakan mandi 2x/ hari, gosok gigi 2x/hari mengganti pakaian setelah habis mandi dan keramas 1 minggu 3x.

6) Pola Seksual

Ibu mengatakan saat tau bahwa ibu hamil, ibu mengatakan belum pernah melakukan hubungan seksual karena merasa tidak nyaman dengan perutnya yang semakin bertambah besar.

i. DATA PSIKOLOGI, SOSIAL, SPIRITUAL

1) Psikologis

a) Jenis kelamin anak yang diharapkan: suami dan keluarga mengharapakan anak yang ke 2 nya ini lahir anak laki-laki, tetapi dari ibu sendiri mengharapakan semua jenis kelamin anak yang dilahirkan sama.

b) Dukungan keluarga dan suami: Ibu mengatakan dukungan keluarga dan suami ketika tahu hamil dan anak pertamanya masih kecil, keluarga sedikit belum menerima kehamilannya, tetapi lama kelamaan seiring berjalannya waktu keluarga menerima kehamilannya

dan mendapat dukungan baik oleh keluarga serta suaminya.

2) Sosial Budaya

- a) Dukungan lingkungan sekitar: ibu mengatakan lingkungan sekitar sudah tahu kehamilan ibu, dan mendapatkan dukungan baik oleh masyarakat sekitar.
- b) Hubungan dengan lingkungan sekitar: ibu mengatakan hubungan dengan lingkungan sekitarnya baik, tidak memiliki masalah apapun, serta ibu mengikuti kegiatan lingkungan sekitar seperti arisan pkk dan pengajian.

3) Spiritual

- a) Pola ibadah ibu: ibu mengatakan setiap hari insyaallah sholat 5 waktu terlaksanakan. Senantiasa selalu berdoa pada Allah SWT agar kondisi janin dan ibu tetap sehat dan ketika bersalin lancar.
- b) Tindakan ibu untuk persiapan persalihan: ibu mengatakan sudah merencanakan untuk bersalin di puskesmas.

b. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : $^{120}/_{80}$ mmHg R : 20x/menit
 N : 80x/ menit S : 36,2⁰c

BB sebelum hamil: 52 Kg

BB saat hamil : 58 Kg

Kenaikan BB : 6 Kg

TB : 165 Cm

LILA : 24 Cm

HPHT : 26 Juli 2016

HPL : 3 Mei 2017

Usia Kehamilan : 29 minggu 5 hari

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Bentuk kepala : Mesocephal

Rambut dan kulit kepala : Bersih, hitam, lurus, tidak rontok, tidak berketombe, tidak ada massa.

Muka : Tidak pucat, tidak ada Cloasma Gravidarum, tidak berjerawat, tidak oedema, tidak ada kelainan.

Mata : Simetris, tidak merah, tidak ada skret, konjungtiva merah muda tidak

	anemis, sklera putih tidak ikterik, tidak ada kelainan.
Hidung	:Lubang hidung simetris, tidak ada sekret, serta tidak ada pembesaran polip.
Mulut	: Simetris, tidak ada kelainan pada bibir, warna bibir tidak pucat, lembab, tidak ada caries gigi, bersih.
Telinga	: Simetris, bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada serumen, tidak ada kelainan.
Leher	: Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan vena jugularis.
b. Dada	: Simetris, tidak terdengar weezing, pernafasan teratur.
c. Payudara	: Puting susu menonjol, tidak ada pembesaran abnormal, belum ada pengeluaran ASI, bersih.
d. Ketiak	: Tidak ada nyeri tekan,tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

e. Abdomen

Inspeksi : Tidak ada luka bekas SC, tidak ada striae gravidarum dan tidak ada linea nigra.

Palpasi : Leopold I : Tinggi fundus uteri 3 jari diatas pusat. Fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong).

Leopold II : Bagian Kanan perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin). Bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janinyaitu seperti tangan dan kaki janin (ekstermitas).

Leopold III : Bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala) dan belum masuk panggul.

Leopold IV : Bagian terbawah janin belum masuk panggul.

TFU : 22 cm

TBJ : 1550 Gram

Auskultasi :

Punctum Maximum : Punggung kanan.

Frekuensi DJJ : 140x/menit.

Teratur/tidak : Teratur.

- f. Genetalia : Bersih, tidak oedema, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini, tidak ada pengeluaran pervaginam.
- g. Anus : Tidak ada Hemoroid.
- h. Ekstermitas
- Atas : Tidak oedema, tidak kaku sendi, jari tangan lengkap 10 jari, tidak ada kelainan, bersih.
- Bawah : Tidak oedema, tidak kaku sendi, jari kaki lengkap berjumlah 10, tidak ada kelainan, refleks pattela kaki kanan dan kiri positif (+), bersih.
- i. Pemeriksaan Penunjang
- Tidak dilakukan

II. INTEPRETASI DATA

Diagnosa Kebidanan:

Ny. R usia 24 tahun G₂P₁A₀ hamil normal usia kehamilan 29⁺⁵ minggu dengan kehamilan resiko tinggi.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, puka, presentasi kepala, belum masuk panggul.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak Ada

IV. ANTISIPASI MASALAH

Tidak Ada

V. PERENCANAAN

Tanggal: 25 Februari 2017

Jam : 09.05 WIB

1. Beritahu hasil pemeriksaan keadaan umum ibu dan vital sign ibu.
2. Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil.
3. Beritahu ibu resiko jarak kehamilan < 2 tahun.
4. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup dan memenuhi kebutuhan nutrisi yang bergizi.
5. Anjurkan ibu untuk rutin mengkonsumsi tablet penambah darah.
6. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang dan jika ada keluhan.
7. Dokumentasikan seluruh hasil tindakan.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal: 25 Februari 2017

Jam : 09.10 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan keadaan umum ibu dan vital sign ibu.
2. Menganjurkan ibu untuk melakukan senam hamil

Senam hamil bisa dilakukan pada usia kehamilan mulai dari 20 minggu keatas, dan senam hamil dapat dilakukan minimal satu minggu satu

kali, atau boleh dilakukan sebelum dan sesudah tidur tetapi dalam gerakan yang ringan - ringan saja.

3. Memberitahu ibu resiko jarak kehamilan terlalu dekat yaitu bisa terjadi perdarahan trimester III, anemia pada ibu dan menyebabkan terjadinya persalinan preterm dan keguguran dan lain-lain.
4. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup dan memenuhi kebutuhan nutrisi yang bergizi.

Istirahat yang cukup yaitu pada waktu siang istirahat maksimal 1 jam dan pada malam hari tidak tidur terlalu larut malam dan tidak tidur melebihi 8 jam, serta memenuhi kebutuhan nutrisi yang bergizi seperti makan- makanan yang mengandung karbohidrat protein, lemak ,serta vitamin dan mineral.

5. Menganjurkan ibu untuk rutin mengkonsumsi tablet penambah darah
Waktu pengkonsumsian tablet penambah darah yaitu sehari satu kali menjelang tidur malam, agar tidak terjadi mual muntah.
6. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang dan jika ada keluhan
7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

VII. EVALUASI

Tanggal: 25 Februari 2017

Jam : 09.20 WIB

1. ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu:

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : $^{120}/_{80}$ mmHg R : 20x/menit

N : 80x/ menit S : $36,2^0$ c

Kondisi ibu dan janin normal tidak terdapat masalah.

2. Ibu bersedia untuk melakukan senam hamil.
3. Ibu mengetahui resiko jarak kehamilan terlalu dekat.
4. Ibu bersedia untuk istirahat cukup dan memenuhi kebutuhan nutrisi yang bergizi.
5. Ibu bersedia untuk rutin mengkonsumsi tablet penambah darah.
6. Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang 2 minggu sekali dan jika ada keluhan.
7. Semua tindakan telah didokumentasikan.

a. DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 1 Maret 2017

Jam : 10.00 WIB

S: Ibu mengatakan ingin memeriksakan kembali kehamilannya yang ke 2 . Ibu merasakan pegel-pegel pada punggungnya, mudah capek dan merasakan gerakan janin nya semakin kuat dan sering.

O: Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $100/80$ mmHg R: 22x/menit
 N : 80x/menit S: $36,4^{\circ}$ C

Abdomen

Inspeksi : Tidak ada luka bekas SC, tidak ada linea nigra dan striae gravidarum, pembesaran perut normal sesuai umur kehamilan.

Palpasi : Leopod I : Tinggi fundus uteri pertengahan pusat px.
 Bagian atas perut ibu teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong).

Leopod II : Bagian Kanan perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin).
 Bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil seperti tangan dan kaki janin (ekstermitas).

Leopod III : Bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala janin) belum masuk panggul

Leopod IV : Bagian terbawah janin belum masuk panggul.

TFU : 23 cm

TBJ : 1705 Gram

Auskultasi :

Punctum Maximum : Punggung kanan.

Frekuensi DJJ : 146x/menit.

Teratur/tidak : Teratur.

A: Ny. R usia 24 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 31⁺¹ minggu dengan kehamilan resiko tinggi.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, puka, presentasi kepala, belum masuk panggul.

P: Tanggal : 1 Maret 2017

Jam : 10.15 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, hasil pemeriksaannya ibu dan janin sehat.

2. Menjelaskan kepada ibu mengenai keluhan yang dirasakan

Ibu mengeluh sering pegel pada punggungnya dan sering capek, hal tersebut merupakan salah satu perubahan fisiologis pada ibu hamil yang usia kehamilannya semakin bertambah besar.

Ibu sudah mengerti penyebab keluhan yang dirasakan tersebut adalah hal yang wajar pada ibu hamil.

3. Memberikan penkes pada ibu tentang Body Mekanik

Dengan diberikan penkes Body Mekanik tersebut dapat membantu aktivitas sehari-hari ibu sehingga ibu tidak salah dalam mengambil posisi yang dapat membahayakan kehamilannya.

Ibu sudah mengetahui posisi yang diperbolehkan pada ibu hamil untuk membantu aktivitas sehari-hari.

4. Mengingatkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet penambah darah

Mengonsumsi tablet penambah darah sangat penting untuk ibu hamil mencegah anemia sehingga kebutuhan darah saat persalinan bisa tercukupi dengan baik. Dosis yang dibutuhkan (1 x 1) menjelang tidur malam.

Ibu bersedia untuk rutin mengonsumsi tablet penambah darah.

5. Menganjurkan ibu untuk periksa sesuai jadwal dan jika ada keluhan.

Ibu dianjurkan untuk periksa sesuai jadwal agar bisa memantau dan mengetahui perkembangan selanjutnya, serta bisa mendeteksi secara dini jika terdapat masalah pada kehamilannya dan segera mendapatkan penanganan lebih lanjut dari tenaga kesehatan.

Ibu bersedia untuk periksa sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

6. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan.

Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan

b. DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal : 5 April 2017

Jam : 11.00 WIB

S: Ibu mengatakan hari ini jadwal periksa kehamilannya yang ke 4 dan keluhan yang dirasakan masih sama pegal-pegal pada punggung ibu. Serta ibu sudah melakukan pemeriksaan laboratorium

O: Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD: $^{110}/_{70}$ R: 24x/menit

N: 82x/menit S: 36,0⁰ C

Abdomen

Inspeksi: Tidak ada luka bekas SC, tidak ada linea nigra dan striae gravidarum, pembesaran perut normal sesuai umur kehamilan.

Palpasi: Leopod I : Tinggi fundus uteri 3 jari dibawah px.

Bagian atas perut ibu teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong).

Leopod II : Bagian Kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin seperti tangan dan kaki janin (ekstermitas).
Bagian kiri perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin).

Leopod III : Bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting yaitu kepala janin (presentasi kepala) dan belum masuk panggul.

Leopod IV : Bagian terbawah janin belum masuk panggul.

TFU : 29 cm

TBJ : $(29-12) \times 155 = 2635$ Gram

Auskultasi :

Punctum Maximum : Punggung kiri.

Frekuensi DJJ : 142x/menit.

Teratur/tidak : Teratur.

Hasil pemeriksaan laboratorium:

Hb : 14 mg/dl

HbSag : Negatif (-)

Protein urine : Negatif (-)

Protein Reduksi : Negatif (-)

A: Ny. R usia 24 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 36⁺¹ minggu dengan kehamilan resiko tinggi.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, puki, presentasi kepala, belum masuk PAP.

P: Tanggal : 5 April 2017

Jam : 11.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ibu mengetahui kondisinya serta janin yang dikandungnya melalui hasil pemeriksaan tersebut, sehingga ibu lebih tenang dan menjaga kondisi ibu dan janin yang dikandungnya agar tetap sehat.

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksannya.

2. Menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat yang terlalu berat.

Mengangkat beban terlalu berat, seperti halnya mengendong akan mempengaruhi posisi janin didalam kandungan yang awalnya sudah posisi mapan kepala janin dibawah, maka akan menyebabkan posisi janin akan

berubah lagi entah seperti melintang atau sungsang, maka hal tersebut harus dihindari terlebih dahulu.

Ibu bersedia untuk istirahat mengangkat beban yang berat terlebih dahulu.

3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan: mual muntah lebih dari 6 kali sehari, perdarahan pada jalan lahir, kejang, kaki bengkak, sakit kepala berat, KPD, tidak ada gerakan janin, nyeri hebat pada perut, demam lebih dari 3 hari 3 malam, kelopak mata pucat (anemis). Dari sebagian ibu hamil ada yang mengalami salah satu masalah tersebut, maka ibu hamil diberikan pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya pada kehamilan sehingga ibu tahu secara dini dan dapat menghindari masalah tersebut, serta jika ibu merasakan hal tersebut bisa langsung periksa ke tenaga kesehatan terdekat untuk segera mendapatkan penanganan.

Ibu mengerti tentang tanda bahaya pada kehamilan.

4. Memberikan penkes tentang P4K

Dengan diberikan pendidikan kesehatan tentang P4K membantu ibu untuk merencanakan persalinan dan pencegahan komplikasi sehingga ibu sudah siap dan tanggap apa yang harus dilakukan secepatnya ketika melakukan persalinan.

Ibu sudah mengetahui apa saja yang perlu dipersiapkan dalam perencanaan persalinan nanti.

5. Mendokumentasikan hasil tindakan yang sudah dilakukan

Hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

c. DATA PERKEMBANGAN III

Tanggal : 13 April 2017

Jam : 08.00 WIB

S: Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang ke 5 serta ibu masih merasakan keluhan yang sama punggung pegal-pegal dan kaki kesemutan.

O: Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD: $^{110}/_{70}$ mmHg R: 22x/menit

N : 82x/ menit S: $35,5^0$ C

Pemeriksaan Fisik

Abdomen

Inspeksi : Tidak ada luka bekas SC, terdapat linea nigra, terdapat sedikit striae albicans, pembesaran perut normal sesuai usia kehamilan.

Palpasi : Leopod I : Tinggi Fundus Uteri 3 jari dibawah px
Bagian atas perut ibu teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong janin).

Leopod II : Bagian kanan perut ibu teraba bagain terkecil janin seperti siku dan lutut (ekstermitas janin). Bagian kiri perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin).

Leopod III : Bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala) dan belum masuk panggul

Leopod IV : Bagian terbawah janin belum masuk panggul.

TFU : 31 cm

TBJ : $(31-12) \times 155 = 2900$ gram

Asukultasi :

Puctum Maximum : Punggung Kiri

Frekuensi DJJ : 148x/ menit

Teratur/ Tidak : Teratur

A: Ny. R usia 24 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 37⁺³ minggu dengan kehamilan resiko tinggi.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, puki, presentasi kepala, belum masuk PAP.

P: Tanggal : 13 April 2017

Jam : 08.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksannya. Kondisi ibu dan janin normal tidak ada masalah.

2. Memberikan penkes posisi yang tidak diperbolehkan untuk ibu hamil yang menyebabkan kaki kesemutan.

Posisi yang tidak diperbolehkan untuk ibu hamil seperti naik turun tangga, duduk bersila, berdiri terlalu lama, mengangkat beban berat serta menyilangkan kaki. Hal tersebut dapat menyebabkan kesemutan karena peredaran darah ke seluruh tubuh kurang lancar sehingga menimbulkan kesemutan pada kaki. Dengan diberikan penkes tersebut, ibu mampu menghindari posisi tersebut.

Ibu paham mengenai penkes yang diberikan, dan bersedia untuk tidak melakukan posisi yang salah tersebut.

3. Memberikan penkes tanda- tanda persalinan

Usia kehamilan ibu yang sudah aterm yaitu sudah saat nya bayi bisa dilahirkan, maka terdapat tanda- tanda persalinan yaitu keluar lendir bercampur darah berwarna merah kecoklatan dari jalan lahir, perut mules dan menjalar ke punggung berlangsung sering dan lama, air ketuban pecah, kontraksi perut semakin sering dan lama, dan terjadi pembukaan pada jalan lahir. Dengan diberikan penkes tersebut sehingga ibu tahu tanda- tanda jika ingin melahirkan.

Ibu paham dan mengerti tanda- tanda persalianan.

4. Menganjurkan ibu untuk periksa sesuai jadwal dan jika ada keluhan.

Ibu dianjurkan untuk periksa sesuai jadwal agar bisa memantau dan mengetahui perkembangan selanjutnya, karena usia kehamilan ibu sudah aterm maka dijadwalkan untuk periksa satu minggu satu kali.

Ibu bersedia untuk periksa sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

5. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan.

Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

d. DATA PERKEMBANGAN IV

Tanggal : 6 Mei 2017

Jam : 09.00 WIB

S: Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang ke 6 karena sudah lewat waktu 3 hari HPL belum merasakan kencang-kenceng dan belum ada tanda- tanda persalinan.

O: Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD: $^{110}/_{80}$ mmHg R: 24x/menit

N : 84x/ menit S: $36,5^0$ C

Pemeriksaan Fisik

Abdomen

Inspeksi : Tidak ada luka bekas SC, terdapat linea nigra, terdapat sedikit striae albicans, pembesaran perut normal sesuai usia kehamilan.

Palpasi : Leopod I : 3 jari dibawah Px. Bagian atas perut ibu teraba bulat, lunak tidak melenting (bokong).

Lepod II : Bagian kanan perut ibu teraba bagia terkecil janin seperti siku dan lutut (ekstermitas). Bagian kiri

perut ibuu teraba keras memanjang seperti papan (punggung).

Leopod III : Bagian terbawah perut ibu teraba bulat keras, tidak melenting (presentasi kepala) dan sudah masuk panggul.

Leopod IV : Bagian terbawah janin teraba 4/5 bagian.

TFU : 30 Cm

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

Auskultasi :

Puctum Maximum : Punggung kiri

Frekuensi DJJ : 138x/ menit

Teratur/ Tidak : Teratur.

A: Ny. R usia 24 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 40⁺³ minggu dengan kehamilan resiko tinggi.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, puki, presentasi kepala, penurunan 1/5 bagian.

P: Tanggal : 6 Mei 2017

Jam : 09.15 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu:

Kedaaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD: $^{110}/_{80}$ mmHg R: 24x/menit
 N : 84x/ menit S: 36,5⁰ C.

Hasil pemeriksaan abdomen: bagian terbawah janin sudah masuk panggul 1/5 bagian. Kondisi ibu dan janin semua dalam keadaan normal.

2. Memberitahu ibu usia kehamilannya ini sudah melewati HPL.

Ibu diberikan KIE tentang usia kehamilannya dipertahankan sampai usia 42 minggu, jika lebih dari 42 minggu dikatakan serotinus atau hamil lewat waktu. Jika 42 minggu ibu tidak merasakan kenceng-kenceng atau tidak ada tanda-tanda persalinan maka segera dilakukan terminasi kehamilan.

Ibu tahu bahwa usia kehamilannya sudah melewati HPL 3 hari.

3. Menganjurkan ibu untuk melakukan hubungan seksual

Hubungan seksual dianjurkan untuk ibu hamil yang usia kehamilannya sudah tua/ post term, hubungan seksual dilakukan dengan hati- hati, posisi ibu diatas agar bisa mengontrol gerakan. Sperma harus dikeluarkan didalam vagina karena mengandung suatu zat yang dinamakan prostaglandin yang dapat merangsang kontraksi uterus.

Ibu bersedia untuk melakukan hubungan seksual dengan hati- hati.

4. Menganjurkan ibu untuk periksa ke dokter SpOG

Ibu bersedia untuk periksa ke dokter SpOG

5. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

e. DATA PERKEMBANGAN V

Tanggal : 9 Mei 2017

Jam :14.00 WIB

S: Ibumengatakan datang kepuskesmas karena sudah merasakan kenceng-kenceng pada perutnya dan sudah mengeluarkan lendir bercampur darah dari jalan lahir, serta umur kehamilannya telah melewati 6 hri HPL, lalu ibu langsung disuruh uuntuk melahirkna di RSUD surakarta atas indikasi mati listrik, tanpa diberikan surat rujukan apapun.

O: Tidak dilakukan pemeriksaan umum maupun pemeriksaan fisik

A: Ny. R usia 24 tahun G₂P₁A₀ usia kehamilan 40⁺⁶ minggu

Janin hidup, tunggal, intrauteri, puki, presentasi kepala, penurunan 1/5 bagian.

P: Tanggal : 9 Mei 2017

Jam :14.05 WIB

1. Memberitahu ibu usia kehamilannya sudah melewati 6 hari HPL

Usia kehamilan ibu sekarang 40⁺⁶ minggu dan ini sudah masuk dalam tanda-tanda inpartu.

2. Menganjurkan ibu untuk melahirkan di RSUD

Ibu dianjurkan untuk segera ke Rumah Sakit karena di puskesmas mengalami mati listrik

Ibu bersedia untuk melahirkan dipuskesmas.

B. ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN NORMAL PADA NY.R USIA 24
 TAHUN G₂P₁A₀ UMUR KEHAMILAN 40⁺⁶ MINGGU DI RSUD
 SURAKARTA

PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 9 Mei 2017
 Jam : 18.00 WIB
 Oleh : AMBAR KRISDIANI
 Tempat : RSUD SURAKARTA

Data subjektif

1. Identitas ibu dan suami

Nama Istri : Ny R	Nama Suami : Tn A
Umur : 24 Tahun	Umur : 33 Tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Swasta
Penghasilan:-	Penghasilan : ± Rp 1.500.000,00
Alamat : Randusari, Rt 03/30, Mojosongo, Jebres	

2. Alasan kunjungan

Ibu mengatakan datang dengan keluhan sudah merasakan kencang-kencang teratur dan mengeluarkan lendir darah sedikit sejak pukul 14.00 WIB, dan rujukan dari Puskesmas Sibela Mojosongo. Mengatakan HPHT 26 Juli 2016.

3. Data Kebidanan

a. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah melahirkan anak pertamanya belum pernah memakai alat kontrasepsi, hanya saja ketika melakukan hubungan suami istri dengan coitus interruptus, dengan alasan ingin segera memiliki anak lagi.

b. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Hamil ke	Umur kehamilan	Tgl/bln persalinan	Jenis persalinan	Tempat persalinan	Penolong persalinan
1	9 Bulan	16 oktober 2015	Normal	Puskesmas	Bidan
2	Sekarang	-	-	-	-

Anak			Nifas						
JK	BB	PB	Keadaan lahir	Keadaan sekarang	Perdarahan	Laktasi	kompli kasi	Ket	
♀	3000	50	Hidup	Sehat ^g	-	Ya	-	Sehat	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	

c. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan bahwa ini merupakan kehamilan yang kedua, sudah pernah melahirkan, dan belum pernah mengalami keguguran (G₂P₁A₀).

Ibu mengatakan HPHT: 26 Juni 2016 dan HPL: 3 Mei 2017 dan umur kehamilannya saat ini 40 minggu 6 hari.

Ibu pernah melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 7 kali periksa yaitu:

TM II : Ibu memeriksakan kehamilannya pertama kali pada tanggal 25

januari 2017, saat umur kehamilannya mencapai 26 minggu, ibu datang tanpa keluhan dan diberikan tablet penambah darah serta diberikan penkes cara pengkonsumsi an tablet penambah darah.

TM III : Ibu memeriksakan kehamilannya yang ke 2 pada tanggal 25

Februari 2017, saat umur kehamilannya mencapai 29 minggu 5 hari, datang dengan keluhan mudah capek dan pegel-pegel pada punggungnya serta bidan memberikan penkes untuk body mekanik dan disarankan untuk istirahat cukup serta menjaga janin yang dikandungnya, dan juga diberikan tablet penambah darah. Periksa yang ke 3 pada tanggal 1 Maret 2017, saat umur kehamilan 31^{+1} minggu dengan keluhan merasakan pegal-pegal pada punggung, mudah capek dan gerakan janin semakin sering. Diberikan asuhan oleh bidan tentang body mekanik, mengingatkan ibu untuk rutin mengkonsumsi tablet Fe, menganjurkan ibu untuk periksa selanjutnya. Pada tanggal 5 April 2017 saat umur kehamilan 36^{+1} minggu dengan keluhan masih sama terasa pegal-pegal pada punggung ibu dan ibu sudah periksa laboratorium. Bidan memberikan asuhan menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat beban terlalu berat, memberikan penkes tentang tanda bahaya pada kehamilan, memberikan penkes tentang P4K. Pada tanggal 13 April 2017 saat usia kehamilan 37^{+3} minggu dengan keluhan yang sama punggung pegal-pegal dan kaki kesemutan. Bidan memberikan asuhan tentang posisi yang tidak diperbolehkan pada ibu hamil,

memberikan penkes tanda-tanda persalinan, menganjurkan ibu untuk periksa sesuai jadwal. Pada tanggal 6 Mei 2017 saat usia kehamilan 40⁺³ minggu dengan keluhan usia kehamilannya sudah 3 hari melewati HPL dan belum merasakan kencang-kencang. Bidan memberikan asuhan tentang KIE usia kehamilan lebih dari 42 minggu, menganjurkan ibu untuk melakukan hubungan seksual, menganjurkan ibu untuk periksa ke doktr SpOG.

d. Pola Fungsional

1) Pola Makan

Makan 3x sehari porsi makan 1 piring jenis nasi, lauk dan sayur. Makan terakhir pada 9 Mei 2017 pukul 14.00 WIB porsi makan ½ piring jenis nasi dan sayur saja. Minum 7-8 gelas sehari (air putih) dan susu pada pagi hari. Minum terakhir pada 9 Mei 2017 pukul 16.30 WIB 1 gelas jenis air putih.

2) Pola Aktifitas

Aktivitas ibu setiap hari masak, mencuci, menyapu rumah dan mengasuh anak pertamanya, biasanya setiap hari dibantu oleh suaminya. Aktifitas terakhirnya yaitu ibu masih beraktivitas seperti biasanya seperti memasak, mencuci dan menyapu.

3) Pola Istirahat

Biasanya tidur malam ± 8 jam dan siang hari ± 1 jam jika anaknya tidur siang. Istirahat terakhirnya yaitu waktu itu ibu tidur ± 1 jam bersamaan anaknya tidur siang.

4) Pola Eliminasi

BAB pukul 06.00 WIB dan BAK terakhir pukul 15.00 WIB BAK yang keluar berwarna kuning jernih tetapi bukan air ketuban dan tidak merasakan sakit ketika BAK.

5) Pola Kebersihan

Ibu biasanya mandi 2 kali sehari pada waktu pagi dan sore hari. Ibu mandi pada pukul 07.00 WIB dan mandi terakhir pukul 14.00 WIB.

6) Pola Seksual

Ibu mengatakan terakhir hubungan seksual pada umur kehamilan 40⁺³ minggu karena disarankan untuk melakukan hubungan suami istri agar segera merasakan kenceng- kenceng.

e. Psikologis

Ibu Mengharapkan anak yang ke 2 lahir dengan sehat serta untuk jenis kelamin yang diharapkan laki-laki maupun perempuan sama saja. Dan keluarga maupun lingkungan sekitar mendukung kehamilannya dan tidak mempermasalahkannya.

O: Pemeriksaan umum

Kedadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $^{110}/_{70}$ mmHg R: 22x/menit

N : 82x/ menit S: 36,2⁰C

BB : 59 kg

TB : 165 cm
LILA : 24 cm
HPHT : 26 Juli 2016
HPL : 3 Mei 2017
UK : 40⁺⁶ Minggu

Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Rambut dan kulit kepala: Hitam, lurus, bersih, tidak ada ketombe.

Muka : Simetris, tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : Simetris, sklera putih tidak ikhterik, konjungtiva merah muda tidak anemis, bersih, tidak ada secret.

Hidung : Simetris, tidak ada pembesaran pada polip, bersih, tidak ada kotoran.

Mulut : Tidak pucat, tidak ada caries gigi, tidak ada pembesaran pada tonsil, bersih, tidak ada kelainan pada bibir.

b. Leher : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis

c. Dada : Simetris, tidak terdengar weezing, tidak sesak nafas, pernafasan normal.

d. Payudara : Simetris, tidak ada pembesaran abnormal, puting susu menonjol, belum ada pengeluaran berupa kolostrum pada payudara kanan maupun kiri.

e. Ketik : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

f. Abdomen

Inspeksi : Tidak ada luka bekas SC, terdapat linea nigra, dan terdapat striae albicans.

Palpasi : Leopod I : TFU 3 jari dibawah px.

Bagian fundus perut ibu teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong janin).

Leopod II : Bagian kiri perit ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung).

Bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstermitas).

Leopod III : Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, tidak melenting (presentasi kepala) sudah masuk panggul.

Leopod IV : Bagian terbawah janin teraba 3/5 bagian.

TFU : 30 Cm

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

His : 3x/ 10 menit durasi 30 detik

Auskultasi

Puctum maximum : Punggung kiri

Frekuensi DJJ : 142 x/ menit

Teratur/ tidak : Teratur

g. Genetalia

Vulva : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini, ada pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah, terdapat bekas luka jahitan pada perineum.

VT tanggal 9 Mei 2017 pukul 15.00 WIB dilakukan oleh Bidan RS

Indikasi : Pasien baru rujukan dari puskesmas.

Tujuan : Untuk memastikan adakah kemajuan persalinan atau tidak.

Hasil : Vulva vagina licin, Portio lunak, menipis, pembukaan 5 cm kulit ketuban utuh, penurunan kepala di hodge II-III, tidak ada molase, UUK dijam 9.

Anus : Tidak ada hemoroid.

h. Ekstermitas

Atas : Tidak oedema, tidak kaku sendi, tangan kiri terpasang infus RL 16 tpm, jari tangan lengkap 10 jari, bersih, tidak ada kelainan.

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak kaku sendi, jari kaki lengkap 10 jari, bersih, tidak ada kelainan, refleks patella kaki kanan maupun kiri positif (+).

i. Pemeriksaan penunjang

Tanggal 9 Mei 2017

Golongan darah : A
 Hepatitis : Negatif (-)
 Protein Urine : Negatif (-)
 Urine Reduksi : Negatif (-)
 HIV/AIDS : Negatif (-)

A: Ny.R usia 24 tahun G₂P₁A₀ umur kehamilan 40⁺⁶ minggu, inpartu kala I fase aktif dilatasi maksimal.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, puki, preskep, kepala masuk PAP 2/5 bagian.

P: Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 15.10 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Pasien mengerti kondisinya saat ini dan ibu segera dirawat inap sehingga bayi bisa segera di lahirkan.

Ibu tahu hasil pemeriksaannya yaitu:

Kedaaan umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 Vital Sign : TD: ¹¹⁰/₇₀ mmHg R: 22x/menit
 N : 82x/ menit S: 36,2⁰C
 Pembukaan : 5 cm

Kondisi ibu dan janin semua dalam keadaan normal.

2. Mengobservasi keadaan ibu dan janin

Mengobservasi (DJJ, His) dan Vs (TD, N, R, S)

Mengetahui kondisi ibu dan janin semua dalam keadaan normal dan penjulit persalinan.

Sudah dilakukan observasi terhadap ibu dan janin (terlampir)

3. Menyiapkan partus set (dilakukan bidan RS)

Partus set yang harus dipersiapkan yaitu:

a. Bak instrument steril :

3 handscoon, 2klem tali pusat, gunting tali pusat, 1/2coker, gunting episiotomi, kateter, pinset chirurgis, kasa steril secukupnya, nal foeder

b. Alat diluar bak instrument :

sprit 3 cc dalam kemasan, oksitosin 2 ampul, lidocain 1% dalam ampul, benang cat gut dalam kemasan.

c. Peralatan tidak steril :

Larutan clorin dalam baskom, larutan dalam air DTT dalam baskom, kain bersih 3 buah, ember baju kotor, tempat plasenta, Bengkok, tempat sampah kering dan basah, tempat sampah tajam.

Mudah dalam penolongan saat persalinan sehingga dapat ditolong dengan aman dan terhindar dari infeksi.

Partus set sudah dipersiapkan

4. Menyiapkan pakaian ibu dan juga bayi

Baju ibu dan bayi sudah dipersiapkan.

5. Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Ibu lebih nyaman dan sirkulasi darah keseluruh tubuh lancar serta oksigen dan nutrisi ke janin dapat terpenuhi dengan cukup.

Ibu bersedia untuk beralih untuk miring kiri.

6. Menganjurkan ibu untuk mengatur pernafasan

Ibu dianjurkan untuk tarik nafas panjang dari hidung dan dikeluarkan perahan dari mulut jika ada kontraksi.

Ibu bersedia untuk mengatur pernafasan.

7. Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi disela-sela kontraksi

Memenuhi kebutuhan nutrisi seperti makan maupun minum.

Ibu tidak lemas dan memiliki tenaga untuk mengejan jika pembukaaan sudah lengkap.

Ibu sudah minum air putih dicampur madu.

a. DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 16.30 WIB

S: Ibu mengatakan terasa BAB, keluar cairan seperti pipis dan ingin meneran yang tidak bisa ditahan lagi.

O: Keadaan umum : Baik.

Kesadaran : Composmentis.

Vital Sign : TD: $^{110}/_{80}$ mmHg R: 22x/menit
 N : 80x/ menit S: 36,4⁰C

His : 4x/ 10 menit durasi 40 detik.

DJJ : 146x/ menit.

Tanda kala II : Sudah terdapat dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva sudah membuka.

VT tanggal 9 Mei 2017 jam 16.30 WIB dilakukan oleh Bidan RS

Indikasi : Ibu sudah ingin meneran dan sudah tidak bisa ditahan lagi serta terasa BAB.

Tujuan : Untuk mengetahui kemajuan.

Hasil : Vulva vagina licin, portio tidak teraba, kulit ketuban (-), pembukaan 10 cm, presentasi kepala, UUK di jam 12, penurunan kepala di hodge IV, tidak ada molase, STLD positif (+).

A: Ny.R usia 24 tahun G₂P₁A₀ umur kehamilan 40⁺⁶ minggu, inpartu kala II.

P: Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 16.35 WIB

1. Memastikan pembukaan sudah lengkap.

Ibu siap dipimpin meneran dan bayi siap dilahirkan.

Hasil VT pembukaan lengkap 10 cm penurunan kepala di hodge IV dan sudah ada tanda kala II yaitu: “Doran Teknus Perjol Vulka”.

DJJ: 146x/ menit.

2. Menyiapkan ibu untuk segera dipimpin jika ada kontraksi

Ibu disiapkan dengan posisi Mc Robert jika ada kontraksi ibu dianjurkan untuk meneran, dengan posisi tangan diletakkan dibawah lutut dan ditarik ke arah dada, dagu menempel dada, ketika mengejan tidak diperbolehkan bersuara karena hal tersebut salah.

Ibu bersedia dan mengikuti perintah yang dianjurkan.

3. Melahirkan bayi sesuai langkah APN (dilakukan oleh Bidan RS)

- a. Mendekatkan partus set.
- b. Membuka ampul Oxytosin dan memasukannya ke spuit 3 cc dan dimasukkan kedalam bak instrument.
- c. Memakai handscoon dan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan benar-benar lengkap.
- d. Melepas dan mencelupkan handscoon kedalam larutan clorin 5% secara terbalik.
- e. Saat ada his pimpin ibu untuk meneran yang kuat dan panjang seperti ingin BAB. Menganjurkan ibu untuk minum/makan saat tidak ada His serta atur pernafasaan ibu kembali.
- f. Siap menolong, letakkan kain kering dan letakkan diatas perut ibu dan meletakkan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Kemudian membuka bak instrument, memakai handscoon kanan dan kiri.

- g. Saat kepala tampak divulva 5-6 cm, tangan kanan melakukan stenen perineum dengan dialasi kain untuk mencegah ruptur perineum, kemudian tangan kiri mempertahankan pada kepala bayi agar tidak defleksi secara maksimal, setelah kepala lahir memeriksa ada tidaknya lilitan tali pusat, lalu menunggu bayi melakukan putar paksi luar.
- h. Setelah bayi putar paksi luar, melahirkan badan janin dengan biparietal tangan kanan diatas, tangan kiri dibawah, tarik kebawah untuk melahirkan bahu depan, tarik keatas untuk melahirkan bahu belakang, setelah kedua bahu lahir, tangan kanan menyangga bahu janin dan tangan kiri menyusuri tangan dan kaki bayi, lalu diletakkan diatas perut ibu.

Bayi lahir spontan pervaginam pukul 16.55 WIB, jenis kelamin perempuan, menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan. BB: 3200 gram, PB: 50 cm.

4. Memberikan asuhan BBL, yaitu:
 - a Meletakkan bayi diatas perut ibu lalu mengeringkan dengan kain bersih dan kering.
 - b Mengganti kain basah dengan kain yang kering, menjepit tali pusat dengan disposable klem 2 cm dari klem pertama. Kemudian memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut. Saat memotong tali pusat, lindungi bagian tubuh bayi jangan sampai terluka, setelah tali pusat terpotong, bungkus dengan kasa steril dan kering.

c Menilai Apgar Score.

Tabel 4.2: Menilai Apgar Score

Kriteria Penilaian	0-1 menit
Warna kulit	1
Denyut jantung	2
Peka rangsang	2
Tonus otot	1
Pernafasan	2

Bayi segera dilakukan perawatan serta mengurangi terjadinya

hipotermi

5. Melakukan IMD dan menutup bayi dengan kain bersih dan kering.

Bayi di letakkan didada ibu, dengan posisi kepala menghadap kesisi kanan maupun kiri, serta bayi diselimuti dengan kain kering.

Bayi sudah dilakukan IMD

b. DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 17.00 WIB

S: Ibu mengatakan lega bayinya sudah lahir, tetapi ibu masih merasakan mules aringnya belum keluar.

O: Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

- Bayi lahir spontan pervaginam pukul 16.55 WIB jenis kelamin perempuan BB: 3200 gram , PB: 50 cm, bayi menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan.
- Abdomen: Kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, plasenta belum lahir.
- Genetalia: Tali pusat didepan vulva, terdapat semburan darah secara tiba-tiba, ketika di ptt tali pusat semakin memanjang.
- Perdarahan kala II: \pm 30 cc

A: Ny.R usia 24 G₂P₁A₀ inpartu kala III

P: Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 17.05 WIB

1. Memberitahu tindakan selanjutnya yang akan dilakukan
Ibu mengerti tindakan selanjutnya dan miminta persetujuan pada pasien untuk dilakukan MAK III.
Ibu mengetahui tindakan selajutnya yang akan dilakukan.
2. Melakukan MAK III (Dilakukan Bidan RS)
 - a. Memeriksa fundus uteri untuk memastikan janin tuggal.
 - b. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik.
 - c. Menyuntikkan Oksitosin 10 ui secara IM pada 1/3 paha luar bagian atas.

- d. Memindahkan klem tali pusat 5 cm didepan vulva, meletakkan tangan kiri diatas simpisis secara dorso cranial.
- e. Mengecek tanda-tanda pelepasan plasenta (terjadinya semburan dari jalan lahir, tali pusat semakin memanjang, uterus globuler).
- f. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, pegang plasenta, dengan kedua tangan dengan lembut putar plasenta searah jarum jam sehingga plasenta terpinil dan seluruh plasenta keluar dari vulva.
- g. Melakukan masase uterus

Plasenta lahir lengkap pukul 17.10 WIB secara spontan.

3. Memeriksa kelengkapan plasenta (dilakukan Bidan RS)

Dengan cara dicek menggunakan kasa, jumlah kotiledonnya lengkap atau tidak dan selaput plasentanya ada yang tertinggal atau tidak.

Jumlah kotiledon lengkap 2, panjang tali pusat \pm 50 cm, selaput plasenta lengkap, perdarahan kala III \pm 50 cc.

4. Memeriksa adanya laserasi (dilakukan Bidan RS)

Cara memeriksanya dengan cara di dep menggunakan kasa steril.

Terdapat luka episiotomi dan laserasi derajat 2

5. Melakukan heating (Dilakukan Bidan RS)

a. Dep dengan menggunakan kasa steril.

b. Menyuntikkan lidocain di daerah yang di lakukan episiotomi dan laserasi

Luka episiotomi dan laserasi sudah di heating.

c. DATA PERKEMBANGAN III

Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 17.10 WIB

S: Ibu mengatakan terasa perih pada luka jahitannya, dan masih merasakan mules-mules pada perutnya.

O: Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $^{110}/_{80}$ mmHg R: 22x/menit

N : 82x/ menit S: 36,4⁰C

Kontraksi uterus : Keras

TFU : 2 jari dibawah pusat

Perdarahan kala III: \pm 50 cc

Plasenta lahir lengkap spontan pukul 17.10 WIB, kotiledon lengkap berjumlah 20 , panjang tali pusat \pm 50 cm,beratnya 500 gram.

A: Ny.R usia 24 tahun P₂A₀ inpartu kala IV

P: Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 17.10 WIB

1. Merapikan ibu (dilakukan oleh Bidan RS)

Ibu dibersihkan dan digantikan bajunya.

2. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi

Ibu dianjurkan untuk makan atau minum.

Ibu bersedia makan roti dan minum.

3. Melakukan observasi 2 jam post partum.

Memantau kondisi ibu (KU,VS, TFU, dan perdarahan).

Memantau tanda bahaya yang mungkin terjadi pada ibu post partum.

Observasi 2 jam post partum sudah dilakukan.

Tabel 4.2: Observasi 2 Jam Post Partum

Jam Ke	Waktu	TD	N	S	TFU	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	17.25	¹¹⁰ / ₈₀	82	36, 4	2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 40 cc
	17.40	¹¹⁰ / ₇₀	82		2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 35 cc
	17.55	¹¹⁰ / ₇₀	80		2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 35 cc
	18.10	¹¹⁰ / ₈₀	80		2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 30 cc
2	18.40	¹¹⁰ / ₈₀	80	36, 5	2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 20 cc
	19.10	¹¹⁰ / ₈₀	82		2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 20 cc

4. Melakukan kolaborasi dengan dr SpOG untuk memberikan terapi

Vitamin A (2x1), Asam mefenamat (3x1), Antibiotik (3x1), vitamin C

Mengurangi infeksi, menurunkan tingkat nyeri pada luka jahitan, memulihkan kondisi ibu, produksi ASI serta untuk kesehatan mata.

Ibu bersedia untuk mengkonsumsi obat setelah makan.

5. Melakukan dokumentasi

Bukti tertulis dilakukan tindakan serta pencatatan riwayat persalinan.

Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

C. ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR NORMAL PADA BAYI

NY. R PARTUS SPONTAN DI RSUD SURAKARTA

Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 18.00 WIB

Tempat : RSUD SURAKARTA

Oleh : AMBAR KRISDIANI

Data Subjektif

1. Identitas orang tua

Nama Ibu : Ny. R

Nama ayah : Tn. A

Usia : 24 Tahun

Umur : 33 Tahun

Suku : Jawa

Suku : Jawa

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Randusari, Rt 03/30, Mojosongo, Jebres.

Identitas bayi

Nama : By Ny. R

Tanggal lahir : 9 Mei 2017

Jenis kelamin : Perempuan

Jam lahir : 16.55 WIB

2. Riwayat Kehamilan

Ibu mengatakan bahwa ini merupakan kehamilan yang kedua, sudah pernah melahirkan, dan belum pernah mengalami keguguran (G₂P₁A₀).

Ibu mengatakan HPHT: 26 Juni 2016 dan HPL: 3 Mei 2017 dan umur kehamilannya saat ini 40 minggu 6 hari.

Ibu pernah melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 7 kali periksa yaitu:

TM II : Ibu memeriksakan kehamilannya pertama kali pada tanggal 25 Januari 2017, saat umur kehamilannya mencapai 26 minggu, ibu datang tanpa keluhan dan diberikan tablet penambah darah serta diberikan penkes cara pengkonsumsi an tablet penambah darah.

TM III : Ibu memeriksakan kehamilannya yang ke 2 pada tanggal 25 Februari 2017, saat umur kehamilannya mencapai 29 minggu 5 hari, datang dengan keluhan mudah capek dan pegel-pegel pada punggungnya serta bidan memberikan penkes untuk body mekanik dan disarankan untuk istirahat cukup serta menjaga janin yang dikandungnya, dan juga diberikan tablet penambah darah. Periksa yang ke 3 pada tanggal 1 Maret 2017, saat umur kehamilan 31⁺¹ minggu dengan keluhan merasakan pegal-pegal pada punggung, mudah capek dan gerakan janin semakin sering. Diberikan asuhan oleh bidan tentang body mekanik, mengingatkan ibu untuk rutin mengkonsumsi tablet Fe, menganjurkan ibu untuk periksa

selanjutnya. Pada tanggal 5 April 2017 saat umur kehamilan 36⁺¹ minggu dengan keluhan masih sama terasa pegal-pegal pada punggung ibu dan ibu sudah periksa laboratorium. Bidan memberikan asuhan menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat beban terlalu berat, memberikan penkes tentang tanda bahaya pada kehamilan, memberikan penkes tentang P4K. Pada tanggal 13 April 2017 saat usia kehamilan 37⁺³ minggu dengan keluhan yang sama punggung pegal-pegal dan kaki kesemutan. Bidan memberikan asuhan tentang posisi yang tidak diperbolehkan pada ibu hamil, memberikan penkes tanda-tanda persalinan, menganjurkan ibu untuk periksa sesuai jadwal. Pada tanggal 6 Mei 2017 saat usia kehamilan 40⁺³ minggu dengan keluhan usia kehamilannya sudah 3 hari melewati HPL dan belum merasakan kencang-kencang. Bidan memberikan asuhan tentang KIE usia kehamilan lebih dari 42 minggu, menganjurkan ibu untuk melakukan hubungan seksual, menganjurkan ibu untuk periksa ke doktr SpOG.

3. Riwayat persalinan

- a) Kala I nya berlangsung 2 jam 30 menit, dimulai dari ibu merasakan kencang teratur pada pukul 14.00 WIB dan sampai pembukaan lengkap 10 cm pukul 16.30 WIB.
- b) Kala II nya mulai pukul 16.30 WIB ibu merasakan ingin meneran yang tidak bisa ditahan lagi, lalu ibu dipimpin meneran 25 menit akhirnya bayi

lahir spontan pervaginam pada tanggal 9 Mei 2017 pukul 16.55 WIB. Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan BB: 3200 gram PB: 50 cm bayi lahir menangis kuat gerakan aktif serta warna kulit kemerahan.

- c) Kala III nya yaitu plasenta mulai dilahirkan, dipastikan sudah ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Plasenta lahir pada pukul 17.10 WIB, plasenta lahir spontan, kotiledon lengkap berjumlah 20, panjang tali pusat \pm 50 cm, berat plasenta \pm 500 gram.
- d) Kala IV dimulai pukul 17.10 WIB dilakukan pemantauan 2 jam post partum.

O: 1. Pemeriksaan Khusus APGAR SCORE

Tabel 4.3: APGAR SCORE

No	Pemeriksaan	0-1 menit	1-5 menit	5-10 menit
1	Warna kulit	2	2	2
2	Denyut jantung	2	2	2
3	Tonus otot	1	2	2
4	Pernafasan	1	1	2
5	Reflex	2	2	2
	Jumlah	8	9	10

2. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : N: 126x/ menit S: 36,7⁰C

R: 46x/ manit

Tangisan bayi : Kuat

Antropometri

BB : 3200 gram

LILA : 11 cm

PB	: 50 cm	DMO	: 34 cm
LK	: 33 cm	DFO	: 24 cm
LD	: 32 cm		

3. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk mesocephal, simetris, tidak ada caput succadeneum, tidak ada cephal hematoma, UUB belum tertutup sempurna, tidak ada kelainan.

Rambut : Warna hitam, masih terdapat lendir pada kepala.

Muka : Simetris, tidak oedema, tidak pucat, kulit tidak keriput.

Mata : Simetris, tidak ada secret abnormal, sklera putih tidak ikhterik, konjungtiva merah muda tidak anemis, tidak ada tanda infeksi.

Hidung : Simetris, tidak ada secret, hidung berlubang.

Mulut : Bersih, tidak ada labio palato skisis, terdapat refleks sucking dan rooting, tidak pucat.

Telinga : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada kelainan.

Leher : Tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, refleks tonicneck positif (+).

Dada : Simetris, pernafasan teratur, tidak ada retraksi dinding dad.

Abdomen : Tidak ada omfalokel, tali pusat tercepit umbilical klem, tidak ada perdarahan.

Punggung : Datar, tidak ada meningokel, tidak ada kelainan.

Genetalia

Vulva : Labia mayora menutupi labia minora, terdapat pengeluaran pervaginam berupa keputihan.

Anus : Berlubang (+).

Ekstermitas:

Atas : Tidak oedema, gerakan aktif, jumlah jari tangan lengkap berjumlah 10, tidak ada kelainan (polidaktil/ sindaktil), terdapat refleks moro.

Bawah : Tidak oedema, gerakan aktif, jumlah jari lkaki lengkap berjumlah 10, tidak ada kelainan (polidaktil/ sindaktil), terdapat refleks babinski.

4. Pemeriksaan Gerak Refleks

Moro : Ada, ketika bayi dikagetkan kedua tangan bayi kedepan seperti memeluk.

Rooting : Ada, ketika jari pemeriksa didekatkan pada pipi, berusaha mencari dan membuka mulut.

Sucking : Ada, ketika bayi mulai menyusui.

Grasping : Ada, ketika tangan bayi/ telapak tangan bayi diletakkan jari pemeriksa maka ada refleks mengenggam.

Swallowing : Terdapat refleks menelan, jika bayi menyusui.

Tonic neck : Terdapat gerakan menoleh, jika leher bayi diberikan sentuhan seperti membelai/ mengusap.

A: Bayi baru lahir normal Ny. R umur 2 jam.

P: Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 18.05 WIB

1. Memberitahu keluarga hasil pemeriksaan

Keluarga mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu

Keadaan umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : N: 126x/ menit S: 36,7⁰C

R: 46x/ manit

Tangisan bayi : Kuat

2. Melakukan IMD pada bayi

IMD yaitu inisiasi menyusui dini. Dilakukan setelah bayi lahir dengan cara di tengkurapkan didada ibu kepala dihadapkan kesamping kanan maupun kiri agar pernafasannya tidak terganggu. Ketika dilakukan IMD bayi diselimuti sehingga tidak hipotermi.

Bayi telah dilakukan IMD selama 1 jam.

3. Memberikan obat mata pada BBL

Terhindar dari infeksi

Pada mata bayi sudah diberikan salep mata.

4. Memberikan vitamin K

Vitamin K biasanya diberikan pada BBL dengan cara di suntikkan pada paha kanan atas bagian luar secara IM dengan dosis 0,5 ml.

Bayi sudah disuntikkan vitamin K pada paha kanan.

5. Menganjurkan ibu untuk menyusui secara *on demand*

On demand yaitu menyusui bayi setiap 2-3 jam sekali atau setiap bayi menginginkan minum, tujuannya agar bayi tercukupi pemenuhan ASI nya.

Ibu bersedia untuk menyusui bayinya setiap saat.

6. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan pada bayi

Dengan cara bayi dipakaikan pakaian dan dibedong atau diselimuti, jika bayi BAK maupun BAB segera diganti agar tidak kedinginan.

Usahakan suhu tubuh bayi tidak $< 36,5^{\circ}\text{C}$ dan tidak $> 38^{\circ}\text{C}$

Ibu bersedia untuk memperhatikan suhu tubuh bayi.

a. DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 10 Mei 2017

Jam : 10.00 WIB

S: Ibu mengatakan bayinya sudah dimandikan, sudah diimunisasi vitamin K dan sudah diimunisasi hepatitis B. Serta bayi sudah BAK 4x dan BAB 1x berwarna hitam, bayi sudah diberikan salep mata dan sudah diperbolehkan pulang.

O: Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : N: 136x/ menit S: $36,8^{\circ}\text{C}$

R: 48x/ menit

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, tali pusat tercepit umbilikal klem, tali pusat terbuka, tidak ada perdarahan/ tanda infeksi.

A: Bayi baru lahir normal Ny. R umur 1 hari.

P: Tanggal : 10 Mei 2017

Jam : 10.10 WIB

1. Memberitahu keluarga hasil pemeriksaan

Keluarga mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu:

Kedadaan umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : N: 136x/ menit S: 36,8⁰C

R: 48x/ menit

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, tali pusat tercepit umbilikal klem, tali pusat terbuka, tidak ada perdarahan/ tanda infeksi.

2. Memberikan penkes tentang bahaya BBL

Macam-macam tanda bahaya BBL yaitu:

- a. Bayi sulit menyusu, sulit minum, malas minumkemungkinan bayi mengalami kelainan pada bibir dan langit-langit (Gnato labio skisis), bayi infeksi (sepsis).

- b. Bayi kejang kemungkinan bayi mengalami infeksi misalnya tetanus neonatorum, gangguan sistem persyarafan.
- c. Bayi mengantuk (letargi), tidak sadar kemungkinan bayi mengalami infeksi, gangguan sistem persyarafan.
- d. Nafas bayi < 30 atau $> 60x/$ menit, terjadi retraksi dinding dada (tarikan dinding dada).
- e. Bayi merintih, lemah atau kurang aktif.
- f. Sianosis (warna kulit bayi membiru dari muka sampai seluruh tubuh), ikhterik (warna kulit bayi sangat kuning mulai dari kepala sampai bagian bawah).
- g. Perut bayi kembung, muntah kemungkinan saluran pencernaan bagian atas bayi buntu, apabila bayi tidak mengeluarkan mekonium kemungkinan saluran pencernaan bagian bawah bayi buntu.
- h. Bagian tali pusat dan dinding perut disekitar tali pusat berwarna kemerahan, berbau busuk terdapat nanah, keluar darah atau peradangan.

Jadi, apabila bayi mengalami salah-satu tanda bahaya seperti diatas segera dibawa ketenaga kesehatan untuk mendapatkan penanganan segera.

Ibu paham dan bersedia untuk membawa ke tenaga kesehatan jika terdapat tanda bahaya tersebut.

3. Memberikan penkes pada ibu tentang perawatan bayi sehari-hari

Macam-macam perawatan bayi sehari-hari yaitu:

- a. Pemberin 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 ramuann 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.

Ibu paham dan mengerti serta bersedia melakukan perawatan bayi sehari-hari di rumah.

4. Mengajarkan kepada ibu cara perawatan tali pusat

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 sehabis perawatan.

Ibu bersedia untuk merawat tali pusat bayinya.

b. DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal : 15 Mei 2017

Jam : 14.00 WIB.

S: Ibu mengatakan bayinya sekarang sudah berumur 7 hari, menyusu kuat. Setiap malam sering rewel minta disusui. Bayinya sering BAK sehari 4-6 kali dan sering BAB sehari 5- 6 kali dan tidak lagi berwarna hitam akan tetapi berwarna hijau agak kekuningan. Ibu mengatakan pada mata bayi terdapat kotoran sejak 1 hari yang lalu.

O: Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis
 Vital sign : N: 138x/ menit S: 37,0⁰ C
 R: 48x/ menit
 Mata : Simetris, konjungtiva merah muda tidak anemis, sklera
 putih tidak ikhterik, terdapat secret pada mata.
 Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, tali pusat sudah puput,
 terbuka, dan tidak ada tanda infeksi.
 Kulit : Warna kulit kemerahan tidak ikhterik.
 Ekstermitas
 Atas : Tidak oedema, gerakan aktif, jumlah jari tangan lengkap
 berjumlah 10, tidak ada kelainan (polidaktil/ sindaktil),
 terdapat refleks moro, ekstermitas atas tidak ikhterik.
 Bawah : Tidak oedema, gerakan aktif, jumlah jari lkaki lengkap
 berjumlah 10, tidak ada kelainan (polidaktil/ sindaktil),
 terdapat refleks babinski, ekstermitas bawah tidak ikhterik.

A: Bayi baru lahir Ny.R umur 7 hari dengan masalah adanya secret pada mata bayi.

P: Tanggal : 15 Mei 2017

Jam : 15.00 WIB

1. Memberitahu keluarga hasil pemeriksaaan.

Keluarga mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu:

Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
Vital sign : N: 138x/ menit S: 37,0⁰ C
R: 48x/ menit

Tali pusat sudah puput dan tidak ada tanda infeksi.

Kondisi bayi semua dalam keadaan normal.

2. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya dengan benar

Cara menyusui bayi yang benar yaitu:

- a. Cuci tangan sebelum menyusui.
- b. Ibu duduk pada tempat yang datar dan kaki tidak mengantung.
- c. Meletakkan leher bayi pada satu garis sehingga telinga dan lengan bayi berada pada satu garis lurus.
- d. Perut bayi menempel pada perut ibu.
- e. Tangan kanan ibu memegang payudara, ibu jari diatas puting susu dan empat jari lainnya ada di bawah payudara menopang payudara.
- f. Ibu untuk mengeluarkan sedikit ASI nya.
- g. Merangsang pipi bayi sampai bayi membuka mulutnya.
- h. Masukkan puting susu ke mulut bayi sampai areola mammae.
- i. Menyusui dilakukan secara bergantian antar payudara kanan dan kiri.
- j. Cara melepas puting susu dari mulut bayi yaitu dengan menekan dagu bayi ke bawah atau memasukan jari tangan ke tepi mulut bayi.

- k. Cara menyendawakan bayi dengan cara menepuk- nepuk punggung bayi, atau bayi ditidurkan miring dengan diberikan bantal/ diganjal.

Ibu bersedia ketika menyusui bayinya dengan cara yang benar.

3. Memberitahu ibu akibat menyusui yang salah

Menyusui yang salah dapat mengakibatkan bayi muntah, tersedak dan puting lecet.

Ibu mengetahui akibat dari menyusui yang salah.

4. Memberitahu ibu tanda bayi cukup ASI

Apabila bayi cukup ASI maka memiliki tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Bayi kencing setidaknya 6 kali dalam sehari dan warnanya jernih sampai kuning muda.
- b. Bayi sering BAB berwarna kekuningan “berbiji”.
- c. Bayi tampak puas, sewaktu-waktu merasa laper, bangun, dan tidur cukup. Bayi setidaknya menyusu 10-12 kali dalam 24 jam.
- d. Payudara ibu terasa lembut dan kosong setiap kali selesai menyusui.
- e. Ibu merasakan geli karena aliran ASI, setiap kali bayi mulai menyusu.
- f. Bayi bertambah berat badannya.

Ibu paham tanda bayi sudah cukup ASI

5. Membersihkan secret pada mata bayi

Alat: Kom berisi air hangat kuku dan kapas.

Langkah-langkah:

- a. Basahi kapas dengan air hangat tersebut.
- b. Lalu bersihkan sekret pada mata bayi dengan cara mata bayi sedikit dibuka. Ulangi sampai secret pada mata bersih.
- c. Hindari menyentuh bola mata bayi.

Sudah dibersihkan secret pada mata bayi.

6. Memandikan bayi

Bayi lebih nyaman dan terhindar dari infeksi.

Bayi sudah dimandikan.

c. DATA PERKEMBANGAN III

Tanggal : 29 Mei 2017

Jam : 13.00 WIB

S: Ibu mengatakan bayinya sekarang sudah berumur 20 hari, bayi dalam keadaan sehat dan menyusu dengan kuat.

O: Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : N: 136x/ menit S: 36,8⁰ C

R: 48x/ menit

Mata : Bersih, simetris tidak ada secret pada mata, sklera putih tidak ikhterik, konjungtiva merah muda tidak anemis.

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, tali pusat sudah puput, terbuka, dan tidak ada tanda infeksi.

Kulit : Warna kulit kemerahan tidak ikhterik.

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema, gerakan aktif, jumlah jari tangan lengkap berjumlah 10, tidak ada kelainan (polidaktil/ sindaktil), terdapat refleks moro, ekstermitas atas tidak ikhterik.

Bawah : Tidak oedema, gerakan aktif, jumlah jari lkaki lengkap berjumlah 10, tidak ada kelainan (polidaktil/ sindaktil), terdapat refleks babinski, ekstermitas bawah tidak ikhterik.

A: Bayi baru lahir normla Ny. R umur 20 hari.

P: Tanggal : 29 Mei 2017

Jam : 13.15 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Keluarga mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu:

Keadaan umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : N: 136x/ menit S: 36,8⁰ C

R: 48x/ menit

Kondisi bayi semua dalam keadaan normal.

2. Memberitahu ibu untuk menyusui bayi secara *on demand*.

Bayi disusui setiap 2 jam sekali, jika bayi tidur dibangunkan untuk disusui.

Ibu bersedia untuk menyusui bayinya setiap saat.

3. Memberitahu ibu selalu memperhatikan bayinya

Ibu bersedia untuk selalu memperhatikan bayinya.

4. Melakukan dokumentasi

Bukti tertulis dilakukan tindakan pada pasien.

Hasil tindakan telah didokumentasikan

D. ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS NORMAL PADA NY.R USIA 24

TAHUN P₂A₀ DI RSUD SURAKARTA

Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 18.00 WIB

Oleh : AMBAR KRISDIANI

Data Subjektif

1. Identitas

Nama Ibu : Ny. R

Nama Suami : Tn. A

Usia : 24 Tahun

Umur : 33 Tahun

Suku : Jawa

Suku : Jawa

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Randusari, Rt 03/30, Mojosongo, Jebres.

2. Data Kebidanan

a. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah melahirkan anak pertamanya belum pernah memakai alat kontrasepsi, hanya saja ketika melakukan hubungan suami istri dengan coitus interruptus, dengan alasan ingin segera memiliki anak lagi.

b. Riwayat persalinan sekarang

- 1) Kala I nya berlangsung 2 jam 30 menit, dimulai dari ibu merasakan kenceng teratur pada pukul 14.00 WIB dan sampai pembukaan lengkap 10 cm pukul 16.30 WIB.
- 2) Kala II nya mulai pukul 16.30 WIB ibu merasakan ingin meneran yang tidak bisa ditahan lagi, lalu ibu dipimpin meneran 25 menit akhirnya bayi lahir spontan pervaginam pada tanggal 9 Mei 2017 pukul 16.55 WIB. Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan BB: 3200 gram PB: 50 cm bayi lahir menangis kuat gerakan aktif serta warna kulit kemerahan.
- 3) Kala III nya yaitu plasenta mulai dilahirkan, dipastikan sudah ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Plasenta lahir pada pukul 17.10 WIB, plasenta lahir spontan, kotiledon lengkap berjumlah 20, panjang tali pusat \pm 50 cm, berat plasenta \pm 500 gram.
- 4) Kala IV dimulai pukul 17.10 WIB dilakukan pemantauan 2 jam post partum.

c. Pola Fungsional

1) Pola makan dan minum

Makan 3x sehari porsi makan 1 piring jenis nasi, lauk dan sayur. Minum 7-8 gelas sehari (air putih) dan susu pada pag hari.

2) Pola Eliminasi

Biasanya ibu sebelum hamil BAK sehari 4-5 kali dan ketika BAK tidak merasakan sakit. Sekarang tidak menahan BAK karena ketika plasenta mau dilahirkan kandung kemih ibu sudah dikosongkan terlebih dahulu dengan menggunakan kateter. BAB ibu sehari 1 kali konsistensi lunak ketika BAB tidak merasakan sakit, tetapi sekarang belum merasakan ingin BAB.

3) Pola aktivitas

Aktivitas ibu setiap hari masak, mencuci, menyapu rumah dan mengasuh anak pertamanya, biasanya setiap hari dibantu oleh suaminya. Aktifitas terakhirnya, ibu tidak melakukan aktivitas apapun karena sudah berada di rumah sakit.

4) Pola istirahat

Biasanya tidur malam ± 8 jam dan siang hari ± 1 jam jika anaknya tidur siang. Istirahat terakhirnya yaitu waktu itu ibu tidur ± 1 jam bersamaan anaknya tidur siang dan sampai sekarang ibu belum tidur lagi.

5) Pola kebersihan

Ibu biasanya mandi 2 kali sehari, setiap mandi ganti pakaian, dan keramas satu minggu 3 kali.

6) Pola seksual

Ibu mengatakan terakhir hubungan seksual pada umur kehamilan 40⁺³ minggu karena disarankan untuk melakukan hubungan suami istri agar segera merasakan kenceng- kenceng.

d. Psikologis

Ibu mengatakan senang dan lega telah lahir anak ke 2 nya dengan sehat dan selamat.

O: Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $^{110}/_{70}$ mmHg R: 24x/menit
N : 84x/ menit S: 36,8⁰ C

Pemeriksaan Fisik

a. Payudara : Simetris, tidak ada pembesaran abnormal, puting susu menonjol, belum ada pengeluaran berupa kolostrum pada payudara kanan maupun kiri, tidak ada tanda infeksi.

b. Abdomen

Inspeksi : Tidak ada luka bekas SC, terdapat linea nigra, dan terdapat striae albicans.

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

c. Genetalia

Vulva : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran kelensjar scene dan bartholini, ada pengeluaran pervaginam berupa lochea rubra, bekas luka jahitan pada perineum masih basah belum menutup, darah nifas yang keluar \pm 35 cc.

d. Ekstermitas

Atas : Tidak oedema, tidak kaku sendi, infus RL pada tangan kiri sudah dilepas , jari tangan lengkap 10 jari, bersih, tidak ada kelainan.

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak kaku sendi, jari kaki lengkap 10 jari, bersih, tidak ada kelainan, refleks patella kaki kanan maupun kiri positif (+).

A: Ny.R usia 24 tahun P₂A₀ 6 jam nifas.

P: Tanggal : 10 Mei 2017

Jam : 01.15 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu:

Kedaaan umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: ¹¹⁰/₇₀ mmHg R: 24x/menit

N : 84x/ menit

S: 36,8⁰ C

Semua kondisi ibu normal tidak ada tanda- tanda infeksi.

2. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan

Menjaga kebersihan khususnya didaerah genetalia, setiap habis BAB maupun BAK dianjurkan untuk mencuci bersih dan memastikan luka jahitan pada perineum tetap kering. Ganti pembalut jika sudah penuh dan menjaga luka pada perineum tetap kering. Jadi setiap BAB dan BAK di lap menggunakan handuk kering atau tisu

Ibu bersedia untuk selalu menjaga kebersihan khususnya didaerah genetalia.

3. Menganjurkan ibu untuk istirahat

Ibu lebih relax setelah menjalani proses persalinan serta lebih tenang.

Ibu bersedia untuk istirahat.

4. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusukan payudaranya

Ibu bersedia untuk tetap menyusukan payudaranya meskipun ASI nya belum keluar.

5. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Kondisi ibu segera pulih dan kembali seperti semula

Ibu sudah makan roti dan minum air putih.

6. Memberikan penkes tentang vitamin A

- a. Vitamin A adalah suplementasi yang diberikan pada ibu menyusui selama masa nifas yang memiliki manfaat penting untuk ibu dan juga bayi.

b. Manfaat vitamin A pada ibu nifas

- 1) Untuk bayi: meningkatkan kelangsungan hidup anak, meningkatkan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi dari penyakit campak, melindungi mata dari xerofthalmia dan buta senja.
- 2) Untuk ibu: memelihara kesehatan ibu selama menyusui dan mencegah buta senja serta untuk produksi ASI.

c. Dosis pemberian vitamin A pada ibu nifas yaitu 2x 200.000 SI.

d. Cara pemberian vitamin A pada ibu nifas yaitu:

- 1) Pertama: segera setelah melahirkan.
- 2) Kedua: jarak 24 jam setelah yang pertama dan tidak lebih dari enam minggu.

a. DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 10 Mei 2017

Jam : 10.00 WIB

Tempat : RSUD Surakarta

S: Ibu mengatakan ASI nya belum keluar dan sudah BAK 5x seperti biasanya sebelum melahirkan, serta masih merasakan nyeri pada luka jahitannya dan juga belum merasakan ingin BAB.

O: Pemeriksaan umum

Kedaaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $^{110}/_{70}$ mmHg R: 24x/menit
 N : 84x/ menit S: 36,5⁰C

Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini, terdapat pengeluaran pervaginam berupa lochea rubra sebanyak \pm 25 cc, serta terdapat bekas luka jahitan pada perineum, jahitan masih basah, belum menutup, tekhnik jahitan satu-satu, tidak ada tanda-tanda infeksi (tidak berwarna kemerahan).

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema, tidak kaku sendi, jari tangan lengkap berjumlah 10, bersih, tidak ada kelainan.

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak kaku sendi, jari kaki lengkap berjumlah 10, bersih, tidak ada kelainan.

A: Ny.R usia 24 tahun P₂A₀ 1 hari nifas.

P: Tanggal : 10 Mei 2017

Jam : 10.05 WIB

Tempat : RSUD Surakarta

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaannya yaitu:

Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya.

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $^{110}/_{70}$ mmHg R: 24x/menit

N : 84x/ menit S: $36,5^{\circ}\text{C}$

Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih kosong.

Genetalia : luka jahitan pada perineum belum menutup , masih basah, tidak ada tanda infeksi.

Semua kondisi ibu normal.

2. Memberikan penkes tentang tanda bahaya nifas.

Tanda bahaya yang kemungkinan bisa terjadi pada ibu nifas yaitu:

- a. Perdarahan hebat dari jalan lahir.
- b. Perdarahan berwarna merah segar atau pengeluaran bekuan darah.
- c. Lochae yang keluar berbau busuk.
- d. Nyeri perut pada bagian bawah.
- e. Pusing, mata kunang- kunang, pandangan mata kabur, nyeri ulu hati, lemas yang berlebihan.
- f. Suhu tubuh $> 38^{\circ}\text{C}$.
- g. Ketika BAB dan BAK kesulitan.
- h. Payudara bengkak, panas, dan terdapat gurat- gurat kemerahan.
- i. Masalah terhadap gangguan makan dan minum.

Jika ibu mengalami salah satu hal diatas maka segera diperiksakan ke tenaga kesehatan terdekat untuk segera mendapatkan tindakan.

Ibu paham dan mengetahui tanda bahaya pada ibu nifas.

3. Memberikan penkes perawatan bayi sehari- hari

Macam-macam perawatan bayi sehari-hari yaitu:

- a. Pemberin 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 ramuann 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.

Ibu paham dan mengerti cara perawatan bayi sehari-hari dan bersedia melakukannya di rumah.

4. Memberikan penkes tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir

Macam-macam tanda bahaya BBL yaitu:

- a. Bayi sulit menyusu, sulit minum, malas minum kemungkinan bayi mengalami kelainan pada bibir dan langit-langit (Gnato labio skisis), bayi infeksi (sepsis).
- b. Bayi kejang kemungkinan bayi mengalami infeksi misalnya tetanus neonatorum, gangguan sistem persyarafan.
- c. Bayi mengantuk (letargi), tidak sadar kemungkinan bayi mengalami infeksi, gangguan sistem persyarafan.
- d. Nafas bayi < 30 atau > 60 x/ menit, terjadi retraksi dinding dada (tarikan dinding dada).
- e. Bayi merintih, lemah atau kurang aktif.
- f. Sianosis (warna kulit bayi membiru dari muka sampai seluruh tubuh), ikhterik (warna kulit bayi sangat kuning mulai dari kepala sampai bagian bawah).
- g. Perut bayi kembung, muntah kemungkinan saluran pencernaan bagian atas bayi buntu, apabila bayi tidak mengeluarkan mekonium kemungkinan saluran pencernaan bagian bawah bayi buntu.
- h. Bagian tali pusat dan dinding perut disekitar tali pusat berwarna kemerahan, berbau busuk terdapat nanah, keluar darah atau peradangan.

Jadi, apabila bayi mengalami salah-satu tanda bahaya seperti diatas segera dibawa ketenaga kesehatan untuk mendapatkan penanganan segera.

Ibu paham dan bersedia untuk membawa ke tenaga kesehatan jika terdapat tanda bahaya tersebut.

5. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan

Kebersihan pada masa nifas sangat penting karena ibu yang masih mengeluarkan darah nifas (lochea) harus tetap terjaga agar terhindar dari infeksi. Ganti pembalut jika sudah penuh dan ketika BAK harus dibersihkan menggunakan air sabun serta air mengalir serta di keringkan dengan handuk bersih.

Ibu bersedia untuk menjaga kebersihan terutama pada genetalia

6. Mengajarkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi gizi seimbang seperti karbohidrat, protein, mineral, vitamin dan juga zat besi.

Ibu bersedia untuk mengkonsumsi gizi seimbang.

7. Mengajarkan ibu untuk meminum rutin obat yang telah diberikan dari Rumah Sakit.

Therapi yang diberikan yaitu:

Amoxilin (3x1), asam Mefenamat (3x1), vitamin A (1x1), vitamin C (1x1), penambah darah (1x1).

Mengurangi resiko nfeksi, menurunkan tingkat nyeri pada luka jahitan, kesehatan mata dan produksi ASI, memulihkan kondisi ibu, serta penambah darah.

Ibu bersedia meminum obat setelah makan.

8. Mengajarkan ibu perawatan payudara

Alat: Handuk 2, baby oil, air hangat dan air dingin, waslap.

Lagkah-langkah:

- a. Lakukan kompres ke 2 puting.
- b. Basahi tangan dengan baby oil.
- c. Usapan dengan telapak tangan berbentuk love dari bawah, atas dan ke samping lalu dihentakkan ± 20 kali.
- d. Posisi tangan kiri dibawah payudara dan tangan kanan menyisiri dengan sisi ulnar seperti memerah.
- e. Posisi tangan mengenggam, dan ros-ros jari menyisiri.
- f. Jika sudah kompres hangat pada puting kanan kiri lalu kompres dingin secara bergantian ± 10 menit.
- g. Lalu dengan pijatan oksitosin pada punggung sejajar dengan payudara ibu, dengan bentuk (spiral, meregang ke samping kanan dan kiri, serta ke atas dan ke bawah).

Ibu paham dan bersedia untuk memeraktekkan dirumah.

9. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahatnya

Pola tidur pada malam hari ± 8 jam dan pada siang hari ± 1 jam

Ibu bersedia tidur sesuai dengan anjuran normal.

b. DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal : 15 Mei 2017

Jam :14.00 WIB

Tempat :Rumah Pasien

S: Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar, kadang-kadang masih terasa sedikit nyeri pada luka jahitan, sudah BAK 4-6x/ hari tidak mengeluk sakit ketika

BAK, dan ibu sudah BAB Pada hari ke 3 setelah melahirkan dengan konsistensi lunak, tidak merasakan sakit saat BAB.

O: Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $^{110}/_{70}$ mmHg R: 24x/menit

N : 82x/ menit S: 36,5⁰C

Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU pertengahan pusat simpisis, kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan bartholini, terdapat pengeluaran pervaginam yaitu lochea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan sebanyak \pm 10 cc, serta luka jahitan pada perineum masih sedikit basah, belum menutup sempurna, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstermitas:

Atas : Tidak oedema, tidak kaku sendi, bersih, jari tangan lengkap 10 jari, tidak ada kelainan.

Bawah : tidak oedema, tidak ada varices, tidak kaku sendi, bersih, jari kaki lengkap berjumlah 10, tidak ada kelainan.

A: Ny.R usia 24 tahun P₂A₀ 7 hari nifas.

P: Tanggal : 15 Mei 2017

Jam : 14.30 WIB

Tempat : Rumah Pasien

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan:

Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya.

Keadaan umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: ¹¹⁰/₇₀ mmHg R: 24x/menit

N : 82x/ menit S: 36,5⁰C

Kaki ibu sedikit bengkak tetapi masih normal, serta luka jahitan pada perineum masih sedikit basah dan belum menutup sempurna, tidak ada tanda-tanda infeksi.

2. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar

a. Cuci tangan sebelum menyusui.

Ibu dipersilahkan duduk pada tempat yang datar dan kaki tidak menggantung.

b. Meletakkan leher bayi sehingga telinga dan lengan bayi berada pada satu garis lurus.

c. Perut bayi menempel pada perut ibu.

- d. Tangan kanan ibu memegang payudara, ibu jari diatas puting susu dan empat jari lainnya ada di bawah payudara menopang payudara.
- e. Mengajarkan pada ibu untuk mengeluarkan sedikit ASI nya.
- f. Merangsang pipi bayi sampai bayi membuka mulutnya.
- g. Masukkan puting susu ke mulut bayi sampai areola mammae.
- h. Menyusui dilakukan secara bergantian antar payudara kanan dan kiri.
- i. Menjelaskan cara melepas puting susu dari mulut bayi yaitu dengan menekan dagu bayi ke bawah atau memasukan jari tangan ke tepi mulut bayi.
- j. Menjelaskan cara menyendawakan bayi dengan cara menepuk- nepuk punggung bayi, atau bayi ditidurkan miring.
- k. Menjelaskan cara pengosongan sisa ASI dengan cara diperah pada payudara kanan maupun kiri dan ASI di simpan.
- l. Menjelaskan bahwa pemberian ASI tidak boleh dijadwal.
- m. Menjelaskan tanda bayi cukup ASI yaitu bayi tidur pulas, tidak rewel.
- n. Menjelaskan tindakan untuk memperbanyak ASI dengan cara mengkonsumsi gizi seimbang.
- o. Menjelaskan akibat menyusui yang salah dapat menyebabkan puting lecet dan bayi tersedak.

Ibu bersedia untuk memeraktekkan cara menyusui yang benar.

3. Memberikan penkes tentang ASI eksklusif
 - a. Asi eksklusif adalah bayi yang hanya diberi ASI saja tanpa makanan pendamping atau cairan yang lain sampai berumur 6 bulan.

- b. Manfaat ASI eksklusif adalah nutrisi, daya tahan tubuh meningkatkan kecerdasan, meningkatkan jalinan kasih sayang, lebih hemat, menciptakan generasi penerus yang tangguh dan berkualitas
- c. Zat kekebalan dalam ASI yaitu
 - 1) Faktor bifidus : mendukung proses perkembangan bakteri yang menguntungkan dalam usus bayi, untuk mencegah pertumbuhan bakteri yang merugikan.
 - 2) Laktoferin : mengikat zat besi dalam ASI sehingga zat besi tidak digunakan oleh bakteri pathogen untuk pertumbuhannya.
 - 3) Anti alergi.
 - 4) Mengandung zat anti virus polio.
 - 5) Membantu pertumbuhan selaput usus bayi sebagai perisai untuk menghindari zat-zat merugikan yang masuk ke dalam peredaran darah.
- d. Jenis-jenis ASI yaitu:
 - 1) Kolostrum
 - a) Merupakan cairan yang pertama kali cairan kental dengan warna kekuning-kuningan dibanding susu matur.
 - b) Disekresi hari ke1 sampai hari ke 3, bila dipanaskan akan mengumpal, sedangkan ASI matur tidak.
 - c) Merupakan pencakar yang ideal untuk membersihkan mekonium dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bayi bagi makanan yang akan datang.

- d) Lebih banyak mengandung, karbohidrat, protein, mineral, antibodi memberikan perlindungan bagi bayi sampai umur 6 bulan dibandingkan dengan ASI matur.
- 2) Air susu masa peralihan
- a) Merupakan ASI peralihan dari kolostrum sampai menjadi ASI matur.
 - b) Disekresi di hari ke 4 sampai ke 10.
 - c) Kadar protein makin rendah, sedangkan kadar karbohidrat dan lemak semakin meninggi dan volume juga semakin meningkat.
- 3) Air susu matur
- a) Merupakan ASI yang disekresi pada hari ke 10 dan seterusnya, komposisi relatif konstan.
 - b) Merupakan cairan berwarna putih kekuningan yang diakibatkan warna dari ca- casein riboflavin dan karoten yang terdapat didalamnya.
 - c) Tidak menggumpal jika dipanaskan.
 - d) Terdapat anti microbial factor antara lain: kekebalan terhadap infeksi , protein dan hormon.
- e. Memperbanyak produksi ASI
- 1) Bayi menyusu setiap 2 jam selama 10-15 menit disetiap payudara.
 - 2) Bangunkan bayii, buka bedong yang membuat rasa gerah, duduklah selama menyusui.

- 3) Pastikan bayi menyusui dengan posisi yang baik (menempel pada ibunya) dan menelan secara aktif
 - 4) Susui bayi ditempat yang tenangnyaman dan minumlah setiap kali menyusui.
 - 5) Tidur bersebelahan dengan bayi sehingga dapat menyusui setiap saat.
 - 6) Ibu mengoptimalkan istirahat dan asupan nutrisi.
- f. Cara pemberian ASI dengan tangan.
- 1) Tangan dicuci sampai bersih.
 - 2) Siapkan cangkir/ gelas bertutup yang telah dicuci dengan air mendidih.
 - 3) Payudara dikompres dengan kain handuk yang hangat dan dimassase dengan kedua telapak tangan dari pangkal ke arah kalang payudara. Ulangi pemijatan pada setiap payudara secara merata.
 - 4) Dengan ibu jari disekitar kalang payudara bagian atas dan jari telunjuk pada sisi yang lain, lalu daerah yang lain ditekan kearah dada.
 - 5) Daerah kalang payudara diperah dengan ibu jari dan jari telunjuk dengan memijat/ menekan puting, karena dapat menyebabkan rasa nyeri/ lecet.
 - 6) Ulangi tekan-perah-lepas-tekan-perah-lepas pada mulanya ASI tak keluar, setelah beberapa kali maka ASI akan keluar.

7) Gerakan ini diulang pada sekitar kelenjar payudara pada semua sisi, agar yakin bahwa ASI telah diperah dari semua segmen payudara.

g. Cara penyimpanan dan pemberian ASI perah.

- 1) Diudara terbuka/ bebas bertahan 6-8 jam.
- 2) Dilemari es (4°C) bertahan 24 jam.
- 3) Di lemari pendingin/ beku (-18°C) bertahan 6 bulan.
- 4) ASI yang telah didinginkan bila akan dipakai tidak boleh direbus, karena kualitasnya akan menurun yaitu unsur kekebalannya. ASI tersebut cukup didiamkan di dalam suhu kamar, agar tidak terlalu dingin atau dapat pula direndam dengan air panas. Memberikan ASI perah dengan menggunakan sendok.

h. Cara pemberian ASI eksklusif pada ibu bekerja

- 1) Selama cuti hanya memberikan ASI saja.
- 2) Sebelum masa cuti habis ubah pola minum bayi dengan ASI perah.
- 3) Sebelum berangkat bekerja susui bayi.
- 4) Selama di kantor perah ASI setiap 3-4 jam.
- 5) Simpan dilemari es dan dibawa pulang.
- 6) Setelah dihangatkan berikan dengan menggunakan sendok.

Bayi memiliki daya tahan tubuh yang bagus, serta lebih ekonomis

Ibu bersedia untuk memberikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan.

4. Mengajarkan ibu senam nifas

Cara-cara melakukan senam nifas yaitu:

- a. Ibu diposisikan berbaring ditempat tidur atau dimatras.

- b. Ajari ibu cara senam kegel yaitu bayangkan sedang BAK lalu tiba-tiba menahannya ditengah-tengah.
- c. Berbaring terlentang, lengan kiri ke ataskan dan kaki kiri diregangkan, setelah itu gantikan dengan lengan kanan yang diataskan dan kaki kanan yang diregangkan.
- d. Kontraksi vagina, berbaring terlentang kedua kaki sedikt diregangkan. Tarik dasar panggul, tahan selama 3 detik kemudian relaks kan.
- e. Berbaring lutut ditekuk, kencang kan otot-otot perut sampai tulang panggul mendatar dan kencangkan otot-otot bokong tahan 3 detik kemudian relaks.
- f. Berbaring terlentang, lutut ditekuk, lengan diluruskan ke lutut, angkat kepala dan bahu kira-kira 45° C, tahan 3 detik dan relaksan dengan perlahan.
- g. Posisikan yang sama seperti diatas. Tempatkan lengan lurus dibagian luar lutut.
- h. Tidur terlentang, kedua lengan dibawah kepala dan kedua kaki sehingga panggul dan lutut mendekati badan semaksimal mungkin.lalu luruskan dan angkat kaki kiri dan kanan vertikal dan perlahan-lahan turunkan kembali ke lantai.
- i. Tidur terlentang dengan kaki diangkat ke atas lakukan gerakan pada jari-jari kaki seperti mencakar dan meregangkan. Lakukan ini selama 5 menit.

- j. Gerakan ujung kaki secara teratur seperti lingkaran dari luar ke dalam dan dari dalam ke luar. Lakukan gerakan ini selama setengah menit.
- k. Lakukan gerakan telapak kaki kiri dan kanan ke atas dan kebawah seperti gerakan mengergaji, lakukan selama setengah menit.
- l. Tidur terlentang kedua tangan bebas bergerak. Lakukan gerakan dimana lutut mendekati badan, bergantian kaki kiri dan kaki kanan., sedangkan Tangan memegang ujung kaki, dan urutkan mulai dari ujung kaki sampai batas betis, lutut dan paha. Lakukan gerakan ini 8 sampai 10 menit setiap hari.
- m. Berbaring terlentang, kaki diangkat keatas, kedua tangan dibawah kepala. Jepitlah bantal diantara kedua kaki dan tekanlah sekuat-kuatnya. Pada waktu bersamaan angkatlah pantat dari kasur dengan melengkungkan badan. Lakukan sebanyak 4 sampai 6 kali selama setengah menit.

Ibu bersedia unuk mempraktekkan senam nifas.

c. DATA PERKEMBANGAN III

Tanggal : 8 Juni 2017

Jam : 13.00 WIB

Tempat :Rumah pasien

S: Ibu mengatakan sekarang sudah bisa beraktivitas seperti sebelum melahirkan, Bekas luka jahitannya sekarang sudah tidak nyeri lagi, serta ibu ingin merencanakan menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang yang aman dan tidak bikin gemuk tetapi ibu belum tahu alat kontrasepsi apa yang digunakan.

O: Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $^{100}/_{70}$ mmHg R: 24x/menit

N : 82x/ menit S: 36,2⁰C

Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU sudah tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini, terdapat pengeluaran pervaginam berupa lochea alba sebanyak \pm 5 cc, bekas luka jahitan sudah kering, menutup sempurna, tidak terdapat keloid pada bekas luka jahitan.

Ekstermitas

Atas : Tidak odema, tidak kaku sendi, jumlah jari tangan lengkap berjumlah 10 jari, bersih, tidak ada kelainan.

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak kaku sendi, jumlah jari kaki lengkap berjumlah 10 jari, bersih, tidak ada kelainan, refleksi patella kaki kanan dan kiri positif (+).

A: Ny. R usia 24 tahun P₂A₀ 30 hari nifas.

P: Tanggal : 8 Juni 2017

Jam : 13.15 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan.

Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu:

Keadaan umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: ¹⁰⁰/₇₀ mmHg R: 24x/menit

N : 82x/ menit S: 36,2⁰C

Bekas luka jahitan pada perineum nya sudah kering dan menutup sempurna, tidak ada keloid. Serta semua kondisi ibu normal.

2. Memberikan penkes tentang kontrasepsi jangka panjang

Kontrasepsi jangka panjang di bagimenjadi 2 yaitu AKDR dan AKBK

- a. AKDR/ IUD adalah alat kontrasepsi non hormonal jangka panjang yang dipasang didalam rahim. Keuntungan AKDR yaitu efektifitasnya tinggi, siklus haid tetap teratur, efektif segera, kembali ke masa subur lebih cepat, tidak mempengaruhi produksi ASI, tidak ada efek samping hormonal.

Kerugian AKDR yaitu tidak mencegah IMS, darah haid menjadi lebih banyak, haid menjadi lebih lama, nyeri saat haid pada bulan-bulan awal.

- b. AKBK/ implant adalah alat kontrasepsi hormonal jangka panjang yang di pasang di bawah kulit(lengan kiri) untuk mencegah kehamilan. Keuntungan implant yaitu: daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang, pengembalian masa kesuburan cepat setelah dilepas, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, tidak mengganggu senggama,tidak mengganggu ASI, dapat dilepas setiap saat sesuai keinginan.

Kerugian implant yaitu: dapat menyebabkan perubahan pola haid, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak melindungi IMS, tidakdapat menghentikan sendiri alat kontrasepsi harus ke tenaga kesehatan, efektifitas menurun bila menggunakan obat TBC.

Ibu memilih AKDR/ IUD sebagai alat kontrasepsi.

3. Memberikan penkes tentang calon akseptor AKDR

- a. AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang pada rahim ibu.
- b. Jenis-jenis AKDR yaitu: Cu T 380 A, ML Cu, Nova T.

- c. Cara kerja AKDR yaitu: mempengaruhi fertilisasi, menghambat kemampuan sperma untuk mencapai tuba falopi, mencegah sperma dan sel telur bertemu, mencegah implantasi.
- d. Efektifitas AKDR mencegah kehamilan dengan angka kegagalan kurang dari 1% pada tahun pertama penggunaan.
- e. Daya guna AKDR khususnya Cu T 380 A sampai 10 tahun.
- f. Keuntungan AKDR yaitu efektifitasnya tinggi, siklus haid tetap teratur, efektif segera, kembali ke masa subur lebih cepat, tidak mempengaruhi produksi ASI, tidak ada efek samping hormonal.
- g. Kerugian AKDR yaitu tidak mencegah IMS, darah haid menjadi lebih banyak, haid menjadi lebih lama, nyeri saat haid pada bulan-bulan awal pemasangan.
- h. Indikasi AKDR yaitu ibu menyusui, ibu yang ingin KB jangka panjang, ibu yang memiliki varices, ibu yang tidak menghendaki KB hormonal, ibu perokok, ibu yang gemuk atau kurus.
- i. Kontra indikasi AKDR yaitu perdarahan pervaginam yang belum diketahui sebabnya, infeksi panggul, nyeri saat haid, ukuran uterus kurang dari 5 cm.
- j. Gambaran singkat pemasangannya yaitu ibu diposisikan tidur terlentang dengan kaki ditekuk, AKDR nanti dimasukkan dengan menggunakan alat tetapi saat pemasangan ibu sedikit merasakan sedikit kurang nyaman.

- k. Efek samping AKDR yaitu darah haid yang keluar semakin banyak, haid menjadi lebih lama, nyeri saat haid terutama pada bulan-bulan awal pemasangan.
- l. Waktu pemasangan AKDR yaitu ketika haid hari ke 3 sampai hari ke 7, setiap saat dipastikan ibu tidak hamil, setelah abortus tanpa infeksi, 48 jam setelah melahirkan, dan 4-6 minggu setelah melahirkan.

Ibu mantap memilih AKDR

4. Melakukan dokumentasi

Bukti tertulis dilakukan suatu tindakan antara pasien dengan tenaga kesehatan.

Hasil pemeriksaan telah didokumentasikan

ASUHAN KEBIDANAN AKSEPTOR BARU AKDR PADA NY.R UMUR 24

TAHUN P₂A₀ DI PUSKESMAS SIBELA MOJOSONGO

SURAKARTA

Pengkajian Data

Tanggal : 12 Juni 2017

Jam : 09.00 WIB

Oleh : Ambar Krisdiani

Data subjektif

1. Identitas

Nama Ibu : Ny. R

Nama Suami : Tn. A

Usia : 24 Tahun

Umur : 33 Tahun

Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Randusari, Rt 03/30, Mojosongo, Jebres.		

2. Alasan kunjungan

Pada tanggal 12 juni 2017 ibu mengatakan datang ke puskesmas untuk pasang KB IUD.

3. Data Kebidanan

a. Riwayat Menstruasi

Menarch	: 13 Tahun
Sifat Darah	: Cair kadang disertai gumpalan
Siklus	: 28 Hari
Lama	: 6-7 Hari
Warna	: Merah tua
Bau	: Khas seperti darah menstruasi
Teratur/Tidak	: Teratur
Banyaknya	: 2-3 kali ganti pembalut
Disminorea	: Pada hari pertama menstruasi tetapi tidak sampai mengganggu aktivitas.

b. Riwayat Perkawinan

Sudah/Belum	: Sudah Menikah
Usia saat menikah	: 22 Tahun

Usia suami saat menikah: 31 Tahun

Lama pernikahan : 2 Tahun, dan anak pertama umur 1,5 tahun.

Status pernikahan : Istri pertama syah dan satu-satunya.

c. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah melahirkan anak pertamanya belum pernah memakai alat kontrasepsi, hanya saja ketika melakukan hubungan suami istri dengan coitus interruptus, dengan alasan ingin segera memiliki anak lagi.

d. Riwayat Persalinan

Ibu mengatakan pada tanggal 9 Mei 2017 telah melahirkan anak ke 2 nya normal dengan jenis kelamin perempuan, spontan pervaginam ditolong oleh Bidan di Rumah Sakit. Anak pertamanya berumur 1,5 tahun, ketika hamil anak yang ke 2 jarak kehamilannya 9 bulan. Pada tanggal 12 juni 2017 ini sudah 34 hari masa nifas.

e. Riwayat psikososial

Sangat senang atas kelahiran anaknya, dan sudah merasa cukup dengan anak yang dimiliki, suami dan keluarga mendukung untuk melakukan kontrasepsi jangka panjang.

O: Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: $^{120}/_{70}$ mmHg R: 24x/menit

N : 84x/ menit

S: 36,5⁰c

Pemeriksaan fisik

Kepala

Rambut dan kulit kepala: Hitam, lurus, bersih, tidak ada ketombe.

Muka : Simetris, tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : Simetris, sklera putih tidak ikhterik, konjungtiva merah muda tidak anemis, bersih, tidak ada secret.

Hidung : Simetris, tidak ada pembesaran pada polip, bersih, tidak ada kotoran.

Mulut : Tidak pucat, tidak ada caries gigi, tidak ada pembesaran pada tonsil, bersih, tidak ada kelainan pada bibir.

Leher : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena juggularis

Dada : Simetris, tidak terdengar weezing, tidak sesak nafas, pernafasan normal.

Payudara: Simetris, tidak ada pembesaran abnormal, puting susu menonjol, terdapat pengeluaran berupa ASI matur baik pada payudara kanan maupun kiri, bersih, tidak ada tanda infeksi pada payudara.

Ketik : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

Abdomen

Inspeksi : Tidak ada luka bekas SC, terdapat linea nigra, dan terdapat striae albicans.

Palpasi : TFU sudah tidak teraba, kandung kemih kosong, tidak ada pembesaran abnormal.

Genetalia

Vulva : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini, ada pengeluaran pervaginam berupa lochea alba, terdapat bekas luka jahitan pada perineum yang masih basah. Darah nifas yang keluar \pm 5 cc.

Anus : Tidak ada hemoroid.

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema, tidak kaku sendi, jari tangan lengkap 10 jari, bersih, tidak ada kelainan.

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varices, tidak kaku sendi, jari kaki lengkap 10 jari, bersih, tidak ada kelainan, refleksi patella kaki kanan maupun kiri positif (+).

A: Ny. R usia 24 tahun P₂A₀ akseptor baru AKDR jenis Coper T 380 A.

P: Tanggal : 11 Juni 2017

Jam : 09.15 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya:

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital sign : TD: ¹²⁰/₇₀ mmHg

R: 24x/menit

N : 84x/ menit

S: 36,5⁰

Semua kondisi ibu diperbolehkan untuk dipasang AKDR karena tidak ada tanda- tanda yang dicurigai untuk tidak dipasang AKDR.

2. Memberikan *Inform concent* pemasangan AKDR

Ibu sudah menandatangani *inform concent*.

3. Mempersilahkan ibu untuk mengkosongkan kandung kemih

Ibu bersedia untuk BAK terlebih dahulu.

4. Mempersiapkan alat pemasangan AKDR jenis Coper T 380A

Lebih ergonomis

Alat steril : Coper T 380 A, handscoon, spekulum, tampon tang, gunting mayo, kasa, betadine, sonde uterus.

Alat non steril : Lampu sorot, larutan klorin.

Alat untuk pemasangan AKDR sudah dipersiapkan.

5. Melakukan pemasangan sesuai prosedur.

Langkah-langkah pemasangan:

- a) Cuci tangan 7 langkah
- b) Menyalakan dan mengarahkan lampu sorot ke genetalia
- c) Memakai sarung tangan steril
- d) Melakukan vulva higiene dengan kapas basah DTT
- e) Memasang spekulum dan melihat servik
- f) Mengusap servik dengan larutan antiseptik
- g) Menjepit servik dengan tenakulum secara hati-hati
- h) Memaskkan sonde dengan cara “no touch technique”

- i) Mengukur kedalaman uterus dengan sonde uterus dan menyesuaikan tabung inserter sesuai hasil pengukuran dengan menggeser leher biru.
- j) Memasang IUD/ AKDR dengan menggunakan “Withdrawal technique” tanpa menyentuh dinding vagina dan spekuum.
- k) Menarik sedikit tabung inserter, kemudian inserter didorong kembali kearah kranial sampai leher biru menyentuh serviks dan merasa ada tahanan.
- l) Mengeluarkan pendorong lalu menarik inserter sepanjang benang yang akan dipotong dengan benar.
- m) Menggunting benang IUD dan mengeluarkan inserter.
- n) Menekan dengan kasa pada bekas jepitan tenakulum selama 30-60 detik.
- o) Mengeluarkan spekulum dengan hati-hati.
- p) Membereskan alat-alat dan merendam ke dalam larutan klorin.
- q) Mencuci tangan dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dan merendamnya dalam keadaan terbalik.
- r) Cuci tangan
- s) Memberitahukan kepada klien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.
- t) Menjelaskan kepada klien untuk tinggal diklinik selama 15 menit untuk diobservasi.

Telah dilakukan pemasangan AKDR/ IUD pada pasien.

6. Memberikan konseling pasca pemasangan AKDR/ IUD

Mengantisipasi hal-hal yang biasa terjadi setelah pemasangan AKDR.

- i) Kemungkinan komplikasi yang timbul setelah pemasangan AKDR yaitu ibu merasakan sakit pada perut bagian bawah selama 3-5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat saat haid atau diantaranya dapat menyebabkan anemia, perlukaan dinding rahim.
- j) Daya guna AKDR sampai 10 tahun.
- k) Cara untuk memeriksa benang AKDR yaitu ibu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, ibu dengan posisi jongkok/ mengangkat satu kaki masukkan jari tengah kedalam jalan lahir.
- l) Kemungkinan AKDR keluar ketika ibu memeriksa benang ibu tidak dapat meraba benang tersebut, kemungkinan AKDR keluar sendiri, terutama pada bulan- bulan pertama pemasangan AKDR bisa keluar.
- m) Pada minggu-minggu awal kemungkinan suami merasakan tidak nyaman ketika melakukan hubungan suami istri karena benang masih kaku.
- n) Efektifitas AKDR segera setelah dipasang sudah bekerja menjadi alat kontrasepsi, jadi tidak memerlukan alat kontrasepsi pendukung seperti kondom.
- o) Waktu kontrolnya 1 minggu setelah pemasangan, bila ibu mengalami perdarahan hebat, nyeri perut hebat, keluar keputihan yang tidak normal, atau bila ibu ada keluhan.
- p) AKDR harus dilepas sebelum 10 tahun atau tepat 10 tahun.

Ibu paham dan mengetahui kemungkinan yang bisa terjadi setelah dipasang AKDR.

7. Melakukan dokumentasi

Bukti tertulis telah dilakukan suatu tindakan pada pasien

Hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Ibu Hamil

Pada tanggal 25 Februari 2017 kunjungan pertama pukul 08.00 WIB di Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta, didapatkan data pasien OSOC yaitu Ny. R usia 24 tahun G₂P₁A₀ dengan umur kehamilan 29⁺⁵ minggu. Sebelumnya ibu belum pernah memakai alat kontrasepsi apapun, anak pertamanya berumur 1,5 tahun. Ketika hamil anak kedua jarak kehamilannya 9 bulan. Pada kunjungan pertama ini ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan tidak ada keluhan serta dengan kehamilan resiko tinggi karena jarak kehamilan kurang dari 2 tahun. Bidan memberikan asuhan tentang faktor resiko jarak kehamilan terlalu dekat. Berdasarkan teori resiko wanita yang melahirkan dengan jarak yang sangat berdekatan (< 2 tahun) akan mengalami resiko antara lain: Resiko perdarahan trimester III, anemia, ketuban pecah dini, endometriosis masa nifas, kematian saat melahirkan, partus presipitatus (BKKBN, 2007). Menurut jurnal penelitian Izwa Rifdiani (2016), yang berjudul Pengaruh Paritas, BBL, Jarak Kehamilan dan Riwayat Perdarahan terhadap Kejadian Perdarahan Post Partum menyatakan jarak kehamilan yang pendek secara langsung akan memberikan efek pada kesehatan wanita maupun janin yang dikandung.

Wanita setelah melahirkan membutuhkan waktu 2 sampai 3 tahun untuk memulihkan tubuhnya dan mempersiapkan diri untuk kehamilan dan persalinan selanjutnya. Akibat dari belum pulihnya organ reproduksi pada wanita menyebabkan belum maksimalnya pembentukan cadangan bagi janin dan untuk ibu sendiri. Bagi ibu sendiri meningkatkan resiko terkena anemia akut yang memiliki dampak terhadap bayi yaitu bayi lahir prematur, dan keguguran. Menurut jurnal penelitian Verdani Leoni Edrin, dkk (2012), yang berjudul Gambaran Karakteristik Ibu Hamil pada Persalinan Preterm di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2012 menyatakan bahwa jarak persalinan <2 tahun akan menyebabkan seorang ibu belum cukup waktu untuk memulihkan kondisi tubuhnya setelah melahirkan sebelumnya, kondisi tubuh kurang sehat ini penyebab kematian ibu dan bayi yang dilahirkan salah-satunya persalinan preterm.

Hasil anamnesa yang telah didapatkan pada Ny. R HPHT yaitu 26 Juli 2016 dan HPL 3 Mei 2017. Di dapatkan pemeriksaan Tanda Vital semua dalam batas normal, BB : 58 kg, TB : 156 cm, LILA 24 cm semua dalam batas normal tidak terdapat masalah. Berdasarkan hasil pemeriksaan ini menunjukan bahwa status gizi ibu baik terbukti dari lingkaran lengan atas yang lebih dari standar minimal lingkaran lengan atas pada wanita dewasa 23,5 cm, sesuai dengan teori (Kusmiyati, 2008 : 99). Pemeriksaan fisik pada Ny. R semua dalam batas normal. Posisi janin normal (presentasi kepala), jadi tidak terdapat masalah.

Pada kunjungan ke 2 tanggal 1 maret 2017 pukul 10.00 WIB Ny. R mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang ke 3 dengan umur kehamilan 31⁺¹ minggu dan mengeluh pegal-pegal pada punggungnya, mudah capek dan merasakan gerakan janin nya semakin kuat dan sering. Bidan memberikan asuhan tentang keluhan pegal-pegal pada punggung itu salah-satu perubahan fisiologis pada ibu hamil, memberikan penkes tentang *Body Mekanik* untuk membantu aktivitas ibu sehari-hari selama hamil, mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi tablet penambah darah dan menganjurkan untuk senam hamil.

Berdasarkan teori Ibu mengeluh sering pegal-pegal pada punggungnya dan sering capek, hal tersebut merupakan salah-satu perubahan fisiologis pada ibu hamil yang usia kehamilannya semakin bertambah besar karena kurvatur dari vertebra yang meningkat saat uterus semakin membesar sesuai dengan usia kehamilan, spasma otot karena tekanan terhadap akar syaraf (Marmi, 2011:133). Asuhan yang diberikan Bidan sesuai dengan teori jadi tidak terdapat kesenjangan. *Body mekanik* adalah sikap tubuh yang baik diinstruksikan kepada ibu hamil karena diperlukan untuk membantu aktivitas sehari-hari yang aman dan nyaman selama hamil (Marmi,2011:123).

Menurut jurnal penelitian oleh Isma 'ul Lichayati dan Ratih Indah Kartikasari berjudul "Hubungan Senam Hamil Dengan Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Di Polindes Desa Tlank Kecamatan Kedungpring Kabupaten Lamongan" mengatakan bahwa hampir sebagian ibu hamil di POLINDES Desa Tlank mengikuti senam hamil secara teratur sehingga tidak mengalami

nyeri punggung. Asuhan yang diberikan bidan sesuai dengan teori jadi tidak terdapat kesenjangan.

Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat sebesar 300% (1.040 mg selama hamil) dan peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu selama hamil melainkan perlu diimbangi dengan suplemen zat besi dapat diberikan sejak minggu ke 12 kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan 6 minggu setelah kelahiran untuk mencegah anemia postpartum. Tablet zat besi diminum bersamaan dengan vitamin C contohnya air jeruk karena sangat penting dalam proses penyerapan. Dan tidak boleh diminum bersamaan dengan kopi, teh dan susu karena dapat menghambat penyerapan zat besi tersebut. Sebaiknya diminum pada malam hari menjelang tidur malam agar tidak mual (Sulistyawati, 2009:108). Jadi tidak terdapat kesenjangan dengan teori.

Pemeriksaan vital sign dan fisik (head to toe) semua dalam batas normal.

Kunjungan ke 3 pada tanggal 5 April 2017 pukul 11.00 WIB ibu mengatakan jadwal untuk periksa hamil yang ke 4 dengan umur kehamilan 36⁺¹ minggu keluhan masih sama pegal-pegal pada punggung. Bidan memberikan asuhan tentang senam hamil dan body mekanik, serta diberikan penkes tentang tanda bahaya kehamilan.

Tanda bahaya kehamilan yaitu:

- (1) Pada kehamilan muda: bisa terjadi abortus, kehamilan mola, kehamilan ektopik.

- (2) *Hiperemesis Gravidarum* adalah mual muntah yang berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan kehidupan janin di dalam kandungan.
- (3) Pada kehamilan lanjut: plasenta previa (plasenta yang menutupi jalan lahir), solusio plasenta (plasenta yang sudah lepas sebelum waktunya).
- (4) Sakit kepala hebat.
- (5) Pandangan kabur.
- (6) Bengkak pada wajah dan jari tangan maupun kaki.
- (7) Keluar cairan pervaginam (KPD).
- (8) Gerakan janin tidak terasa.
- (9) Nyeri perut hebat (Sulistyawati, 2009:149-162).

Jadi berdasarkan tinjauan kasus pada Ny. R dan tinjauan teori tidak terdapat kesenjangan.

Hasil pemeriksaan vital sign pada Ny. R yaitu TD : $110/70$ mmHg, R : 24x/menit, N : 82x/menit, S : $36,0^0$ C, tidak ada yang menunjukkan hipertensi pada kehamilan. Pemeriksaan Leopod I: teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), pada leopod II: bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin seperti tangan dan kaki janin (ekstermitas). Bagian kiri perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin), pada leopod III: teraba Bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala), leopod IV : kepala belum masuk panggul, TFU : 29 cm, DJJ : 142x/ menit (teratur). Jadi pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan fisik normal. Tidak terdapat kesenjangan dengan teori.

Kunjungan ke 4 pada tanggal 13 April 2017 pukul 08.00 WIB Ny. R mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang ke 5 dengan usia kehamilan 37⁺³ minggu dan mengeluh punggung terasa pegal-pegal dan kaki kesemutan. Bidan memberikan asuhan ketidaknyamanan pada ibu hamil, memberikan penkes posisi yang tidak diperbolehkan untuk ibu hamil yang menimbulkan kesemutan, memberikan penkes tentang tanda-tanda persalinan, menganjurkan ibu untuk periksa sesuai jadwal.

Menurut jurnal penelitian Ritma Ikhtiarini, Kharisah Diniyah (2015) dengan judul “Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Trimester III dengan Kehamilan Normal di BPS Pipin Heriyari Yogyakarta” dengan hasil asuhan yang diberikan kepada ibu hamil trimester III dengan keluhan nyeri punggung seperti istirahat cukup, tidur menggunakan bantal untuk meluruskan punggung, posisi tidur dengan miring kekanan atau kiri, menghindari pekerjaan dengan beban berat, massase daerah piinggang dan punggung serta mengikuti senam hamil. Dan untuk mengatasi kram pada kaki disarankan ibu untuk istirahat, memberikan kompres hangat berbaring dan merebahkan diri dan bangun perlahan, serta tetap mengkonsumsi kalsium yang diberikan.

Berdasarkan teori ketidaknyamanan (kesemutan atau kram pada kaki) biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu. Hal ini merupakan fisiologis pada ibu hamil bisa terjadi karena: kekurangan asupan kalsium, adanya pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah *pelvic* dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. Cara meringankan dengan cara melakukan kompres hangat

pada sendi-sendi (Marmi, 2011:137-138). Jadi keluhan yang dirasakan ibu tersebut masih dalam perubahan fisiologis ibu hamil.

Posisi yang tidak diperbolehkan untuk ibu hamil yang menimbulkan kesemutan yaitu naik turun tangga yang berlebihan, duduk bersila, berdiri terlalu lama, mengangkat beban terlalu berat serta menyilangkan kaki. Sehingga ibu menghindari untuk melakukan hal tersebut (Marmi, 2011:123).

Tanda- tanda persalinan diberikan pada hamil trimester ke 3 atau antara 37 minggu sampai 42 minggu. Tanda-tanda persalinan sebagai berikut: kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek, pengeluaran lendir bercampur darah (Rukiyah, 2009:10).

Kunjungan ulang yaitu setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal yang pertama. Karena dari riwayat ibu dan pemeriksaan fisik yang lengkap pada kunjungan antenatal pertama, maka pada kunjungan ulang difokuskan pada:

- (1) Pendeteksian komplikasi kehamilan.
- (2) Mempersiapkan kelahiran.
- (3) Kesiapan menghadapi kegawatdaruratan (Marmi, 2011:199).

Jadi antara tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan.

Kunjungan ke 6 pada tanggal 6 Mei 2017 pukul 09.00 WIB Ny. R datang ke puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya dengan usia kehamilan 40⁺³ minggu dan mengatakan sudah 3 hari lewat HPL. Bidan memberikan rujukan ke Rumah sakit dengan indikasi post date, menganjurkan untuk melakukan hubungan seksual.

Berdasarkan teori dikatakan post date disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, atau pasca maturitas adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294) hari atau lebih dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele (Prawirohardjo, 2010:686). Menurut jurnal penelitian Diana Handaria, (2001) yang berjudul Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kehamilan Lewat Bulan menyatakan bahwa kehamilan post date, post term adalah kehamilan yang berlangsung setelah 42 minggu atau lebih terhitung dari permulaan haid yang disusul ovulasi kurang lebih 2 minggu kemudian.

Menurut jurnal penelitian Khusen Denny, (2016) yang berjudul “Kehamilan Post Term” mengatakan bahwa kehamilan post term disebut juga kehamilan lewat bulan , post date dan berlangsung lebih atau sama dengan 42 minggu atau lebih dari 294 hari sejak hari pertama haid terakhir. Jadi pada tinjauan kasus ini dengan tinjauan teori terdapat kesenjangan. Hal tersebut dilakukan para tenaga kesehatan di lapangan kerja untuk mengantisipasi agar tidak terjadi faktor resiko pada kehamilan post matur/ serotinus tersebut.

Hubungan seksual dianjurkan pada ibu yang usia kehamilannya sudah melewati HPL tetapi belum ada tanda- tanda persalinan. Hubungan seksual dilakukan dengan hati-hati. Dianjurkan agar sperma keluar didalam. Sperma mengandung prostaglandin yang dapat membuat kontraksi uterus (Marmi, 2011:122). Jadi tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

Didapatkan hasil pemeriksaan vital sign TD: $110/80$ mmHg, N: 84x/ menit, R: 24x/ menit, S: $36,5^0$ C semua dalam batas normal. Pemeriksaan fisik pada Ny. R yaitu Leopod I: bagian atas perut ibu teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), Leopod II: bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstermitas) bagian kiri perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung), Leopod III: bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, tidak melenting (presentasi kepala), Leopod IV bagian kepala janin sudah masuk panggul teraba 4/5 bagian, TFU: 30 cm, DJJ: 138x/ menit (teratur), semua pemeriksaan fisik Ny. R (head to toe) dalam batas normal. Jadi tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori.

B. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

Ny.R datang ke Puskesmas Sibela pada tanggal 9 Mei 2017 pada pukul 14.30 WIB dengan usia kehamilan 40^{+6} minggu mengatakan perutnya kenceng-kenceng teratur sejak pukul 14.00 WIB dan keluar sedikit lendir bercampur darah dari jalan lahir, lalu Ny. R dianjurkan untuk melahirkan ke Rumah Sakit karena bersamaan dengan mati listrik di Puskesmas Sibela. Ketika Ny. R dirujuk tanpa didampingi oleh bidan serta tidak membawa surat rujukan. Berdasarkan teori pasien dirujuk harus menggunakan tata cara dan menggunakan surat rujukan, dan harus didampingi oleh bidan atau tenaga kesehatan dari tempat awal rujukan dan harus mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan seperti BAKSO KUDA (Sujiyatini, 2011:21-24). Jadi terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori.

Ny .R Makan terakhir pukul 14.00 WIB porsi makan 1/2 piring jenis nasi dan sayur saja, minum terakhir pukul 16.30 WIB 1 gelas jenis air putih porsi.

Pada pemeriksaan vital sign didapatkan hasil TD: $110/70$ mmHg, N: 82x/ menit, R: 22x/ menit, S: $36,2^0$ C, pemeriksaan vital sign dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik (head to toe) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan abdomen yaitu Leopold I: Bagian atas perut ibu teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), Leopold II: bagian kiri perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung) bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstermitas), Leopold III: bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, tidak melenting (presenyasi kepala), Leopold IV: kepala sudah masuk panggul teraba 3/5 bagian. TFU: 30 cm, Auskultasi :Punctum Maximum: Punggung kiri, Frekuensi DJJ 142 x/menit, Teratur, HIS: 3x/ 10 menit durasi 30 detik. VT :

Pada tanggal 9 Mei 2017 dilakukan oleh Bidan RS pukul 15.00 WIB dengan hasil :Vulva vagina licin, portio lunak, menipis, preskep, pembukaan serviks 5cm, KK(+), penurunan kepala di hodge II-III, tidak ada molase, UUK dijam 9 STLD (+), dilakukan VT kembali pada tanggal 9 Mei 2017 dilakukan oleh Bidan RS pukul 16.30 WIB hasil : vulva vagina licin, portio tidak teraba, KK (-), pembukaan 10 cm, preskep, UUK jam 12, penurunan kepala di hodge IV, tidak ada molase, STLD (+).

Asuhan kala I Memberitahu pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan pada ibu, mengobservasi keadaan ibu dan janin dengan memantau (HIS, DJJ, VT, TTV pada ibu). Lakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf meliputi DJJ tiap 30 menit, kontraksi uterus setiap 30

menit dihitung selama 10 menit, tekanan darah tiap 4 jam, suhu tiap 2 jam dan pemeriksaan dalam tiap 4 jam atau bila ada indikasi seperti ketuban pecah, perineum menonjol, vulva membuk, anus membuka (Saifuddin, 2009)., menyiapkan partus set, menyiapkan pakaian ibu dan juga bayi, memotivasi ibu dan memberi dukungan pada ibu agar semangat menghadapi proses persalinannya, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri agar ibu lebih nyaman dan nutrisi ke janin dapat terpenuhi dengan cukup, menganjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his dengan mengambil nafas lewat hidung dan mengeluarkan lewat mulut ketika ada his/ kontraksi, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya agar ibu tidak lemas dan memiliki tenaga untuk mengejan jika pembukaan sudah lengkap.

Kala I pada Ny.R berlangsung 2 jam 30 menit di hitung dari ibu merasakan kenceng- kenceng teratur sampai pembukaan lengkap, dalam kasus Ny. R ini persalinan nya disebut partus presipitatus karena di hitung dari ibu merasakan kenceng- kenceng teratur sampai pembukaan lengkap < 3 jam. Berdasarkan teori lama persalinan pada multigravida yaitu kala I 7 jam 20 menit dihitung dari ibu merasakan kenceng-kenceng teratur (Rukiyah, 2009:7). Menurut jurnal penelitian Izwa Rifdiani (2016) yang berjudul Pengaruh Paritas, BBL, Jarak Kehamilan dan Riwayat Perdarahan terhadap Kejadian Perdarahan Post Partum mengatakan bahwa jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat mengakibatkan terjadinya partus presipitatus yang mempunyai faktor resiko terjadinya perdarahan post partum. Jadi berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan teori tidak terdapat kesenjangan.

Asuhan kala II yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap, menyiapkan ibu untuk segera dipimpin meneran jika ada kontraksi, melahirkan bayi sesuai dengan APN, memberikan asuhan BBL, melakukan IMD dan menutupi bayi dengan kain bersih dan kering.

Kala II bayi lahir spontan pervaginam jam 16.55 WIB bayi menangis kuat, warna kulit kemerahan, gerakan aktif jenis kelamin perempuan BB: 3200 gram, PB: 50 cm, bayi langsung dilakukan IMD.

Asuhan kala III yaitu memberitahu tindakan selanjutnya yang akan dilakukan, melakukan MAK III, memeriksa kelengkapan plasenta, memeriksa adanya laserasi, melakukan heating.

Kala III Plasenta telah lahir lengkap jam 17.10 WIB dengan jumlah kotiledon 20, selaput plasenta utuh, panjang tali pusat ± 50 cm, PPV kala III ± 50 cc.

Berdasarkan tinjauan teori yaitu setelah bayi lahir, beberapa saat kemudian datang his pelepasan dan pengeluaran uri dalam waktu 5-15 menit seluruh plasenta terlepas ke dalam vagina yang akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan di atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah lahir bayi. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2011:79-80).

Asuhan IV yaitu merapikan ibu dan mengganti pakaian ibu, menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi, melakukan observasi 2 jam post partum yaitu (TTV, kontraksi, kandung kemih, PPV), melakukan kolaborasi dengan dr

SpOG untuk memberikan terapi, melakukan dokumentasi. Asuhan yang telah diberikan setiap kala sam dengan asuhan 58 APN.

Kala IV (kala pengawasan) adalah melakukan pengawasan setelah uri lahir 1-2 jam pertama. Kehilangan darah pada persalinan biasa disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Jumlah perdarahan rata-rata dianggap normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Apabila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut sudah dianggap abnormal dan harus dicari sebab-sebabnya. Jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan uri lahir. Menurut (Mochtar, 2011: 81-83). Pada setiap KALA I-IV tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi lahir pada tanggal 9 Mei 2017 pukul 16.55 WIB RSUD surakarta, bayi lahir spontan pervaginam ditolong oleh bidan menangis kuat, warna kulit kemerahan, bergerak aktif. Ketika bayi lahir langsung dilakukan IMD \pm 1 jam. Menurut teori dikatakan bayi baru lahir normal yaitu bayi lahir spontan pervaginam, menangis kuat, bergerak aktif, warna kulit kemerahan. Ketika bayi lahir setelah dikeringkan lalu dilakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini) (Tando, 2016:2-3). Jadi tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori.

Bidan memberikan salep mata pada BBL, memberikan vitamin K, menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan pada bayi, menganjurkan ibu untuk menyusui secara *on demand*. Berasarkan teori untuk pencegahan infeksi

pada mata. Cara pencegahannya dengan cara memberikan tetes mata atau salep dalam waktu satu jam setelah bayi baru lahir untuk mencegah oftalmia neonatorum. Jangan memberikan salep mata yang telah diberikan pada mata bayi. Keterlambatan memberikan salep mata pada BBL menyebabkan seringnya kegagalan upaya pencegahan infeksi pada mata (Tando, 2016:40).

Vitamin K biasanya diberikan pada BBL untuk menghindari perdarahan intra kranial karena kemungkinan adanya benturan sewaktu persalinan (Tando, 2009:40).

Suhu yang hangat sangat membantu menstabilkan upaya bayi dalam bernafas. Letakkan bayi diatas tubuh ibu yang tidak ditutupi oleh kain (dalam keadaan telanjang), kemudian tutupi keduanya dengan selimut yang telah dihangatkan terlebih dahulu. Jika ruangan ber AC, sorotkan lampu penghangat kepada ibu dan bayi (Tando, 2016: 33).

Kunjungan neonatal I pada bayi Ny. R dilakukan tanggal 10 Mei 2017 pukul 10.00 WIB Ny. R mengatakan bayinya berumur 1 hari sudah di imunisasi Hb 0, bayi sudah BAK 4x dan BAB 1x berwarna hitam, bayi sudah diberikan salep mata dan sudah diperbolehkan pulang. Berdasarkan teori Kunjungan neonatal I dilakukan pada bayi ber usia 6-48 jam (KIA, 2015: 45) jadi kunjungan neonatal yang telah dilakukan sesuai dengan teori tidak terdapat kesenjangan.

Berdasarkan teori Bayi BAK normal sebanyak 4-8 kali sehari. Pada awalnya, volume urin sebanyak 20-30 ml/ hari dan meningkat menjadi 100-200 ml/ hari pada minggu pertama. Warna urin bayi normal yaitu keruh/ merah

muda dan berangsur-angsur jernih karena asupan cairan meningkat (Tando, 2016:57).

Berdasarkan teori BAB normal yang dikelurakan pada hari-hari pertama disebut mekonium. Mekonium adalah ekskresi gastrointestinal bayi yang diakumulasi dalam usus sejak masa janin yaitu pada usia kehamilan 16 minggu. Warna mekonium adalah hijau kehitaman, lengket, bertekstur lembut, terdiri atas mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu. mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Bayi BAB normal 5-6 kali setiap hari dan berkurang pada minggu ke dua (Tando, 2016:56-57). Jadi tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori. Pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan fisik bayi Ny. R dalam batas normal. Jadi tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

Asuhan yang diberikan yaitu memberikan penkes tentang tanda bahaya BBL, mengajarkan pada ibu cara perawatan tali pusat. Berdasarkan teori tanda bahaya BBL yaitu pernafasan sulit atau > 60 dan < 40 kali/ menit, suhu tubuh terlalu panas $> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $> 36^{\circ}\text{C}$, isapan saat menyusu lemah, rewel, sering muntah, dan mengantuk berlebihan, tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah, tidak BAB selama 2 hari, tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek dan cair, sering berwarna hijau tua, dan terdapat lendir atau darah, mengigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak dapat tenang, dan menangis terus- menerus, sklera mata bayi berwarna kuning atau warna kulit tampak kuning, jika bayi mengalami salah-satu hal tersebut segera periksakan ke tenaga kesehatan (Tando, 2016:58).

Tali pusat sebaiknya dipertahankan dalam keadaan terbuka, ditutupi kasa steril dan kering longgar, dan tidak memakai gurita. Jika dipakai popok sebaiknya dilipat dibawah tali pusat. Biasanya tali pusat akan terlepas sekitar 1-2 minggu (Tando, 2016:57). Asuhan yang diberikan sesuai dengan teori jadi tidak terdapat kesenjangan.

Kunjungan Neonatal II pada bayi Ny. R dilakukan tanggal 15 Mei 2017 pukul 14.00 WIB. Ny. R mengatakan bayinya berusia 7 hari menyusu kuat dan mengatakan pada mata bayi terdapat kotoran sejak 1 hari yang lalu. Berdasarkan teori kunjungan neonatal II dilakukan ketika bayi berusia 3- 7 hari (KIA, 2015:45). Jadi kunjungan yang telah dilakukan sesuai dengan teori tidak terdapat kesenjangan.

Asuhan yang diberikan yaitu mengajari cara membersihkan secret pada mata bayi, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya dengan benar, memberitahu ibu akibat menyusui yang salah, memberitahu tanda bayi cukup ASI. Berdasarkan teori cara membersihkan secret mata pada bayi yaitu langkah-langkah nya basahi kapas dengan air DTT atau air hangat, bersihkan secret pada mata bayi dengan cara mata bayi sedikit dibuka (ulangi sampai secret pada mata bersih), hindari menyentuh bola mata (Tando, 2016:50). Asuhan yang telah diberikan sesuai dengan teori jadi tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori.

Pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan fisik semua dalam batas normal.

Kunjungan Neonatal III pada bayi Ny. R dilakukan tanggal 29 Mei 2017 pukul 13.00 WIB Ny. R mengatakan bayinya berusia 20 hari bayinya dalam

keadaan sehat dan menyusu kuat serta tidak ada keluhan. Asuhan yang diberikan yaitu memberitahu ibu untuk menyusui bayinya secara *on demand*, memberitahu ibu untuk selalu memperhatikan bayinya. Berdasarkan teori kunjungan Neonatal III dilakukan saat bayi berusia 8-28 hari (KIA, 2015:45), serta asuhan yang diberikan sesuai dengan teori. Jadi tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori.

Pemeriksaan APGAR SCORE yaitu pada lima menit pertama 8, lima menit ke dua 9, dan pada lima menit ketiga yaitu 10. Vital sign pada bayi- baru lahir: nadi 126x/ menit, respirasi 46x/ menit, dan suhu 36,6⁰ C. Pemeriksaan antropometri berat badan 3200 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lila 11 cm, DMO 34 cm, DFO 24 cm. Pada pemeriksaan fisik dan gerak refleks bayi baru lahir semua normal tidak ada kelainan pada bayi.

Menurut teori pengkajian data objektif yaitu ciri-ciri BBL normal sebagai berikut: berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120-160x/ menit, respirasi 40-60x/ menit, warna kulit kemerahan. Pada pemeriksaan fisik genitalia pada perempuan labia mayora menutupi labia minora, reflek s hibap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, refleks moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik, refleks grasping atau menggenggam sudah baik (Tando, 2016:2). Jadi berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan teori tidak ada kesenjangan.

D. Asuhan Kebidanan Ibu Nifas

Pada kasus ini Ny.R pada KF 1(6 jam post partum) mengatakan perih dan nyeri pada bekas luka jahitannya, KF 2 (7 hari post partum) masih sedikit merasakan nyeri pada luka jahitannya. dan KF 3 tidak ada keluhan. Pada pemeriksaan umum KF 1 sampai KF 3 keadaan ibu baik, tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi, Respirasi dan Suhu masih dalam batas normal.

Berdasarkan teori tekanan darah pada masa nifas mengalami fluktuasi sekitar $< 140/90$ mmHg, masih dikatakan normal karena masih dalam proses perubahan hormone maka (Nanny, 2010). Tinjauan kasus Ny.R antara teori dan praktik tidak ada kesenjangan.

Pemeriksaan fisik pada KF 1 (6 jam post partum dan 1 hari post partum) pada payudara ibu puting susu menonjol, belum ada pengeluaran ASI berupa kolostrum, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras, pengeluaran lochea rubra, KF 2 (7 hari post partum), ASI sudah keluar sudah menjadi ASI peralihan, TFU pertengahan pusat simpisis, lochea sanguinolenta. KF 3 (20 minggu post partum), pengeluaran ASI matur dan TFU sudah tidak teraba, lochea alba. Pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan fisik (head to toe) dalam batas normal tidak terdapat masalah.

Menurut tinjauan teori pengeluaran ASI pada hari pertama sampai ketiga yaitu ASI kolostrum, hari keempat sampai hari kesepuluh ASI peralihan, hari kesepuluh dan seterusnya ASI matur (Sulistyawati, 2009:12). Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

- 1) Lokhea rubra/ merah

Lokhea ini keluar pada hari ke 4 masa *post partum*. cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatandan berlendir, serta berlangsung pada hari ke 4 sampai hari ke 7 *post partum*.

3) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke 7 sampai hari ke 14.

4) Lokhea alba/ putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

Lokhea yang menetap pada awal periode *post partum* menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba dan serosa yang berkelanjutan dapat menandakan adanya endometritis, terutama disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lokhea purulenta. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut lokhea statis (Sulistyawati, 2009:76). Jadi antara tinjauan kasus dan tinjauan teori tidak ada kesenjangan.

Rencana asuhan yang diberikan pada tinjauan kasus Ny. R disetiap kunjungan yaitu:

KF I(6 jam nifas dan 1 hari nifas): memberitahu ibu hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan, menganjurkan ibu untuk istirahat, menganjurkan ibu untuk tetap menyusukan payudaranya, menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini secara bertahap dimulai dengan miring kanan kiri terlebih dahulu, latihan duduk dan baru berdiri apabila tidak pusing, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan makan dan minum,memberikan penkes tentang vitamin A, memberikan penkes tanda bahaya nifas, memberikan penkes perawatan bayi sehari-hari, memberikan penkes tanda bahaya bayi baru lahir, menganjurkan ibu untuk rutin meminum obat yang telah diberikan dari rumah sakit, mengajarkan ibu untuk perawatan payudara.

Berdasarkan teori cara perawatan payudara: Alat (handuk 2, baby oil, air hangat dan air dingin, waslap). Langkah-langkah: lakukan kompres ke 2 puting, basahi tangan dengan baby oil, usapan dengan telapak tangan berbentuk love dari bawah, atas dan ke samping lalu dihentakkan \pm 20 kali, posisi tangan kiri dibawah payudara dan tangan kanan menyisiri dengan sisi ulnar seperti memerah, posisi tangan mengenggam, dan ros-ros jari menyisiri, jika sudah kompres hangat pada puting kanan kiri lalu kompres dingin secara bergantian \pm 10 menit, lalu dengan pijatan oksitosin pada punggung sejajar dengan payudara ibu, dengan bentuk spiral,

meregang ke samping kanan dan kiri, serta ke atas dan ke bawah (Sulistiyawati, 2009:33).

Menurut jurnal penelitian Novia Tri Tresnani Putri, Sumiyati (2015) yang berjudul “Mengatasi Masalah Pengeluaran ASI Ibu Post Partum dengan Pemijatan Oksitosin” mengatakan terdapat pengaruh pijat oksitosin terhadap pengeluaran ASI pada ibu post partum, semakin lama dilakukan pijat oksitosin pada ibu post partum maka semakin cepat waktu pengeluaran ASI, untuk membantu kelancaran pengeluaran ASI diharapkan ibu post partum melaksanakan pijat oksitosin 2 kali sehari selama 15 menit. Jadi asuhan yang diberikan tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori.

KF II (7 hari nifas): memberitahu ibu hasil pemeriksaan, mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, memberikan penkes tentang ASI eksklusif, mengajarkan ibu senam nifas.

KF III (30 hari post partum) asuhan yang diberikan yaitu: memberitahu ibu hasil pemeriksaan, memberikan penkes tentang kontrasepsi jangka panjang, memberikan penkes tentang calon akseptor AKDR, melakukan dokumentasi.

Berdasarkan teori kunjungan nifas menurut teori (Kemenkes, 2014:138). KF1(6 jam- 3 hari pasca persalinan): memastikan involusi uterus, menilai tanda demam, infeksi dan perdarahan, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui

dengan baik dan tidak ada tanda-tanda Infeksi, bagaimana perawatan bayi sehari-hari.

KF II (hari ke 4 s/d 28 hari pasca persalinan): bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi, kondisi payudara, ketidaknyamanan yang dirasakan ibu, istirahat ibu.

KF III (hari ke 29 s/d 42 hari pasca persalinan): permulaan hubungan seksual, metode KB yang digunakan, latihan pengencangan otot perut, fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya, hubungan bidan, dokter dan RS dengan masalah yang ada, menanyakan ibu apakah sudah haid. Berdasarkan asuhan yang diberikan pada tinjauan kasus pada Ny.R da tinjauan teori tidak terdapat kesenjangan

Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pada tanggal 12 Juni 2017 pukul 09.00 WIB Ny. R mengatakan datang ke Puskesmas Sibela Mojosoongo Surakarta menginginkan untuk memasang KB IUD untuk jangka panjang , yang tidak mengganggu menyusui dan tidak membuat badan gemuk, Ny. R mengatakan pada hari ini nifas nya sudah 34 hari. Konseling tentang calon akseptor KB jangka panjang sudah diberikan ketika kunjungan nifas III. Ibu mengatakan mantap untuk memakai IUD sebagai kontrasepsi jangka panjang.

Berdasarkan teori persyaratan pemakaian IUD harus usia reproduktif, keadaan nulipara, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, sedang menyusui,

dan tidak menginginkan KB hormonal (Saifuddin, 2010) hal ini sesuai dengan keadaan pasien sehingga tidak ada kesenjangan dengan teori.

Seseorang yang ingin menghendaki pemakaian KB IUD tidak sedang hamil, tidak mengalami perdarahan pervaginam yang tidak dapat diketahui, tidak sedang mengalami infeksi genitalia, dan tidak mengalami kanker alat genitalia hal ini sesuai di terangkan di teori (Saifuddin, 2010). Pada tinjauan kasus Ny. R tidak mengalami suatu penyulit sehingga tidak ada kesenjangan dengan tinjauan teori.

Perencanaan yang diberikan akseptor baru AKDR seperti memberitahu hasil pemeriksaan, memberikan inform concent, mempersiapkan alat pemasangan AKDR, memberikan konseling pasca pemasangan AKDR, dan melakukan dokumentasi.

Menurut teori menjelaskan kepada pasien tentang hal-hal yang mungkin bisa terjadi setelah pemasangan AKDR yang meliputi cara untuk memeriksa benang, kemungkinan AKDR ekspulsi, efektifitas AKDR dan memberitahu kontrol setelah pemasangan IUD (Sulistyawati, 2011). Jadi berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan teori tidak ada kesenjangan.

Berdasarkan pemeriksaan vital sign pada Ny. R yaitu TD: $120/70$ mmHg, N: 84x/ menit, R: 24x/ menit, S: $36,5^0$ c semua dalam batas normal dan observasi fisik sebelum atau pemakaian KB dalam batas normal semua tidak ada permasalahan sesuai dalam teori, sehingga Ny. R siap untuk dipasang AKDR. Pada pemasangan AKDR sesuai dengan prosedur yang sudah ada dan sesuai dengan teori, jadi tidak ada kesenjangan.

BAB VI

PENUTUP

Pada akhir penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. R Di Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta. Penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Penulis mampu melakukan asuhan kehamilan normal pada Ny. R dengan faktor penyerta yaitu jarak kehamilan < 2 tahun. Terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus tentang usia kehamilan 40⁺⁶ minggu dikatakan post date. Berdasarkan teori kehamilan post date, post term, serotinus adalah kehamilan yang telah melewati 42 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2010:213).
2. Penulis mampu melakukan asuhan persalinan normal kepada Ny.R bersalin secara spontan pervaginam dan tidak ditemukan adanya komplikasi.
3. Penulis mampu melakukan asuhan bayi baru lahir normal kepada By. Ny.R tanpa ada komplikasi.
4. Penulis mampu melakukan asuhan nifas normal dan perencanaan keluarga berencana kepada Ny.R dan tidak ditemukan adanya komplikasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan saran yang mungkin dapat bermanfaat yaitu:

1. Bagi Puskesmas Sibela, Mojosongo, Surakarta

Diharapkan agar lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani kasus kebidanan komprehensif, baik dari sarana maupun prasarana serta tenaga kesehatan yang berkualitas untuk menegakkan diagnosea yang tepat pada setiap kasus yang ada di Puskesmas.

2. Bagi Institusi Pendidikan STIKES A'isyiyah Surakarta

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

DAFTAR PUSTAKA

- Aguedelo. 2007. *Menyiapkan Kehamilan Kedua*. Jakarta. <http://www.conectique.com> (diakses 3 Juni 2017)
- Alwi, Hasan. 2005. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- BKKBN. 2007. *Pendataan Keluarga*.
- Diana. 2007. *Hamilah Tiga Tahun Lagi*. Jakarta: <http://www.yahoo.com>. (diakses 4 Juni 2017)
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016*. Semarang: Dinkes Jateng. Tersedia: http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015.pdf (diakses: 20 April 2017)
- Direktorat Kesehatan Keluarga. 2016. *Laporan Tahunan*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga.
- Dwijayanti. 2005. *Jarak Kehamilan Yang Aman Bagi Ibu*. Jakarta: Pustaka Setia.
- Edrin, Vardani Leoni., Ariadi., Lili I. 2014. Gambaran Karakteristik Ibu Hamil pada Persalinan Preterm di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 3 (3). 312-313.
- Fraser, Diane M. 2009. *Myles Buku Ajar Bidan*. London: EGC
- FK UNPAD. 1984. *Obstetri Patologi*. Bandung: ELSTAR OFFSET.
- Handayani, Sri. 2016. *Asuhan Holistik Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Trans Medika.
- Handaria, Diana (2001). Faktor- faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kehamilan Lewat Bulan. *Penelitian*. 4.
- Hanrety, Kevin P. 2014. *Ilustrasi Obstetrik*. Singapura: Cv Pentasada Media Edukasi.
- Ikhtiarini, Ritma., Kharisah D. 2015. *Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Trimester III Dengan Kehamilan Normal Di BPS Pipin Heriyanti Yogyakarta*.
- JNPKR-KR. (2008). *APN*. Jakarta: YBP Prawirohardjo.

- Kemenkes, RI. (2014). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan GAVI.
- Khusen, Denny. (2016) yang berjudul Kehamilan Post Term. *Jurnal Kedokteran Indonesia*. 42 (7). 2.
- Kuamiyati, Yuni. 2008. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Liu, David T.Y. 2008. *Manual Persalinaan*. Jakarta: EGC.
- Lichayati, Isma'ul.,Ratih I. 2013. Hubungan Senam Hamil Dengan Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Di Polindes Desa Tlank Kecamatan Kedungpring Lamongan. *Surya*. 0,1(17), 69.
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Marmi & Rahardjo. 2015. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita Anak Usia Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta:Pustaka pelajar.
- Mufdillah, 2009. *Panduan Asuhan kebidanan Ibu Hamil*. Jogjakarta : Nuha Medika.
- Muslihatun. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Muslihatun, Wafi Nur, Musdlilah & Nanik. (2009). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mochtar, R. 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Nanny, Vivian. 2010 *Asuhan kebidanan Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
- Prawirohardjo, Sarwono. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo.
- _____, Sarwono.(2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo
- Putri, Novia Tri Tresnani,. Sumiyati, (2015). Mengatasi Masalah Pengeluaran ASI Ibu Post Partum Dengan Pemijatan Oksitosin. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 10 (3), 201-202.
- Rifdiani, Izwa, (2016). Pengaruh Paritas, BBL, Jarak Kehamilan dan Riwayat

- Perdarahan terhadap Kejadian Perdarahan Post Partum. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 4 (3), 403-404.
- Rukiyah, Ai Yeyeh, dkk. 2009. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Jakarta: Cv Trans Info Media.
- Saifuddin. 2010. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Saifuddin, B.A, 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Sinclair, Constance. 2009. *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Sudarti, dan Afroh, Fauziah. 2012. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sulistyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sujiyatini, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Sulistyawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: ANDI.
- Yanti. 2007. *Mempersiapkan Anak*. Jakarta. <http://www.conectique.com>. (diakses 5 Juni 2017)
- Yolan. 2007. *Perencanaan Kehamilan*. Jakarta. <http://www.anakku.net>. (diakses 6 Juni 2017)
- Tando, Naomy Marie. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: EGC.
- Varney, Helen dkk. (2008). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Vol 1*. Jakarta: EGC.
- Walyani, E S. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Barupes
- Winkjosastro, Hanifa. 2010. *Ilmu Kandungn*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.



KARTU BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
STIKES AISYIYAH SURAKARTA

2017








NAMA : Ambar Krisdiani
NIM : A2014003
JUDUL : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.R Di
Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta
PEMBIMBING : Winarni, S.SiT, M.PH

NO	TANGGAL	KEGIATAN	KETERANGAN	TANDA TANGAN
1	11 April 2017	Konsultasi Persiapan Ujian tisdac kehamilan		
2	15 April 2017	Konsultasi persiapan ujian sacc kehamilan		
3	15 Mei 2017	Konsultasi persiapan tisdac bersalin		
4	25 Mei 2017	Konsultasi persiapan ujian sacc bersalin		

Surakarta, Juli 2017

Pembimbing

Winarni, S.SiT, M.PH

5	27 Mei 2017	Konsultasi persiapan Ujian OSAC NIPAS		
6	4 Juni 2017	Konsultasi persiapan Ujian SAKA NIPAS		
7	15 Juni 2017	Konsultasi BAB I, II, III	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi Latar belakang - Bab II tabel dan topografi revisi - Bab III Revisi Topografi 	
8	20 Juni 2017	Konsultasi revisi bab I, II dan III	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi Latar belakang - Bab II kutipan tabel revisi - Bab III Topografi revisi 	
9	7 Juli 2017	Konsultasi revisi Bab I, II, III dan konsultasi bab IV, V dan VI	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi Latar belakang - Bab II revisi font peta tabel - Bab IV revisi - Bab V revisi - Bab VI revisi 	
10	10 Juli 2017	Konsultasi cover, halaman persetujuan, pengesahan, Bab V, dan bab VI	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi cover - Halaman persetujuan, pengesahan, bab V ditambahkan jurnal dan bab VI revisi 	
11	22 Juli 2017	Konsultasi KTI	KTI ACC	

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 : Ny. Rita
 Nama suami : Tn. Aan Mubilalah
 Alamat : Randusari, Rt 03 / Rw 30, Majasango, Jebres
 No Hp : 085 728 067 818

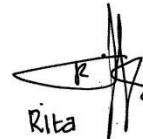
Terima kasih atas kesediaan ibu ikut serta di dala, kegiatan pembelajaran klinik kebidanan ini.

Mahasiswa



(Ambar K)

Yang Menyetujui



(Rita)



**PEMERINTAH KOTA SURAKARTA
DINAS KEPENDUDUKAN DAN PENCATATAN SIPIL**

Jl. Jend Sudirman No. 2 Surakarta, Telp. (0271) 639554; (0271) 642020 psu 552, 553
Fax. (0271) 644808 Surakarta - 57111

website: <http://dispendukcapil.surakarta.go.id> email: dispendukcapil@surakarta.go.id

SURAT KETERANGAN

Nomor: 3372/SKT/20170316/00096

Yang bertanda tangan di bawah ini adalah :

Nama : Drs. SUWARTA, S.H., M.M.
NIP : 196803241993121001
Jabatan : KEPALA DINAS KEPENDUDUKAN DAN PENCATATAN SIPIL
Alamat : JL. JEND. SUDIRMAN NO.2, SURAKARTA

Menerangkan bahwa :

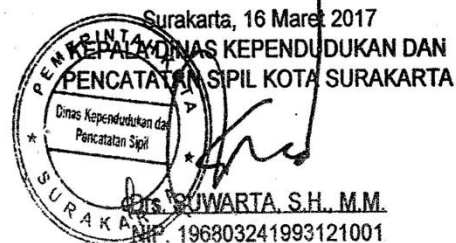
NIK : 3372044711920002
Nama : RITA
Tempat/Tanggal Lahir: SURAKARTA, 07-11-1992
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Alamat : JAGALAN
RT/RW : 004/011
Kel/Desa : JAGALAN
Kecamatan : JEBRES
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA
Kewarganegaraan : WNI



Penduduk tersebut di atas benar-benar sudah melakukan perekaman KTP-el dan penduduk yang bersangkutan telah terdata dalam Database Kependudukan Kota Surakarta.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat sebagai pengganti KTP-el, dipergunakan untuk kepentingan Pemilu, Pilkades, Perbankan, Imigrasi, Kepolisian, Asuransi, BPJS, Pernikahan, dan lain-lain, dan kepada yang berkepentingan agar menjadi maklum.

Surat Keterangan ini berlaku selama 6 (enam) bulan sejak diterbitkan.



51909601162827968000011930002772

CS

No. K 33720687295

KARTU KELUARGA

No. 3372041612140004



Nama Kepala Keluarga : AAN MUBILALA
 Alamat : JAGALAN
 RT/RW : 004/011
 Kode Pos : 57124

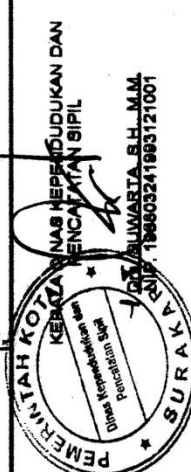
Desa/Kelurahan : JAGALAN
 Kecamatan : JEBRES
 Kabupaten/Kota : KOTA SURAKARTA
 Provinsi : JAWA TENGAH

No	Nama Lengkap (1)	NIK (2)	Jenis Kelamin (3)	Tempat Lahir (4)	Tanggal Lahir (5)	Agama (6)	Pendidikan (7)	Jenis Pekerjaan (8)
1	AAN MUBILALA	3372042808810001	LAKI-LAKI	SURAKARTA	28-08-1981	ISLAM	SLTA/SEDERAJAT	IRASWASTA
2	RITA	3372044711920002	PEREMPUAN	SURAKARTA	07-11-1992	ISLAM	SLTA/SEDERAJAT	KARYAWAN SWASTA
3	JOVANIA ASKA	3372046610150003	PEREMPUAN	SURAKARTA	26-10-2015	ISLAM	TIDAK/BLM SEKOLAH	BELUM/TIDAK BEKERJA
4	BELVIA ASKA	3372044905170001	PEREMPUAN	SURAKARTA	08-06-2017	ISLAM	TIDAK/BLM SEKOLAH	BELUM/TIDAK BEKERJA
5	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-

No.	Status Perkawinan (9)	Status Hubungan Dalam Keluarga (10)	Kewarganegaraan (11)	No. Paspor (12)	Dokumen Imigrasi (13)	Ayah (14)	Ibu (15)
1	KAWIN	KEPALA KELUARGA	WNI	-	-	KABDI SUTJIPTO MIYONO	SUKATMI
2	KAWIN	ISTRI	WNI	-	-	PAIDIN	LASTRI
3	BELUM KAWIN	ANAK	WNI	-	-	AAN MUBILALA	RITA
4	BELUM KAWIN	ANAK	WNI	-	-	AAN MUBILALA	RITA
5	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-

Dikeluarkan Tanggal : 18-05-2017
 LEMBAR : I. Kepala Keluarga
 II. RT
 III. Desa/Kelurahan
 IV. Kecamatan

KEPALA KELUARGA
 AAN MUBILALA
 Tanda Tangan/Cap Jempol



PEMERINTAH KOTA SURAKARTA
 KEPALA KANTOR PENCAHTAAN SIPI
 SURAKARTA, S.H., M.M.
 NIP. 196903241993121001

Nomor Registrasi :
 Nomor Urut :
 Tanggal menerima buku KIA :
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny. RHA
 Tempat/Tgl lahir : 24.12
 Kehamilan ke : 2 Anak Terakhir umur: 15 bln tahun
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : A
 Pekerjaan :
 No. JKN :

Nama Suami : tn. Aan
 Tempat/Tgl lahir : 23.12
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah :
 Pekerjaan : Swasta

Alamat Rumah : Randusari 03/30
 Kecamatan : Jebres
 Kabupaten/Kota :
 No. Telpn yang bisa dihubungi :

Nama Anak : L/P*
 Tempat/Tgl Lahir :
 Anak Ke : dari anak
 No. Akte Kelahiran :



CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 26-7-2016
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 3-5-2017
 Lingkar Lengan Atas: 22 cm; KÉK (), Non KÉK () Tinggi Badan: 165 cm
 Golongan Darah:
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini:
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu:
 Riwayat Alergi:

Tgl	Kehamilan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin (Kep/Su/L)	Denyut Janin (Ment)
25	JAN 2017	100/70	56	26 ^{mg}	28 ^{cm}		+
25	FEB 2017	120/80	58	29 ^{mg} ¹⁵	30 ^{cm}	3	+
22	MAR 2017	110/70	61.5	34 ^{mg} ¹²	29	3	+
05	APR 2017	110/80	61	35 ^{mg} ¹⁵	31	3	+
22	APR 2017	110/70	58	38 ^{mg} ¹²	31	3	0
29	APR 2017	110/80	59	39 ^{mg} ¹³	30	3	+
06	MAY 2017	110/80	59	40 ^{mg} ¹³	29 ^{cm}	3	+



CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke II... Jumlah persalinan I... Jumlah keguguran 0... G II P I A 0..
 Jumlah anak hidup Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
 Status Imunisasi TT terakhir ...[TT1, TT2, TT3, TT4, TT5], waktu suntik TT terakhir
 [tanggal / bulan / tahun]
 Penolong persalinan terakhir
 Cara persalinan terakhir** : [] Spontan / Normal [] Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan pemberian n/Fe, Kalsium, Vit C, dan Vitamin lainnya	Asupan gizi yang didapatkan	Asupan Cairan	Asupan Energi
-/+		Fe, Kals, vit C		Plas sibel	167
-/+	Hb=14 HbSg ⊖	n/Fe xxx Kals x		Muthmainnah NIP. 19791125 200501 2 014	16
-/+	⊖				
-/+					
-/+					
-/+		n/Fe xxx Kals x vit C x		Muthmainnah NIP. 19791125 200501 2 014	img
-/+		Fe, Kals, vit C			img
⊖/+		Fe, Kals, vit C			
-/+					
-/+					
-/+					



CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 05/17 Pukul : 16^{ss}
 Umur kehamilan : 40⁴⁶ Minggu
 Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain
 Cara persalinan : Normal/Findakan
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
 Lokhia berbau/lain-lain)/
 Meninggal*
 Keterangan tambahan :

* *Lingkari yang sesuai*

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 2
 Berat Lahir : 3200 gram
 Panjang Badan : 50 cm
 Lingkar Kepala : 33 cm
 Jenis Kelamin : Laki-laki (Perempuan)*

Kondisi bayi saat lahir**:

Segera menangis [] Anggota gerak kebiruan
 [] Menangis beberapa saat [] Seluruh tubuh biru
 [] Tidak menangis [] Kelainan bawaan
 [] Seluruh tubuh kemerahan [] Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir **::

Inisiasi menyusu dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
 Suntikan Vitamin K1
 Salep mata antibiotika profilaksis
 Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan:

* *Lingkari yang sesuai*

** *Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai*

Lampiran Observasi Kala I

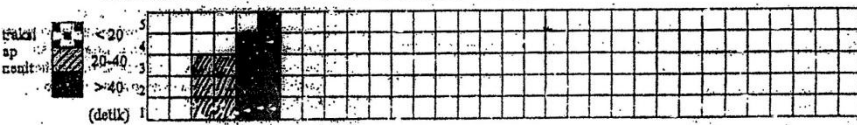
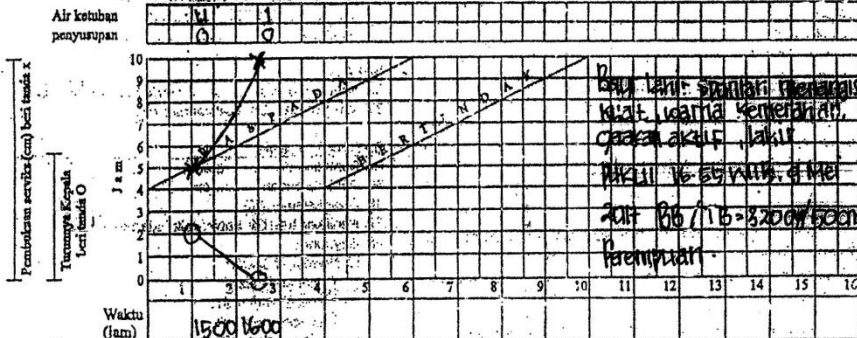
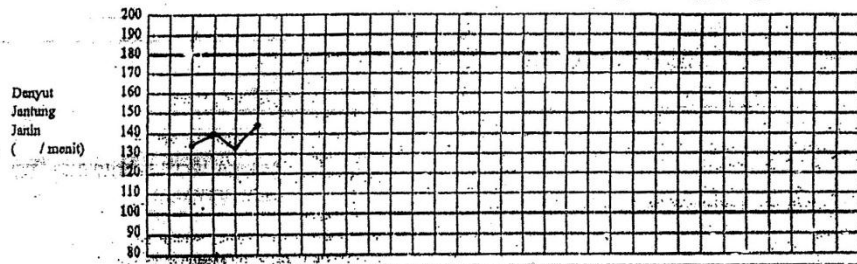
Jam (KJIB)	DJ (*/min)	HIS (*/min)	NADI (*/min)	Suhu (°C)	TD (mmHg)	VT
15.00	138	3x/10min durasi 30 detik	82	36,3	110/70	Vagina licin, partus lunak mengempis, Ø 5cm, preskep, KK ⊕. penurunan kepala di H II - III, tidak ada molase
15.30	140	3x/10min durasi 35 detik	80			
16.00	136	4x/10min durasi 45 detik	80			
16.30	146	3x/10min durasi 50 detik	80			Vagina licin, partus tidak teraba. Ø 10cm, preskep, kepala di H IV, tidak ada molase, KK (-)

PARTOGRAF

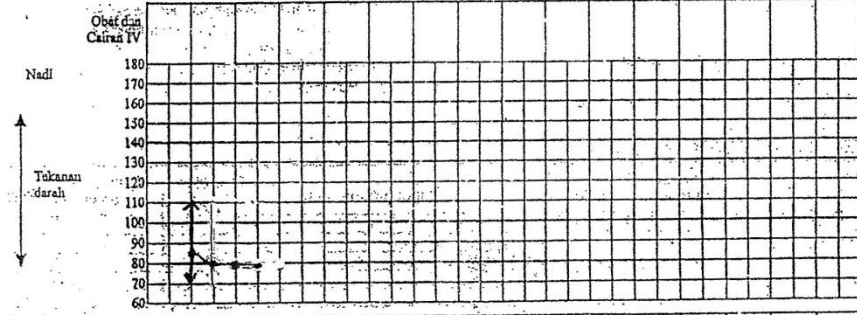
gister

--	--	--	--	--	--

 Nama Ibu / Bapak : NU R / Tin A Umur : 24 th / 33 th G 2 P 1 A 0 Hamil 40th minggu
 MSK Tanggal : 9 Mei 2017 Jam : 15:00 WIB
 iri pecah sejak jam WIB Mulas sejak jam 14:00 WIB Alamat : Rahusari Rt 03/Rw 90, Mangsongo, Jekres, Sukakarta



Oksitosin U/L table / menit



Subur °C 36.3

Urin Protein, Aseton, Volume

Makan terakhir : jam 14:00 Jenis : Nasi sayur Porsi : 2 piring
 Minum terakhir : jam 16:30 Jenis : Air putih Porsi : 1 gelas
 Penolong : (Bidan RS)

1. Tanggal: 9 Mei 2017
 2. Nama bidan:
 3. Tempat persalinan:
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya: Negeri Sukarna
 4. Alamat tempat persalinan: Negeri Sukarna
 5. Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
 6. Alasan merujuk: MAB ISUK
 7. Tempat rujukan:
 8. Pendamping pada saat merujuk:
 bidan teman suami dukun keluarga tidak ada
 9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 Gawat darurat Perdarahan HDK Infeksi PMTCT

KALA I
 10. Peringatan mejanis: Jaris waspada: Ya
 11. Masalah lain, sebutkan:
 12. Penatalaksanaan masalah tsb:
 13. Hasilnya:

- KALA II**
 14. Episiotomi:
 Ya, indikasi: perineum rusak dan tebal
 Tidak
 15. Pendamping pada saat persalinan:
 suami teman tidak ada
 keluarga dukun
 16. Gawat janin:
 Ya, tindakan yang dilakukan:
 a.
 b.
 Tidak
 Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
 17. Disosia bahu
 Ya, tindakan yang dilakukan:
 Tidak
 18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

- KALA III**
 19. Inisiasi Menyusu Dini
 Ya
 Tidak, alasannya:
 20. Lama kala III: 5 menit
 21. Pemberian Oksitosin 10 UIM?
 Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan:
 Penjepitan tali pusar: menit setelah bayi lahir
 22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 Ya, alasan:
 Tidak
 23. Penegangan tali pusar terkendali?
 Ya
 Tidak, alasan:

24. Masase fundus uteri?
 Ya
 Tidak, alasan:
 25. Plasenta lahir lengkap (intact)?
 Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 a.
 b.
 28. Plasenta tidak lahir > 30 menit:
 Tidak
 Ya, tindakan:
 27. Laserasi:
 Ya, dimana: Muka vagina, komisura perineal
 Tidak
 28. Jika laserasi perineum, derajat: 1/3/4
 Tindakan:
 Penjahitan, dengan/ tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan:
 29. Atoni uteri:
 Ya, tindakan:
 Tidak
 30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: + 50
 31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
 Hasilnya:

KALA IV
 32. Kondisi ibu: KU baik D; 80 mmHg Nadi: x/mnt Napas: x/mnt
 33. Masalah dan penatalaksanaan masalah:

- BAYI BARU LAHIR:**
 34. Berat badan: 3200 gram
 35. Panjang badan: 50 cm
 36. Jenis kelamin: L
 37. Penilaian bayi baru lahir: baik ada penyulit
 38. Bayi lahir:
 Normal, tindakan:
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsangan taktil
 memastikan IMD atau alami menyusui segera
 Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bebaskan jalan napas lain-lain, sebutkan
 pakaian/selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Cacat bawaan, sebutkan:
 Hipotermi, tindakan:
 a.
 b.
 c.
 39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan:
 40. Masalah lain, sebutkan:
 Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke.	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Perdarahan
1	12-20	100/80	82	36,5	2 jari v pusat	Keras	Kosong	+ 40cc
	13-40	100/80	80		2 jari v pusat	Keras	Kosong	+ 35cc
	14-55	100/80	80		2 jari v pusat	Keras	Kosong	+ 30cc
2	18-10	100/80	80		2 jari v pusat	Keras	Kosong	+ 20cc
	19-10	100/80	82		2 jari v pusat	Keras	Kosong	+ 20cc

LAMPIRAN DOKUMENTASI







