

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N  
UMUR 24 TAHUN G2P1A0 DENGAN RIWAYAT  
PERSALINAN SC  
DI BIDAN PRAKTIK SWASTA HJ. ENDANG IRIANI, SST  
SAMARINDA TAHUN 2016**

LAPORAN TUGAS AKHIR

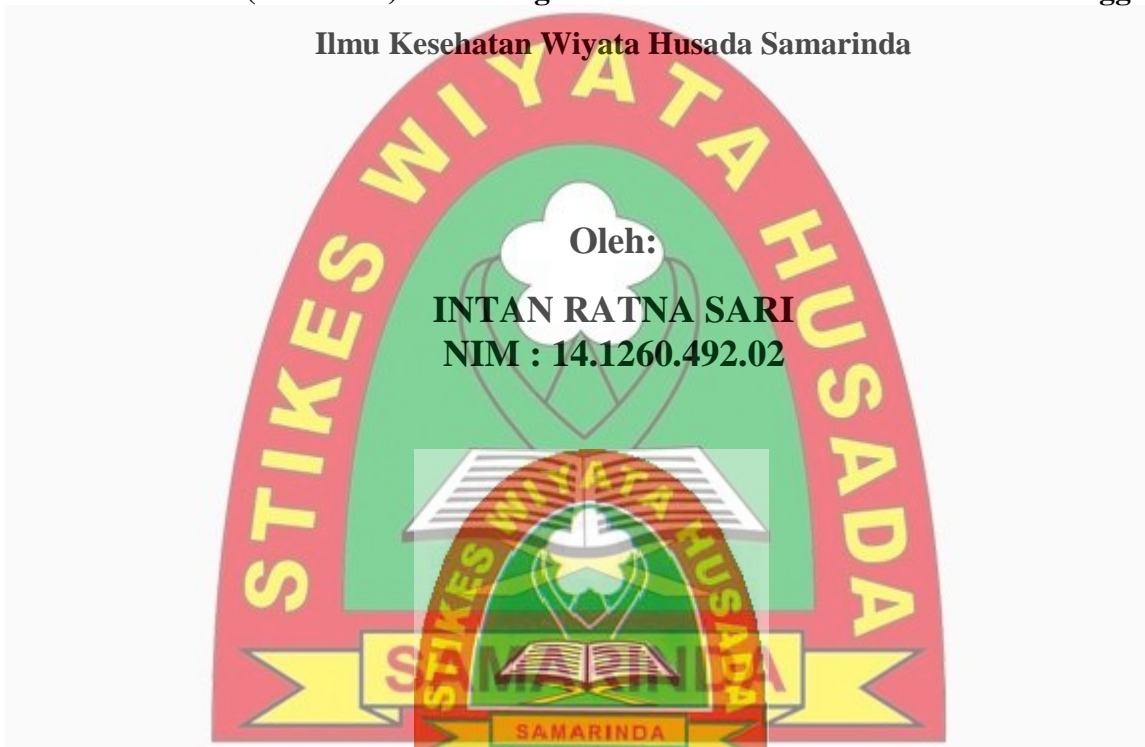


**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA  
2016**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N  
UMUR 24 TAHUN G2P1A0 DENGAN RIWAYAT  
PERSALINAN SC  
DI BIDAN PRAKTIK SWASTA HJ. ENDANG IRIANI, SST  
SAMARINDA TAHUN 2016**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Ahli Madya  
Kebidanan (Amd.Keb) Pada Program Studi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi  
Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda**



**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA  
2016**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N UMUR 24 TAHUN  
G2P1A0 DENGAN RIWAYAT PERSALINAN SC DI BIDAN PRAKTEK  
SWASTA HJ. ENDANG IRIANI, SST SAMARINDA TAHUN 2016**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**


Oleh:

**INTAN RATNA SARI**

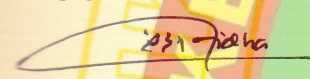
**NIM: 14.1260.492.02**

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada Tanggal 17 Februari 2017

Penguji I,

  
**Aniah Ritha, SST., M.Keb**  
NIK. 113072.54.12.030

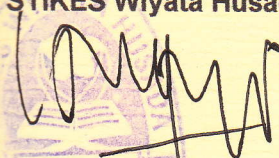
Penguji II,

  
**Ridha Wahyuni, SST., M.Keb**  
NIK. 113072.89.13.076

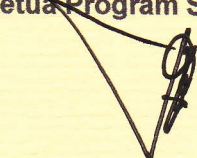
Penguji III,

  
**Hj. Endang Iriani, SST**  
NIK. 196006211982022005

Mengesahkan,  
Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda

  
**Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep**  
NIK. 113072.74.13.045

Mengetahui,  
Ketua Program Studi D-III Kebidanan

  
**Chandra Sulistyorini, SST., M.Keb**  
NIK. 113072.87.13.075

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Intan Ratna Sari

Nim : 14.1260.492.02

Program Studi : Program Studi D-III Kebidanan STIKES Wiyata Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Ny. N Umur 24 Tahun GIIPIAO dengan Riwayat Persalinan SC di BPS Hj. Endang Iriani SST

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 11 Januari 2016

Yang membuat pernyataan,



Intan Ratna Sari  
NIM. 14.1260.492.02

## LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N UMUR 24 TAHUN  
G2P1A0 DENGAN RIWAYAT PERSALINAN SC DI BIDAN PRAKTIK SWASTA  
HJ. ENDANG IRIANI, SST SAMARINDA

### LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun Oleh:

Intan Ratna Sari

NIM:14.1260.492.02

Laporan Tugas Akhir ini Telah disetujui

Pada tanggal 17 Februari 2017

Pembimbing I



Ridha Wahyuni, SST., M.Keb

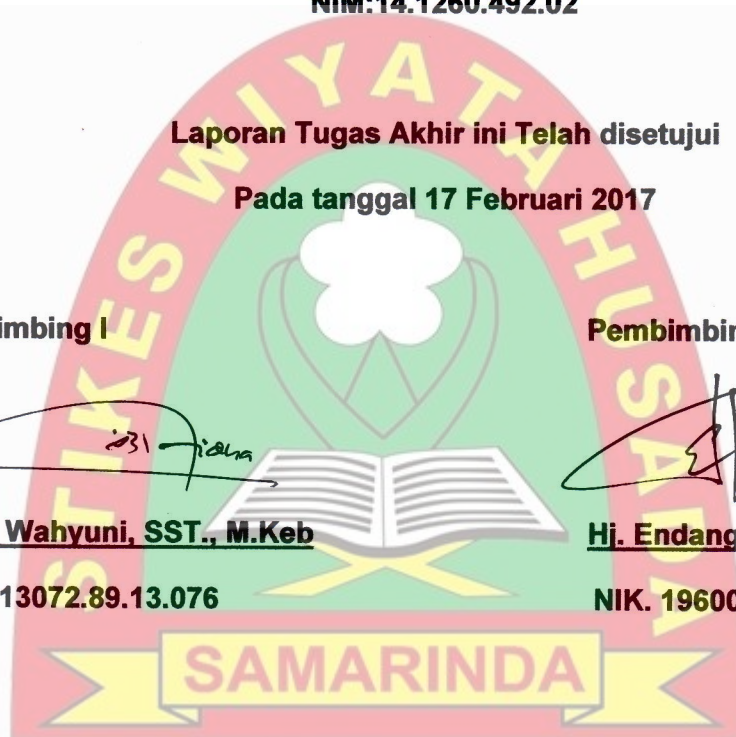
NIK. 113072.89.13.076

Pembimbing II



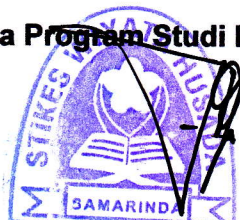
Hj. Endang Iriani, SST

NIK. 196006211982022005



Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Kebidanan



Chandra Sulistyorini, SST., M.Keb

NIK. 113072.87.13.075

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan Bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. N Umur 24 tahun G2P1A0 dengan riwayat Persalinan SC di BPS Hj. Endang Iriani, SST Samarinda Tahun 2016”. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) pada Program Studi D-III Kebidanan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi,MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns.Edy Mulyono,S.pd,S.Kep,M.Kep selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Ibu Chandra Sulistyorini, SST., M.Keb selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan Stikes Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga didedikasinya terhadap Ilmu Kebidanan.
4. Ibu Aniah Ritha, SST., M.Keb selaku penguji utama dalam sidang Laporan Tugas Akhir yang telah bersedia menguji saya dalam sidang Laporan Tugas Akhir.
5. Ibu Ridha Wahyuni, SST., M.Keb selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.
6. Ibu Hj. Endang Iriani, SST selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.

7. Dosen dan seluruh staf Akademi Kebidanan yang telah mendukung dalam penyusunan laporan tugas akhir.
8. Klien dan keluarga yang telah bersedia dan berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan ini.
9. Orang tua dan Adik saya tercinta, rekan dan semua pihak yang terlibat, berpartisipasi dan telah memberikan masukan, bantuan dan dukungan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Partner saya yang selalu mendukung dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Amin.



Samarinda, 02 Februari 2017

Intan Ratna Sari

NIM. 14. 1260. 492. 02

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N UMUR 24 TAHUN  
G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> DENGAN RIWAYAT SC DI BPM HJ. ENDANG IRIANI, SST**

**ABSTRAK**

**Intan Ratna Sari<sup>1)</sup>, Ridha Wahyuni<sup>2)</sup>, Hj. Endang Iriani<sup>3)</sup>**

*World Health Organization (WHO)* menetapkan standar rata-rata sectio caesarea di sebuah Negara adalah sekitar 5-15 % per 1.000 kelahiran di dunia. Di Indonesia angka kejadian sectio caesarea mengalami peningkatan pada tahun 2010 jumlah ibu bersalin dengan sectio caesarea 47,22 %. Pentingnya dilakukan asuhan kebidanan komprehensif dari kehamilan sampai menentukan kontrasepsi yang tepat guna meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak.

Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. N multigravida menggunakan pola pikir ilmiah melalui pendekatan manajemen kebidanan.

Metode dalam penelitian ini menggunakan kerangka konsep kegiatan asuhan *continuity of care (COC)*, pendekatan atau desain penelitian (case study), tempat dan waktu yang digunakan untuk penelitian ini adalah Bidan Praktik Swasta Hj. Endang Iriani, SST, objek penelitian yang digunakan ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir (BBL), neonatus, nifas, dan keluarga berencana (KB); metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara, intervensi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan perencanaan asuhan.

Hasil penelitian ini adalah telah dilaksanakan asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatal dan kontrasepsi sesuai dengan prosedur yang ada.

Simpulan dalam kasus ini adalah Ny. N G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> dilakukan pemeriksaan kehamilan ibu dan janin dalam keadaan baik, didapatkan Ny. N dengan riwayat persalinan SC. Dilakukan pemantauan sampai ibu bersalin, ibu bersalin spontan, tidak ada komplikasi dan tidak terjadi ruptur uteri, bayi baru lahir menangis spontan. Pemantauan PNC dan Neonatus dilakukan sebanyak 3 kali dan dalam hasil normal. Ibu memilih KB suntik 3 bulan untuk mengatur jarak kehamilan.

**Kata kunci : Asuhan Kebidanan Komprehensif, G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>**

<sup>1)</sup> Mahasiswa STIKes Wiyata Husada Samarinda

<sup>2)</sup> Pembimbing I

<sup>3)</sup> Pembimbing II

**COMPREHENSIF MIDWIFERY CARE TO MRS. N AGED 24 YEARS OLD  
G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> WITH SC HISTORY AT BPM HJ. ENDANG IRIANI, SST**

**ABSTRACT**

**Intan Ratna Sari<sup>1)</sup>, Ridha Wahyuni<sup>2)</sup>, Hj. Endang Iriani<sup>3)</sup>**

*World Health Organization (WHO)* states that the average standard of Caesarean section in one country is 5-15% per 1000 births in the world. In Indonesia, the case of caesarean section delivery increased in 2010. The percentage of baby delivery with caesarean section was 47.22%. It is important to apply comprehensive midwifery care from pregnancy to determining appropriate contraception in order to improve the welfare of mothers and children.

This research aims to give comprehensive midwifery care to Mrs. N with multigravida, by using scientific thinking through midwifery management approach.

This research used conceptual framework for care activities called continuity of care (COC). The design or the approach of this research was a case study, located at the Private Midwife Practice of Hj. Endang Iriani, SST. The object of this research included pregnant mother, delivery, newborn baby, neonatal, puerperal period, and family planning. The were collected in the form of primary data through observation, interview, intervention, physical examination, laboratory examination and care planning.

The result of this research showed that midwifery care had been conducted which started from pregnancy, delivery, puerperal period, newborn, neonatal, and contraception based on the existing procedure.

It can be concluded in this case that Mrs. N G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> and the fetus were in good condition. It was found that Mrs. Had SC delivery history. She was observed continuously, until she delivered her baby. She gave birth spontaneously with no complication an no uterin ruptute. The newborn baby cried spontaneously. Neonatal and PNC monitoring were conducted 3 times and the result were normal. She chose to use injection once in three months to manage her pregnancy.

**Keywords: Comprehensive Midwifery Care, G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>**

<sup>1)</sup> Student of STIKES Wiyata Husada Samarinda

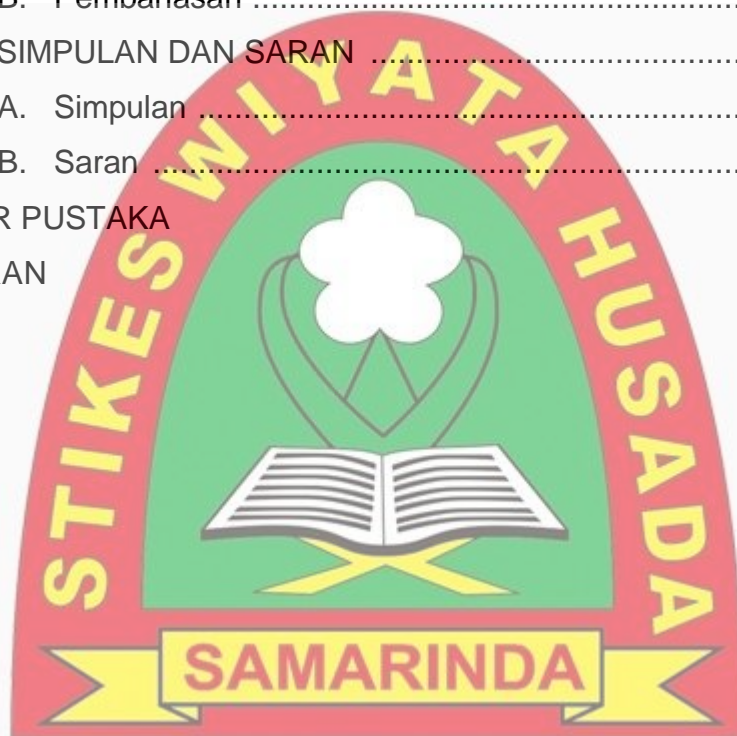
<sup>2)</sup> Supervisor I

<sup>3)</sup> Supervisor II

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN .....	iii
LEMBAR PESETUJUAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN .....	x
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Penyusunan LTA.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan .....	
1. Tujuan Umum .....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
D. Manfaat .....	
1. Manfaat Teoritis .....	4
2. Manfaat Praktis .....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Konsep Dasar Teori .....	7
1. Pengertian Kehamilan, Persalinan dan BBL, Nifas, Neonatus, serta KB .....	5
2. Proses dari Kehamilan, Persalinan dan BBL, Nifas, Neonatus, serta KB .....	7
3. Perubahan Fisiologis Kehamilan, Persalinan dan BBL, Nifas, Neonatus, serta KB .....	25
4. Sectio Secarea .....	46
5. Kebutuhan Kesehatan pada Ibu Hamil, Persalinan, BBL, Nifas, Neonatus, serta KB .....	48
B. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan .....	62

BAB III METODE STUDI KASUS .....	115
A. Kerangka konsep kegiatan asuhan COC .....	115
B. Pendekatan/desain Pengambilan Data .....	116
C. Tempat dan Waktu Pengambilan Datta .....	116
D. Obyek Penelitian/Partisipan .....	116
E. Metode Pengumpulan .....	116
F. Etika Penelitian .....	118
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	120
A. Hasil .....	120
B. Pembahasan .....	167
BAB V SIMPULAN DAN SARAN .....	181
A. Simpulan .....	181
B. Saran .....	181
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Frekuensi Minimal Penilaian dan Intervensi dalam Persalinan Normal .....	11
Table 2.2 Indeks Masa Tubuh .....	30
Tabel 2.3 Nilai APGAR .....	38
Tabel 4.1 Pola fungsional ANC .....	121
Tabel 4.2 Implementasi ANC .....	125
Tabel 4.3 Implementasi INC Kala I .....	129
Tabel 4.4 Implementasi INC Kala II .....	133
Tabel 4.5 Implementasi INC Kala III .....	136
Tabel 4.6 Implementasi INC Kala IV .....	139
Tabel 4.7 Implementasi BBL .....	144
Tabel 4.8 Implementasi PNC kunjungan 1 .....	147
Tabel 4.9 Implementasi PNC kunjungan 2 .....	151
Tabel 4.10 Implementasi PNC kunjungan 3 .....	154
Tabel 4.11 Implementasi Neonatus kunjungan 1 .....	157
Tabel 4.12 Implementasi Neonatus kunjungan 2 .....	159
Tabel 4.13 Implementasi Neonatus kunjungan 3 .....	162
Tabel 4.14 Implementasi KB .....	165



## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Perubahan Fisiologis ibu hamil Trimester III .....	25
Bagan 2.2 Perubahan Fisiologi Persalinan .....	31
Bagan 2.3 Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir .....	33
Bagan 3.1 Kerangka Kerja Penelitian .....	115



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data Awal
Lampiran 2	Lembar Surat Permohonan Pengambilan Data
Lampiran 3	Data PWS KIA dari Puskesmas Sempaja
Lampiran 4	Data PWS KIA dari Dinas Kesehatan Kota Samarinda
Lampiran 5	Lembar Permohonan <i>Inform Consent</i>
Lampiran 6	Lembar Konsultasi/Bimbingan LTA



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Seksio sesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Proses kehamilan, persalinan, dan nifas tidak senantiasa berlangsung secara fisiologi namun dapat pula secara patologi. Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan *section caesarea* dalam Gawat janin, Disproporsi Sepalopelvik, Persalinan tidak maju, Plasenta Previa, Prolapsus tali pusat, Mal presentase janin/Letak Lintang, Panggul sempit dan Preeklamsia (Jitowiyono S & Kristiyanasari W, 2010).

*World Health Organization (WHO)* menetapkan standar rata-rata *sectio caesarea* di sebuah Negara adalah sekitar 5-15 % per 1.000 kelahiran di dunia. Rumah Sakit pemerintah kira-kira 11 % sementara Rumah Sakit swasta bisa lebih dari 30%. Menurut WHO peningkatan persalinan dengan *section caesarea* di seluruh Negara selama tahun 2007 – 2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia (Sinha Kountteya, 2010).

Di Indonesia angka kejadian *sectio caesarea* mengalami peningkatan pada tahun 2010 jumlah ibu bersalin dengan *sectio caesarea* 47,22 %, tahun 2001 sebesar 45,19%, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,2%, tahun 2006 sebesar 53,48% dan tahun 2007 belum terdapat data yang signifikan (Grace, 2007). Survei nasional pada tahun 2009, 921.000 persalinan dengan *sectio* dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8% dari seluruh persalinan.

Pada Tahun 2008 dilaporkan di dunia ini wanita melahirkan dengan seksio sesarea meningkat 4 kali di bandingkan 10 tahun sebelumnya, di lihat dari angka kejadian seksio sesarea dilaporkan di Amerika serikat persalinan dengan seksio sesarea sebanyak 35% dari seluruh persalinan dan Asia 28%, di Indoneasia berdasarkan survai demografi dan kesehatan tahun 2009 – 2010 mencatat angka persalinan seksio sesarea secara nasional berjumlah kurang lebih 20,5% dari total persalinan seksio sesarea. Berdampak terhadap perkembangan walau tidak memiliki kondisi medis paling banyak disebabkan oleh adanya ketakutan

menghadapi persalinan normal, selain itu juga karena faktor usia, dan paritas (Anggreni L, 2012).

Tindakan seksio sesarea merupakan salah satu jalan untuk menolong persalinan sehingga tercapai "*Well born baby and well health mother*". Kini tindakan seksio sesarea sudah dapat diterima oleh masyarakat, bahkan sering dijumpai permintaan persalinan dengan operasi seksio sesarea (Manuaba, 2009).

Saat ini seksio sesarea jauh lebih aman dari pada dulu karena pemberian antibiotika, transfusi darah, anestesi, dan tehnik operasi yang lebih sempurna serta perawatan yang intensif. Karena itu saat ini ada kecenderungan untuk melakukan operasi tanpa dasar indikasi yang cukup kuat. Namun perlu diingat, bahwa seorang wanita yang telah mengalami operasi pasti akan menimbulkan cacat dan parut pada rahim yang dapat membahayakan kehamilan dan persalinan berikutnya, walaupun bahaya tersebut relatif kecil (Manuaba, 2009).

Ibu hamil dengan riwayat seksio sesarea dapat melakukan persalinan dengan jarak lebih dari 2 tahun dari kehamilan sebelumnya, jika ibu hamil dengan jarak kehamilan dibawah 2 tahun maka diharuskan melahirkan secara seksio sesarea namun jika diatas 2 tahun ibu dapat melahirkan di bidan dengan kolaborasi dengan dokter (Mulyawati, 2011).

Kartu Score Podji Rochjati atau yang biasa disingkat dengan KSPR biasanya digunakan untuk menentukan tingkat resiko pada ibu hamil. KSPR dibuat oleh Poedji Rochjati dan pertama kali digunakan pada tahun 1992-1993. KSPR telah disusun dengan format yang sederhana agar mempermudah kerja tenaga kesehatan untuk melakukan skrining terhadap ibu hamil dan mengelompokan ibu kedalam kategori sesuai dengan ketetapan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat terhadap ibu hamil berdasarkan kartu ini. Menurut kartu skor Poedji Rochjati ibu hamil dengan riwayat seksio sesarea diberi skor 10.

Alasan Ny.N datang ke BPM Hj.Endang, SST pada tanggal 01 november 2016 jam 01.00 wita dengan keluhan kencing-kencing. Sebelum nya pada tanggal 31 oktober 2016 jam 20.00 wita Ny.N sudah datang ke Rumah Sakit SMC Samarinda dengan keluhan yang sama. Setelah dilakukan pemeriksaan di RS Ny.N diberitahu bahwa telah pembukaan 1 cm, karna pembukaan masih 1 Ny.N dianjurkan untuk pulang dahulu. Lalu pada tanggal 01 November 2016 jam 01.00 wita datang ke BPM Hj.Endang Iriani,SST dengan keluhan kencing-kencing,hasil pemeriksaan Ny.N pembukaan 2 cm.

Berdasarkan uraian di atas penulis bermaksud untuk melakukan asuhan kebidanan pro-aktif secara komprehensif sebagai salah satu bentuk pelaksanaan dalam menjalankan program MPS (Making Pregnancy Safer) upaya menurunkan AKI dan AKB (Ambarwati & Wulandari, 2010).

## B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, maka perumusan permasalahan adalah “Bagaimanakah penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. N usia 24 tahun G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> Usia Kehamilan 39 minggu dengan riwayat Persalinan SC di BPS Hj. Endang Iriani, SST Samarinda Tahun 2016?”.

## C. Tujuan

### 1. Tujuan umum

Melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. N usia 24 tahun G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> dengan riwayat Persalinan SC selama hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB dengan menggunakan pola pikir ilmiah melalui pendekatan manajemen kebidanan.

### 2. Tujuan khusus

- a. Melaksanakan asuhan kebidanan meliputi pengkajian, membuat assesment, merencanakan, dan pelaksanaan asuhan serta melakukan evaluasi pada ibu hamil (ANC).
- b. Melaksanakan asuhan kebidanan meliputi pengkajian, membuat assesment, merencanakan, dan pelaksanaan asuhan serta melakukan evaluasi pada ibu bersalin (INC).
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan meliputi pengkajian, membuat assesment, merencanakan, dan pelaksanaan asuhan serta melakukan evaluasi pada ibu nifas (PNC).
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan meliputi pengkajian, membuat assesment, merencanakan, dan pelaksanaan asuhan serta melakukan evaluasi pada bayi baru lahir (BBL).
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan meliputi pengkajian, membuat assesment, merencanakan, dan pelaksanaan asuhan serta melakukan evaluasi pada kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana (KB).

- f. Melaksanakan pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, imunisasi dan KB dengan menggunakan SOAP.

#### D. Manfaat

##### 1. Manfaat teoritis

Dengan pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif, diharapkan ilmu kebidanan semakin berkembang sesuai dengan pendekatan manajemen kebidanan dan *evidence based* dalam praktik asuhan kebidanan.

##### 2. Manfaat praktis

- a. Bagi Bidan Praktek Swasta Hj. Endang Iriani, SST

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan di lingkup wilayah kerja BPS Hj. Endang Iriani, SST khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil dan bayinya.

- b. Bagi institusi kesehatan

Sebagai referensi bagi pendidikan STIKES Wiyata Husada Samarinda Kalimantan Timur, Program Studi D-III Kebidanan dan dapat menambah informasi dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil dan bayinya pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan pelayanan kontrasepsi.

- c. Bagi peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam menerapkan ilmu yang didapatkan di Institusi STIKES Wiyata Husada Samarinda Kalimantan Timur, Program Studi D-III Kebidanan serta dapat memberikan KIEM (Komunikasi, Informasi, Edukasi dan Motivasi) bagii para ibu hamil dan bayinya untuk memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan pelayanan konstrasepsi.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Teori

Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya adalah asuhan kebidanan kehamilan (*antenatal care*), asuhan kebidanan persalinan (*intranatal care*), asuhan kebidanan masa nifas (*postnatal care*), dan asuhan bayi baru lahir (*neonatal care*) (Varney, 2006).

#### 1. Pengertian Kehamilan, Persalinan dan BBL, Nifas, Neonatus, serta KB

##### a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 12 minggu, trimester kedua dimulai dari minggu ke 13 sampai minggu ke 27 dan trimester ketiga dari minggu ke 28 sampai minggu ke 40 (Prawirohardjo, 2010).

##### b. Pengertian Persalinan dan BBL

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan pelepasan plasenta (Varney, 2008).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin & plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyawati, 2013).

Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Jadi persalinan adalah proses

pengeluaran hasil konsepsi (janin & uri) dari rahim yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain (Sulistyawanti, 2013).

Bayi baru lahir normal adalah bayi berat lahir antara 2500 gram sampai dengan 4000 gram, hamil cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Sitiatava, 2012).

#### c. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2008).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).

Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali ala-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011).

Nifas di bagi dalam 3 periode, yaitu :

##### 1) Periode *Immediate Puerperium*

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

##### 2) Periode *Early Puerperium* (24 jam-1 minggu).

Di fase ini bidan memastikan involusio uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokhea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

##### 3) Periode *Late Puerperium* (1 minggu-6 minggu)

Di periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Saleha, 2009).

d. Pengertian Neonatus

Masa neonatus adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan (28 hari) sesudah lahir (Muslihatun, 2010).

Menurut kamus kedokteran Dorland (2003), dijelaskan bahwa neonatal adalah jabang bayi baru lahir hingga berumur empat minggu. Neonatus adalah fase awal ketika seorang manusia lahir ke bumi (Krisyanasari, 2010).

e. Pengertian KB

KB menurut Undang-undang (UU) No. 52 tahun 2009 pasal 1 (8) dalam Arum dan Sujatini (2009) tentang perkembangan dan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma bersifat sementara atau menetap, yang dapat dilakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan alat/obat, atau dengan operasi (Wiknjastro, 2009).

Akseptor adalah orang yang menerima serta mengikuti dan melaksanakan program keluarga berencana. Akseptor KB baru adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang pertama kali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau kelahiran (Handayani, 2010).

## 2. Proses dari Kehamilan, Persalinan dan BBL, Nifas, Neonatus, serta KB

### a. Proses kehamilan

Untuk terjadi suatu kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi. Ovum yang dilepas oleh ovarium disapu oleh mikrofilamen-mikrofilamen fimbria infundibulum tuba kearah ostium tuba abdominalis, dan

disalurkan terus ke arah medial. Kemudian jutaan spermatozoa ditumpahkan di fornix vagina dan disekitar porsio pada waktu koitus. Hanya beberapa ratus ribu spermatozoa dapat terus ke kavum uteri dan tuba, dan hanya beberapa ratus spermatozoa dapat sampai ke bagian ampulla tuba dimana spermatozoa dapat memasuki ovum yang telah siap untuk dibuahi, dan hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitasi) untuk membuahi. Pada spermatozoa ditemukan peningkatan konsentrasi dinukleus, dan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hialuronidase (Sarwono, 2008).

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membran sel ovum. Untuk mencapai ovum, sperma harus melewati korona radiata (lapisan sel diluar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraselular), yaitu lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa. Spermatozoa yang telah masuk ke vitelus kehilangan membran nukleusnya, yang tinggal hanya pronukleusnya, sedangkan ekor spermatozoa dan mitokondrianya berdegenerasi. Itulah sebabnya seluruh mitokondria pada manusia berasal dari ibu (maternal). Masuknya spermatozoa ke dalam vitelus membangkitkan nukleus ovum yang masih dalam metafase untuk proses pembelahan selanjutnya (pembelahan meiosis kedua) sesudah anafase kemudian timbul telofase dan benda kutub (polar body) kedua menuju ruang perivitelina. Ovum sekarang hanya mempunyai pronukleus yang haploid. Pronukleus spermatozoa juga telah mengandung jumlah kromosom yang haploid (Sarwono, 2008). Kedua pronukleus saling mendekati dan bersatu membentuk zigot yang terdiri atas bahan genetik dari perempuan dan laki-laki. Pada manusia terdapat 46 kromosom, ialah 44 kromosom autosom dan 2 kromosom kelamin; pada seorang laki-laki satu X dan satu Y. sesudah pembelahan kematangan, maka ovum matang mempunyai 22 kromosom autosom serta 1 kromosom X. Zigot sebagai hasil pembuahan

yang memiliki 44 kromosom otosom serta 2 kromosom X akan tumbuh sebagai janin perempuan, sedangkan yang memiliki 44 kromosom otosom serta 1 kromosom X dan 1 kromosom Y akan tumbuh sebagai janin laki-laki.

Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Segera setelah pembelahan ini terjadi, pembelahan-pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar, dan selama tiga hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya. Hasil konsepsi berada dalam stadium morula. Energi untuk pembelahan ini diperoleh dari vitelus, sehingga volume vitelus makin berkurang dan terisi seluruhnya oleh morula. Dengan demikian, zona pelisida tetap utuh, atau dengan kata lain, besarnya hasil konsepsi tetap utuh. Dalam ukuran yang sama ini hasil konsepsi disalurkan terus ke pars ismika dan pars interstisial tuba (bagian-bagian tuba yang sempit) dan terus disalurkan ke arah kavum uteri oleh arus serta getaran silia pada permukaan sel-sel tuba dan kontraksi tuba.

Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula yang disebut blastokista, suatu bentuk yang dibagian luarnya adalah trofoblas dan dibagian dalamnya disebut massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblas. Trofoblas ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan keberhasilan nidasi (implantasi), produksi hormon kehamilan, proteksi imunitas bagi janin, peningkatan aliran darah maternal ke dalam plasenta, dan kelahiran bayi. Sejak trofoblas terbentuk, produksi hormon human chorionic gonadotropin (hCG) dimulai, suatu hormon yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (resesif) dalam proses implantasi embrio (Sarwono, 2008).

Setelah proses implantasi selesai, maka pada tahap selanjutnya akan terbentuk amnion dan cairan amnion. Amnion pada kehamilan aterm berupa sebuah membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah membran janin paling dalam dan berdampingan dengan cairan amnion. Amnion manusia pertama kali dapat diidentifikasi sekitar hari ke-7 atau ke-8 perkembangan mudigah.

Secara jelas telah diketahui bahwa amnion tidak sekedar membran avaskular yang berfungsi menampung cairan amnion. Membran ini aktif secara metabolis, terlihat dalam transpor air dan zat terlarut untuk mempertahankan homeostatis cairan amnion, dan menghasilkan berbagai senyawa bioaktif menarik, termasuk peptida vasoaktif, faktor pertumbuhan dan sitoin (Cunningham, 2006).

Pada awal kehamilan, cairan amnion adalah suatu ultrafiltrat plasma ibu. Pada awal trimester kedua, cairan ini terutama terdiri dari cairan ekstrasel yang berdifusi melalui kulit janin sehingga mencerminkan komposisi plasma janin. Volume cairan amnion pada setiap minggu gestasi cukup berbeda-beda. Secara umum, volume cairan meningkat 10 ml perminggu pada minggu ke-8 dan meningkat sampai 60 ml perminggu pada minggu ke-21, dan kemudian berkurang secara bertahap hingga kembali ke kondisi mantap pada minggu ke-33. Dengan demikian, volume cairan biasanya meningkat dari 50 ml pada minggu ke-12 menjadi 400 ml pada pertengahan kehamilan dan 1000 ml pada kehamilan aterm (Cunningham, 2006).

Cairan yang normalnya jernih dan menumpuk di dalam rongga amnion ini akan meningkat jumlahnya seiring dengan perkembangan kehamilan sampai menjelang aterm, saat terjadi penurunan volume cairan amnion pada banyak kehamilan normal. Cairan amnion ini berfungsi sebagai bantalan bagi janin, yang kemungkinan perkembangan sistem muskuloskeletal dan melindungi pertahanan suhu dan memiliki fungsi nutrisi yang minimal (Cunningham, 2006).

b. Proses persalinan

1) Kala I (kala pembukaan)

Persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu: (Sulistyawati, 2010)

Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam. (Oxon, 2011). Pada akhir kala I ketuban akan pecah sehingga menyebabkan turunnya bagian terendah janin ke bagian ruang panggul, terjadilah tekanan pada otot dasar panggul yang akan menimbulkan keinginan untuk mengejan. Dan saat pembukaan 10 cm maka kala I persalinan selesai dan kala II dimulai (Ujiningtyas, 2011).

Pada kala I persalinan dilakukan observasi yang diuraikan dalam tabel dibawah ini :

**Tabel 2.3 Frekuensi Minimal Penilaian dan Intervensi Dalam Persalinan Normal**

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : Saifudin, 2002 dalam Nurasih, 2012

## 2) Kala II

Pada Kala II akan terjadi pengeluaran janin yang berlangsung selama 2 jam pada primigravida (Sinclair, 2009). Dalam kala II akan terjadi penekanan kepala janin pada jalan lahir yang dapat mengakibatkan rupture perineum terutama pada primigravida karena perineumnya utuh dan kaku. (Mochtar, 2011). Sebagian besar primigravida mengalami episiotomi karena perineumnya kaku (Prawirohardjo, 2010).

## 3) Kala III

Kala III persalinan umumnya berlangsung selama 6 - 15 menit. (WHO, 2013). Penatalaksanaan manajemen aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindari terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penatalaksanaan aktif kala III meliputi pemberian oksitosin 1 menit segera setelah lahir, pengendalian tarikan pada tali pusat, dan masase uterus segera setelah plasenta lahir (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

- 4) Kala IV adalah mulai dari lahirnya prasenta dan lamanya 2 jam. Dalam kala ini diamati, apakah tidak terjadi perdarahan postpartum, yaitu dengan penatalaksanaan sebagai berikut :
- a) Melakukan rangsangan taktil (masase) uterus, untuk merangsang uterus dalam berkontraksi.
  - b) Evaluasi tinggi fundus uteri, dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan.
  - c) Melakukan estimasi kehilangan darah secara keseluruhan
  - d) Periksa kemungkinan adanya laserasi dan perdarahan dari laserasi tersebut.
  - e) Evaluasi keadaan umum ibu.
  - f) Dokumentasikan semua asuhan ke dalam partograf (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

Berdasarkan 24 standar asuhan pelayanan kebidanan, standar pelayanan persalinan terdiri atas, asuhan persalinan kala I, persalinan kala II yang aman, penatalaksanaan aktif persalinan kala III, penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi.

c. Proses Bayi Baru Lahir

Pertumbuhan dan perkembangan janin dimulai sejak terjadinya konsepsi. Kehamilan akan berlangsung selama 280 hari atau 10 bulan atau 40 minggu terhitung dari hari pertama haid terakhir. Perubahan-perubahan dan organogenesis terjadi pada berbagai periode kehamilan.

Pertumbuhan hasil konsepsi dibedakan menjadi 3 tahapan penting yaitu: tingkat ovum (telur) umur 0-2 minggu, dimana hasil konsepsi belum tampak terbentuk dalam pertumbuhan; embrio (*mudigah*) antara umur 3-5 minggu dan sudah tampak rancangan bentuk alat-alat tubuh; janin (*fetus*) di atas usia 5 minggu dan sudah berbentuk manusia.

Perubahan-perubahan dan organogenesis pada periode kehamilan.

a) Bulan ke-0

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11.

## b) Bulan ke-1

Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang. Jantung, sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk.

## c) Bulan ke-2

Panjang janin 250 mm. Jantung mulai memompa darah. Raut muka dan bagian utama otak dapat terlihat. Terbentuk telinga, tulang dan otot di bawah kulit yang tipis.

## d) Bulan ke-3

Panjang janin 7-9 cm. Tinggi rahim di atas simpisis (tulang kemaluan). Embrio menjadi janin. Denyut jantung terlihat pada USG. Mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urin.

## e) Bulan ke-4

Panjang janin 10-17 cm. Berat janin 100 gram. Tinggi rahim setengah atas simpisis – pubis. Sistem muskuloskeletal sudah matang, sistem saraf mulai melakukan kontrol. Pembuluh darah berkembang cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang aktif. Pankreas memproduksi insulin. Kelamin luar sudah dapat ditentukan jenisnya.

## f) Bulan ke-5

Panjang janin 18-27 cm. Berat janin 300 gram. Tinggi rahim setinggi pusat. Verniks melindungi tubuh. Lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit. Terbentuk alis, bulu mata, dan rambut. Janin membuat jadwal teratur tidur, menelan dan menendang.

## g) Bulan ke-6

Panjang janin 28-34 cm. Berat rahim 600 gram. Tinggi rahim di atas pusat. Kerangka berkembang cepat. Berkembangnya sistem pernafasan.

## h) Bulan ke-7

Panjang janin 35-38 cm. Berat rahim 1000 gram. Tinggi rahim antara pertengahan pusat – *prosessus xifodeus*. Janin bisa bernafas, menelan dan mengatur suhu.

Terbentuk surfaktan dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk janin dua pertiga bentuk saat lahir.

i) Bulan ke-8

Panjang janin 42,5 cm. Berat rahim 1700 gram. Tinggi rahim dua pertiga di atas pusat. Simpanan lemak berkembang di bawah kulit. Janin mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor. Kulit merah dan gerak aktif.

j) Bulan ke-9

Jika ini adalah kehamilan pertama, maka pada usia ini umumnya kepala bayi berada di lubang panggul dan disangga oleh tulang panggul. Namun jika ini adalah kehamilan kedua dan seterusnya, maka kemungkinan kepala bayi belum turun. Kebanyakan kepala bayi pada usia ini sudah penuh dengan rambut sepanjang kurang lebih 3,5 cm. Namun sebagian bayi ada juga yang tidak memiliki bayi sedikitpun. Sebagian besar lanugo atau rambut halus yang menyelubungi bayi telah hilang, ditelan dan disimpan bayi dalam ususnya. Nantinya bahan ini akan dikeluarkan melalui kotoran pertamanya yang disebut mekonium.

k) Hamil minggu ke-38

Berat badan bayi akan terus bertambah untuk mengatur suhu tubuhnya setelah lahir nanti. Seluruh organ tubuhnya telah sempurna dan berada di tempat yang seharusnya. Paru-paru adalah organ yang paling lambat matang.

l) Hamil minggu ke-39

Bayi dapat lahir kapan saja di minggu ini dengan perkiraan berat rata-rata 3 kg dengan panjang sekitar 50 cm. Lapisan *vernix caseosa* yang melindungi kulit bayi telah meluruh sehingga membuat cairan ketuban yang tadinya jernih menjadi keruh. Rambutnya menebal dan jari kuku bayi memanjang. Pada umumnya dokter akan memberi opsi menunggu sekitar dua minggu lagi jika bayi belum juga lahir pada tanggal yang diperkirakan pada minggu ini.

m) Hamil minggu ke-40

Pada minggu ini, sebagian besar bayi telah lahir. Namun jika belum, tidak masalah selama tidak ada gangguan pada kandungan.

Bayi telah menguasai semua kemampuan yang dia butuhkan untuk bertahan hidup di luar rahim ibu. Dia sering mengisap jempolnya, sama seperti nantinya dia akan mencari payudara ibu untuk menyusui. Tubuh akan terus memproduksi cairan ketuban meski dalam kadar sedikit hingga bayi lahir.

d. Proses Nifas

Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah *Periode Immediate Postpartum* yakni masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam *Periode Early Postpartum* (24 jam – 1 minggu), *Periode Late Postpartum* (1 minggu-5 minggu), pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Saleha, 2009).

Tahapan masa nifas sesuai dengan jadwal kunjungan nifas serta tujuan yang diuraikan dalam tabel di bawah ini :

Kunjungan	Waktu	Tujuan
Pertama	6-8 jam persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i> b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain, perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i> d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah <i>hipotermi</i>
Kedua	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan <i>involsi uterus</i> berjalan normal, uterus berkontraksi, <i>fundus</i> di bawah <i>umbilikus</i> , tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan

Kunjungan	Waktu	Tujuan
		perawatan bayi sehari-hari
Ketiga	2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memastikan <i>involsi uterus</i> berjalan normal, uterus berkontraksi, <i>fundus</i> di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau</li> <li>Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal</li> <li>Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat</li> <li>Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> <li>Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari</li> </ol>

Sumber: Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu Nifas, Varney, 2008

#### e. Proses Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 4 minggu terbagi menjadi 2 periode, antara lain :

- 1) Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 0-7 hari setelah lahir.
- 2) Periode lanjut merupakan neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir.

#### Pertumbuhan dan Perkembangan Neonatal

##### a) Sistem pernafasan

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

Pernafasan bayi dihitung dari gerakan diafragma atau gerakan abdominal. Pernafasan tersebut dihitung dalam waktu satu menit, yakni pada bayi baru lahir 35 kali per menit (Kristiyanasari, 2010).

b) Jantung dan Sistem Sirkulasi

Frekuensi denyut jantung dapat dihitung dengan cara meraba arteri temporalis atau karotis, dapat juga secara langsung didengarkan di daerah jantung dengan menggunakan stetoskop binokuler. Frekuensi denyut jantung neonatal normal berkisar antara 100-180 kali/menit waktu bangun, 80-160 kali/menit saat tidur (Kristiyanasari, 2010).

c) Saluran pencernaan

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

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

d) Hepar

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

e) Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh neonatal mengandung relative lebih banyak air dan kadar natrium relative lebih besar daripada kalium.

f) Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kilogram

berat badan akan lebih besar. Oleh karena itu, neonatus harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Setelah mendapat susu, sekitar hari keenam suhu tubuh neonatal berkisar antara 36,5°C –37°C. Pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada aksilla atau pada rektal. Empat kemungkinan energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing 60-40 persen.

f. Proses KB

- 1) Waktu yang tepat untuk ibu mendapatkan pelayanan KB pasca persalinan.

KB pasca persalinan, di antaranya menyebutkan bahwa KB pasca persalinan adalah penggunaan metode KB sampai satu tahun setelah persalinan atau dalam satu tahun pertama kelahiran. Namun, Kementerian Kesehatan membatasi periode KB pasca persalinan adalah sampai dengan 42 hari pasca bersalin. Hal ini ditetapkan untuk mencegah missed opportunity pada ibu pasca bersalin, dimana jumlah kelahiran di Indonesia sangat besar, diperkirakan sekitar 4.500.000 setiap tahunnya (Riskesmas 2007), dan 760.000 (17%) di antaranya merupakan kelahiran yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan. Oleh sebab itu, definisi KB pasca persalinan di Indonesia adalah: pemanfaatan atau penggunaan alat kontrasepsi segera sesudah melahirkan sampai 6 minggu (42 hari) sesudah melahirkan.

- 2) Jenis-jenis kontrasepsi

- a) Kontrasepsi sederhana tanpa alat

- (1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya memberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun. MAL dapat digunakan sebagai metode kontrasepsi dengan apabila:

- (a) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif apabila pemberian 8x sehari
- (b) belum haid

## (c) umur bayi kurang dari 6 bulan

Ibu yang dapat menggunakan metode MAL ialah ibu menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan. Sedangkan ibu yang sudah mendapat haid setelah bersalin, tidak menyusui secara eksklusif, bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam tidak dapat menggunakan metode MAL (Saifuddin, 2006).

## (2) Senggama terputus

Senggama terputus merupakan cara kontrasepsi yang paling tua. Senggama dilakukan sebagaimana biasa, tetapi pada puncak senggama, alat kemaluan pria dikeluarkan dari liang vagina dan sperma dikeluarkan di luar. Cara ini tidak dianjurkan karena sering gagal, karena suami belum tentu tahu kapan spermanya keluar (Saifuddin, 2006).

Cara kerja menggunakan metode ini yaitu : alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Saifuddin, 2006).

## (3) Pantang berkala (sistem berkala)

Cara ini dilakukan dengan tidak melakukan senggama pada saat istri dalam masa subur. Selain sebagai sarana agar cepat hamil, kalender juga difungsikan untuk sebaliknya alias mencegah kehamilan. Cara ini kurang dianjurkan karena sukar dilaksanakan dan membutuhkan waktu lama untuk 'puasa'. Selain itu, kadang juga istri kurang terampil dalam menghitung siklus haidnya setiap bulan (Saifuddin, 2006).

## (4) Kontrasepsi sederhana dengan alat

## (a) Kondom

Kondom merupakan salah satu pilihan untuk mencegah kehamilan yang sudah populer di masyarakat. Kondom adalah suatu kantung karet tipis, biasanya terbuat dari lateks, tidak berpori, dipakai untuk menutupi penis yang berdiri (tegang)

sebelum dimasukkan ke dalam liang vagina. Kondom sudah dibuktikan dalam penelitian di laboratorium sehingga dapat mencegah penularan penyakit seksual, termasuk HIV/AIDS (Saifuddin, 2006).

(b) Diafragma

Pengertian diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks.

Cara kerja kontrasepsi diafragma yaitu dengan menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida (Saifuddin, 2006).

(5) KB pil

Pil adalah obat pencegah kehamilan yang diminum. Pil telah diperkenalkan sejak 1960. Pil diperuntukkan bagi wanita yang tidak hamil dan menginginkan cara pencegah kehamilan sementara yang paling efektif bila diminum secara teratur. Minum pil dapat dimulai segera sesudah terjadinya keguguran, setelah menstruasi, atau pada masa post-partum. Jenis-jenis kontrasepsi pil diantaranya adalah : (Saifuddin, 2006). Pil gabungan atau kombinasi. Tiap pil mengandung dua hormon sintetis, yaitu hormon estrogen dan progestin. Pil gabungan mengambil manfaat dari cara kerja kedua hormon yang mencegah kehamilan, dan hampir 100% efektif bila diminum secara teratur. Jenis – jenis pil kombinasi:

- (a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progesterone dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif (Saifuddin, 2006).
- (b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progesterone dalam dua dosis yang berbeda adalah estrogen dan progesteron, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif (Saifuddin, 2006).
- (c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progesterone dalam tiga dosis yang berbeda adalah mengandung berbagai dosis progestin.

Pada sejumlah jenis obat tertentu, dosis estrogen didalam ke 21 pil aktif bervariasi (Saifuddin, 2006).

#### Pil khusus—progestin (pil mini)

Pil ini mengandung dosis kecil bahan progestin sintetis dan memiliki sifat pencegah kehamilan dengan mengubah mukosa dari leher rahim (merubah sekresi pada leher rahim) sehingga mempersulit pengangkutan sperma. Selain itu, juga mengubah lingkungan endometrium (lapisan dalam rahim) sehingga menghambat perletakan telur yang telah dibuahi (Saifuddin, 2006).

Kontrasepsi pil tidak boleh diberikan pada wanita yang menderita hepatitis, radang pembuluh darah, kanker payudara atau kanker kandung, hipertensi, gangguan jantung, varises, perdarahan abnormal melalui vagina, kencing manis, pembesaran kelenjar gondok (struma), penderita sesak napas, eksim, dan migraine (Saifuddin, 2006).

Pemakaian pil dapat menimbulkan efek samping berupa perdarahan di luar haid, rasa mual, bercak hitam di pipi (hiperpigmentasi), jerawat, penyakit jamur pada liang vagina (candidiasis), nyeri kepala, dan penambahan berat badan (Saifuddin, 2006).

#### (6) KB suntik

Kontrasepsi suntikan adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal.

##### (a) KB Suntik 1 bulan (kombinasi)

KB suntik 1 bulan adalah 25 mg Depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg esestradiol sipionat yang diberikan injeksi 1.m sebulan sekali (Cyclofem). Dan 50 mg roretindron enantat dan 5mg Estradional Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

Suntik KB 1 bulan boleh digunakan untuk usia reproduksi, menyusui asi pascapersalinan >6 bulan, pascapersalinan dan tidak menyusui, anemia, nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat KET, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi. Suntik KB 1 bulan tidak boleh digunakan oleh wanita usia > 35 tahun yang merokok aktif, hamil atau diduga hamil, pendarahan vaginal tanpa sebab, penderita jantung, stroke, lever, darah tinggi dan kencing manis,

sedang menyusui kurang dari 6minggu, penderita kanker payudara/keganasan payudara (Saifuddin, 2006).

(b) KB suntikan 3 bulan

Depo-provera ialah alfa-metroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progesterone yang kuat dan sangat efektif. Obat ini termasuk obat depot. Noristerat termasuk dalam golongan kontrasepsi ini. Mekanisme kerja kontrasepsi ini sama seperti kontrasepsi hormonal lainnya. Depo-provera sangat cocok untuk program postpartum oleh karena tidak mengganggu laktasi (BKKBN, 2010).

Suntik KB 3 bulan boleh digunakan oleh usia reproduksi, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, setelah melahirkan dan tidak menyusui, nulipara yang telah memiliki anak, kontrasepsi jangka panjang dan efektif, tekanan darah < 180/110 mmhg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit, menggunakan obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosis (Saifuddin, 2006).

Suntik KB 3 bulan tidak dianjurkan oleh ibu hamil atau diduga hamil, pendarahan vaginal tanpa sebab, penderita kanker payudara/keganasan payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi (Saifuddin, 2006).

(7) Kontrasepsi implant

Disebut alat kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang/disusupkan di bawah kulit pada lengan atas sebelah dalam. Bentuknya semacam tabung-tabung kecil atau pembungkus plastik berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Susuk dipasang seperti dua buah kapsul atau tergantung jenis susuk yang akan dipakai. Di dalamnya berisi zat aktif berupa hormon akan dikeluarkan sedikit demi sedikit. Jadi, konsep kerjanya menghalangi terjadinya ovulasi dan menghalangi migrasi sperma. Pemakaian susuk dapat diganti setiap 5 tahun, 3 tahun (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

(8) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

AKDR atau IUD bagi banyak kaum wanita merupakan alat kontrasepsi yang terbaik. Alat ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari. Bagi ibu menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi ASI. Namun, ada wanita yang belum dapat menggunakan kontrasepsi ini. Karena itu, setiap calon pemakai AKDR perlu memperoleh informasi lengkap tentang alat ini.

Jenis-jenis AKDR adalah sebagai berikut : (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

(a) Copper-T

AKDR berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik.

(b) Copper-7

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm<sup>2</sup>, fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Coper-T.

(c) Multi load

AKDR ini terbuat dari dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. Batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm<sup>2</sup> atau 375 mm<sup>2</sup> untuk menambah efektivitas. Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil), dan mini.

(9) Kontrasepsi tubektomi (sterilisasi pada wanita)

Tubektomi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan wanita tersebut tidak akan mendapatkan keturunan lagi. Dengan demikian, jika salah satu pasangan telah mengalami sterilisasi, maka tidak diperlukan lagi alat-alat kontrasepsi yang konvensional. Cara kontrasepsi ini baik sekali, karena kemungkinan untuk menjadi hamil kecil sekali.

Faktor yang paling penting dalam pelaksanaan sterilisasi adalah kesukarelaan dari akseptor. Dengan demikian, sterilisasi tidak boleh dilakukan kepada wanita yang belum/tidak menikah, pasangan yang tidak harmonis atau hubungan perkawinan yang sewaktu-waktu terancam perceraian, dan pasangan yang masih ragu menerima sterilisasi. Yang harus dijadikan patokan untuk mengambil keputusan untuk sterilisasi adalah jumlah anak dan usia istri. Misalnya, untuk usia istri 25–30 tahun, jumlah anak yang hidup harus 3 atau lebih (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

(10) Kontrasepsi vasektomi

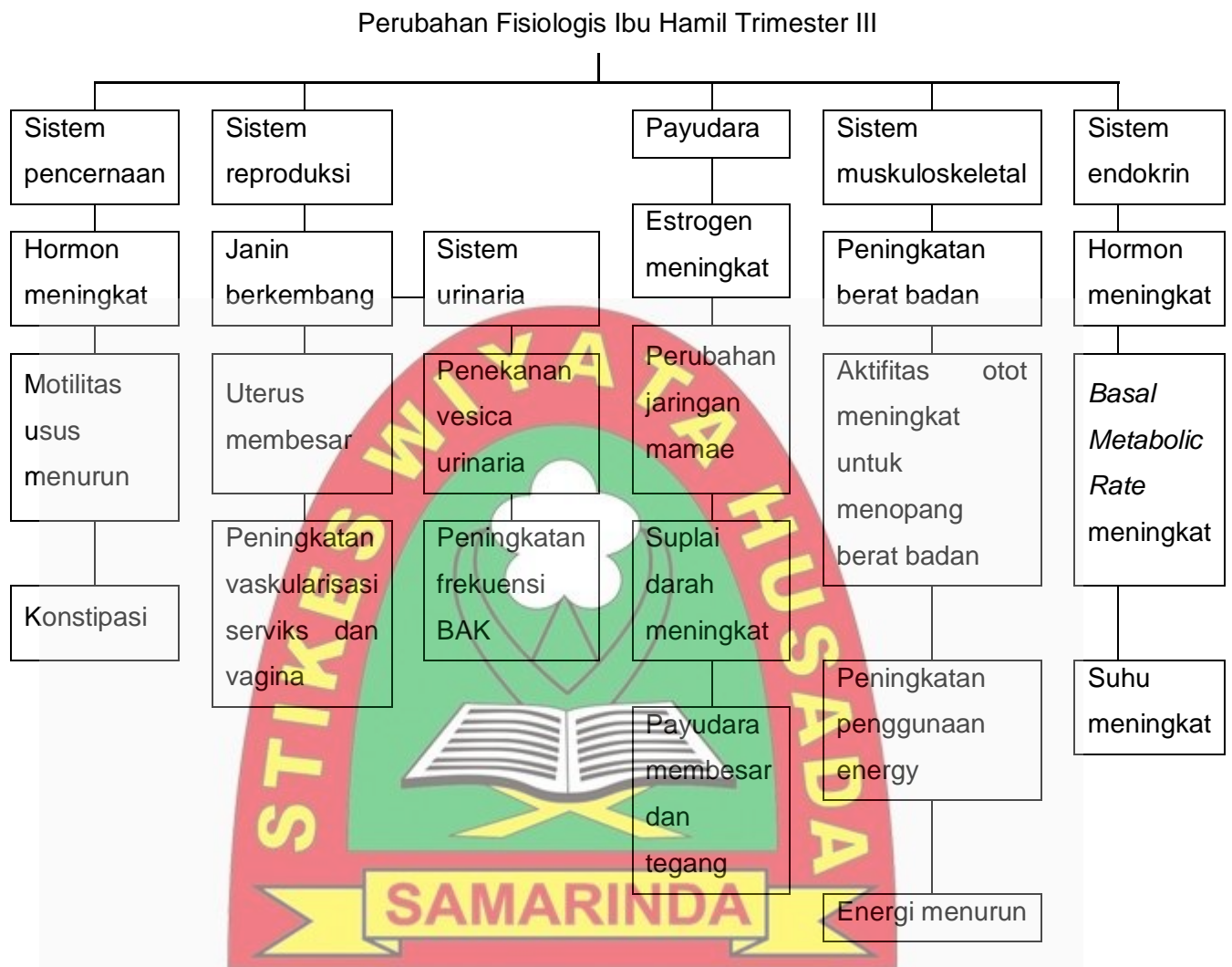
Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

Vasektomi merupakan upaya untuk menghenttikan fertilis dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga. Memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi. Infeksi kulit pada daerah operasi, infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien, hidrokel atau varikokel, hernia inguinalis, filiarisasi (elephantiasis), undesensus testikularis, massa intraskotalis, anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoaglansia (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).



### 3. Perubahan Fisiologis Kehamilan, Persalinan dan BBL, Nifas, Neonatus, serta KB

#### a. Perubahan fisiologis ibu hamil trimester III



**Bagan 2.1 Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III**

Sumber: Ilmu Kebidanan, Prawirohardjo, 2010

Pada sistem pencernaan, biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormoneprogesterone yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral (Romauli, 2011).

Sistem reproduksi terdapat vagina dan vulva, serviks uteri, uterus & Ovarium, berikut ini penjelasannya:

Vagina dan vulva, dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011).

Serviks uteri, menjadi lunak dan kebiruan akibat terjadinya penambahan vaskularisasi dan terjadi edema pada seluruh serviks bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks (Prawiroharjo, 2008). Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relative dilusi dalam keadaan menyebar (disperse). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang (Romauli, 2011).

Pada Trimester III kelenjar-kelenjar serviks mengalami proliferasi yang sangat besar sehingga pada akhir kehamilan, kelenjar ini dapat menempati kira-kira setengah dari seluruh massa serviks, bukan hanya sebagian kecil saja seperti saat tidak hamil (Cunningham, 2006). Uterus, pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi ke arah kanan, dekstrorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis (Romauli, 2011).

Pada ukuran 28 minggu, TFU sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan prosesus xifoideus, pada ukuran 32 minggu TFU setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat, pada ukuran 36 minggu TFU satu jari di bawah prosesus xifodeus kepala janin belum masuk PAP, pada ukuran 40 minggu TFU turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus karena kepala janin sudah mulai masuk PAP, pada kehamilan akhir-akhir, kontraksi Barton Hicks semakin kuat sehingga sulit dibedakan dari kontraksi untuk memulai persalinan (Kusmiyati, 2012).

Adapun hal-hal yang harus diwaspadai dimana dalam pengukuran TFU ini akan terjadi kemungkinan komplikasi, jika TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, tampak lebih mengecil terus menerus dan tidak

ada denyut jantung janin, serta tidak ada aktivitas janin, maka dapat dicurigai terjadi IUFD (Intra Uteri Fetal Death). Dan sebaliknya jika ukuran TFU besar untuk usia kehamilan, terdapat nyeri tekan pada ovarium dan membesar, terjadi perdarahan pada minggu ke 12, mual muntah menetap, tidak ada DJJ, tidak ada aktifitas janin, tidak ditemukan bagian-bagian janin, hipertensi akibat kehamilan yaitu pre eklamsia/eklamsia sebelum usia kehamilan 24 minggu maka dapat dicurigai terjadi kelainan kehamilan berupa molahidatidosa. Namun data dasar ini biasanya sudah dapat ditentukan pada trimester pertama (Varney, 2007).

Ovarium, pada trimester III, korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk. Sistem payudara, pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romauli, 2011).

Sistem endokrin, kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormone pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormone pada tiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Hormone paratiroid ini adalah untuk memasok kalsium pada janin yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptide pada janin, plasenta, dan ibu (Romauli, 2011).

Sistem perkemihan, pada kehamilan trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dengan keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdelatasi daripada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine

dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine (Romauli, 2011).

Sistem pencernaan, biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesterone yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral (Romauli, 2011). Sistem musculoskeletal, sendi pelvic pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahan dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan (Romauli, 2011).

Struktur ligamentum dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Perubahan ini seringkali menimbulkan rasa tidak nyaman atau nyeri pada musculoskeletal (Varney, 2006). Sistem kardiovaskular, selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar anantara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan. Pada kehamilan, terutama trimester III terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit (Romauli, 2011).

Sistem intergument, pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang juga akan mengenai daerah payudara dan pada perubahan ini dikenal dengan striae gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Pada kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan kloasma gravidarum, selain itu pada areola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang

berlebihan. Pigmentasi tersebut biasanya akan hilang setelah persalinan (Romauli, 2011).

Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal, adanya peningkatan kadar serum *Melanocyte stimulating hormone*, dan estrogen juga progesterone. Perubahan pembuluh darah angioma, yang disebut juga spider nevi. Angioma ini berupa bintik-bintik penonjolan kecil dan merah pada kulit, terutama sering terdapat pada wajah, leher, dada atas, dan lengan. Kondisi ini sering disebut juga nevus angioma. Eritema Palmaris juga di temukan pada wanita yang sedang hamil. Keduanya kemungkinan besar merupakan akibat hiperestrogenemia kehamilan (Prawirohardjo, 2008).

Sistem metabolisme, umumnya kehamilan mempunyai efek pada metabolisme, karena itu wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dan dalam kondisi sehat. Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh janin, plasenta, air ketuban, uterus, kenaikan volume darah, lemak, protein dan retensi air. Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang, khususnya sesudah kehamilan 5 bulan ke atas. Namun bila dibutuhkan lemak ibu digunakan untuk mendapatkan tambahan kalori (Kusmiyati, 2012).

1) Berat badan

Berat badan seorang wanita selain kehamilan normalnya selalu bertambah. Wanita hamil, naik sekitar 6,5-12,5 kg terjadi terutama dalam kehamilan 20 minggu terakhir.

2) Curah jantung

Tetap tinggi, curah jantung saat istirahat diukur pada posisi tidur miring akan meningkat cukup besar. Curah jantung pada kehamilan lebih tinggi dari pada tidur miring jika wanita tersebut berada pada posisi terlentang.

3) *Basal Metabolik Rate* (BMR)

Pada wanita hamil BMR meninggi. BMR meningkat hingga 15%-20% yang umumnya terjadi pada triwulan terakhir. Peningkatan BMR mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romauli, 2011).

## 4) Karbohidrat

Seorang wanita hamil sering haus, nafsu makannya besar, sering kencing, kadang-kadang memperlihatkan pada glukosaria, sehingga menyerupai diabetes millitus. Segala sesuatu ini dipengaruhi oleh somatomam motropin, peningkatan plasma insulin, dan hormone-hormon adrenal (Prawirohardjo, 2012).

Sistem berat badan dan indeks masa tubuh, kenaikan berat badan pada trimester ke-3 sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi kehamilan, Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika kenaikan lebih dari normal, dapat menimbulkan komplikasi keracunan kehamilan (pre-eklamsia), anak terlalu besar sehingga menimbulkan kesulitan persalinan. Sebaliknya jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri. Adapun penilaian status gizi ibu hamil meliputi :

- a) Berat badan dilihat dari *body mass index* : IMT diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat.

Indikator penilaian untuk IMT adalah sebagai berikut :



**Tabel 2.2**  
**Indeks Masa Tubuh**

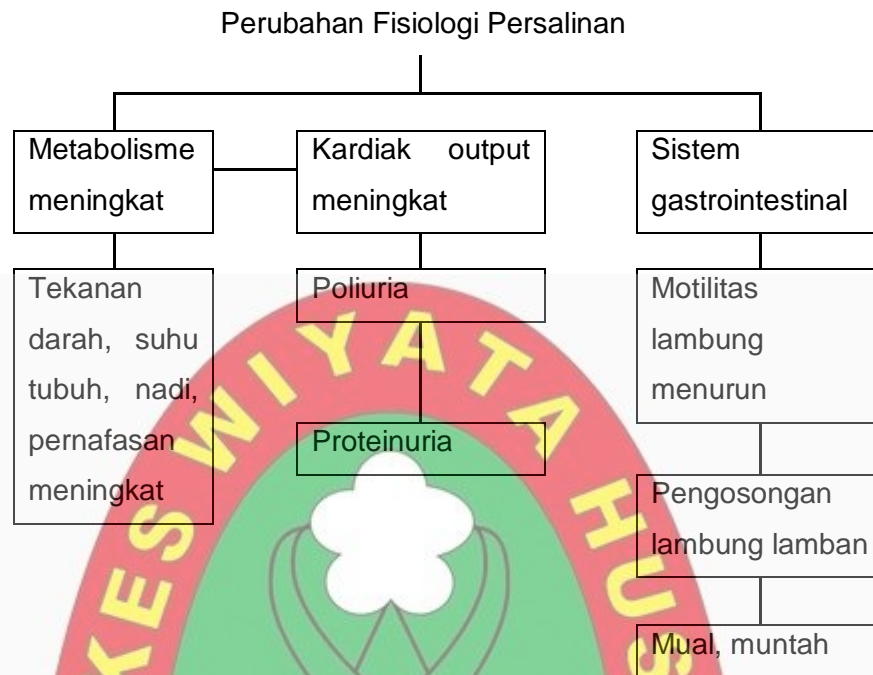
Nilai IMT	Kategori
<b>Kurang dari 20</b>	Underweight/ dibawah normal
<b>20-24,9</b>	Desirable/ normal
<b>25-29,9</b>	Moderate obesity/ lebih dari gemuk
<b>Over 30</b>	Severe obesity/sangat gemuk

- b) Ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal untuk ukuran Lingkar lengan Atas pada wanita dewasa atau usia produktif adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interprestasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Romauli, 2011).

Sistem pernafasan, pada 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil derajat kesulitan bernafas (Romauli, 2011).

b. Perubahan fisiologis persalinan



**Bagan 2.4 Perubahan Fisiologi Persalinan**

Sumber: Asuhan Kebidanan Varney, 2008

Menurut Varney (2008), selama persalinan terjadi sejumlah perubahan fisiologis pada ibu, antara lain :

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur disebabkan karena kecemasan dan aktifitas otot skeletal.

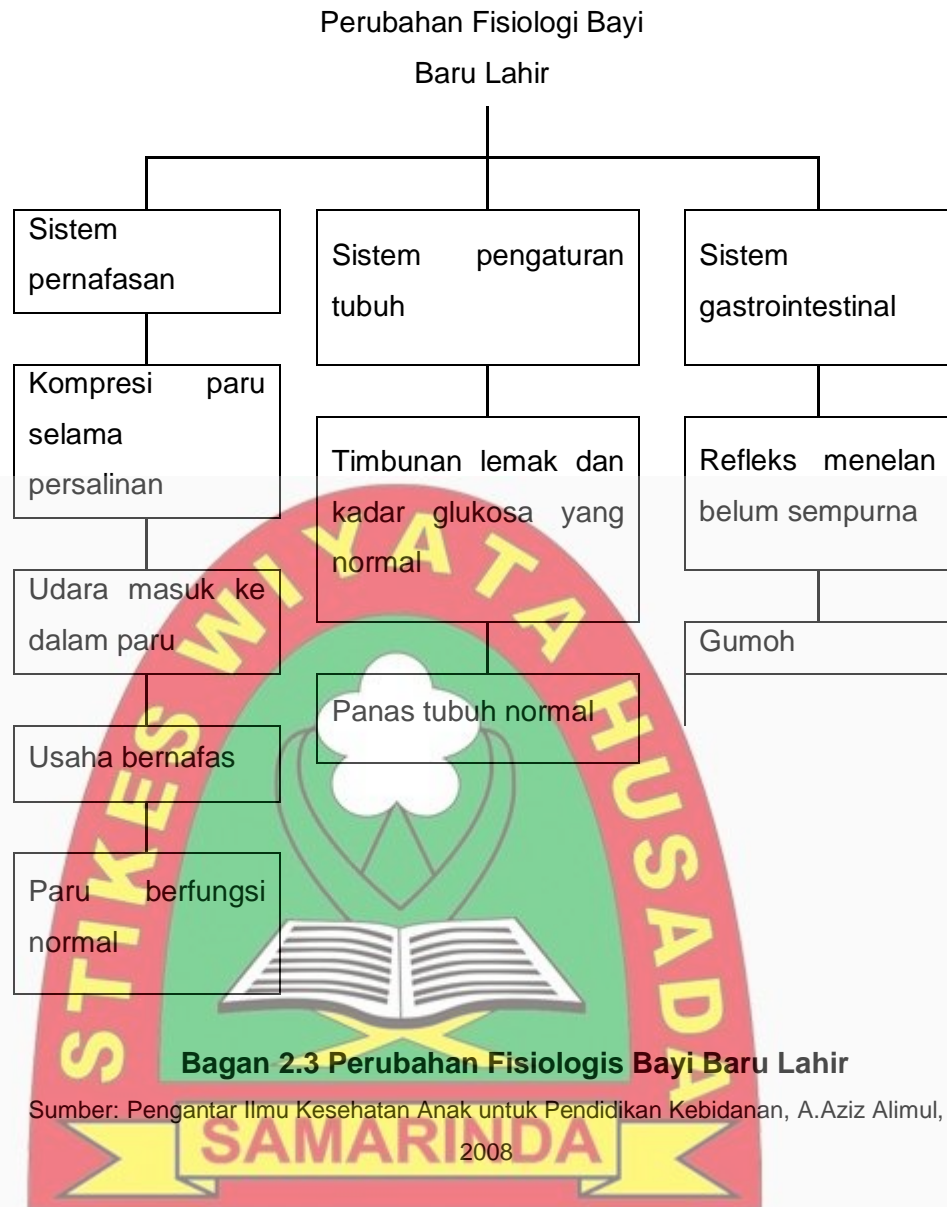
Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, kardiak output, pernafasan dan cairan yang hilang. Suhu tubuh, karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh sedikit

meningkat selama persalinan, terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan ini jangan melebihi  $0,5^{\circ}\text{C}$  sampai dengan  $1^{\circ}\text{C}$ . Detak jantung, berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan (Prawihardjo, 2012).

Pernafasan, karena terjadi peningkatan metabolisme, maka pernafasan meningkat dan bisa menyebabkan alkalosis karena kurang oksigen. Perubahan pada ginjal, poliuria sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan kardiak output, peningkatan filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan. Sedikit proteinuria (renik, 1+) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Proteinuria 2+ dan lebih adalah data yang abnormal (Prawihardjo, 2012).

Perubahan gastro intestinal, motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktifitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual dan muntah biasa terjadi sampai ibu mencapai akhir kala. Perubahan hematologi, hemoglobin meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Varney, 2008).

## c. Perubahan fisiologi bayi baru lahir



Sistem pernapasan adalah sistem yang paling tertantang ketika perubahan dari lingkungan intrauteri ke lingkungan ektrauteri, bayi baru lahir harus segera mulai bernapas begitu lahir ke dunia. Janin cukup bulan mengalami penurunan cairan paru pada hari-hari sebelum persalinan dan selama persalinan (Varney, 2007).

Selama dalam rahim, janin mendapatkan oksigen dan nutrisi dari ibu melalui mekanisme difusi yaitu melalui plasenta yang berasal dari ibu diberikan kepada darah janin. Sebelum lahir, alveoli paru bayi menguncup dan terisi oleh cairan. Paru-paru janin tidak berfungsi sebagai sumber oksigen atau jalan untuk mengeluarkan CO<sub>2</sub> sehingga

paru tidak perlu diperfusi atau dialiri darah dalam jumlah yang besar. Setelah bayi lahir, ia tidak lagi tergantung dengan plasenta tetapi segera bergantung pada paru-paru sebagai sumber utama oksigen. Setelah lahir paru-paru harus segera terisi dengan oksigen dan pembuluh darah paru harus berelaksasi untuk memberikan perfusi pada alveoli dan menyerap oksigen untuk diedarkan keseluruh tubuh (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar,DEPKES RI, 2008).

Sistem peredaran darah, mula-mula darah yang kaya oksigen dan nutrisi yang berasal dari plasenta melalui vena umbilikalis, masuk ke dalam tubuh janin. Sebagian besar darah tersebut melalui duktus venosus aranti akan mengalir ke vena kava inferior pula. Di dalam atrium dekstra sebagian besar darah ini akan mengalir secara fisiologik ke atrium sinistra, melalui foramen ovale yang terletak di antara atrium dektra dan atrium sinistra. Dari atrium sinistra selanjutnya darah ini mengalir ke ventrikel kiri yang kemudian di pompakan ke aorta. Hanya sebagian kecil darah dari atrium kanan mengalir ke ventrikel kanan bersama-sama dengan darah yang berasal dari vena kava superior. Karena terdapat tekanan dari paru-paru yang belum berkembang, sebagian besar darah dari ventrikel kanan ini , seharusnya mengalir melalui arteri pulmonalis ke paru-paru, akan mengalir melalui duktus botali ke aorta. Sebagian kecil akan ke paru-paru, dan selanjutnya ke atrium sinistra melalui vena pulmonalis. Darah mengalir keseluruh tubuh untuk member nutrisi dan oksigenasi pada sel-sel tubuh (Varney, 2007).

Ketika lahir aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini meniadakan suplai oksigen plasenta dan menyebabkan terjadinya serangkaian reaksi selanjutnya. Reaksi-reaksi ini dilengkapi oleh reaksi-reaksi yang terjadi dalam paru sebagai respons terhadap tarikan napas pertama. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan malah mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri, yang disebut formen ovale. Darah yang kaya oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus. Setelah tali pusat diklem sistem sirkulasi bayi baru lahir menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri.

Tekanan akibat peningkatan aliran darah di sisi kiri jantung menyebabkan foramen ovale menutup. Duktus arteriosus, yang mengalirkan darah plasenta teroksigenisasi ke otak dalam kehidupan janin, sekarang tidak lagi diperlukan (Varney, 2007).

Sistem pengaturan tubuh, ketika bayi lahir dan langsung berhubungan dengan dunia luar (lingkungan) yang lebih dingin, maka pada saat lingkungan dingin, terjadi pembentukan suhu tanpa melalui mekanisme menggigil yang merupakan cara untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya serta hasil penggunaan lemak untuk produksi panas. Adanya timbunan lemak tersebut menyebabkan panas tubuh menigkat, sehingga terjadilan proses adaptasi. Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi. BBL dapat kehilangan panas tubuh melalui cara-cara berikut :

1) Evaporasi

Adalah jalan utama bayi kehilangan panas. jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dapat terjadi kehilangan panas tubuh bayi sendiri. Kehilangan panas juag terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti (Varney, 2007).

2) Konduksi

Adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur, atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut (Varney, 2007).

3) Konveksi

Adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika terjadi konveksi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan (Varney, 2007).

4) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari

suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung). Panas dipancarkan dari BBL, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (Pemindahan panas antara dua objek yang memiliki 2 suhu berbeda) (Varney, 2007).

Metabolisme glukosa, setelah tali pusat diikat atau diklem, maka kadar glukosa akan dipertahankan oleh si bayi itu sendiri serta mengalami penurunan waktu yang cepat (1-2 jam). Guna mengetahui atau memperbaiki kondisi tersebut, maka dilakukan dengan menggunakan ASI, penggunaan cadangan glikogen (glikogenolisi) dan pembuatan glukosa dari sumber lain khususnya lemak (glukoneogenesis). Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen dalam hati (Hidayat, 2008).

Sistem gastrointestinal, proses mengisap dan menelan sebelum lahir sudah dimulai. Refleks gumoh dan batuk sudah terbentuk ketika bayi lahir. Kemampuan menelan dan mencerna makanan masih terbatas, mengingat hubungan esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang dapat menyebabkan gumoh dan kapasitasnya sangat terbatas ( $\pm 30$  cc) (Hidayat, 2008).

Sistem kekebalan tubuh, perkembangan sistem imunitas pada bayi juga mengalami proses penyesuaian dengan perlindungan oleh kulit membrane mukosa, fungsi saluran napas, pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus, serta perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung. Perkembangan kekebalan alami pada tingkat sel oleh sel darah akan membuat terjadinya sistem kekebalan melalui pemberian kolostrum dan lambat laun akan terjadi kekebalan sejalan dengan perkembangan usia menurut Jane Ball (Hidayat, 2008).

Perubahan termoregulasi dan metabolic, suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat setelah kelahiran karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan di dalam uterus. Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan. Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang

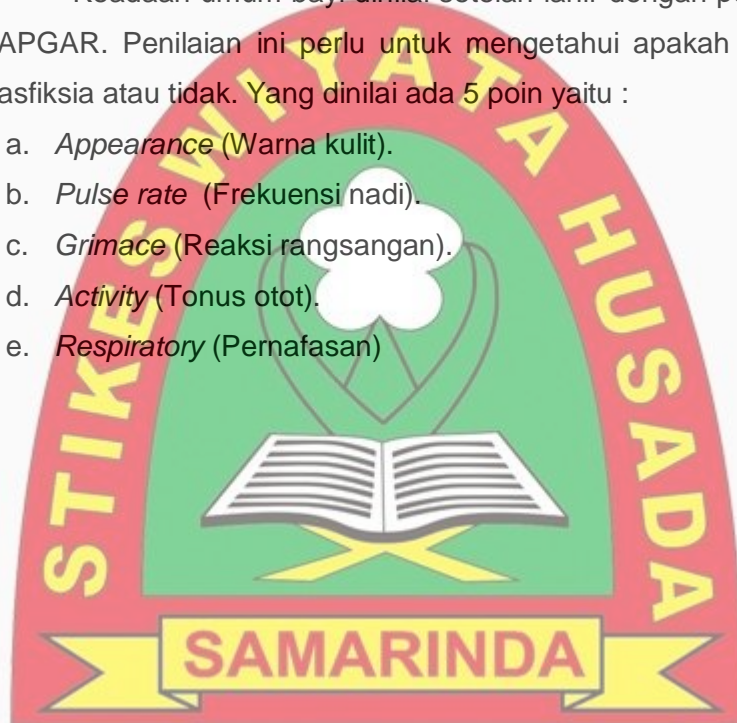
dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi (Stright, 2009).

Adaptasi neurologis, sistem neurologis bayi secara anatomic atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat, sewaktu bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks akan berkembang. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal (Stright, 2009).

#### Penilaian Awal Bayi Baru Lahir

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

- a. *Appearance* (Warna kulit).
- b. *Pulse rate* (Frekuensi nadi).
- c. *Grimace* (Reaksi rangsangan).
- d. *Activity* (Tonus otot).
- e. *Respiratory* (Pernafasan)



Tabel 2.3 Nilai APGAR

Tanda	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit
Grimace (refleks)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik/ menyeringai	Batuk/ bersin
Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksibilitas	Gerakan aktif
Respiratory (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Baik/ Menangis kuat

Sarwono, 2009

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

Nilai Apgar 7-10 : Bayi normal.

Nilai Apgar 4-6 : Asfiksia sedang ringan

Nilai Apgar 0-3 : Asfiksia berat.

#### d. Perubahan fisiologi nifas

Involusio uterus, setelah persalinan uterus seberat  $\pm 1$  kg, karena involusio 1 minggu kemudian beratnya sekitar 500 gram, dan pada akhir minggu kedua menjadi 300 gram dan segera sesudah minggu kedua menjadi 100 gram. Setelah persalinan tempat plasenta terdiri dari banyak pembuluh darah yang mengalami trombus. Setelah kelahiran, ukuran pembuluh darah ekstra uteri mengecil menjadi sama atau sekurang-kurangnya mendekati ukuran sebelum hamil (Saifuddin, 2010).

Proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama, TFU di atas simfisis pubis atau sekitar 12 cm. proses ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm setiap harinya, sehingga pada hari ke-7 TFU berkisar 5 cm dan pada hari ke-10 TFU tidak teraba di simfisis pubis (Suherni, 2010).

Serviks menjadi tebal, kaku dan masih terbuka selama 3 hari. Namun ada juga yang berpendapat sampai 1 minggu. Bentuk mulut serviks yang bulat menjadi agak memanjang dan akan kembali normal dalam 3-4 bulan (Saifuddin, 2010).

Bagian bekas implantasi plasenta merupakan luka kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri yang berdiameter 7,5 cm dan sering disangka sebagai bagian plasenta yang tertinggal. Sesudah 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm dan pada minggu ke-6 mencapai 2,4 mm (Prawirohardjo, 2009).

Pelepasan plasenta dan selaput janin dari dinding rahim terjadi pada stratum spongiosum bagian atas. Setelah 2-3 hari lapisan di atasnya berubah menjadi nekrosis dan lapisan di bawahnya yang berhubungan dengan lapisan otot tetap dalam keadaan baik. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut karena dilepaskan dari dasarnya dengan pertumbuhan endometrium baru di bawahnya (Prawirohardjo, 2009).

Vagina yang bengkak serta lipatan (rugae) yang hilang akan kembali seperti semula setelah 3-4 minggu. Perut akan menjadi lembek dan kendor. Proses involusio pada perut sebaiknya diikuti olahraga atau senam penguatan otot-otot perut. Jika ada garis-garis biru (striae) tidak akan hilang, kemudian perlahan-lahan akan berubah warna menjadi keputihan (Saifuddin, 2010).

Payudara menjadi besar, keras dan menghitam di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Pada hari ke-2 hingga ke-3 akan diproduksi kolostrum atau susu jolong yaitu ASI berwarna kuning keruh yang kaya akan antibody dan protein yang sangat bagus untuk bayi (Suherni, 2010). Setelah melahirkan, pigmentasi akan berkurang, sehingga hiperpigmentasi pada muka, leher, payudara dan lainnya akan menghilang secara perlahan-lahan (Saifuddin, 2010).

Cairan atau secret yang keluar pada masa nifas disebut dengan lochea. Macam-macam lochea antara lain:

- a. *Lochea rubra*: hari ke 1-2, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel *desidua*, sisa-sisa vernix kaseosa, lanugo, dan mekonium.
- b. *Lochea sanguinolenta*: hari ke 3-7, terdiri dari: darah bercampur lendir, warna kecoklatan.
- c. *Lochea serosa*: hari ke 7-14, berwarna kekuningan menjadi kuning.
- d. *Lochea alba*: hari ke 14-selesai nifas, hanya merupakan cairan putih lochea yang berbau busuk dan terinfeksi lochea purulent.

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim. 2 jam setelah persalinan dapat dilewati 2-3 jari dan setelah satu minggu hanya dapat dilalui satu jari (Prawirohardjo, 2009).

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi. Untuk memulihkan kembali sebaiknya dengan latihan-latihan dan gymnastik postpartum (Prawirohardjo, 2009).

- e. Perubahan fisiologis neonatus

Pernafasan pertama pada neonatal terjadi normal dalam waktu 30 menit setelah kelahiran, tekanan rongga dada pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan cairan paru-paru keluar dari trakea sehingga cairan yang hilang ini diganti dengan udara (Lissaver, 2006). Pernafasan bayi dihitung dari gerakan diafragma atau gerakan abdominal. Pernafasan tersebut dihitung dalam waktu satu menit, yakni pada bayi baru lahir 35 kali per menit (Kristiyanasari, 2010).

Frekuensi denyut jantung dapat dihitung dengan cara meraba arteri temporalis atau karotis, dapat juga secara langsung didengarkan di daerah jantung dengan menggunakan stetoskop binokuler. Frekuensi denyut jantung neonatal normal berkisar antara 100-180 kali/menit waktu bangun, 80-160 kali/menit saat tidur (Kristiyanasari, 2010).

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatal relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada masa neonatal saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam

pertama berupa mekonium (zat berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja transisional pada hari ketiga dan keempat yang berwarna coklat kehijauan. Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatal sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan/minum. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonatal kecuali *amylase pancreas*, aktivitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai delapan bulan (Kristiyanasari, 2010).

Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna. Enzim hepar belum aktif benar pada neonatal, (*Glukosa 6 Fosfat Dehidrogenase*) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatal memperlihatkan gejala *ikterus fisiologis*, misalnya enzim UDPG : *Uridin Difosfat Glukoronil Transferase* dan enzim G6PD (Kristiyanasari, 2010).

Tubuh neonatal mengandung relative lebih banyak air dan kadar natrium relative lebih besar daripada kalium. Pada neonatal fungsi ginjal belum sempurna, hal ini karena, antara lain; Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa, tidak seimbang antara luas permukaan *glomerulus* dan volume tubulus proksimal, aliran darah ginjal (*renal blood flow*) pada neonatal relative kurang dibandingkan orang dewasa (Varney, 2008).

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kilogram berat badan akan lebih besar. Oleh karena itu, neonatus harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Setelah mendapat susu, sekitar hari keenam suhu tubuh neonatal berkisar antara 36,5°C–37°C. pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada aksilla atau pada rektal. Empat kemungkinan energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing 40-60 persen (Kristiyanasari, 2010).

Mekanisme yang dapat menyebabkan kehilangan panas menurut Varney (2008) :

- 1) Konduksi, pemindahan panas dari tubuh bayi dihantarkan ke benda sekitar yang suhu lebih rendah melalui kontak langsung.

- 2) Konveksi, panas yang hilang dari tubuh bayi ke udara sekitar yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).
- 3) Radiasi, panas yang dipancarkan dari bayi ke lingkungan yang lebih (pemindahan panas antara objek yang memiliki suhu berbeda).
- 4) Evaporasi, panas yang hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

f. Perubahan fisiologis KB

1) Kontrasepsi sederhana tanpa alat

MAL ini efektif hingga 6 bulan. Setelah 6 bulan, klien harus melanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Keuntungan kontrasepsi disini berupa; efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan), tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya (Saifuddin, 2010).

Keuntungan non kontrasepsi, dibagi untuk ibu dan untuk bayi.

Untuk Ibu mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi resiko anemia, meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi. Sedangkan untuk bayi, mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI), Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang, Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai (Saifudin, 2010).

Senggama Terputus, manfaat dari menggunakan metode ini ialah efektif bila dilaksanakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya, tidak ada efek samping, dapat digunakan setiap waktu, tidak membutuhkan biaya (Saifuddin, 2010).

Pantang Berkala (sistem berkala), manfaat dari pantang berkala dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan, tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi, tidak ada efek samping sistemik, murah tanpa biaya (Saifuddin, 2010).

2) Kontrasepsi sederhana dengan alat

Kondom, manfaat pemakaian kontrasepsi kondom efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus, metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda (Saifuddin, 2010).

Diafragma, manfaat kontrasepsi diafragma antara lain efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mengganggu kesehatan sistemik (Saifuddin, 2010).

Spermisida, manfaat kontrasepsi spermisida antara lain; efektif seketika (busa dan krim), tidak mengganggu produksi ASI, bisa digunakan sebagai pendukung metode lain, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, mudah digunakan, meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus (Saifuddin, 2010).

Jenis-jenis kontrasepsi pil diantaranya adalah :

Pil gabungan mengambil manfaat dari cara kerja kedua hormone yang mencegah kehamilan, dan hampir 100% efektif bila diminum secara teratur. Jenis – jenis pil kombinasi:

Pil khusus-progestin (pil mini), pemakaian pil dapat menimbulkan efek samping berupa perdarahan di luar haid, rasa mual, bercak hitam di pipi (hiperpigmentasi), jerawat, penyakit jamur pada liang vagina (candidiasis), nyeri kepala, dan penambahan berat badan (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

KB Suntik 1 bulan (kombinasi), keuntungan; praktis, efektif dan aman dengan tingkat keberhasilan lebih dari 99%, tidak membatasi umur, mengurangi jumlah perdarahan, mengurangi nyeri saat haid, mencegah anemia, mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, mencegah kehamilan ektopik, melindungi klien dari jenis tertentu penyakit radang panggul. Keterbatasan; di bulan-bulan pertama pemakaian terjadi mual, pendarahan berupa bercak di

antara masa haid, sakit kepala dan nyeri payudara, tidak melindungi dari IMS dan HIV AIDS, penambahan berat badan, fektivitas berkurang bila sedang menggunakan obat epilepsy (Fenitoin dan Barbiturat) atau Tuberkilosis (Rifampisin), kemungkinan keterlambatan pemulihan setelah selesai pemakaian (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

KB suntikan 3 bulan, keuntungan KB suntik 3 bulan menurunkan krisis anemia bulan sabit, mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul, sangat efektif, resiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak di perlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik. Kerugian KB suntik 3 bulan antara lain: gangguan haid, siklus haid memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, spotting, tidak haid sama sekali, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering, terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang, pada penggunaan jangka panjang dapat menurunkan densitas tulang, pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, dan jerawat (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

Kontrasepsi implant, keuntungan sangat efektif (kegagalan 0,2 - 1,0 kehamilan per 100 perempuan), daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu produksi ASI. Keterbatasan membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak mencegah infeksi menular seksual, klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efektivitas menurun bila menggunakan obat tuberkulosis atau obat epilepsy (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim), keuntungan efektivitas tinggi, 99,2-99,4% (0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama), dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang, sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan social, meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, tidak ada efek samping hormonal, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), tidak ada interaksi dengan obat-obat, membantu mencegah kehamilan ektopik. Keterbatasan; tidak mencegah Infeksi Menular Seksual (IMS), tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan, diperlukan prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvis, klien tidak dapat melepas AKDR sendiri (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

Kontrasepsi tubektomi (sterilisasi pada wanita), keuntungan efektivitasnya tinggi 99,5% (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual. Keterbatasan harus dipertimbangkan sifat permanen kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi), dilakukan oleh dokter yang terlatih (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

Kontrasepsi vasektomi, keuntungan sangat aman, tidak ditemukan efek samping jangka panjang, morbiditas dan mortalitas jarang, hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi. keterbatasan: tidak efektif segera, WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur (kurang lebih 20 kali ejakulasi), teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi (BKKBN dan Kemenkes R.I., 2012).

#### 4. Konsep Dasar Teori Sectio Secarea

##### Sectio Secarea

Istilah seksio secarea berasal dari bahasa latin caederte yang artinya memotong. Seksio sesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2009).

Angka mortalitas kasar yang dikoreksi mendapatkan risiko kematian ibu yang menyertai seksio sesarea adalah 26 kali lebih besar dari pada kelahiran pervaginam mereka mencatat peningkatan risiko kematian ibu pada pembedahan nya sendiri sebanyak sepuluh kali lipat bertambahnya penggunaan seksio sesarea untuk melindungi bayi dapat menimbulkan bahaya yang lebih besar bagi ibu (William.R, 2010).

Indikasi ibu sectio secarea, ialah:

Pertama, Plasenta Previa Totalis merupakan indikasi mutlak untuk seksio sesarea tanpa menghiraukan faktor-faktor lain nya. Plasenta Previa Parsialis pada primigravida sangat cenderung untuk seksio sesarea karena perdarahan itu biasanya disebabkan oleh plasenta previa yang lebih tinggi derajatnya (Arif.M, 2007).

Kedua, Panggul sempit tidak ada gunanya melakukan versi luar karena meskipun menjadi presentasi kepala, akhirnya perlu dilakukan seksio sesarea (William, 2010).

Ketiga, Disproporsi fetopelvik mencakup panggul sempit, fetus yang tumbuhnya terlampau besar, atau adanya ketidakseimbangan relatif antara ukuran bayidan ukuran pelvis yang ikut menimbulkan masalah disproporsi adalah bentuk pelvis, presentasi fetus serta kemampuannya untuk moulage dan masuk panggul, kemampuan berdilatasi pada servik dan efektifan kontraksi uterus (William.R, 2010).

Keempat, Ruptura uteri mengancam pada persalinan dengan ruptura uteri harus dilakukan dengan cermat khususnya pada persalinan dengan kemungkinan distosia dan pada persalinan wanita yang pernah mengalami seksio sesarea atau pembedahan lain pada utererus sebelumnya. Karena adanya bahaya yang lebih besar maka pengakhiran kehamilam dengan ruptura uteri mengancam perlu ditangani dengan seksia sesarea (William.R, 2010).

Kelima, Persalinan yang berlangsung lebih lama dari 24 jam digolongkan sebagai persalinan lama menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun janin, dapat menyebabkan atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, gawat janin dan kematian perinatal maka dari itu perlu segera dilakukan seksio sesarea untuk penanganan (William.R, 2010).

Keenam, pada Preeklamsia berat persalinan harus terjadi dalam 24 jam sejak gejala eklamsia timbul. Telah diketahui bahwa kehamilan dengan preeklamsia dapat mengancam janin atau persalinan tidak dapat terjadi dengan bahaya hipoksia dan pada persalinan bahaya ini semakin besar. Pada gawat janin dalam kala I diperlukan tindakan seksio sesarea segera (Saifuddin.AB, 2010).

Ketujuh, pada Distosia serviks primer penanganannya adalah pengawasan persalinan secara seksama dirumah sakit. Sedangkan pada distosia serviks sekunder penanganannya harus segera dilakukan seksio sesarea sebelum jaringan parut serviks yang dapat menjaral keatas sampai segmen bawah uterus (William.R, 2010).

Kedelapan, pada wanita yang pernah mengalami seksio sesarea sebelumnya biasanya kembali mengalami hal yang sama pada kehamilan dan persalinan berikutnya, hal ini disebabkan karena mengingat adanya bahaya rupture uteri karena seksio sesarea sebelumnya. Namun wanita yang pernah mengalami seksio sesarea sebelumnya dapat diperbolehkan untuk bersalin pervaginam kecuali karena adanya kesempitan panggul (William.R, 2010).

Indikasi janin, ialah :

Yang pertama ialah Gawat Janin, tindakan operasi dilakukan pada kasus gawat janin dalam rahim, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, kematian janin dalam rahim, tali pusat janin menumbung. Pada kehamilan dan persalinan kala I yang dapat menyebabkan gawat janin harus segera dilakukan seksio sesarea (Manuaba, 2002).

Kedua, Malpresentasi janin terdapat letak lintang, letak sungsang, presentasi dahi, presentasi muka, gameli (William.R, 2010).

Dalam praktek obstetri modern pada hakikatnya tidak terdapat kontra indikasi, meskipun demikian perlu di ingat bahwa seksio sesarea dilakukan untuk menyelamatkan ibu maupun janin, oleh sebab itu seksio

sesarea dilakukan hanya dalam keadaan bila ada indikasi (Cunningham, 2008).

## 5. Kebutuhan Kesehatan pada Ibu Hamil, Persalinan dan BBL, Nifas, Neonatus, serta KB

### a. Kebutuhan kesehatan pada ibu hamil TM III

Kunjungan ANC, jumlah standar kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kehamilan menurut Syafrudin (2009) Trimester I: Minimal satu kali kunjungan pada, Trimester II: Minimal satu kali kunjungan pada, Trimester III: Minimal dua kali kunjungan.

Semua wanita hamil harus menerima suplemen zat besi dalam bentuk zat besi ferro 30-60 mg per hari (150 mg ferro sulfat, 300 mg ferro glukonat, atau 100 mg ferro fumarat), asam folat 0,6 mg, kalsium 1000 mg, Vitamin A (6000 IU), Vitamin C 80 mg, dan Vitamin D 4 mcg selama trimester kedua dan ketiga (Varney, 2007), dan cairan paling sedikit 8 gelas berukuran 250 ml/hari, selain itu kebutuhan cairan ekstra juga membantu melembutkan kulit, mengurangi kemungkinan konstipasi, mengeluarkan racun dan produksi sisa dari tubuh, mengurangi pembengkakan yang berlebihan dan mengurangi resiko ISK (Heidi, 2010).

Pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan ibu merasa cepat lapar. Memasuki bulan ke-7, semua anggota badan bayi sudah terbentuk. Ibu hamil perlu ekstra hati-hati karena bayi dapat lahir sebagai bayi prematur. Makanan sehat untuk ibu hamil di trimester terakhir ini terus harus dijaga agar cukup, karena perkembangan bayi pada masa ini sangat pesat. Bila pada trimester kedua dibutuhkan tambahan kalori sekitar 350 kalori per hari, pada trimester terakhir ini dibutuhkan tambahan sekitar 450 kalori per hari. Pastikan omega 3 tetap dikonsumsi terus pada masa ini, karena bulan ke-7 hingga bayi lahir, otaknya terus berkembang dengan pesat. Begitu pula konsumsi Kalsium harus terus dipantau agar cukup setiap hari. Dalam menyusun menu makanan sehat untuk ibu hamil, sisipkan makanan mengandung omega

3 dan kalsium dalam beberapa kali makan supaya dapat dikonsumsi dalam jumlah yang cukup (Romauli, 2011).

Personal *hygiene* adalah kebersihan yang dilakukan untuk diri sendiri. Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor banyak mengandung kuman-kuman (Romauli, 2011).

Perubahan hormonal mempengaruhi aktivitas usus halus dan besar, sehingga buang air besar mengalami obstipasi (sembelit). Sembelit dapat terjadi secara mekanik yang disebabkan karena menurunnya gerakan ibu hamil, untuk mengatasi sembelit dianjurkan untuk meningkatkan gerak, banyak makan makanan berserat (sayur dan buah-buahan). Sembelit dapat menambah gangguan wasir menjadi lebih (Romauli, 2011).

Wanita hamil dapat tetap melakukan hubungan seksual dengan suaminya sepanjang hubungan seksual tersebut tidak mengganggu kehamilan. Ada beberapa tips untuk wanita hamil yang ingin berhubungan seksual dengan suaminya, pilih posisi yang nyaman dan tidak menyebabkan nyeri bagi wanita hamil, gunakan kondom karena prostaglandin yang terdapat dalam semen bisa menyebabkan kontraksi, dan lakukan dalam frekuensi yang wajar, 2-3 kali (Romauli, 2011).

Pertumbuhan rahim yang membesar akan menyebabkan peregangan ligamen-ligamen atau otot-otot sehingga pergerakan ibu hamil menjadi terbatas dan kadang kala menimbulkan rasa nyeri. Mobilisasi dan bodi mekanik untuk ibu hamil harus memperhatikan cara-cara yang benar seperti melakukan latihan/ senam hamil agar otot-otot tidak kaku, jangan melakukan gerakan tiba-tiba/ spontan, jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat benda, dan apabila bangun tidur, miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur (Romauli, 2011).

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. tidur malam sekitar 8 jam/ istirahat/ tidur siang  $\pm$  1 jam (Romauli, 2011).

Kehamilan bukan saat untuk memakai program imunisasi terhadap berbagai penyakit yang dapat dicegah. Hal ini karena kemungkinan adanya akibat yang membahayakan janin. Imunisasi harus diberikan pada wanita hamil hanya imunisasi TT untuk mencegah kemungkinan tetanus neonatorum. Imunisasi TT harus diberikan sebanyak 2 kali, dengan jarak waktu TT1 dan TT2 minimal 1 bulan, dan ibu hamil harus sudah diimunisasi lengkap pada umur kehamilan 8 bulan (Romauli, 2011).

Proses melahirkan harus dipersiapkan dengan kesiapan mental ibu, latihan yang mendukung fisik, pernapasan dan latihan mengejan pada ibu hamil, mempersiapkan transportasi, pakaian ibu, pakaian bayi, mempersiapkan kantong darah untuk mengantisipasi kekurangan darah pada saat proses persalinan, menyiapkan tabungan untuk persalinan, dan menjaga kebersihan diri (Kemenkes RI, 2010).

Tanda bahaya kehamilan, yaitu:

Ibu hamil mengalami perdarahan atau mengeluarkan bercak darah terus menerus dari jalan lahir, baik itu pada usia kehamilan muda maupun tua, bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala atau bahkan kejang-kejang, demam atau panas tinggi. (saat Demam Tinggi Ibu Hamil tidak disarankan minum obat penurun panas, sebaiknya cukup diberikan air putih), air ketuban keluar sebelum waktunya, sehingga dapat memicu terjadi infeksi pada janin, gerakan Bayi dalam kandungan berkurang atau tidak bergerak, sama sekali. (seorang ibu bisa merasakan gerakan janin kurang lebih 10 X dalam 12 jam), ibu Hamil muntah terus menerus dan tidak bisa makan sama sekali, batuk lama dan menyebabkan kondisi tubuh ibu hamil melemah, jantung berdebar-debar tanpa sebab yang jelas (tidak sedang mengkonsumsi obat), gatal-gatal pada kemaluan dan keluar keputihan yang berlebih, ibu Hamil mengalami cedera atau trauma pada daerah perut, yang disebabkan karena jatuh atau akibat kekerasan (Kemenkes RI, 2010).

Tanda-tanda persalinan, yaitu:

Rasa sakit pada daerah panggul dan tulang belakang, rasa nyeri pada daerah selangkangan, rasa sakit pada daerah perut, keluarnya lendir yang bercampur dengan darah, terjadinya kontraksi, perubahan

Bentuk Tubuh (Fisik), gerakan bayi sedikit melambat, menggigil, nafsu makan bertambah, beban perut akan terasa ringan berbeda dengan sebelumnya (Kemenkes RI, 2010).

Berbagai macam jenis olahraga tubuh bagi ibu hamil, yang paling sesuai dan cocok adalah senam ibu hamil. Jenis olahraga ini akan disesuaikan dengan perubahan bentuk fisik pada tubuh seperti halnya perubahan organ genital, posisi perut yang semakin besar, dan perubahan yang lainnya. Sehingga dengan melakukan senam untuk ibu yang sedang hamil ini, seorang ibu yang hamil akan bisa menjaga kesehatan pada tubuh serta janin yang ada di kandungannya secara optimal. Gerakan untuk senam hamil ini akan melatih gerakan dalam mempersiapkan tubuh, baik secara fisik maupun mental. Dan senam hamil ini juga akan bisa digunakan sebagai terapi untuk melatih proses persalinan cepat, spontan dan aman. Waktu yang tepat untuk melakukan gerakan senam ibu hamil adalah saat ibu mengandung di usia 6 bulan ke atas (Manuaba, 2010).

Berikut ini beberapa gerakan dalam senam ibu hamil:

Duduk bersila saat senam ibu hamil, posisi berbaring untuk senam hamil, posisi merangkak pada senam hamil, posisi berbaring miring saat senam ibu hamil, posisi berbaring terlentang pada senam hamil (Manuaba, 2010).

- b. Kebutuhan kesehatan pada ibu bersalin per kala persalinan dibagi menjadi:

Kala I Menurut Varney, (2008) kebutuhan dasar pada ibu bersalin dalam bentuk dukungan dan upaya menyamakan bisa ditunjukkan dengan cara sebagai berikut : wanita harus mengambil posisi apapun yang membuatnya nyaman. Posisi ini bisa berubah, kadang-kadang sering berubah, dapat di tempat tidur atau di luar tempat tidur, berdiri, berjalan, duduk, pada atau di atas birthing ball, mengayun, berjongkok, berlutut, posisi tangan dan lutut, lutut dada atau pada posisi terlentang atau lateral (kanan atau kiri). Pengaturan posisi di tempat tidur mencakup mengatur letak bantal, guling selimut atau handuk, atau mengatur strategi letak benda-benda ini untuk meningkatkan relaksasi, mengurangi ketegangan otot, dan menghilangkan titik-titik tekanan. Hal ini dapat dilakukan setiap posisi yang dianggap wanita nyaman,

Latihan merelaksasi. Ada 3 jenis latihan relaksasi yang dapat membantu wanita bersalin:

1) Relaksasi progresif

Relaksasi jenis ini harus dipraktikkan selama periode antepartum sehingga seorang wanita dapat dengan cepat memerintah dirinya relaksasi otot-ototnya, jika diperlukan, memperoleh kesempatan tidur singkat diantara kontraksi (Varney, 2008).

2) Relaksasi terkendali

Relaksasi ini harus dipraktikkan selama periode antepartum sehingga wanita dapat menggunakannya secara efektif selama persalinan. Latihan dilakukan dengan mengupayakan sekelompok otot yang lain berelaksasi, hal ini mirip dengan yang terjadi pada persalinan, yaitu uterus berkontraksi dengan kuat dan diharapkan kelompok otot lain tidak ikut menjadi tegang sebagai respon terhadap kontraksi (Varney, 2008).

3) Mengambil dan mengeluarkan nafas dalam setelah masing-masing kontraksi relaksasi ini dapat diajarkan ketika seorang wanita berada pada persalinan aktif, wanita mengambil nafas dalam dan kemudian mengeluarkan semuanya dengan "satu hembusan kuat" setelah kontraksi selesai. teknik ini berfungsi ganda, tidak hanya meningkatkan relaksasi, tetapi juga berfungsi memersihkan jalan nafas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi selama kontraksi atau untuk memutus pola nafas pada saat yang sama (Varney, 2008).

Latihan bernafas, pernafasan perut efektif untuk dua alasan: setengah manfaat tersebut bersifat psikologis karena bernafas memberinya fokus lain untuk mengalihkan konsentrasinya, dan setengah manfaat lain bersifat psikologis karena bernafas mengangkat dinding abdomen kearah atas, lepas dari uterus yang berkontraksi sehingga mengurangi tekanan sekaligus nyeri (Varney, 2008).

Mencegah kelelahan dan mengupayakan istirahat diantara kontraksi merupakan upaya mendukung dan meningkatkan kenyamanan yang lain, menjaga privasi ibu, merupakan hak ibu bersalin, karena setiap ibu

berhak mengetahui kemajuan perkembangan persalinan dan kondisi anaknya (Varney, 2008).

Setiap prosedur harus dijelaskan dan wanita harus diminta persetujuan sebelum suatu prosedur dilakukan, menjaga kebersihan, mandi berendam, merawat mulut, usap punggung menyeluruh yaitu dimana punggung ibu diusap secara menyeluruh (Varney, 2008).

SWP adalah air steril yang disuntikkan secara intradermal di empat area pada area lumbosakral bawah punggung. Manfaatnya yaitu ibu mengalami sensasi sangat yang kuat selama kurang lebih 30 sampai 90 detik, selama disuntik dan terbukti setelah itu banyak wanita yang merasa nyeri punggungnya mereda, kompres panas/dingin pada punggung bawah, usapan pada abdomen, kandung kemih yang kosong, pengobatan, dukungan selama pemeriksaan dalam, menghilangkan keram pada tungkai, Sentuhan fisik merupakan cara menunjukkan perhatian pada ibu, memberi kenyamanan pada ibu, kepedulian dan dapat menenangkan, dan menenangkan ibu hingga ibu merasa nyaman dalam menghadapi persalinannya (Varney, 2008)

Kehadiran orang terdekat merupakan dukungan terpenting dalam menghadapi persalinannya karena kehadiran orang terdekat atau keluarga merupakan adanya dukungan dan kekuatan tersendiri pada ibu (Varney, 2008).

Kala II, Menurut Prawirohardjo (2010) peran bidan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi/perasaan maupun fisik, seperti: memberi dukungan terus menerus kepada ibu dengan mendampingi ibu agar merasa nyaman dan menawarkan minum, mengipasi, dan memijati ibu. Menjaga kebersihan diri, kenyamanan bagi ibu.

Menurut Lesser dan Kaene dalam buku midwifery oleh Varney (2008) menyatakan bahwa kebutuhan ibu selama persalinan antara lain, perawatan tubuh, pendamping oleh keluarga, bebas dari rasa nyeri persalinan, penghormatan akan budaya, dan informasi tentang diri dan janinnya.

Asuhan tubuh artinya metode sentuhan oleh pendamping persalinan, misalnya: mengusap muka dengan waslap lembab, memperhatikan kebersihan tubuh, memperhatikan kebersihan pada

vulva, agar ibu nyaman pada pemberian nutrisi. Kebutuhan dasar pada ibu bersalin kala III, istirahat, makan dan minum, menyusui bayi, bonding attachment (Varney, 2008).

Kebutuhan dasar ibu bersalin kala IV, membersihkan ibu setelah melahirkan adalah cara pemberian kenyamanan pada ibu, memeriksa TTV, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal, membantu ibu berkemih, mengajarkan ibu dan keluarga tentang cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus, menjelaskan asuhan BBL pada ibu, mengajarkan ibu dan keluarga tanda bahaya post partum, seperti perdarahan demam, bau busuk pada vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan kontraksi hebat, pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi, pendamping pada ibu selama kala IV, nutrisi dan dukungan emosional.

c. Kebutuhan kesehatan BBL

Kehilangan panas dapat terjadi dengan cepat pada bayi baru lahir, khususnya jika bayi ditelanjangi untuk memeriksa kulitnya. Bayi agar tetap terjaga kehangatannya khususnya dalam lingkungan yang berhawa dingin dengan membungkusnya, menggunakan lampu pemanas atau alat pengatur suhu ruangan. Jika dibungkus mungkin diperlukan lembaran bahan plastik bergelembung atau aluminium foil yang bisa dilapiskan diluar selimut. Namun demikian, jika udaranya panas, bayi dapat dibungkus dengan selimut saja. Hal penting yang tidak boleh dilupakan adalah bahwa tempat paling hangat bagi bayi terletak dalam pelukan ibunya (Rukiah dan Yulianti, 2010).

Tali pusat diklem kurang lebih 3-5 cm dari dinding perut dan kemudian dipotong sedikitnya 1 cm di atas klem. Pada sebagian rumah sakit, tali pusat diikat terlebih dahulu sebelum dipotong. Pemotongan dilakukan 1-3 menit setelah bayi baru lahir (Rukiah dan Yulianti, 2010).

Pemeriksaan pendahuluan dilakukan dengan cepat dan sesegera mungkin sehingga setiap hasilnya dapat ditangani dengan segera. Pemeriksaan ini mencari: warna kulit, frekuensi jantung dan tonus otot yang memuaskan, keberadaan refleks-refleks, khususnya refleks moro, keberadaan dan normalitas ubun-ubun, mata, palatum durum dan mole, abnormalitas yang tampak jelas pada genetalia eksterna, gerakan normal pada ekstremitas dan jari-jari tangan (Rukiah dan Yulianti, 2010).

IMD didefinisikan sebagai proses membiarkan bayi menyusu sendiri setelah kelahiran. Bayi diletakkan di dada ibunya dan bayi itu sendiri berupaya untuk mencari puting dan segera menyusu. Jangka waktunya adalah sesegera mungkin setelah melahirkan. IMD sangat penting tidak hanya untuk bayi, namun juga bagi si ibu. Dengan demikian, sekitar 22% angka kematian bayi setelah lahir pada 1 bulan pertama dapat ditekan (Rukiah dan Yulianti, 2010).

Bayi disusui selama 1 jam atau lebih di dada ibunya segera setelah lahir. Hal tersebut juga penting dalam menjaga produktivitas ASI. Isapan bayi penting dalam meningkatkan kadar hormon prolaktin, yaitu hormon yang merangsang kelenjar susu untuk memproduksi ASI. Isapan itu akan meningkatkan produksi susu menjadi 2 kali lipat (Rukiah dan Yulianti, 2010).

Bayi baru lahir harus mendapat profilaksis mata terhadap infeksi yang di sebabkan oleh gonore dan klamidia. Pelindung mata terbaik terhadap gonore dan klamidia ialah salep eritromisin 0,5% atau tetes mata fenicol 0,5% dan yang menyebar dari kantung dalam ke kantung luar mata (Rukiah dan Yulianti, 2010).

Penyuntikan vitamin K secara intramuskular dapat dilakukan pada bayi baru lahir yang normal sebagai tindakan pencegahan terhadap kecenderungan perdarahan (penyakit hemoragik neonatal). Sumber alami vitamin K, yaitu sintesis dalam usus besar, belum terbentuk sampai aktivitas sistem pencernaan bayi bekerja sesudah mendapatkan ASI. Diperlukan waktu sampai 8 hari sebelum bayi mempunyai kemampuan pembekuan darah yang baik. Dosis vitamin K yang lazim diberikan adalah Neo K (1 mg) diberikan menurut ukuran bayinya. Sejumlah dokter anak kini meragukan nilai dan keharusan pemberian vitamin K secara rutin (khususnya dengan penyuntikan intramuskular) bagi bayi matur yang normal dengan proses kelahiran yang tidak disertai komplikasi yang tidak disertai komplikasi dan tidak dibantu. Manifestasi klinis penyakit hemoragi meliputi perdarahan pada saluran cerna, kulit dan area sirkumsisi (Rukiah dan Yulianti, 2010).

Setiap rumah sakit memiliki cara tersendiri dalam prosedur identifikasi bagi bayi-bayi yang lahir, namun semua rumah sakit harus mematuhi peraturan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan.

Biasanya dibuat dua buah pita identifikasi, yang satu ditalikan pada pergelangan tangan sementara satunya lagi pada pergelangan kaki. Pada beberapa Negara, leher bayi dikalungi dengan kalung identifikasi atau bagian telapak kaki distempel dengan tinta yang tidak terhapus. Pita identifikasi harus dipasang sebelum bayi meninggalkan kamar bersalin. Jika hal ini tidak mungkin dilakukan, pemasangan pita identifikasi harus dikerjakan begitu terdapat kesempatan. Bayi tidak diperbolehkan meninggalkan ibunya tanpa dipasang pita identifikasi. Pita identifikasi diperlihatkan pada ibunya dan ibu diminta membacanya serta setuju bahwa nama bayi yang dituliskan itu sudah benar sebelum dipasang (Rukiah dan Yulianti, 2010).

Urine dan mekonium dapat diekskresikan pada saat lahir atau segera sesudahnya, Lakukan bila bayi terdapat indikasi khusus. Peralatan suction dan oksigen diperiksa sebelum digunakan untuk setiap persalinan. Pengisapan orofaring kini sudah tidak dilakukan secara rutin kecuali jika cairan amnion mengandung bercak mekonium. Pada kasus-kasus tersebut, saluran napas bayi harus dibersihkan dengan aspirasi mulut dan faring perlahan-lahan tetapi sampai bersih sebelum bayi menarik napas pertama. Mekonium yang terhirup dapat menyebabkan iritasi paru dan gangguan respirasi yang berat. Pemberian oksigen lewat kateter intranasal tidak dilakukan secara rutin, tetapi diperlukan kalau warna kulit bayi tidak berubah menjadi normal dalam waktu 3 menit setelah dilahirkan (Rukiah dan Yulianti, 2010).

d. **Kebutuhan kesehatan pada nifas**

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih seperti ke keadaan sebelum hamil. Untuk membantu mempercepat proses penyembuhan pada masa nifas, maka ibu nifas membutuhkan pendidikan kesehatan/*health education* seperti personal hygiene, istirahat dan tidur, pendidikan pola seksual dan latihan senam nifas (Ambarwati, 2009).

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit. Walau caranya sederhana dan mudah, banyak ibu yang ragu-ragu membersihkan daerah vaginanya di masa nifas.

Beberapa alasan yang sering dikeluhkan adalah takut sakit atau khawatir jahitan di antara anus dan vagina akan robek, padahal ini jelas tidak benar. Jahitan yang dilakukan pascapersalinan oleh dokter, tidak mudah lepas. Memang jahitan tersebut baru akan diserap tubuh dalam waktu lima sampai tujuh hari. Jadi beberapa hari setelah melahirkan masih terasa bila tersentuh namun tidak mudah lepas (Ambarwati, 2009).

Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Bersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau besar. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi (Ambarwati, 2009).

Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kemaluannya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Ambarwati, 2009).

Seorang wanita yang dalam masa nifas dan menyusui memerlukan waktu lebih banyak untuk istirahat karena sedang dalam proses penyembuhan, terutama organ-organ reproduksi dan untuk kebutuhan menyusui bayinya. Bayi biasanya terjaga saat malam hari. Hal ini akan mengubah pola istirahat ibu. Oleh karena itu, ibu dianjurkan istirahat (tidur) saat bayi sedang tidur. Ibu dianjurkan untuk menyesuaikan jadwalnya dengan jadwal bayi dan mengejar kesempatan untuk istirahat. Jika ibu kurang istirahat akan mengakibatkan berkurangnya jumlah produksi ASI, memperlambat proses involusi, memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi, dan menimbulkan rasa ketidakmampuan merawat bayi (Bahiyatun, 2009).

Kebutuhan seksual sering menjadi perhatian ibu dan keluarga. Diskusikan hal ini sejak mulai hamil dan diulang pada postpartum berdasarkan budaya dan kepercayaan ibu dan keluarga. Seksualitas ibu dipengaruhi oleh derajat rupture perineum dan penurunan kadar hormone steroid setelah persalinan. Keinginan seksual ibu menurun karena kadar hormone rendah, adaptasi peran baru, kelelahan (kurang istirahat dan tidur). Penggunaan kontrasepsi (ovulasi terjadi pada kurang lebih 6 minggu) diperlukan karena kembalinya masa subur yang tidak dapat diprediksi. Menstruasi ibu terjadi pada kurang lebih 9 minggu pada ibu yang tidak menyusui dan kurang lebih 30-36 minggu atau 4-18 bulan pada ibu yang menyusui. (Bahiyatun, 2009).

Menurut Bahiyatun (2009) hal-hal yang mempengaruhi seksual pada masa nifas, yaitu:

- 1) Intensitas respon seksual berkurang karena perubahan faal tubuh. Tubuh menjadi tidak atau belum sensitive seperti semula.
- 2) Rasa lelah akibat menyusui bayi mengalihkan minat untuk bernesraan.
- 3) *Bounding* dengan bayi menguras semua cinta kasih, sehingga waktu tidak tersisa untuk pasangan.
- 4) Kehadiran bayi di kamar yang sama membuat ibu tidak nyaman berhibungan intim.
- 5) Pada minggu pertama setelah persalinan, hormone estrogen menurun yang mempengaruhi sel-sel penyekresi cairan pelumas vagina alamiah yang berkurang. Hal ini menimbulkan rasa sikit bila berhubungan seksual. Untuk itu, diperlukan pelumas atau rubrikan.
- 6) Ibu mengalami *let down* ASI, sehingga respon terhadap orgasme yang dirasakan sebagai rangsangan seksual pada saat menyusui. Respon fisiologis ini dapat menekan ibu, kecuali mereka memahami bahwa hal tersebut adalah normal.

e. Kebutuhan kesehatan pada neonatus

Perawatan umbilikus dimulai segera setelah lahir. Tali pusat harus tetap kering dan akan putus dalam waktu 2 minggu. Orangtua harus menghubungi bidan/tenaga kesehatan terdekat jika tali pusat mengeluarkan pus atau jika muncul garis kemerahan pada abdomen dekat umbilikus. Perawatan kulit yang ditutup oleh popok sangat penting

jika ingin mencegah terjadinya ruam popok. Perawatan kulit harus dimulai dengan mengganti popok secara teratur dan dengan membersihkan kulit secara seksama dengan menggunakan sabun dan air atau sebuah lap popok. Bayi tidak dapat mengeluarkan keringat dengan efektif, gejala utama jika bayi kepanasan adalah kulit menjadi merah, iritabilitas, dan tubuh hangat. Akhirnya bayi yang sangat kepanasan akan mengalami letargi. Rata-rata jumlah makanan yang diberikan kepada bayi cukup bulan selama 2 minggu pertama ialah 30-60 mililiter setiap 2-3 jam. Jika berat badan bayi bertambah, bayi dapat dibiarkan tidur dalam waktu yang lebih lama (khususnya pada malam hari) (Varney, 2008).

Perawatan neonatus :

Metode yang dipilih ibu untuk memberi susu kepada bayinya harus dihargai oleh semua yang terlibat dan ibu harus didukung dalam upayanya untuk memberikan susu kepada bayinya. Akan tetapi, manfaat ASI untuk semua bayi, terutama bayi prematur dan bayi sakit diketahui dengan baik (Sodikin, 2009).

Untuk membantu ibu dan memastikan informasi yang akurat diberikan, bidan harus memahami fisiologis payudara dan proses laktasi dan ejsi susu. Biasanya kalkulasi kebutuhan cairan dan kalori tidak diperlukan pada bayi cukup bulan yang sehat, terutama untuk bayi yang mendapat ASI. Pengkajian mengenai apakah bayi mendapatkan kebutuhannya dengan cukup diperkirakan dengan seberapa baik bayi menoleransi volume susu, seberapa sering bayi minum susu, apakah haluan feses dan urinya normal, apakah bayi menjadi tenang untuk tidur setelah minum susu dan bangun untuk minum susu berikutnya (Sodikin, 2009).

Kebutuhan cairan pada tiap bayi berbeda. Pada umumnya cairan yang diberikan pada hari pertama 60 ml/kg BB dan setiap hari ditambah sehingga pada hari ke-14 dicapai 200 ml/Kg BB sehari. ASI adalah cairan terbaik dalam memenuhi nutrisi dan cairan bayi baru lahir, bayi disusui segera setelah lahir, menyusui bayi dapat dilakukan setiap 4 jam atau sesuai dengan keinginan bayi (lebih dianjurkan) pada payudara kiri dan kanan secara bergantian.

Bila memerlukan susu tambahan maka perlu mempertimbangkan: jumlah yg tepat, hygiene dan steril, serta susu harus hangat (Sodikin, 2009).

Bayi berkemih 7-10 kali sehari. BAB paling tidak 1 kali sehari, Feses yang pertama adalah meconium, feses peralihan berwarna kuning gelap berangsur kuning normal. Feses bayi yang diberi ASI : lunak berwarna kuning, tidak berbentuk dan tidak berbau. Feses bayi yg diberi susu formula : lebih keras, berwarna kuning, hijau pucat dan berbau (Sodikin, 2009).

Pada malam hari kira-kira tidur 8 – 10 jam/hari. Bayi lebih banyak tidur 60 %.. Setiap kali popok basah / kotor daerah pantat dan lipat paha di basuh dan dikeringkan. Dapat di berikan vaselin, minyak telon atau lotion. Bayi dimandikan 1- 2 kali sehari , sebaiknya dimandikan sebelum disusui. Tujuan memandikan bayi adalah membersihkan kulit tubuh bayi, merangsang peredaran darah bayi, mencegah terjadinya infeksi pada tali pusat dan dapat memberikan rasa nyaman dan segar (Sodikin, 2009).

Hal-hal yg harus diperhatikan pada saat memandikan bayi antara lain: Kedaaan umum bayi baik, usahakan bayi tidak kedinginan, semua peralatan yang diperlukan harus dapat berada dekat bidan sehingga mudah dicapai, waktu penggunaan sampho atau sabun jangan sampai kena mata, suhu air sesuai dengan suhu tubuh, waktu memandikan bayi baru lahir adalah 6 jam setelah bayi lahir, handuk dipakai untuk bayi tidak digunakan untuk anggota keluarga lain, keamanan, kuku panjang dapat menyebabkan luka garukan pada kulit bayi yang sangat sensitif terutama di wajah : infeksi. Kuku sebaiknya dipotong atau diberi sarung tangan (Sodikin, 2009).

Pakaian dapat menjadi pembawa kuman, pakaian dan selimut harus dicuci dahulu lalu distrika, pakai baru harus dapat dicuci dahulu.

Mencegah kecelakaan: jangan sekali-kali meninggalkan bayi tanpa ada yg menunggu, jangan sekali-kali meninggalkan bayi dalam air, atau di tempat tidur, kursi atau meja, hindari pemberian apapun pada mulut bayi selain ASI, dapat tersedak (Sodikin, 2009).

f. Kebutuhan kesehatan pada KB

KB pil menurut Saifuddin (2010), pil adalah obat pencegah kehamilan yang diminum. Pil telah diperkenalkan sejak 1960. Pil diperuntukkan bagi wanita yang tidak hamil dan menginginkan cara pencegah kehamilan sementara yang paling efektif bila diminum secara teratur. Minum pil dapat dimulai segera sesudah terjadinya keguguran, setelah menstruasi, atau pada masa post-partum.

Jenis KB pil terdapat 3 macam, yaitu : pertama pil monofasik; pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, kedua pil bifasik; pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, ketiga trifasik; pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (Saifuddin, 2010).

Keuntungannya ialah; efektif jika diminum setiap hari di waktu yang sama (0,05-5 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama), tidak diperlukan pemeriksaan panggul, tidak mempengaruhi ASI, tidak mempengaruhi hubungan seksual, kembalinya fertilitas segera jika pemakaian di hentikan, mudah digunakan dan nyaman, efek samping kecil (Saifuddin, 2010).

Keterbatasannya ialah: harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar, resiko kehamilan ektopik, tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil, efektivitas menjadi lebih rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi, tidak mencegah IMS (Saifuddin, 2010).

## B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

### 1. Konsep dasar asuhan kebidanan pada kehamilan normal

#### a. Pengkajian

##### 1) Data subjektif meliputi:

Nama : Untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011).

Umur : <16 tahun atau >35 tahun  
Berdasarkan Skor Dr. Sri Puji Roechjati kehamilan yang terlalu muda yaitu < 16 tahun dan terlalu tua >35 tahun (Varney, 2008).

Suku : Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu.

Agama : Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan Penderita (Romauli, 2011).

Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat intelektual (Romauli, 2011).

Pekerjaan : Untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai (Romauli, 2011).

Alamat : Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita (Romauli, 2011).

##### a) Alasan datang periksa :

(1) Alasan kunjungan

(2) Keluhan utama

##### b) Riwayat kesehatan klien :

##### (1) Riwayat kesehatan sekarang:

Menurut Varney (2006) riwayat kehamilan saat ini dikaji untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan, dan setiap keluhan seputar kehamilan yang dialami klien sejak haid terakhir (HPHT).

(a) Kapan pertama kali ibu mengetahui kehamilannya?

- (b) Sejak usia kandungan berapa ibu memeriksakan kehamilannya?
- (c) Keluhan apa saja yang dirasakan sejak awal kehamilan?
- (d) Keluhan apa saja yang dirasakan tiap trimester?
- (e) Kapan dirasakannya pergerakan anak pertama kali (Quickening)?
- (f) Berapa kali telah melakukan pemeriksaan kehamilan?
- (g) Apa saja pendidikan kesehatan yang sudah didapatkan, Imunisasi apa saja dan berapa kali telah mendapatkan imunisasi TT ?
- (h) Apakah ibu rutin minum tablet Fe 1 kali sehari?

c) Riwayat kesehatan lalu :

Mengkaji riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita klien dapat mempengaruhi atau memperberat/diperberat oleh kehamilannya. perlu pengkajian tentang riwayat penyakit menular, menurun dan menahun pada klien.

- (1) Riwayat penyakit menular
- (2) Riwayat penyakit Sistemik

d) Riwayat kesehatan keluarga

mengkaji riwayat penyakit sistemik, menular, bila dalam keluarga ada riwayat kehamilan kembar (Syafrudin, 2009).

e) Riwayat menstruasi

HPHT Riwayat siklus, lama, dan jumlah menstruasi klien.

## f) Riwayat obstetri

Riwayat Obstetri	Keterangan
Anak	<p><b>Kehamilan</b></p> <p>Pada wanita yang paritasnya lebih dari 3 ada kecenderungan mempunyai risiko sebesar 4 kali lebih besar untuk melahirkan bayi prematur bila dibandingkan dengan wanita yang paritasnya kurang dari 3 (Agustina, 2006)</p>
UK	<p>Usia gestasi saat bayi yang terdahulu lahir harus diketahui karena kelahiran preterm cenderung terjadi lagi (Romauli, 2011)</p>
Penyulit	<p>Komplikasi/penyulit yang terkait dalam kehamilan lalu harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang (Romauli, 2011).</p>
Jenis	<p><b>Persalinan</b></p> <p>Jenis persalinan/tipe persalinan harus diketahui apakah pervaginam, melalui bedah sesar, dibantu forsep atau vakum (Romauli, 2011).</p>
Penolong	<p>Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu dan bayi (Pusat Komunikasi Publik Sekjen Depkes, 2010).</p>
Tempat	<p>Tempat melahirkan harus direncanakan sebelum waktu persalinan (Varney, 2007).</p>
Penyulit	<p>Pada multigravida bila persalinan yang lalu dijumpai keadaan:            Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan prematurus, IUFD, persalinan dengan tindakan operasi, persalinan berlangsung lama (&gt;24 jam), dan kehamilan lewat waktu maka dapat disimpulkan bahwa kehamilan saat ini mempunyai resiko yang lebih tinggi (Manuaba, 2007).</p>
JK	<p>Dengan membicarakan jenis kelamin bayi terdahulu, klinis memiliki kesempatan untuk menanyai klien (Romauli, 2011).</p>
BB/PB	<p>Berat lahir bayi sangat penting unruk mengidentifikasi apakah bayi kecil atau bayi</p>

Riwayat Obstetri	Keterangan
Hidup/ Mati	besar. Keguguran juga lebih mungkin terjadi pada wanita yang pernah melahirkan bayi yang sudah meninggal pada usia kehamilan 4-8 minggu atau pernah melahirkan bayi prematur.
Abnormalitas	Riwayat kelainan konginetal anak sebelumnya

g) Riwayat kontrasepsi

Riwayat penggunaan kontrasepsi, meliputi jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, lama pemakaian dan jarak antara pemakaian terakhir dengan kehamilan.

h) Riwayat psikososiodukultural spiritual

(1) Psikologis :

(a) Riwayat pernikahan :

Pernikahan keberapa, lama menikah, status pernikahan sah/tidak. Untuk membantu menunjukkan keadaan alat kelamin ibu (Sastrawinata, 2005).

(b) Kehamilan ini direncanakan atau tidak

Bagaimana respon klien dan keluarga terhadap kehamilan.

(c) Respon klien dan keluarga terhadap kehamilan

(d) Psikologis ibu menghadap kehamilan

(2) Sosial

Berhubungan dengan penerimaan keluarga terhadap kondisi ibu saat ini.

(3) Kultural

Adat istiadat yang dapat merugikan yang akan dilakukan oleh ibu dan keluarga saat kehamilan

(4) Spiritual

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

Kesadaran : Composmentis

- (1) Tanda Vital :
- (a) TD : 110/70-120/80 mmHg
  - (b) Nadi : 60-100 x/menit (Salmah, 2006)
  - (c) Pernapasan : 16-20 x/menit (Salmah, 2006)
  - (d) Suhu : 36,5-37,5°C (Salmah, 2006)

- (2) Antropometri :
- (a) Tinggi Badan : >145 cm
  - (b) Berat badan sebelum hamil
  - (c) Berat Badan Saat ini
  - (d) LILA : > 23,5 cm

b) Pemeriksaan fisik

(1) Inspeksi

(a) Kepala

Tampak bersih, pertumbuhan rambut merata, konstruksi rambut kuat, warna rambut hitam, tidak tampak lesi dan benjolan.

(b) Wajah:

Tidak tampak oedema, tidak tampak pucat, tidak tampak kloasma gravidarum.

(c) Mata

Tampak simetris, tidak tampak oedema, konjungtiva berwarna merah muda tidak tampak pucat, sklera berwarna putih.

(d) Hidung

Tidak tampak sekret/ pengeluaran, tampak bersih, tidak tampak pernafasan cuping hidung, tidak tampak polip, tidak tampak peradangan.

(e) Mulut

Bibir tampak lembab, tampak bersih, tidak tampak stomatitis dan karies dentis, lidah tampak bersih.

(f) Telinga

Tampak bersih, tidak tampak pengeluaran secret



## (g) Leher

Tidak tampak hyperpigmentasi, Tidak tampak pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.

## (h) Dada

Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada

## (i) Payudara

Tampak simetris dan tampak bersih, tidak tampak pengeluaran tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu tampak menonjol, tidak tampak retraksi.

## (j) Ketiak

Tidak tampak benjolan, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe.

## (k) Abdomen

Tampak pembesaran, pada multipara tampak linea nigra dan striae bifide, tidak tampak bekas operasi dan asites.

## (l) Genetalia Eksterna

Tidak tampak varises pada vulva dan vagina, tidak ada edema, serta penyakit kelamin lainnya, tidak tampak pengeluaran keputihan yang abnormal saat kehamilan.

## (m) Ekstremitas

Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises

## (2) Palpasi

## (a) Kepala

Tidak teraba benjolan/massa

## (b) Leher

Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid

## (c) Payudara

Tidak teraba benjolan/massa, konsistensi lunak



## (d) Abdomen

Mengukur jarak symphysis-fundus dengan menggunakan cara McDonald (Sastrawinata, 2006). Menggunakan Midline, biasanya pada UK aterm  $\geq 33$ cm.

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

Palpasi Leopold I-IV : (Mochtar, 2011)

- Leopold I Untuk mengetahui bagian yang berada di bagian atas fundus uteri. Pada fundus teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong janin).
- Leopold II Untuk mengetahui bagian apa yang berada disisi kanan dan kiri abdomen. Teraba keras memanjang seperti papan (punggung janin) disisi abdomen sebelah kanan/kiri ibu dan bagian terkecil janin disisi abdomen sebaliknya.
- Leopold III Untuk mengetahui bagian apa yang berada di segmen bawah Rahim. Pada SBR teraba keras, bulat, melenting (kepala janin).
- Leopold IV Seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP. Konvergen : sebagian kecil bagian terendah janin sudah masuk PAP, divergen : sebagian besar bagian terendah janin sudah masuk PAP.

- TBJ

TBJ (gr) = (TFU-11) x 155, jika kepala sudah masuk ke dalam panggul

TBJ (gr) = (TFU-12) x 155, jika kepala masih diatas spina ischiadika (Mochtar, 2008).

(e) Genetalia Eksterna :

Tidak teraba oedema, tidak teraba pembesaran pada kelenjar bartholini (Manuaba, 2007).

(f) Ekstremitas :

Tidak teraba oedem, benjolan atau massa

(3) Auskultasi

(a) Dada

- Jantung : Irama jantung terdengar normal.
- Paru

(b) Abdomen

- Bising peristaltik usus orang dewasa normalnya adalah 5-35 kali permenit.

(4) Perkusi

(a) Ekstremitas

c) Pemeriksaan penunjang :

Pemeriksaan laboratorium

(1) Urine :

- (a) Pemeriksaan protein urin (metode asam asetat) untuk mengetahui kadar protein yang terdapat dalam urin yang dapat mengindikasikan resiko pre-eklampsi/penyakit ginjal. Hasil normal jernih (-).

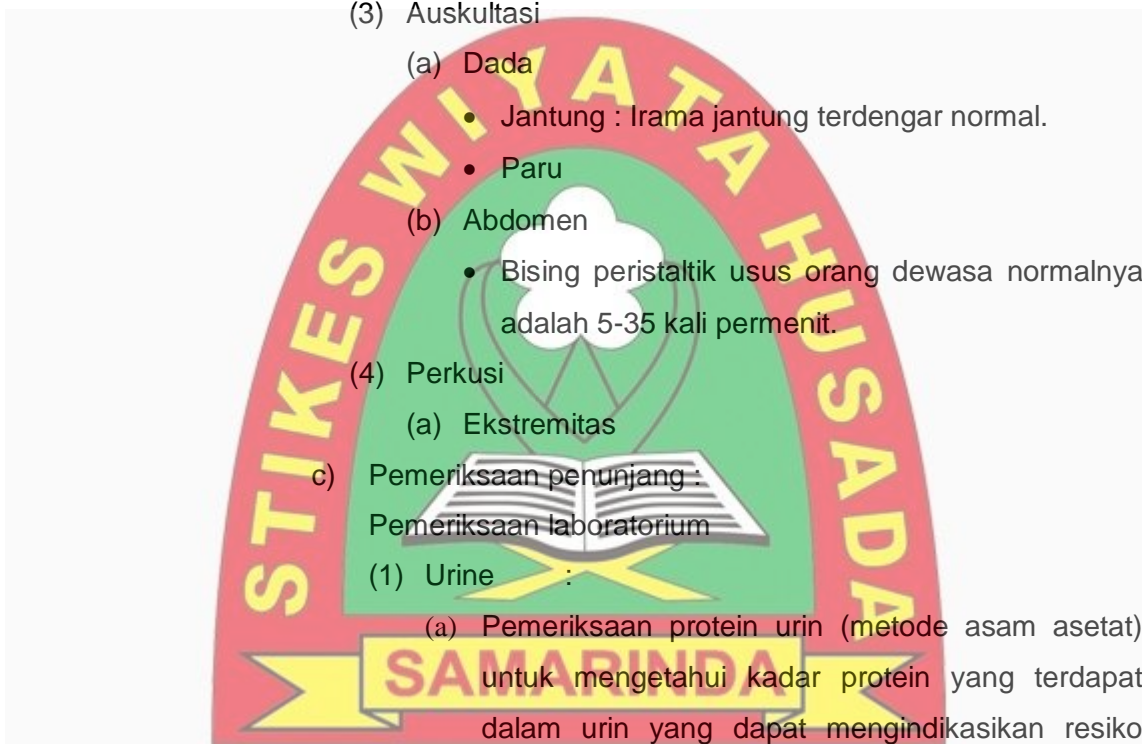
- (b) Pemeriksaan Glukosa Urin (Metode Benedict): untuk mengetahui kadar glukosa yang terdapat dalam urin.

(2) Darah lengkap :

Dari darah perlu ditentukan Hb, sekali dalam 3 bulan.

(3) Pemeriksaan USG :

Memberikan informasi tentang pertumbuhan janin.



## b. Interpretasi data dasar

Diagnosis : G... PAPAH UK..... minggu, janin tunggal/ganda,  
hidup/mati

G : Gravida

P : Para → a : aterm

p : premature

a : abortus

h : hidup (Varney, 2007)

Masalah : Tidak Ada

Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman hal yang sedang dialami klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis (Misalnya : Ketidaknyamanan pada trimester III, seperti Odema, sering BAK, nyeri pinggang, konstipasi, insomnia, dsb).

## c. Identifikasi diagnosis/masalah potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah aktual yang telah diidentifikasi.

## d. Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Kebutuhan Segera : Tidak Ada

## e. Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh sebagai kelanjutan manajemen terhadap diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi.

Trimester III

- 1) Beritahukan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu  
Rasional Informasi yang jelas dapat mempermudah komunikasi petugas dan klien untuk tindakan selanjutnya
- 2) Berikan informasi tentang perubahan fisik pada ibu trimester III  
Rasional Penambahan kenormalan perubahan ini dapat menurunkan kecemasan dan membantu meningkatkan penyesuaian aktivitas perawatan diri (Doenges, 2009).

- 3) Memberikan KIE mengenai ketidaknyamanan trimester III seperti sering BAK, sulit BAB dan sesak nafas

Rasional Mengetahui mengenai ketidaknyamanan trimester III membuat ibu mampu mengenali dan mengetahui penyebab yang terjadi pada kehamilan tua (Salmah, 2006)

- 4) Berikan KIE tentang tanda bahaya pada kehamilan Trimester III  
Rasional Mengetahui tanda bahaya pada kehamilan membuat ibu mampu mendeteksi dini tanda yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janinnya (Salmah, 2006)

- 5) Berikan KIE mengenai nutrisi ibu hamil.

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

- 6) Berikan KIE mengenai perawatan payudara.

Rasional Perawatan payudara perlu dilakukan sedini mungkin, untuk mempersiapkan secara optimal dalam proses menyusui setelah persalinan (Doenges, dkk, 2008).

- 7) Berikan KIE mengenai pentingnya IMD

Rasional Membantu mengembangkan ikatan emosi sepanjang hidup di antara anggota-anggota keluarga. Ibu dan bayi mempunyai periode yang sangat sensitif pada waktu di mana kemampuan interaksi ditingkatkan (Doenges, dkk, 2009).

- 8) Berikan KIE mengenai ASI Eksklusif

Rasional Memberikan ASI untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi sampai bayi berusia 6 bulan (Doenges, dkk, 2007).

- 9) Berikan KIE kontrasepsi jangka panjang pasca salin

Rasional Konsepsi dapat terjadi sebelum pemeriksaan minggu ke-6, dan penelitian menandakan peningkatan risiko komplikasi atau hasil tidak baik pada kehamilan yang berdekatan.

Pasangan perlu memilih dan menggunakan metode temporer atau permanen untuk keluarga berencana (Doenges, dkk, 2001).

10) Jelaskan mengenai tanda-tanda persalinan.

Rasional Hal ini bertujuan untuk membantu ibu dalam mengetahui secara dini tanda-tanda persalinan, sehingga ibu dan keluarga siap ketika akan menghadapi persalinan (Doenges, dkk, 2008).

11) Mengkaji persiapan persalinan, kelahiran dan kedatangan bayi baru lahir

Rasional Hal ini bertujuan untuk membantu ibu dalam mempersiapkan hal-hal, sehingga ibu dan keluarga menunjukkan kesiapan baik secara psikologis maupun peralatan ketika akan menghadapi persalinan. Kurangnya persiapan dapat didasarkan pada keyakinan budaya, atau dapat menandakan masalah keuangan atau psikologis (Doenges, dkk, 2009).

12) Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Rasional Istirahat untuk memenuhi kebutuhan metabolik berkenaan dengan pertumbuhan jaringan ibu/janin (Doenges, dkk, 2007).

13) Dorong klien untuk aktif dalam kelas kelahiran anak, bila belum terlibat.

Rasional Memberikan kesempatan untuk pengembangan kelompok pendukung untuk berbagai reaksi emosi pada kehamilan dan menyiapkan kelahiran yang berhasil (Doenges, dkk, 2009).

14) Anjurkan klien untuk tidur posisi miring ke kiri

Rasional Posisi ini menurunkan kemungkinan terjadinya penekanan pada vena cava inferior (Doenges, 2007).

15) Ajarkan cara mengkaji gerakan janin.

Rasional Insufisiensi plasenta dapat dideteksi dengan adanya penurunan gerakan janin. Janin dengan perfusi

plasenta adekuat menunjukkan puncak gerakan antara gestasi minggu ke 29-38 (Doenges, 2006).

16) Menganjurkan ibu untuk melakukan senam hamil

Rasional Dengan adanya senam hamil, kesehatan ibu baik secara fisik dan mental dapat dijaga, memperlancar persalinan normal secara fisik dan mental, meningkatkan mood dan pola tidur ibu, mengurangi kecemasan dan ketegangan selama kehamilan, mempercepat penurunan berat badan ibu setelah melahirkan, memperingan gejala-gejala yang timbul selama kehamilan seperti konstipasi, bengkak pada kaki, varises vena, nyeri punggung dan cepat lelah (Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period, Obstetrics and Gynecology, 2006).

17) Jadwalkan kunjungan ulang

Rasional Pemberian asuhan antenatal ideal pada kehamilan untuk mendeteksi kemungkinan penyimpangan dengan segera guna memungkinkan tindakan preventif atau korektif (Henderson, 2006).

f. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

g. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Normal

1) Pengkajian Kala I data subjektif

a) Alasan datang periksa atau keluhan utama

Keluhan Utama : Adanya nyeri (kontraksi uterus), terjadi pengeluaran lendir darah dan adanya rasa tekanan pada rectum atau vaginanya (JNPKKR, 2008).

## b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Kapan mulai kontraksi?

Apakah kontraksi teratur? Seberapa sering kontraksi terjadi?

Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi?

Apakah selaput ketuban sudah pecah? Jika ya, apa warna cairan ketuban? Apakah kental atau encer? Kapan saat selaput ketuban pecah? Apakah keluar cairan bercampur darah dari vagina ibu?

Apakah berupa bercak atau darah segar per vaginam? (JPNK-KR, 2008)

## Data Objektif

## c) Pemeriksaan Umum

Kesadaran : Composmentis

Espresi wajah : Meringis

Tanda vital : Tekanan darah : 110/70 mmHg-120/80 mmHg, <140/90 mmHg (Salmah, 2006) peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmHg dan distolik rata-rata 10 mmHg (Varney, 2008)

Nadi : 60-100 x/menit (Salmah, 2006)

Suhu Tubuh : 36,5-37,5°C (Salmah, 2006) peningkatan suhu jangan melebihi 0,5°C sampai dengan 1°C. (varney, 2008)

Pernapasan : 16-20 x/menit. (Salmah, 2006)

## d) Pemeriksaan fisik

HIS : **SAMARINDA**

KALA I : His belum begitu kuat datangnya 10-15 menit tidak

begitu mengganggu ibu interval menjadi lebih pendek.

kontraksi kuat dan lama.

Daerah/letak DJJ : kuadran kiri/kanan bawah abdomen ibu

Genetalia : tidak tampak oedema, varices, serta hemoroid, tampak pengeluaran lendir darah, cairan ketuban (Varney, 2008). tidak teraba oedema, tidak teraba pembesaran pada kelenjar bartholini, tidak tampak varices (Manuaba, 2008).

Pada proses persalinan jika terjadi oedem pada perineum maka perlu dihindarkan persalinan

pervaginam karena dapat dipastikan akan terjadi laserasi perineum (Manuaba, 2008).

e) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan Dalam : dilakukan untuk mengetahui tahapan persalinan.

Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan laboratorium

Albumin urine negatif

Bila ada dalam urine ada kemungkinan preeklamsia ringan (Manuaba, 2009).

f) Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G... PAPAHA UK..... minggu, janin tunggal/ganda, hidup/mati

Masalah : Ibu : Infeksi, pendarahan, korioamnionitis akibat jalan lahir telah terbuka, apalagi bila terlalu sering dilakukan pemeriksaan dalam (Prawirohardjo, 2009).

g) Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah actual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis masalah potensial tersebut tidak terjadi

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

h) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

i) Intervensi

KALA I

(1) Jelaskan hasil pemeriksaan

Rasional : mengetahui pemeriksaan merupakan hak klien.

(2) Beri dukungan emosional pada ibu

Rasional :

Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses

persalinan. Dengan adanya suami dan anggota keluarga yang berperan aktif dalam mendukung ibu dapat sangat membantu memberi kenyamanan ibu (JNPK-KR, 2008).

(3) Lakukan Observasi Kala I :

- (a) Tiap 30 menit, yaitu detak jantung janin, nadi ibu dan kontraksi uterus

Rasional :

Denyut jantung janin dan nadi ibu perlu diperiksa untuk memastikan kondisi ibu dan janinnya. Kontraksi uterus baik jika durasi > 40 detik, frekuensi 4-5 kali dalam 10 menit selama 30 menit sehingga memudahkan petugas dalam pengambilan tindakan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

- (b) Tiap 2 jam, yaitu suhu tubuh ibu dan volume urine ibu

Rasional :

Suhu tubuh normal berkisar antara  $36,5^{\circ}$  -  $37,5^{\circ}$  C merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan umum ibu. Urin ibu diobservasi sebagai upaya pengosongan kandung kemih sehingga tidak menahan penurunan kepala. Karena kandung kemih yang penuh berpotensi memperlambat proses persalinan (Varney, 2008).

- (c) Tiap 4 jam yaitu pembukaan serviks, penurunan kepala, keadaanketuban, molase, dan tekanan darah ibu

Rasional :

Untuk mengetahui kemajuan persalinan dengan mengobservasi pembukaan serviks dan penurunan kepala, kondisi janin dapat pula dilihat dari keadaan air ketuban, dan molase/penyusupan kepala janin, dan tekanan darah ibu untuk mengetahui keadaan ibu, sehingga dapat memudahkan kita dalam pengambilan tindakan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

- (d) Lakukan pencegahan infeksi sesuai standar PI

Rasional :

bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir karena dapat menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur PI secara baik dan

benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi (JNPK-KR, 2008).

- (e) Anjurkan ibu untuk miring kiri dan tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit.

Rasional :

Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferi, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. Selain itu, posisi terlentang berhubungan dengan gangguan terhadap proses persalinan.

- (f) Ajarkan ibu napas dalam terutama saat terjadi kontraksi

Rasional:

Latihan napas dalam dapat mengurangi ketegangan dan rasa nyeri terutama saat terjadi kontraksi (Varney, 2008).

- (g) Siapkan alat dan bahan untuk pertolongan persalinan serta obat-obatan essensial untuk menolong persalinan sesuai dengan APN

Rasional:

Untuk memeriksa kelengkapan alat pada proses pertolongan persalinan serta sebagai alat pelindung diri

- (h) Dokumentasi hasil pemantauan Kala satu pada partograf

Rasional:

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik, dokumentasi dengan partograf memudahkan untuk pengambilan keputusan dan rencana asuhan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

- (i) Berikan KIE kepada ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi

Rasional:

makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau

membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (JNPK-KR, 2008).

(j) Berikan KIE ibu tentang proses persalinan

Rasional:

persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi dengan memberikan pengertian tentang proses persalinan ibu akan berupaya mengatasi gangguan emosionalnya (JNPK-KR, 2008).

j) Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

k) Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2) Pengkajian Kala II

a) Data Subyektif

Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vaginanya.

b) Data Obyektif

Adanya tanda dan Gejala Kala II Persalinan  
Inspeksi :

- (1) Perineum menonjol.
- (2) Vulva vagina dan spingter ani membuka.
- (3) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

c) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan Dalam :

Vulva, vagina tampak membuka adanya pengeluaran pervaginam lendir darah, cairan ketuban, dinding vagina tidak oedema, pembukaan 10 cm, effacement 100%, ketuban utuh/jernih/mekonium/kering/darah, presentasi belakang kepala, denominator UUK Tidak teraba bagian terkecil janin, hodge III/IV.

- (1) Hodge III : 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas symphisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bagian tengah rongga panggul (tidak dapat digoyangkan).
- (2) Hodge IV : 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symphisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul . 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (JNPK-KR, 2008).

d) Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G PAPAII kala II persalinan normal

Masalah : Tidak ada

e) Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Diagnosis potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

f) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Tidak ada

g) Intervensi

KALA II

- (1) Anjurkan keluarga pendamping untuk melakukan stimulasi puting susu bila kontraksi tidak baik

Rasional :

Stimulasi puting susu berfungsi untuk menstimulasi produktivitas oksitosin ibu, yang berperan dalam proses persalinan mengejan.

- (2) Lakukan prosedur asuhan persalinan normal

(a) Lakukan persiapan pertolongan persalinan

Rasional : Untuk memeriksa kelengkapan alat dan bahan, serta obat-obatan essensial pada proses pertolongan persalinan serta sebagai alat pelindung diri

(b) Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah.

Rasional :

Ketika pembukaan lengkap perlu dilakukan amniotomi agar mengetahui warna ketuban yang keluar. Jika berwarna mekonium pada air ketuban maka lakukan persiapan pertolongan bayi setelah lahir karena hal tersebut

menunjukkan adanya hipoksia dalam rahim atau selama proses persalinan (JNPK-KR, 2008).

- (c) Lakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal

Rasional :

mendeteksi bradikardia janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta.

- (d) Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan telah lengkap.

Rasional : Agar ibu dapat segera bersiap-siap untuk mengejan.

- (e) Anjurkan ibu untuk minum-minuman yang manis saat his berkurang.

Rasional :

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (JNPK-KR, 2008).

- (f) Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman bagi dirinya untuk meneran kecuali posisi berbaring terlentang.

Rasional :

Saat ibu merasa nyaman, maka ibu dapat berkonsentrasi untuk mengejan. Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferi, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi *uteroplasenter* sehingga akan menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. Berbaring terlentang juga akan memperlambat kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif.

- (g) Lakukan bimbingan untuk meneran dengan baik dan benar.

Rasional :

Meneran yang baik dan benar dapat mengurangi resiko kelelahan yang berlebihan pada ibu, serta sebagai salah satu indikator kemajuan dalam proses persalinan.

- (h) Lahirkan kepala setelah kepala bayi membuka vulva 5-6 cm dengan cara lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan puncak kepala agar tidak terjadi fleksi yang terlalu cepat dan membantu lahirnya kepala.

Rasional :

Dengan melakukan penahanan perineum untuk melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (JNPK-KR, 2008).

- (i) Periksa lilitan tali pusat pada leher bayi.

Rasional:

Lilitan tali pusat dapat menghambat kelahiran bahu sehingga bisa terjadi asfiksia pada bayi bila tidak dilepaskan (JNPK-KR, 2008).

- (j) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Rasional:

Putaran paksi luar yang sempurna menjadikan kepala janin searah dengan punggungnya sehingga memudahkan kelahiran bayi (JNPK-KR, 2008).

- (k) Lahirkan bahu secara biparietal.

Rasional:

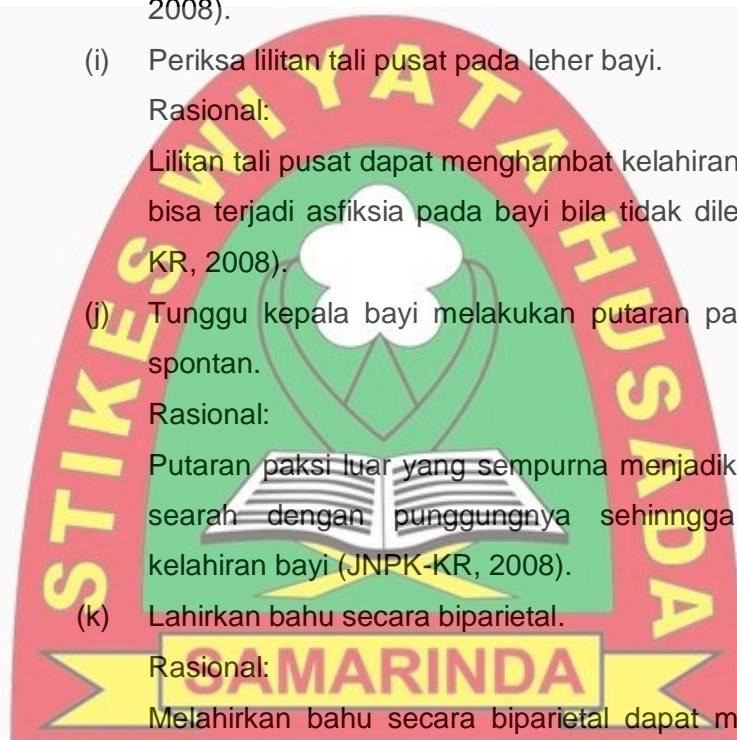
Melahirkan bahu secara biparietal dapat mengurangi atau mencegah terjadinya ruptur (JNPK-KR, 2008).

- (l) Melahirkan badan bayi dengan tangan kanan menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah dan gunakan tangan kiri untuk memegang lengan dan siku atas.

Rasional :

Untuk memudahkan proses persalinan dan mencegah laserasi (JNPK-KR, 2008).

- (m) Lahirkan seluruh tungkai bayi dengan tangan kiri menelusuri punggung hingga tungkai.



Rasional :

Menelusuri punggung sampai tungkai untuk memudahkan proses kelahiran (JNPK-KR, 2008).

- (n) Lakukan penilaian tangisan bayi, pernapasan, pergerakan dan warna kulit bayi dan letakkan bayi diatas perut ibu.

Rasional :

Untuk mengetahui apakah bayi menangis kuat atau bernapas megap-megap, gerakan bayi aktif atau tidak serta wana kulit bayi kemerahan atau sianosis sehingga memudahkan petugas dalam pengambilan tindakan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

- (o) Keringkan bayi diatas perut ibu.

Rasional :

Untuk mencegah terjadinya hipotermi pada bayi. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat (JNPK-KR, 2008).

- h) Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

- i) Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Pengkajian Kala III

Genetalia :

Tampak tali pusat memanjang, tampak semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2008).

Abdomen : teraba tinggi fundus berada diatas pusat (JNPK- KR, 2008).

1) Data bayi

Bayi lahir tanggal : Jam :

Jenis kelamin :

Hasil penilaian selintas :

- a) Apakah bayi cukup bulan ?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- c) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
- d) Apakah bayi bergerak dengan aktif ? (JNPK-KR, 2008).

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : G... PAPAHA kala III persalinan

Masalah : Tidak ada

3) Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

4) Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Kebutuhan Segera : Tidak ada

5) Intervensi

KALA III

Lanjutkan intervensi APN :

- a) Cek kehamilan tunggal

Rasional :

menegecek adanya janin yang kedua, setelah mengecek atau tidak ada janin kedua maka dapat bisa melakukan prosedur lainnya (JNPK-KR, 2008).

- b) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat

Rasional :

Pemotongan dan pengikatan tali pusat bisa dilakukan perawatan tali pusat dan bayi pun bisa melakukan kontak kulit kepada ibunya (JNPK-KR, 2008).

- c) Lakukan IMD

Rasional :

kontak kulit dengan kulit merupakan salah satu cara untuk mengoptimisasi hormonal ibu dan bayi, karena di kulit ibu terdapat kuman yang aman didalam perut bayi sehingga memberikan perlindungan terhadap infeksi, selain itu akan mendorong keterampilan bayi untuk menyusu yang lebih cepat dan efektif (JNPK-KR, 2008).

## d) Lakukan MAK III

## (1) Pemberian suntik Oksitosin

Rasional :

Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah

## (2) Lakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

Rasional :

Penegangan Tali Pusat terkendali dan dibantu dengan kontraksi yang baik serta dorongan uterus kearah dorso kranial, maka dengan sendirinya plasenta akan lepas dan bergerak kearah introitus vagina (JNPK-KR, 2008).

## (3) Lahirkan plasenta

Rasional :

melahirkan plasenta dengan tali pusat keatas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah penampung. Selaput ketuban mudah robek sehingga melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya sisa plasenta dan selaput ketuban dijalan lahir (JNPK-KR, 2008).

## (4) Lakukan masase fundus uteri selama 15 detik

Rasional :

Masase fundus uteri dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus sehingga dapat mencegah terjadinya perdarahan (JNPK-KR, 2008)

## e) Periksa kelengkapan plasenta

Rasional :

Adanya sisa plasenta di dalam uterus dapat mengakibatkan perdarahan sehingga plasenta harus dikeluarkan secara lengkap (JNPK-KR, 2008).

## 6) Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

## 7) Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

## Pengkajian Kala IV

## Data Obyektif

## a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran : compos mentis

Tanda vital :

Tekanan darah :110/70 mmHg-120/80 mmHg, <140/90 mmHg

(Salmah, 2006) peningkatan sistolik rata-rata (10-20) mmHg dan distolik rata-rata 10 mmHg (Varney, 2008).

Nadi :60-100 x/menit (Salmah, 2006).

Suhu Tubuh :36,5-37,5<sup>0</sup>C (Salmah, 2006) peningkatan suhu jangan melebihi 0,5<sup>0</sup>C sampai dengan 1<sup>0</sup>C (Varney, 2008).

Pernapasan :16-20 x/menit (Salmah, 2006).

## b. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

Abdomen : tampak mengecil

Genetalia : ada/tidak ada laserasi, tidak ada memar ataupun hematoma (Varney, 2008).

Palpasi

Abdomen : teraba uterus di tengah-tengah abdomen, teraba membulat keras (Varney, 2008).

## c. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : kala IV persalinan normal

Masalah : Tidak ada

## d. Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Diagnosis potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

## e. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Kebutuhan segera : Tidak ada

## f. Intervensi

## Kala IV

## Lanjutkan Intervensi APN

- 1) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum  
Rasional: Laserasi pada vagina dan perineum dapat mengakibatkan perdarahan (JNPK-KR, 2008).
- 2) Lakukan penjahitan jika terdapat laserasi yang mengakibatkan perdarahan  
Rasional :  
untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (memastikan hemostasis). Setiap klai jarum masuk jaringan tubuh, jaringan akan terluka dan menjadi tempat potensial untuk timbulnya infeksi (JNPK-KR, 2008).
- 3) Lakukan pemantauan kala IV
  - a) Periksa kembali tanda-tanda vital dan kandung kemih ibu tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua  
Rasional :  
Perubahan keadaan tubuh ibu dari saat hamil, mempengaruhi KU dan TTV ibu yang menggambarkan kondisi ibu, pemantauan kontraksi uterus untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum (Varney, 2007). Kandung kemih yang penuh dapat mempengaruhi kontraksi uterus dan akan menyebabkan perdarahan pascapersalinan (JNPK-KR, 2008).
  - b) Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi uterus  
Rasional :  
Dengan memberikan rangsangan taktil pada uterus mencegah terjadinya perdarahan dan ibu dapat melakukan sendiri masase uterus dan menilai kontraksi uterus (Varney, 2008).
- 4) Lakukan pencegahan infeksi sesuai standar PI
  - a) Tempatkan semua peralatan bekas pakai di dalam larutan klorin 0,5%, rendam selama 10 menit. Cuci dan bilas setelah dekontaminasi
  - b) Buang benda-benda yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai
  - c) Bersihkan ibu dengan air DTT dan mengganti pakaian ibu dengan pakaian bersih dan kering

- d) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5% dan mencucinya dengan air DTT
- e) Celupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan merendamnya secara terbalik
- f) Cuci kedua tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan

Rasional :

Untuk pencegahan infeksi akibat kontaminasi bakteri dengan peralatan bekas pakai akibat dan darah pada saat persalinan serta mencegah terjadinya infeksi silang (JNPK-KR, 2008).

- 5) Pastikan ibu merasa nyaman dan anjurkan suami untuk memberikan makanan dan minuman yang diinginkan

Rasional :

Setelah persalinan ibu banyak kehilangan tenaga dan merasa lapar mengembalikan energy dan dehidrasi yang digunakan selama proses persalinan

- 6) Lengkapi partograf

Rasional :

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik, dokumentasi dengan partograf memudahkan untuk pengambilan keputusan dan rencana asuhan selanjutnya (JNPK-KR, 2008).

- g. Implementasi

Pelaksanaan dilaksanakan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya

- h. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

### 3. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal

#### a. Data Subyektif

##### 1) Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Jenis Makanan : ASI WHO merekomendasikan pemberian ASI secara eksklusif sekurangnya selama usia 6 bulan pertama, dan rekomendasi serupa juga didukung oleh American Academy of Pediatrics (AAP), Academy of Breastfeeding Medicine, demikian pula oleh Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI).
Eliminasi	BAB: Dalam 24 jam pertama, warna hitam kecoklatan (Saifuddin, 2006). BAK: Dalam 24 jam pertama (Saifuddin, 2006).

Tabel 2.4

#### b. Data Obyektif

##### 1) Data Rekam Medis

##### a) Riwayat Kelahiran yang Lalu

No	Kehamilan				Persalinan			
	Suami	Anak	Uk	penyulit	jenis	Pulang	Tempat	Peny

Tabel 2.5

ANAK	SAMARINDA				NIFAS	
	BB/PB	H	M	Abnormalitas	Laktasi	Penyulit
JK						

Tabel 2.6

- (1) Usia gestasi bayi terdahulu karena kelahiran preterm cenderung berulang (Wheeler, 2007).
- (2) Ibu dengan riwayat ikterus pada anak sebelumnya, infeksi maternal, ketuban pecah dini, trauma persalinan, asfiksia, dapat menyebabkan ikterus (Departemen Kesehatan, 2006).

## b) Riwayat Persalinan Sekarang

## (1) Jenis persalinan:

Spontan pervaginam &amp; sectio caesarea

## (2) Komplikasi persalinan:

- (a) Distosia bahu dapat menyebabkan fraktur pada humerus atau klavikula, cedera pada pleksus brakialis, asfiksia pada bayi (Sinclair, 2010).
- (b) Ketuban pecah dini dapat menyebabkan terjadinya ikterus (Departemen Kesehatan, 2006).
- (c) Lama persalinan

Lama persalinan pada primigravida dan multigravida (Chandranita, dkk, 2010).

Kala Persalinan	Primigravida	Multigravida
I	10-12 jam	6-8 jam
II	1-1,5jam	0,5-1 jam
III	10 menit	10 menit
IV	2 jam	2 jam
Jumlah (tanpa memasukkan kala IV yang bersifat observasi)	10-12 jam	8-10 Jam

## a) Tindakan khusus saat persalinan:

Vacum dan Ekstraksi forceps

Dampak vacum dan ekstraksi forceps bagi bayi adalah caput suksedaneum, cefal hematoma, perdarahan subgaleal, fraktur tengkorak. (Wong, 2009)

## b) Keadaan Bayi Saat Lahir

## (1) Waktu Kelahiran:

- (a) Tanggal :
- (b) Jam :
- (c) Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan
- (d) Apgar Score : > 7 (Varney, 2008)

Tanda	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Seluruh tubuh biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	> 100
Grimace (refleks)	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi melawan, menangis
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik
Respiratory (usaha nafas)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis kuat

(2) Keadaan Plasenta : Berat :  $\pm 500$  gr, Ukuran diameter 15-20 cm, Tebal: 2-3 cm, Kelainan: Tidak ada

(3) Keadaan Tali Pusat: Panjang:  $\pm 55$  cm, Kelainan: tidak ada, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat

c. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

Tanggal : Jam :

Keadaan Umum : Baik

TTV :

TD : Tekanan darah dipantau hanya bila ada indikasi (Saifuddin, 2006).

N : 120-160 x/menit (Sitiava, 2012)

180 x/menit selama beberapa menit pertama kehidupan

RR : 40-60 x/menit (Sitiava, 2012)

T : 36,5-37,5°C

Antropometri :

BB : 2500-4000 gram

PB : 48-52 cm

LK :

Circum ferensia suboccipito bregmatica : 32 cm

Circum ferensia fronto oksipito : 34 cm

Circum ferensia mento oksipito bregmatica : 35 cm

(Hidayat, 2009).

## d. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

**Kepala** : kontur kepala, molding hampir selalu terjadi pada persalinan pervaginam, tampak lebih oval biasanya jelas terlihat pada hari ke 1 dan 2, sutura teraba seperti retakan antara tulang-tulang kepala teraba seperti ruang-ruang lunak yang luas pada sambungan sutura, tidak ada massa atau tonjolan tidak lazim seperti kaput saucedaneum dan cepal hematoma.

**Ubun-ubun** : Teraba ubun-ubun besar dan ubun-ubun kecil, teraba seperti ruang-ruang lunak yang luas pada sambungan sutura, normalnya teraba datar, keras dan berbatas tegas terhadap sisi-sisi tulang tengkorak, sering terjadi pulsasi pada ubun-ubun besar. (Dona L. Wong, 2009)

**Mata** :Tampak simetris; tidak tampak kotoran dan perdarahan; pupil tampak tidak segaris, refleks pupil sebagai respon terhadap cahaya; gerakan mata aktif, refleks mengedip sebagai respon terhadap cahaya atau sentuhan; biasanya tampak oedema pada kelopak mata; tidak tampak pucat pada conjungtiva; sklera tampak berwarna putih (Dona L. Wong, 2009).

**Hidung** : Tampak simetris, tidak tampak pernafasan cuping hidung, cairan hidung-mukus putih cair, bersin (Wong, 2009).

**Telinga** : Tampak simetris, tidak tampak sekret/serumen, telinga lembut dan fleksibel (Stright, 2007).

**Mulut** : Tampak simetris, tidak tampak labio palatoskhizis dan labio skhizis dan gigi, bibir tidak tampak pucat, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks isap baik,sekresi lendir tidak berlebihan. Sekresi lendir yang berlebihan merupakan indikasi fistula trakeoesofagus (Stright, 2006).

Leher : Pergerakan leher baik,refleks leher tonik; tidak ada massa; pendek,gemuk, biasanya diselimuti lipatan kulit (Dona L. Wong, 2009)

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, puting susu menonjol, bunyi jantung teratur (120-160 x/menit). (Saifuddin, 2006).

Ronchi basah dapat terdengar selama periode transisi, menggambarkan cairan paru janin dan area yang mengalami atelektasis (pengkerutan sebagian atau seluruh paru-paru akibat penyumbatan saluran udara (bronkus maupun bronkiolus) atau akibat pernafasan yang sangat dangkal). Daerah ini seharusnya bersih dalam beberapa jam (Stright, 2006).

Ronchi kering menandakan cairan, lendir atau mekonium pada bronkus yang lebih besar dan kemungkinan berhubungan dengan kondisi yang mengancam jiwa, seperti aspirasi meconium (Stright, 2006).

Bunyi jantung. Sekitar 90% murmur adalah sementara dan berhubungan dengan penutupan tidak lengkap foramen ovale atau duktus arteriosus (Stright, 2006).

Abdomen : Tampak simetris, teraba kembung, tidak teraba benjolan/massa, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih, tidak tampak perdarahan tali pusat (Stright, 2006).

Punggung : Tampak simetris, tidak tampak pilonidal dimple, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung, tidak tampak spina bifida (Hidayat, 2009).

Genetalia : Perempuan: Tampak klitoris, tidak tampak pengeluaran, labia minora tertutup labia mayora (Sitiava, 2009).



- Laki-Laki : Tidak tampak hipospadias dan epispadias, testis tampak sudah turun (Sitiava, 2011).
- Anus : lubang anus paten, keluar mekonium dalam 48 jam (Dona L. Wong, 2009).
- Lanugo : Dapat terlihat maupun tidak, biasanya tidak terlihat karna rambut kepala terlihat sempurna (Maryunani dan Nurhayati, 2008).
- Verniks : Terdapat verniks caseosa pada lipatan-lipatan (Maryunani dan Nurhayati, 2008).
- Ekstremitas : Jari tangan tampak lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktili dan sindaktili, dasar kuku merah jambu dengan sianosis transien segera setelah lahir (Dona L. Wong, 2009).
- Jari kaki tampak lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktili dan sindaktili, dasar kuku merah jambu dengan sianosis transien segera setelah lahir (Wong, 2009).
- Pergerakan : Tampak aktif, tonus otot bilateral, terutama tahanan pada fleksi yang berlawanan (Wong, 2009)
- Garis telapak kaki tampak garis telapak kaki (Myles) garis-garis di dua pertiga anterior telapak kaki (Wong, 2009).
- Posisi : Tidak ada kelainan
- Status neurologi (refleks)
- Morro : Positif, lengan dan kaki bergerak ketika dikejutkan oleh suara atau gerakan keras (Asuhan Persalinan Normal, 2008).
- Rooting : Positif, Bayi menoleh kearah sentuhan pada pipinya. (Asuhan Persalinan Normal, 2008).
- Sucking : Positif, Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks mengisap atau



- berusaha untuk mengisap benda yang disentuhkan (Asuhan Persalinan Normal, 2008).
- Swallowing : Positif, Kumpulan ASI di dalam mulut mengaktifkan refleks menelan (Asuhan Persalinan Normal, 2008).
- Babinski : Positif, jari-jari kaki bayi menekuk ke bawah apabila ada gesekan pada telapak kaki (Asuhan Persalinan Normal, 2008).
- Graf : Positif, Bila jari menyentuh telapak tangan bayi maka jari jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

e. Data Penunjang (Laboratorium/Rongent)

Tes laboratorium dan penelitian pendukung adalah komponen esensial dari pengujian fisik sebagai tes dan penelitian yang dilakukan sebagai bagian dari skrining rutin dapat bervariasi tergantung pada usia wanita tersebut, status resikonya (Varney, 2007).

f. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan  
Masalah : Tidak ada

g. Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah actual yang telah diidentifikasi.

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

h. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau bersifat rujukan.

Kebutuhan Segera : Tidak ada

i. Intervensi

1) Lakukan pencegahan kehilangan panas tubuh bayi

Rasional:

Bayi baru lahir memiliki kemampuan terbatas dalam mengatur suhu tubuhnya yang berhubungan dengan lingkungannya, bayi akan terancam

bahaya hipotermia jika tidak dilakukan tindakan pencegahan. Mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi dan konduksi, melindungi kelembaban bayi dari aliran udara atau pendingin udara, dan membatasi stres akibat perpindahan dari uterus yang hangat ke lingkungan yang lebih dingin. Karena besar area permukaan relatif dari kepala bayi baru lahir dalam hubungannya dengan tubuh, bayi dapat mengalami kehilangan panas dramatik dari kelembaban dan kepala yang tidak tertutup (Farrer, 2006).

2) Lakukan pencegahan infeksi

- a) Lakukan perawatan tali pusat.

Rasional:

Untuk mencegah terjadinya infeksi tali pusat dan menjaga personal hygiene bayi (Sodikin, 2009)

- b) Berikan profilaksis mata dalam bentuk obat tetes mata kira-kira 1 jam setelah kelahiran (setelah masa interaksi orangtua bayi).

Rasional:

Membantu mencegah oftalmia neonatorum yang disebabkan oleh *neisseria gonorrhoeae*, yang mungkin ada pada jalan lahir ibu. Eritromisin secara efektif menghilangkan baik organisme *gonorrhea* dan *chlamidia*. Profilaksis mata mengeruhkan pandangan bayi, menurunkan kemampuan bayi untuk berinteraksi dengan orangtua.

- c) Jaga personal hygiene bayi

Rasional:

Untuk menjaga personal hygiene bayi baru lahir yang baik harus ditunjang dengan perawatan kebersihan sehari-hari bayi baru lahir.

- d) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Rasional:

Kolostrum dan ASI mengandung sekretorius IgA dalam jumlah tinggi, yang memberikan imunitas bentuk pasif serta makrofag dan limfosit yang membantu mengembangkan respons inflamasi lokal (Doenges, 2006).

- e) Berikan Neo K (Phytomenadione) dengan dosis 1 mg atau 0,5 cc secara IM (pada paha sebelah kiri)

Rasional: Bayi baru lahir cenderung mengalami kekurangan vitamin K karena cadangan vitamin K dalam hati relatif masih rendah, sedikitnya transfer vitamin K melalui tali pusat, rendahnya kadar

vitamin K pada ASI dan sterilitas saluran pencernaan pada bayi baru lahir. Kekurangan vitamin K beresiko tinggi bagi bayi untuk mengalami perdarahan yang disebut juga perdarahan akibat defisiensi vitamin K (PDVK).

- f) Berikan imunisasi Hb 0 atau vaksin Hepatitis B

Rasional:

Menurunkan resiko bayi baru lahir mengalami Hepatitis B atau menjadi karier kronis.

- g) Observasi keadaan umum, tanda-tanda vital dan eliminasi bayi

Rasional :

Membantu mendeteksi abnormalitas dan efek neurologis, menentukan usia gestasi dan mengidentifikasi kebutuhan terhadap pemantauan tetap dan perawatan lebih intensif.

- h) Berikan KIE tentang menyusui

Rasional :

ASI merupakan makanan terlengkap untuk bayi, yang terdiri dari proporsi seimbang dan kuantitas cukup atas semua zat gizi yang diperlukan untuk 6 bulan pertama kehidupannya (Aprillia, 2010).

- i. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

- j. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

#### 4. Konsep Dasar Asuhan pada Masa Nifas Normal

##### Pengkajian

##### a. DATA SUBYEKTIF

##### 1) Keluhan Utama:

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas (Maryunani, 2009). Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa

mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2009).

## 2) Pola Fungsional Kesehatan

Perubahan pola fungsional kesehatan pada masa nifas

Kebutuhan Dasar	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi hanya memerlukan ASI dan susu formula selama enam bulan pertama tanpa memberikan makanan yang lain. (Varney, 2008).
Pola Eliminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi minimal berkemih 4-5 kali/hari (Varney, 2008).</li> <li>- Bayi harus berkemih minimal enam kali dalam setiap 24 jam dengan urin yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. (Holmes, 2011)</li> <li>- Bayi memiliki feses lengket berwarna hitam kehijauan selama 2 hari pertama. Ini disebut mekonium. Feses bayi yang diberi ASI kemudian akan berubah warna menjadi hijau-emas, lunak dan terlihat seperti bibit (seedy). Bayi yang diberi susu formula memiliki feses berwarna coklat gelap, seperti pasta atau padat. Bayi anda dapat defekasi 1 atau 4 x/hari. Apabila bayi anda tetap tidak defekasi selama lebih dari 2 hari, hubungi dokter anak atau perawat praktisi (Varney, 2008).</li> <li>- Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatal sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau minum (Kristiyanasari, 2010).</li> </ul>
Pola Istirahat	Bayi perlu banyak tidur. Untuk membantu bayi anda tidur ketika anda ingin tidur, sediakan lingkungan yang nyaman dan minimalkan gangguan atau stimulasi. Atur posisi bayi anda telentang ketika tidur (Varney, 2008).
Pola Personal Hygiene	<p>Bersihkan bayi anda dengan menggunakan sabun lembut. Sebelum tali pusat lepas, apus sekeliling dasar tali pusat dengan kain lembab. Lipat bagian depan popok bayi ke arah bawah sehingga tali pusat tidak teriritasi oleh popok. Ketika mengganti popok, bersihkan bokong bayi dengan sabun dan air. Hindari penggunaan bedak atau krim wangi untuk membantu mencegah ruam akibat popok (Varney, 2008).</p> <p>Setiap habis mandi dan ganti popok, bersihkan tali pusat agar terhindar dari infeksi (Kelly, 2010).</p>

### b. Data Obyektif

#### 1) Pemeriksaan Umum

Kesadaran : composmentis

Tanda Vital :

- a) Tekanan Darah: jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait dengan hipertensi, biasanya tekanan darah kembali ke kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan (Fraser & Cooper, 2009).

- b) Suhu badan: observasi suhu tubuh tidak perlu dilakukan secara rutin pada ibu yang fisiknya tampak sehat dan tidak mengeluhkan gejala yang terkait dengan infeksi. Namun, jika ibu mengeluh tidak enak badan dengan gejala seperti flu, atau terdapat kemungkinan infeksi, bidan sebaiknya mengukur dan mencatat suhu tubuh wanita tersebut. Hal ini dapat menambah informasi klinis jika perlu diambil keputusan lebih lanjut mengenai morbiditas potensial (Fraser & Cooper, 2009).
- c) Denyut nadi: saat melakukan observasi frekuensi nadi, terutama jika dilakukan selama satu menit penuh, bidan dapat mengamati sejumlah tanda kesejahteraan, seperti frekuensi pernafasan, suhu tubuh, bau badan yang tidak normal, kondisi kulit dan warna kulit ibu, serta tekstur secara keseluruhan, dan juga mendengarkan apa yang dikatakan oleh ibu (Fraser & Cooper, 2009).
- d) Pernafasan: fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pasca partum. Napas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi kelebihan cairan, eksaserbasi, asma dan embolus paru (Varney, 2007).
- Antropometri
- (1) BB : pada wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pasca partum karena kehilangan cairan.

## 2) Pemeriksaan Fisik

- Wajah : Pada daerah muka di lihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (Nervus Fasialis) (Tambunan dkk, 2011).
- Mata : Bentuk simetris, konjungtiva pucat atau cukup merah sebagai gambaran tentang anemianya (kadar Hb) secara kasar, normal warna merah muda sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin

terinfeksi hepatitis, bila merah kekuningan adanya konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia.

**Payudara** : Tampak simetris, tidak tampak dimpling, tampak pengeluaran ASI/kolostrum, puting susu menonjol, Mengkaji konsistensi, ada pembengkakan atau tidak, puting menonjol/tidak, dan lecet/tidak. pada ibu yang menyusui atau tidak menyusui, payudara akan terasa kencang dan membesar padahari ke-3 atau ke-4 karena pengaruh hormone memicu payudara untuk memproduksi ASI (Fraser & Cooper 2009).

Mengkaji konsistensi, ada pembengkakan atau tidak, puting menonjol/tidak, dan lecet/tidak (Ambarwati dkk, 2009).

**Abdomen** : Tidak terdapat bekas luka, terdapat linea, striae atau tidak.

Menurut Sulistyawati (2009) :

- a) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis.
- b) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba di atas simpisis.
- c) Pada minggu ke-6 post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba)

Setelah janin lahir, uterus secara berangsur-angsur akan menjadi kecil sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Cek kontraksi uterus dan konsistensinya, cek diastasis rectis abdominalis, cek kandung kemih.

- (1) Primipara uterus nifasnya cenderung tetap berkontraksi secara tonis uterus sering berkontraksi hebat dalam interval-interval tertentu terutama pada multipara (Fraser & Cooper, 2009).

- (2) Involusi Uterus

TFU setinggi pusat (bayi lahir)

2 jari bawah pusat (uri lahir)

Pertengahan sympisis-pusat (1 minggu)

Tidak teraba, diatas sympisis (2 minggu)

Tidak teraba/50 gram (6 minggu)

- (3) Setelah janin lahir, uterus secara berangsur-angsur akan menjadi kecil sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Cek

kontraksi uterus dan konsistensinya, cek diastasis rectis abdominalis. kandung kemih bisa buang air/tidak bisa buang air (Ambarwati dkk, 2009). Kandung kemih bila palpasi uterus menunjukkan bahwa uterus bergeser ke salah satu sisi, hal ini mungkin diakibatkan karena kandung kemih penuh (Fraser & Cooper, 2009).

(4) Terdengar bising usus dengan batas normal 5-35 x/menit

Genetalia :

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel decidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih merah bercampur	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan kecoklatan atau	Lebih sedikit darah dan lbih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan mati (Marmi, 2011).
Ekstremitas	: tidak ada varices, tidak teraba oedema, Reflex, Homan sign (-), (Ambarwati dkk, 2009), untuk mengecek refleks patella (+), Bisep (+), Trisep (+) (Varney, 2008 ).		

3) Pemeriksaan Penunjang

- (1) Pemeriksaan laboratorium
- (2) Pemeriksaan USG
- (3) Pemeriksaan diagnostik lainnya

4) Data Rekam Medik

- a) Riwayat persalinan sekarang
  - (1) Jenis persalinan :
  - (2) Kala II :
  - (3) Kala III :
  - (4) Kala IV :

b. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : Papah nifas normal.....jam/hari ke.....

Masalah :Adapun masalah yang sering dijumpai oleh ibu post partum yaitu : nyeri perineum, infeksi luka, cemas, masalah pada payudara (putting susu lecet, tidak menonjol, abses payudara,payudara bengkak) (Sulistyawati, 2009).

Kebutuhan :

c. Identifikasi Diagnosis/ Masalah Potensial

Diagnosis Potensial : Tidak Ada

d. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

e. Intervensi

Menurut Mochtar, 2009

1) Berikan KIE tentang mobilisasi

Rasional:

Karena lelah sehabis bersalin ibu harus beristirahat, lalu miring ke kanan dan ke kiri, duduk, jalan-jalan. Mobilisasi mempunyai variasi tergantung pada adanya komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

2) Berikan KIE tentang proses eliminasi pada masa nifas.

Rasional:

Hendaknya kencing secepatnya dapat dilakukan sendiri. Kadang-kadang ibu nifas sulit kencing karena sphingter uretra mengalami tekanan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi sphingter ani selama persalinan. Juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila ibu nifas sulit kencing sebaiknya lakukan kateterisasi.

Buang air besar harus ada 3-4 hari post partum. Bila belum dan terjadi obstipasi apalagi BAB keras dapat diberikan terapi per oral atau per rectal.

3) Lakukan perawatan payudara.

Rasional:

Perawatan mammae telah dimulai sejak hamil supaya putting susu tidak keras dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya. Dianjurkan sekali supaya ibu menyusui bayinya karena baik untuk kesehatan bayinya.

## 4) Ajarkan cara menyusui bayi

Rasional:

Mencegah terjadinya lecet pada payudara  
(Mochtar, Sinopsis Obstetri Jilin I, 2009).

## 5) Kaji kepeenuhan kandung kemih di atas simfisis pubis. Beri tahu dokter bila distensi terlihat dan klien tidak mampu berkemih

Rasional:

Kandung kemih penuh mengubah posisi fundus dan mengganggu kontraktilitas usus

## 6) Berikan KIE pada ibu tentang penggunaan bra penyokong

Rasional:

Mengangkat payudara ke dalam dan ke depan, mengakibatkan posisi lebih nyaman

## 7) Berikan KIE mengenai teknik menyusui

Rasional:

Posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting, tanpa memperhatikan lamanya menyusu

## 8) Berikan informasi tentang makanan pilihan tinggi protein, vitamin C, dan zat besi. Anjurkan klien untuk meningkatkan masukan cairan sampai 2000 ml/hari

Rasional:

Protein membantu meningkatkan penyembuhan dan degenerasi jaringan baru. Zat besi perlu untuk sintesis hemoglobin. Vitamin C memfasilitasi absorpsi besi dan perlu untuk sintesis dinding sel. Peningkatan cairan membantu mencegah statis urin dan masalah-masalah ginjal.

## f. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

## g. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk bentuk SOAP.

## 5. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Neonatus Normal

### a. Pengkajian Data

#### 1) Riwayat Kesehatan Klien

##### a) Riwayat Kesehatan Sekarang :

(1) Keluhan utama : Adanya keluhan atau gejala yang menyebabkan pasien dibawa berobat. Misalnya :apakah ada penyakit atau tanda-tanda infeksi pada neonatus, tanda-tanda cedera lahir, dan tanda-tanda penyakit neurologis?, Kapan mulai terjadi.

(2) Riwayat perjalanan penyakit dan upaya untuk mengatasi: Pada riwayat perjalanan penyakit, disusun cerita yang kronologis, terinci dan jelas pada dokumentasi SOAP mengenai keadaan kesehatan pasien sejak sebelum terdapat keluhan sampai ia dibawa berobat

##### b) Pola Fungsional kesehatan

Kebutuhan Dasar	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi hanya memerlukan ASI dan susu formula selama enam bulan pertama tanpa memberikan makanan yang lain. (Varney, 2008).
Pola Eliminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi minimal berkemih 4-5 kali/hari (Varney, 2008).</li> <li>- Bayi harus berkemih minimal enam kali dalam setiap 24 jam dengan urin yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. (Holmes, 2011)</li> <li>- Bayi memiliki feses lengket berwarna hitam kehijauan selama 2 hari petama. Ini disebut mekonium. Feses bayi yang diberi ASI kemudian akan berubah warna menjadi hijau-emas, lunak dan terlihat seperti bibit (seedy). Bayi yang diberi susu formula memiliki feses berwarna cokelat gelap, seperti pasta atau padat. Bayi anda dapat defekasi 1 atau 4 x/hari. Apabila bayi anda tetap tidak defekasi selama lebih dari 2 hari, hubungi dokter anak atau perawat praktisi (Varney, 2008).</li> <li>- Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatal sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau minum (Kristiyanasari, 2010).</li> </ul>
Pola Istirahat	Bayi perlu banyak tidur. Untuk membantu bayi anda tidur ketika anda ingin tidur, sediakan lingkungan yang nyaman dan minimalkan gangguan atau stimulasi. Atur posisi bayi anda telentang ketika tidur (Varney, 2008).

Pola Personal Hygiene	Bersihkan bayi anda dengan menggunakan sabun lembut. Sebelum tali pusat lepas, apus sekeliling dasar tali pusat dengan kain lembab. Lipat bagian depan popok bayi ke arah bawah sehingga tali pusat tidak teriritasi oleh popok. Ketika mengganti popok, bersihkan bokong bayi dengan sabun dan air. Hindari penggunaan bedak atau krim wangi untuk membantu mencegah ruam akibat popok (Varney, 2008). Setiap habis mandi dan ganti popok, bersihkan tali pusat agar terhindar dari infeksi (Kelly, 2010).
-----------------------	---

## 2) Data Obyektif

### a) Pemeriksaan Fisik Neonatus

Tanggal : Jam :

Keadaan Umum : Baik

TTV

Nadi : 120-160 kali per menit

Respirasi : 30-60 kali per menit

Temperature : 36,5 – 37°C (Varney, 2008)

Antropometri

Berat badan : Pada hari ketiga atau keempat akan mengalami penurunan berat badan, dan berat badan akan meningkat pada hari kesepuluh (Cunningham, 2006).

Selama 3-5 hari pertama kehidupan, bayi akan kehilangan berat badan sekitar 5-10% berat badan lahirnya. Berat badan akan kembali meningkat pada hari ke-10 kehidupan bayi (Varney, 2008).

Panjang badan : 48-52 cm (Sitiava, 2012).

Lingkar Kepala : Circum ferensia suboccipito bregmatica : 32 cm  
Circum ferensia fronto oksipito : 34 cm  
Circum ferensia mento oksipito bregmatica : 35 cm (Sastrawinata, 2006)

Lingkar dada : 30-38 cm (Sastrawinata, 2006).

Lingkar Perut : 28-30 cm (Sastrawinata, 2006).

LILA : 10-11 cm (Sastrawinata, 2006)

## b) Pemeriksaan fisik:

## Inspeksi

Kepala : Rambut bersih, lembut, kulit kepala bersih, tidak ada lesi. *Moulding* harus sudah menghilang dalam 24 jam kelahiran. Perhatikan adanya pembengkakan. Adanya memar atau trama sejak lahir juga harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Holmes, 2011).

Wajah : Tidak tampak oedem.

Mata : Inspeksi mata untuk memastikan bahwa keduanya bersih, tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan. (Holmes, 2011). Konjungtiva berwarna merah muda, sclera tampak berwarna putih. Tidak ada tanda infeksi, misal : pus (nanah) (Saifuddin, 2006).

Telinga : Saifuddin (2006) menyatakan bahwa periksa hubungan letaknya dengan mata dan kepala. Tampak simetris, tidak tampak sekret/serumen, telinga lembut dan fleksibel (Stright, 2006).

Hidung : Tidak tampak pengeluaran secret atau serumen

Mulut : Holmes (2011) menyatakan bahwa inspeksi pada mulut harus terlihat bersih dan lembab. Adanya bercak putih harus diperiksa lebih jauh, karena hal ini dapat mengindikasikan terjadinya infeksi jamur. Tampak simetris, bibir tidak tampak pucat, mukosa mulut lembab. (Stright, 2006). Saifuddin (2006) menyatakan bahwa inspeksi pada mulut tampak simetris, tidak adanya kelainan abnormal. Misal : labio palato skizis.

Leher : Tidak tampak pembesaran pada kelenjar tyroid, getah bening maupun vena jugularis (Saifuddin, 2006).



- Dada :Dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi (Saifuddin, 2006).
- Abdomen :Saifuddin (2006) menyatakan bahwa pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Gerakan pernapasan 30-50 kali permenit. Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk adanya tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Tali pusat biasanya lepas dalam 5-16 hari. Tanda-tanda infeksi tali pusat adalah adanya kemerahan disekitar tali pusat, tali pusat dapat berbau busuk dan menjadi lengket (Holmes, 2011).
- Genetalia eksterna :Bayi Baru Lahir ini terlihat memiliki karakteristik genetalia eksternal baik pria maupun wanita. (Varney, 2008). Sitiava (2012) menyatakan bahwa pemeriksaan pada genetalia eksterna pada perempuan tampak klitoris, tidak tampak pengeluaran, labia minora tertutup labia mayora. Sedangkan pada laki-laki tidak tampak hipospadius dan epispadius, serta testis tampak sudah turun.
- Anus :Tidak ada kelainan, ada refleks membuka dan menutupnya anus (Varney, 2008).
- Ekstremitas :Tampak sama panjang, jari-jari lengkap.
- Palpasi
- Kepala :Tidak teraba lesi atau tumor. Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intrakranial, sedangkan fontanel cekung akan menandakan terjadinya dehidrasi. Perhatikan adanya pembengkakan. Adanya memar atau trama sejak lahir juga harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Holmes, 2011).

Wajah	: Tidak teraba oedema pada wajah
Mata	: Tidak teraba oedema
Telinga	: Untuk mengetahui adanya kartilago (Varney, 2008).
Hidung	: Tidak teraba polip
Leher	: Tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening (Saifuddin, 2004).
Abdomen	: Tidak teraba masa.
Genetalia eksterna	: Tampak normal
Anus	: Tidak ada kelainan
Ekstremitas	: Tidak teraba oedema.

#### Auskultasi

Dada	: Terdengar bunyi vesikuler diseluruh lapang paru dan tidak ada bunyi tambahan.
Abdomen	: Terdengar bising usus 4 sampai 5 kali permenit di setiap kuadran
Status Neurologi (Refleks)	
Moro	: Positif, lengan dan kaki bergerak ketika dikejutkan oleh suara atau gerakan keras.
Rooting	: Bayi menoleh kearah sentuhan pada pipinya (Asuhan Persalinan Normal, 2008).
Sucking	: Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks mengisap atau berusaha untuk mengisap benda yang disentuh.
Swallowing	: Kumpulan ASI di dalam mulut mengaktifkan refleks menelan.

Babinski : Jari-jari kaki bayi menekuk ke bawah apabila ada gesekan pada telapak kaki.

Graf : Bila jari menyentuh telapak tangan bayi maka jari jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

#### c) Pemeriksaan penunjang :

- (1) Pemeriksaan Hb : Bayi baru lahir dilahirkan dengan nilai hemoglobin yang tinggi dengan rentang normalnya sekitar 13,7-20,0 g/dL dan nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan

sebesar 12,0 g/dL. (Varney, 2008)

(2) Pemeriksaan kadar glukosa : Rata-rata kadar glukosa normal neonatus dari 4-72 jam pertama adalah 60-70 mg/dL (Varney, 2008).

b. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis : NCB SMK usia ..... hari

Masalah : Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman/hal yang sedang dialami klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

Kebutuhan : Hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah.

Contoh kebutuhan : Pemberian KIE/pendidikan kesehatan.

c. Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah aktual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis/masalah potensial tersebut tidak terjadi.

Diagnosis Potensial : Tidak ada

d. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi /darurat yang harus dilakukan. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

Tindakan segera : Tidak ada

e. Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh sebagai kelanjutan manajemen terhadap diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi.

1) Berikan KIE pada ibu untuk memberikan ASI secara adekuat

Rasional :

pemberian ASI dalam rangka memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi dan meningkatkan sistem imunitas tubuh. Pemberian susu yang baik akan berpengaruh pada sistem eliminasi yang baik pula (Holmes, 2011).

2) Berikan KIE tentang ASI eksklusif

Rasional :

ASI eksklusif merupakan makanan paling baik untuk neonatal/bayi, pemberian ASI memberikan kesempatan bagi ibu untuk

mencurahkan cinta kasih serta perlindungan kepada anaknya (Bahiyatun, 2009).

- 3) Berikan KIE tentang kebutuhan dan pola tidur dan istirahat bayi

Rasional :

Tidur sangat penting bagi neonatus dan tidur dalam sangat bermanfaat untuk pemulihan dan pertumbuhan.

- 4) Lakukan pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus

Rasional :

Untuk mendeteksi tanda-tanda bahaya/penyakit pada neonatal secara dini dan mencegah terjadinya komplikasi, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah (Rismintari, 2009).

- 5) Berikan KIE kepada ibu untuk meningkatkan hubungan interaksi antara orangtua dan bayi

Rasional :

Meningkatkan interaksi antara bayi dan orang tua agar terciptanya hubungan yang kuat sehingga proses laktasi dan perawatan bayi baru lahir dapat terlaksana dengan baik (Holmes, 2011).

- 6) Berikan KIE tentang perawatan kulit dan personal hygiene

Rasional :

dalam rangka pencegahan terhadap infeksi pada masa neonatal dan menunjang kesehatan neonatal (Holmes, 2011).

- 7) Berikan KIE pada ibu tentang Imunisasi pada Neonatal

Rasional :

Pemberian imunisasi sesuai usia neonatal merupakan perawatan dasar seperti pemberian Pemberian vitamin K1 dan Imunisasi Hepatitis B-0 (DepKes RI, 2008).

- 8) Berikan KIE tentang perawatan bayi sehari-hari

Rasional :

Untuk memberikan pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan konfeherensif pada masa neonatal (Ambarwati, 2009).

## 9) Berikan KIE tentang kunjungan neonatal

Rasional :

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah (Ambarwati, 2009).

## f. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya

## g. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

## 6. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Calon Akseptor Kontrasepsi

## a. Pengkajian

Keluhan utama :

Haid lebih banyak, keram , nyeri haid (AKDR), Timbul bercak/flek-flek (AKDR, PIL, Suntik 1 Bulan, AKBK), Sakit kepala ringan (PIL, Suntik 3 bulan, Suntik 1 Bulan), Berat badan naik/turun (PIL, Suntik 3 bulan, Suntik 1 Bulan), Mual (PIL, Suntik 3 bulan, Suntik 1 Bulan), Payudara nyeri (Pil dan Suntik 3 bulan)

## 1) Riwayat Menstruasi

Penggunaan MAL dapat dilakukan sebelum ibu mendapatkan haid pada 8 minggu pertama setelah persalinan (ABPK. 2006).

## a) Riwayat Kontrasepsi

## b) Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Kebutuhan nutrisi tetap sama dengan memperhatikan menu makan bergizi seimbang (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi : 2011).
Eliminasi	Tidak ada perubahan dalam system BAB dan BAK (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011)
Istirahat	Kebiasaan istirahat yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan istirahat pada umumnya (Affandi, 2011).
Aktivitas	Tingkat aktivitas seseorang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dalam kesehatannya (Arikunto, 2007).
Personal Hygiene	Diperlukan kebiasaan menjaga kebersihan vagina yang lebih sering pada penggunaan AKDR. (Affandi, 2011).
Kebiasaan	Kebiasaan merokok dan mengkonsumsi obat tertentu (epilepsy dan tuberculosis) dapat mempengaruhi penetapan pemilihan metode kontrasepsi (Affandi, 2011).
Seksualitas	Metode Kontrasepsi MAL, AKDR, suntik, AKBK, tidak melindungi dari penyakit menular seksual (PMS)/HIV. (Affandi, 2011).

## c) Riwayat Psikososio-kultural Spiritual

- (1) Perasaan tentang setiap aspek yang terkait dengan metode tertentu, misalnya prosedur yang digunakan, apakah hal tersebut berkaitan dengan aktivitas seksual, pengalaman masa lalu yang tidak menguntungkan karena penggunaan metode tertentu.
- (2) Tren sosial saat ini terkait penggunaan berbagai metode
- (3) apakah metode tertentu dikenakan sanksi oleh badan-badan keagamaan yang dianut individu atau pasangan serta pembenaran terhadap prinsip-prinsip pembenaran keluarga dan konsep dasar tentang keluarga berencana oleh semua agama (Varney, 2007).

## b. DATA OBYEKTIF

Pemeriksaan Umum

Kesadaran :

Tanda Vital :

- 1) Tekanan darah tinggi >180/110 mmHg, atau diastolik > 90 mmHg atau sistolik > 160 mmHg tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi pil

kombinasi, metode kontrasepsi non hormonal merupakan pilihan yang lebih baik (Affandi, 2011).

- 2) Nyeri dada hebat, batuk, napas pendek, Nadi > 100x/menit merupakan keadaan yang perlu mendapatkan perhatian dimana memungkinkan masalah yang mungkin terjadi seperti serangan jantung atau bekuan darah di dalam paru.
- 3) Tekanan darah tinggi selama < 180/110 mmHg boleh menggunakan pil dan suntikan progestin.
- 4) Tekanan darah tinggi boleh menggunakan metode KB AKDR

Pemeriksaan Penunjang :

- 1) Pemeriksaan Laboraturium :

Anemia bulan sabit tidak boleh menggunakan metode pil kombinas, suntikan kombinasi. Anemia bulan sabit dan anemia defisiensi zat besi boleh menggunakan metode suntikan progestin dan implant.  
PP test untuk memastikan tidak terjadi kehamilan

- c. Interpretasi data dasar

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik

Diagnosis : PAPAH usia ..... Dengan Akseptor KB ...

Masalah : Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman hal yang sedang dialami klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

Kebutuhan : Hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah.

- d. Identifikasi diagnosa/Masalah Potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah aktual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis/masalah potensial tersebut tidak terjadi.

- e. Identifikasi kebutuhan tindakan segera

Langkah ini mencakup rumusan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

## f. Intervensi

- 1) Beritahukan hasil pemeriksaaan yang dilakukan pada ibu

Rasional :

Informasi yang jelas dapat mempermudah komunikasi petugas dan klien untuk tindakan selanjutnya

- 2) Beritahukan kepada ibu tindakan pelayanan kontrasepsi yang akan dilakukan

Rasional :

Agar pasien lebih siap dan kooperatif dalam setiap pelaksanaan tindakan.

- 3) Jelaskan kembali tentang kekurangan atau kerugian serta efek samping KB yang digunakan/ ingin digunakan klien

Rasional :

Penjelasan tentang keuntungan, kerugian, serta efek samping KB dapat menjadi pertimbangan ibu dalam menentukan kontrasepsi yang akan digunakan dan mengingatkan kembali kepada ibu mengenai efek samping KB juga dapat mengurangi kecemasan pada ibu.

- 4) Berikan pelayanan metode kontrasepsi sesuai kebutuhan klien

Rasional :

Tindakan pelayanan metode kontrasepsi dilaksanakan sesuai kebutuhan klien (kontrasepsi suntikan progestin) dan pastikan 5 T sebelum memberikan pelayanan kontrasepsi (tepat pasien, tepat tempat, tepat obat, tepat dosis, dan tepat waktu)

- 5) Lakukan tindakan pasca pelayanan metode kontrasepsi

Rasional :

Memberitahukan informasi mengenai KB yang digunakan berguna untuk mengingatkan klien, membersihkan alat-alat yang telah dipaaki, merapikan klien, dan mencuci tangan merupakan tindakan pencegahan infeksi yang penting dalam setiap tindakan.

- 6) Lakukan pencatatan pada kartu kunjungan klien dan anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang

Rasional :

Pendokumentasian serta evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan pada kartu kunjungan klien dapat menghindari terjadinya kesalahan dalam pemberian KB. Keterlambatan jadwal kunjungan ulang akan

mempengaruhi efektivitas dari cara pemakaian atau penggunaan KB. (BKKBN, 2006).

g. Implementasi

Pelaksanaan dilakukan dengan efisien dan aman sesuai dengan rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

h. EVALUASI

Evaluasi merupakan penilaian tentang keberhasilan dan keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilakukan. Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

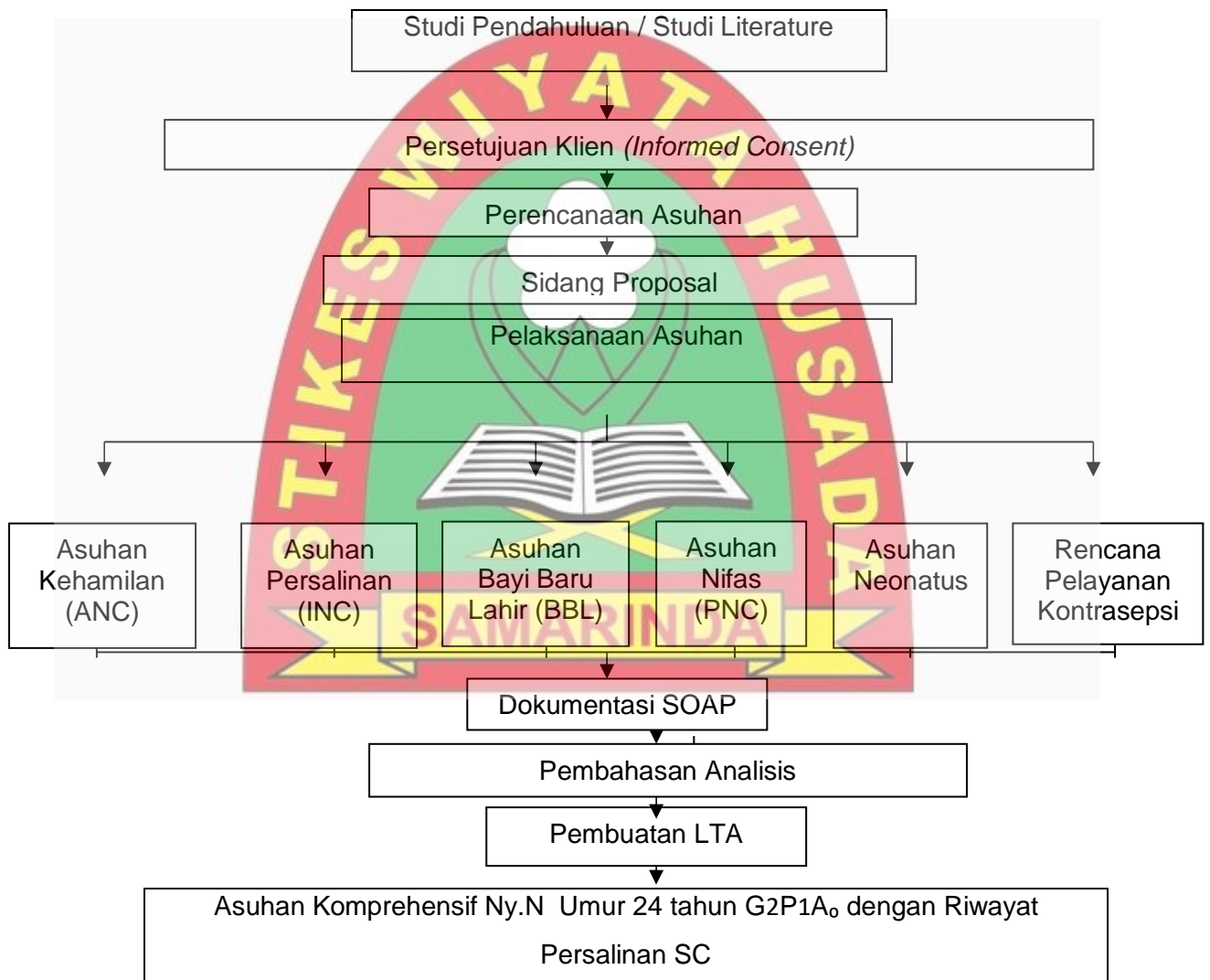


## BAB III

### METODE STUDI KASUS

#### A. Kerangka Konsep Kegiatan Asuhan COC (Contiunity Of Care)

Kerangka konsep merupakan langkah-langkah yang akan di lakukan mulai studi pendahuluan sampai dengan alternatif pemecahan masalah. Di susun dalam bentuk kerangka atau alur yang sistematis. Adapun kerangka kerja pada penyusunan proposal sesuai dengan manajemen varney sebagai berikut :



Bagan 3.1 Kerangka Kerja Penelitian

## B. Pendekatan/Desain penelitian (case study)

Jenis karangan ilmiah adalah Studi Kasus dengan asuhan kebidanan secara komprehensif (*Continuity of care*) melalui pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney dan dengan catatan perkembangan menggunakan SOAP.

Dalam studi kasus ini penulis menggunakan metode observasi di mana penulis bertujuan mendapatkan hasil dari asuhan kebidanan yang dilakukan secara komprehensif yang mencakup asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi berdasarkan manajemen varney.

## C. Tempat dan Waktu Penelitian

### 1. Tempat

Studi laporan kasus ini serta asuhan kebidanan komprehensif (*Continuity of care*) akan dilaksanakan di Bidan Praktik Mandiri Hj.Endang Iriani, SST Samarinda Perum. Pinang Mas wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.

### 2. Waktu

Studi laporan kasus serta asuhan kebidanan komprehensif (*Continuity of care*) saat perencanaan dan pemberian asuhan kebidanan secara mandiri akan dilakukan dalam waktu periode September – November 2016. Adapun Master plan terlampir.

## D. Obyek Penelitian/Partisipan

Obyek penelitian adalah ibu hamil Ny. N GIIP1A0 trimester III usia kehamilan 39 minggu dengan kehamilan riwayat SC.

## E. Metode Pengumpulan Data

### 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. (Nursalam, 2008). Teknik pengumpulan data yang penulis gunakan adalah :

a. Data Primer

- 1) Observasi, yaitu melakukan pengamatan secara langsung terhadap klien yang dikelola atau diamati perilaku dan kebiasaan klien.
- 2) Wawancara, yaitu melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara langsung kepada orang tua atau keluarga klien. Wawancara pada studi kasus ini dilakukan pada Ny. Y untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan dalam proses asuhan kebidanan secara komprehensif.
- 3) Perlakuan/implementasi, yaitu dengan melakukan pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan asuhan yang dilakukan.

b. Data Sekunder

Data yang didapat dari dokumentasi atau catatan medik pihak terkait yang menunjang untuk pengumpulan data seperti dokumentasi kunjungan Ny. N ke Bidan Praktik Mandiri Hj. Endang Iriani, SST yang terdapat pada buku KIA ibu maupun data dari Bidan.

1) Analisis Data

Analisa data merupakan proses penataan secara sistematis atas transkrip wawancara data hasil observasi, data dari daftar isian, dan materi lain untuk selanjutnya diberi makna, baik secara tunggal maupun simultan, dan di sajikan sebagai temuan penelitian (Danim, 2007).

Analisis data yang digunakan dalam studi kasus menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney yang di komentasikan dalam bentuk SOAP. Langkah ini mencakup :

- a. Menentukan keadaan normal, di mana dari hasil pengumpulan data primer dan skunder yang dilakukan pada Ibu N di dapatkan hasil bahwa kehamilan ibu N merupakan kehamilan normal tanpa resiko.
- b. Membedakan tanda gejala kemungkinan komplikasi, dimana dari hasil perubahan data primer dan sekunder

yang dilakukan pada ibu N tidak di dapatkan hasil bahwa ibu N mengalami ketidaknyamanan kehamilan.

- c. Mengidentifikasi tanda dan gejala kemungkinan komplikasi
- d. Mengidentifikasi masalah.

## F. Etika penelitian

Dalam sub bab ini di uraikan bahwa penulis telah melakukan langkah-langkah atau prosedur yang berkaitan dengan etika penelitian. Masalah etika dalam penelitian kebidanan sangat di perlukan mengingat bahwa manusia sebagai objek penelitian. Beberapa etika kebidanan yang harus di perhatikan dalam studi kasus antara lain :

### 1. *Informed consent*

*Informed consent* berupa lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan pemberian *informed consent* ini agar klien mengerti maksud dan tujuan dalam pemberian asuhan dan mengetahui dampaknya. Jika klien bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika pasien tidak bersedia maka penulis harus menghormati hak klien.

Lembar persetujuan yang diberikan pada responden, dengan tujuan subyek mengetahui maksud dan tujuan dampak pemberian asuhan selama pengumpulan data. Jika subyek bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subyek menolak maka penulis tetap harus menghormati haknya (Hidayat, 2007).

### 2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

*Anonymity* menjelaskan bentuk proposal ini tidak perlu mencantumkan nama pada pendokumentasian asuhan kebidanan namun hanya menuliskan inisial. Kerahasiaan identitas subyek perlu diperhatikan, untuk itu penulis tidak mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data (Kuesioner) yang isi oleh subyek. Lembar tersebut hanya diberi kode tertentu (Hidayat, 2007).

### 3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

*Kerahasiaan* menjelaskan masalah ataupun data klien yang harus dirahasiakan. Semua informasi yang diberikan klien dijamin kerahasiaannya oleh penulis.

Penulis harus mampu menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek dan hanya kelompok tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil riset (Hidayat, 2007).



## BAB IV

### TINJAUAN KASUS

#### A. Asuhan Kebidanan Antenatal Care

Tanggal pengkajian : 01 November 2016                      Oleh : Intan R.S  
Waktu : 01.00 WITA  
Tempat : BPS Hj. Endang Iriani,SST

S :

1. Identitas

Nama Ibu	: Ny. N	Nama Suami	: Tn. M
Umur	: 24 tahun	Umur	: 33 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Banjar	Suku	: Banjar
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jl.KH.W.Hasyim	Alamat	: Jl.KH.W.Hasyim
No. Hp	: 085247133508	No.Hp	: -

Alasan datang periksa/keluhan utama

Ibu hamil mengatakan pada perutnya terasa kencang sejak pukul 20.00 WITA tanggal 31 November 2016 dan keluar lendir dan darah.

Riwayat Kesehatan Klien

1) Riwayat Kesehatan yang lalu

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

2) Riwayat kesehatan keluarga

Di dalam keluarga Ny. N tidak ada yang sedang/memiliki riwayat penyakit hepatitis, jantung, asma, tekanan darah tinggi, anemia, TBC, ginjal dan penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun, serta tidak ada riwayat keturunan kembar.

## 3) Riwayat menstruasi

HPHT 04 Februari 2016, taksiran persalinan 11 November 2016, siklus haid 28 hari, teratur, lama haid  $\pm$  6-7 hari, banyaknya  $\pm$  3 kali ganti pembalut, warna darah merah, cair. Menarche usia 13 tahun.

## 4) Riwayat obstetrik

Hamil anak pertama lahir tanggal, usia kehamilan mg, lahir secara SC dengan indikasi KPD, ditolong oleh dokter, jenis kelamin perempuan, berat badan gram, diberi ASI dan tidak ada komplikasi.

## 5) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi Pil KB.

## 6) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu rutin memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Sempaja dekat rumahnya, ini merupakan pemeriksaan yang ke13 kalinya selama hamil ini. Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama sebanyak 2 kali, trimester kedua sebanyak 4 kali, dan trimester ketiga sebanyak 6 kali.

7) Ibu sudah merasakan gerakan janinnya sejak usia kehamilan 5 bulan, gerakan janin aktif hingga sekarang.

## a. Pola fungsional kesehatan

<b>Tabel 4.1 Pola Fungsional ANC</b>	
<b>Keterangan</b>	
<b>Pola</b>	<b>Saat ini</b>
<b>Sebelum hamil</b>	
<b>Nutrisi</b>	<p>Ibu Makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi 1 porsi, lauk pauk 1 potong, sayur dan buah-buahan, air putih <math>\pm</math> 3-4 gelas/hari. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik</p>
	<p>Pada trimester 3 ini ibu makan Makan 3/hari dengan porsi makan: nasi 1 ½ porsi, lauk pauk 2 potong, sayur dan buah-buahan, air putih <math>\pm</math> 8-9 gelas/hari. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi.</p>

Eliminasi BAK :5-6 x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan.  
BAB : 1-2x/hari, berwarna coklat, konsistensi padat, tidak ada keluhan.

Nafsu makan baik

BAK : 7-8 x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan.  
BAB : 1x/hari, berwarna coklat kehitaman, konsistensi padat, tidak ada keluhan.

Istirahat Ibu tidur siang 1 jam/hari  
Pada hari-hari  $\pm$  7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur

Ibu tidur siang  $\pm$ 1-2 jam/hari, pada tidur malam :  $\pm$ 6-7 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.

Aktivitas Di rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, sementara saat ini di luar rumah kegiatan ibu tidak ada.

Di rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak, sementara saat di luar rumah kegiatan ibu tidak ada.

Personal Hygiene Mandi 2x/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celanan dalam 2-3 x/hari, ganti baju 3x/hari

Mandi 2x/hari, mengganti baju 3-4x/hari, ganti celana dalam 3-4x/hari.

Kebiasaan Tidak ada

Tidak ada

Seksualits 2-3x/minggu dan ibu tidak memiliki keluhan dalam pola seksualitas

Jarang, ibu tidak memiliki keluhan dalam pola



## seksualitas

## b. Riwayat psikososio kultural spiritual

- 1) Ini merupakan pernikahan pertama, lama menikah  $\pm$  7 tahun, status pernikahan sah.
- 2) Respon Keluarga Terhadap Kehamilan ini  
Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua. Ibu dan suami menerima kehamilan dengan senang hati
- 3) Bagaimana psikis ibu terhadap kehamilan ini  
Ibu berharap kehamilannya dapat berjalan dengan lancar dan ibu dapat menjalani kehamilan ini dalam keadaan sehat.

## DATA OBJEKTIF :

## a. Pemeriksaan umum

Kondisi umum	: Baik	
Kesadaran	: Composmentis	
Tanda vital	: Tekanan darah	: 110/80 mmHg
	Nadi	: 85 x/menit
	Pernapasan	: 23 x/menit
	Suhu	: 36,3 °C
Antropometri	: Berat badan sebelum hamil	: 59 kg
	Berat badan saat ini	: 67 kg
	Tinggi Badan	: 150 cm
	LILA	: 29,3 cm

## b. Pemeriksaan fisik

Kepala	: Tidak tampak lesi, distribusi rambut merata, tampak bersih, warna rambut hitam, konstruksi rambut kuat, tidak teraba benjolan/massa.
Wajah	: Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak tampak pucat, tidak teraba benjolan/massa, tidak teraba oedema.
Mata	: Tampak simetris, konjungtiva tampak berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak tampak pengeluaran kotoran, tidak teraba oedema pada kelopak mata.
Telinga	: Tampak simetris, tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, tidak tampak gangguan pendengaran.

- Hidung : Tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Mulut : Tidak tampak pucat, bibir tampak lembab, tampak bersih, lidah tampak bersih, tidak tampak stomatitis ataupun caries.
- Leher : Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tiroid.
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi, tidak terdengar suara nafas tambahan (RR: 23x/menit), frekuensi jantung 100x/menit.
- Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran asi, tampak hiperpigmentasi pada aerolla mammae, puting susu tampak menonjol. Tampak pembesaran, tidak teraba massa/oedem, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Tidak tampak striae, tampak pembesaran, tampak simetris, tampak bekas operasi.
- TFU : 33 cm
- Leopold I : Bagian fundus ibu teraba lunak, bulat, tidak melenting (presentasi bokong)..
- Leopold II : bagian kanan perut ibu teraba bagian panjang dan keras seperti papan (punggung kanan) pada sebelah kiri ibu teraba bagian kecil janin (ekstermitas).
- Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bagian keras, bulat (presentasi kepala).Bagian ini tidak dapat digoyangkan (sudah masuk PAP).
- Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP penurunan kepala Hodge 2 3/5 (Difergen).
- TBJ :  $(33-11) \times 155 = 3.410$  gram
- DJJ : Punctum maksimum 3 jari dibawah pusat sebelah kanan perut ibu frekuensi 143x/menit, irama teratur.
- Ekstremitas atas : Bentuk simetris, tidak tampak oedema Refleks bisep dan trisep (+) / (+)

Ekstremitas bawah : Bentuk simetris, tidak tampak oedema, tidak ada varices, dan dan patella (+) / (+)

c. Pemeriksaan dalam

Tanggal 01 November 2016, pukul 01.30 WITA

Vulva / vagina tidak tampak oedema, tidak tampak benjolan, tidak teraba pembesaran pada kelenjar bartholini, massa, dan jaringan parut, tampak lendir bercampur darah, tidak teraba benjolan dan tidak teraba polip pada dinding vagina, pembukaan 1 cm, effacement 30%, ketuban belum pecah, presentasi belakang kepala, penurunan kepala di Hodge II.



ASSESSMENT :

Diagnosa : G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 39 minggu janin tunggal hidup dengan riwayat SC 6 tahun yll a/l KPD.

Masalah : Kencang-kencang dan keluar lendir darah.

Kebutuhan : KIE tanda bahaya kehamilan, dan KIE tanda-tanda persalinan.

Diagnosa Potensial : Rupture Uteri

Masalah potensial : Tidak ada

Kebutuhan tindakan segera :

- Mandiri : Pemeriksaan ANC
- Kolaborasi : Konsultasi dengan dokter Obgyn
- Merujuk : Tidak dilakukan

PLANNING : **SAMARINDA**

Tanggal : 01 November 2016 Jam : 01.00 WITA

**Tabel 4.2 Implementasi ANC**

No	Waktu	Tindakan	Evaluasi
.			
1.	01.35 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa pemeriksaan fisik ibu normal, tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi 83 x/menit, pernafasan 23 x/menit, suhu 36,3°C. Berat badan: 67 kg. Pemeriksaan <i>head to toe</i> (dari kepala sampai	Ibu mengetahui kondisi nya dan janin nya.

kaki) normal tidak ada kelainan.

Tinggi fundus uteri 33 cm

Leopold I :Bagian fundus ibu teraba lunak, bulat,tidak melenting (presentasi bokong)..

Leopold II :Bagian kanan perut ibu teraba bagian panjang dan keras seperti papan (punggung kanan) pada sebelah kiri ibu teraba bagian kecil janin (ekstermitas).

Leopold III :Bagian terbawah janin teraba bagian keras, bulat (presentasi kepala) Bagian ini tidak dapat digoyangkan (sudah masuk PAP).

Leopold IV :Bagian terbawah janin sudah masuk PAP 3/5 (Diferen).

TBJ :  $(33-11) \times 155 = 3.410$  gram

DJJ :Punctum maksimum 3 jari dibawah pusat sebelah kanan perut ibu frekuensi 143x/menit, irama teratur.

2. 01.40 Menjelaskan pada ibu tanda bahaya Ibu WITA kehamilan seperti pusing, mual, muntah, kejang, perdarahan pervaginam, bengkak dan pada wajah dan ekstermitas, pandangan kabur, jika ada tanda-tanda tersebut segera dibawa ketenaga kesehatan terdekat. Ibu mengetahui tanda bahaya kehamilan.
3. 01.45 Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda Ibu WITA persalinan seperti keluar lendir darah, air dan Ibu mengetahui dan

- |    |               |   |  |
|----|---------------|---|--|
|    |               | ketuban, dan perut kencang teratur.   | mengerti tanda-tanda persalinan.                     |
| 4. | 01.50<br>WITA | Mengajarkan pada ibu teknik relaksasi pada saat kontraksi yaitu dengan menarik nafas lewat hidung dan menghembuskan secara perlahan-lahan melalui mulut.  | Ibu sudah mengetahui dan mengikuti teknik relaksasi. |
| 5. | 01.53<br>WITA | Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu dianjurkan untuk tidur siang 1 sampai 2 jam setiap hari, 8 jam setiap tidur malam. Ibu bersedia untuk istirahat yang cukup sesuai yang dianjurkan bidan. | Ibu bersedia untuk istirahat yang cukup.             |

## 2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Tanggal dan Waktu Pengkajian : 01 November 2016 / 01.30 WITA  
 Tempat : BPS Hj. Endang Iriani, SST  
 Oleh : Intan Ratna Sari

### **SAMARINDA** KALA I PERSALINAN

#### Persalinan Kala I Fase Laten Jam 01.30 WITA

**S** :

Ibu mengatakan pada tanggal 31 Oktober 2016 tepatnya pada pukul 20.00 WITA ibu merasa perutnya kencang-kencang masih jarang dan disertai dengan keluarnya lendir, pukul 20.30 WITA keluarga memutuskan membawa ibu ke Rumah Sakit SMC setelah dilakukan VT pembukaan 1 cm dan dianjurkan bidan untuk pulang terlebih dahulu. Pada tanggal 01 November 2016 pukul 00.00 WITA ibu merasa perutnya semakin terasa kencang-kencang keluarga pun memutuskan membawa ibu ke BPS Hj. Endang Iriani, SST.

Setelah dilakukan VT pukul 01.30 WITA pembukaan 1 cm. Bidan menyarankan untuk tetap berada di BPS untuk di observasi kemajuan persalinannya.

Riwayat psikososio-kultural spiritual

- a. Ibu mengatakan sudah siap secara mental dan fisik untuk melahirkan dan ingin segera melahirkan
- b. Suami dan keluarga berperan aktif dalam mendukung ibu dan membantu masalah kenyamanan serta psikologis ibu
- c. Ibu mengatakan tidak ada kepercayaan atau adat istiadat tertentu yang mempengaruhi proses persalinan

O :

### 1. Pemeriksaan Umum

Kesadaran composmentis, tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,1 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit dan pengkajian rasa nyeri.

### 2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Tampak pembesaran, tampak striae alba, tampak linea nigra, tampak bekas operasi, TFU : 33 cm, Leopold I :

Pada fundus teraba bagian bulat, lunak (bokong), Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba bagian yang memanjang seperti papan (punggung) Bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstermitas), Leopold III : Pada bagian terbawah janin

teraba bulat, keras dan tidak melenting (Kepala), Leopold IV: sudah masuk PAP (Divergent), TBJ: 33-12 x 155 = 3.410 gram,

DJJ: Punctum maksimum pada kuadran kanan bawah frekuensi 143 x/menit, irama teratur.

Kontraksi uterus : frekuensi 3 kali, durasi 20-25 detik, intensitas sedang.

Genitalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina, tampak pengeluaran

cairan lendir, tidak tampak luka parut, tidak tampak fistula, tidak tampak hemoroid.

Ekstremitas : Ekstremitas atas, Tidak ada oedema dan cavilari refill kembali dalam waktu  $\leq 2$  detik

Ekstremitas bawah, Tidak tampak oedema, cavilari refill kembali dalam waktu  $\leq 2$  detik, dan homan sign (-)

### 3. Pemeriksaan dalam

#### Kala 1 fase aktif

Tanggal : 01 November 2016 Jam : 12.00 WITA

Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio lunak, effacement 60%, pembukaan 4 cm, ketuban utuh/belum pecah, presentasi kepala, hodge II.

A :  
 Diagnosis : G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 39 minggu kala I fase aktif janin tunggal hidup persalinan kala I fase aktif.

P :  
 Tanggal: 01 November 2016 Pukul: 12.00 WITA

**Tabel 4.3 Implementasi INC KALA I**

No.	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	12.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu dan janin dalam keadaan sehat, TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, R: 20x/menit, T: 36,1°C, DJJ: 146x/menit dan saat ini pembukaan 4 cm	Ibu mengerti penjelasan yang diberikan bahwa keadaan ibu dan janin dalam keadaan sehat, TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, R: 20x/menit, T: 36,1°C, DJJ: 143x/menit dan saat ini pembukaan 4 cm

2.	12.45 WITA	Mengajarkan Ibu teknik relaksasi dengan nafas dalam untuk mengurangi nyeri karena adanya kontraksi.	Ibu menarik nafas dalam dan menghembuskan secara perlahan – lahan melalui mulut seraya berbaring miring kiri. Ibu merasa nyaman dengan posisi tersebut.
3.	12.50 WITA	Memberikan support/dukungan kepada ibu	Ibu merasa nyaman dan termotifasi untuk mampu melahirkan secara normal
4.	12.55 WITA	Menganjurkan ibu untuk miring kiri dan berjalan-jalan agar kontraksi lebih sering terjadi	Ibu bersedia miring kiri dan berjalan-jalan.
5.	13.00 WITA	Memberikan ibu makan dan minum agar tidak lemas dan memiliki tenaga pada saat meneran	Ibu bersedia makan makanan ringan dan minum
6.	13.03 WITA	Mengoobservasi setiap 30 menit sekali untuk kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin (DJJ,HIS,TD)	Ibu telah di observasi setiap 30 menit sekali (DJJ,HIS,TD).
7.	13.06 WITA	Mempersiapkan pakaian ibu dan perlengkapan bayi	Pakaian ibu dan bayi telah disiapkan
8.	13.10 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya.	Partus set telah tersedia, alat dalam partus set lengkap, APD telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap,

			washlap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia. Keseluruhan siap digunakan.
9.	13.15 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan spuit sekali pakai 3 ml ke dalam partus set.	Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit telah dimasukkan ke dalam partus set
		Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.	Perhiasan tidak dikenakan, tangan telah dicuci dengan menggunakan sabun dan air mengalir dengan teknik mencuci tangan 7 langkah.
10.	13.20 WITA	Menyiapkan infus set untuk mengantisipasi terjadinya perdarahan	Infus set telah disiapkan

**PARTOGRAF**

## KALA II PERSALINAN

Tanggal : 01 November 2016

Jam : 17.00 WITA

**S :**

Ibu mengatakan perutnya kencang kencang dan rasa ingin BAB. Pecah ketuban warna jernih, bau khas, banyaknya 100 ml tanggal 01 November 2016 pukul 17.00 WITA

**O :**

### 1. Pemeriksaan Umum

Kesadaran composmentis, tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,5 °C, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/menit dan pengkajian rasa nyeri.

### 2. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : DJJ Terdengar jelas, teratur, frekuensi 140 x/menit, DJJ terdengar di kuadran kanan bawah, vesika urinaria kosong. HIS frekuensi 5x 10', dengan durasi  $\geq$  45" Hodge IV

Genetalia : Perineum tampak menonjol, vulva tampak membuka dan ketuban (-)

Anus : Tampak adanya tekanan pada anus

### 3. Pemeriksaan Khusus

#### a. Pemeriksaan Dalam

Jam : 17.00 Wita

Tidak tampak oedema, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, pembukaan 10 cm, effacement 100 %, ketuban jernih, presentasi kepala, denominator UUK kanan depan, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, penurunan kepala 1/5.

**A :**

Diagnosis : G<sub>2</sub>P<sub>1A0</sub> inpartu kala II persalinan spontan

P:

Tanggal: 01 November 2016

Pukul: 17.00 WITA

Tabel 4.4 Implementasi INC KALA II

No	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	17.00 WITA	Memastikan pembukaan telah lengkap	Pembukaan telah lengkap, tampak ketuban pecah jernih dan pengeluaran lendir bercampur darah dalam jumlah banyak.
2.	17.01 WITA	Menjelaskan pada ibu bahwa pembukaan telah lengkap dan ibu boleh mengejan pada saat kontraksi	Ibu mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan
3.	17.01 WITA	Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan	Partus set ,alat dan bahan telah siap
4.	17.02 WITA	Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu	Handuk telah di letakkan di perut ibu
5.	17.02 WITA	Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai–pastikan DJJ dalam batas normal .	DJJ : 148 x/ menit

6.	17.02 WITA	Memakai APD	APD telah digunakan
7.	17.03 WITA	Membimbing ibu untuk meneran dengan baik dan benar.	Ibu meneran ketika kontraksi, dagu ditempelkan didada, mata melihat kearah perut ibu dan meneran seperti saat BAB tanpa suara dan mata tetap terbuka.
8.	17.03 WITA	Menahan kepala setelah kepala bayi membuka vulva 5-6 cm dengan cara melindungi perineum dengan tangan kanan untuk mencegah robekan jalan lahir yang dilapisi duk steril. Tangan kiri menahan kepala bayi untuk mencegah dorsofleksi dan membantu lahirnya kepala	Perineum telah dilindungi dengan satu tangan yang dilapisi duk steril.
9.	17.04 WITA	Setelah kepala lahir memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.	Terdapat lilitan longgar tali pusat pada leher bayi dan bisa dilepaskan melewati atas kepala bayi.
10.	17.04 WITA	Menunggu hingga kepala janin melakukan putaran paksi luar secara spontan.	Kepala janin melakukan putaran paksi luar

11.	17.04 WITA	Memegang secara bipariental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.	Ibu meneran saat ada kontraksi dan bahu bayi lahir
13.	17.05 WITA	Melahirkan badan bayi dengan tangan kanan menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah dan gunakan tangan kiri untuk memegang lengan dan siku atas.	Tangan kanan menyanggah kepala, lengan dan siku bayi
14.	17.05 WITA	Melahirkan seluruh tungkai bayi dengan tangan kiri menelusuri punggung hingga tungkai	Tangan kiri melakukan penyusuran untuk melahirkan tubuh bayi.
15.	17.06 WITA	Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.	Ibu mengerti dan bersedia disuntik oksitosin.

Tanggal: 01 November 2016

Pukul: 17.06 WITA

**S** : Ibu mengatakan perutnya terasa mules mules

**O** :

**1. Pemeriksaan Umum**

Keadaan umum ibu baik dan kesadaran composmentis

**2. Pemeriksaan Fisik**

Wajah : Tidak tampak cloasma gravidarum dan tidak tampak pucat

Abdomen : Tinggi Fundus Uteri : 2 jari di atas pusat

Kontraksi Uterus : mengeras pada bagian fundus ibu

Kandung Kemih : kosong

Genitalia : Tampak semburan darah, dan tali pusat tampak memanjang

**A :**

Diagnosis : P<sub>2A0</sub> kala III persalinan spontan

Masalah : Mules

Kebutuhan : Menejemen aktif kala III

Diagnosis potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan dasar : Menejemen aktif kala III

**P :**


Tanggal: 01 November 2016

Pukul:17.06 WITA

**Tabel 4.5 Implementasi INC KALA III**

No	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	17.06 WITA	Menjepit tali pusat dengan klem 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama	Tali pusat telah dijepit dengan menggunakan klem.
2.	17.07 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggunting tali pusat diantara 2 klem	Tali pusat telah dipotong
3.	17.08 WITA	Mengikat tali pusat dengan benang steril	Tali pusat telah diikat dengan

			benang steril
4.	17.10 WITA	Melakukan perawatan bayi baru lahir dengan cara mengeringkan, menghangatkan, dan rangsangan taktil	Bayi telah dikeringkan lalu diberikan kepada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama 1 jam.
5.	17.11 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	Klem telah di pindahkan
6.	17.12 WITA	Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi dan sambil menegangkan tali pusat.	Kontraksi uterus baik.
7.	17.13 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokranial, menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir.	Tali pusat tampak memanjang dan ada semburan darah tiba-tiba
8.	17.15 WITA	Melakukan penangkapan plasenta secara sirkuler jika plasenta sudah terlihat di depan vulva.	Plasenta telah terlepas
9.	17.16 WITA	Melakukan masase selama 15 detik pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler dengan tangan kiri hingga uterus berkontraksi.	Kontraksi uterus baik
10.	17.16 WITA	Memberi tahu ibu bahwa mules yang dirasakan adalah hal yang fisiologis atau normal terjadi pada ibu post partum karena proses pengembalian uterus.	Ibu sudah mengetahui faktor mules yang dirasakan

11.	17.17 WITA	Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan ke dalam waskom yang tersedia.	Kotiledon 20 buah, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat 50 cm, dan tebal plasenta 2 cm
11.	17.18 WITA	Mengobservasi TTV, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan	 <p>TD:120/80 mmHg  RR: 23 x/menit  N : 83 x/menit  T : 36, 5°C  TFU : Sepusat  Kontraksi : baik  Kandung kemih : kosong  Perdarahan : ± 150 cc</p>

#### KALA IV PERSALINAN

Tanggal: 01 november 2016

Pukul: 17.18 WITA

**S** : Ibu mengatakan perutnya terasa mules-mules

**O :**

**1. Pemeriksaan Umum**

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah ibu 120/80 mmHg, nadi 83 x/menit, pernapasan 23 x/menit, suhu 36,5°C

**2. Pemeriksaan Fisik**

Wajah : Tidak tampak pucat, tidak ada cloasma gravidarum

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera berwarna putih

Abdomen : TFU sepusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong

Genitalia : Pengeluaran lochea rubra dengan jumlah perdarahan ± 30 cc dan tidak terdapat ruptur.

**A :**

Diagnosis : P<sub>2A0</sub> kala IV persalinan spontan

Masalah : Mules

Diagnosis potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

**P:**

Tanggal: 01 november 2016

Pukul: 17.18 WITA

**Tabel 4.6 Implementasi INC KALA IV**

No	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	17.18 WITA	Mengajarkan ibu cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi dengan cara memasase fundus uteri secara sirkuler menggunakan telapak tangan hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).	Ibu bersedia melakukan masase uterus

2.	17.19 WITA	Menjelaskan kepada ibu tidak ada robekan jalan lahir	Ibu mengerti dan mengetahui keadaannya
3.	17.22 WITA	Memastikan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.	Kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan pervaginam
4.	17.24 WITA	Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.	Jumlah kehilangan darah $\pm$ 30 cc
5.	17.26 WITA	Membersihkan ibu dan mengenakan pakaian ibu	Ibu telah mengenakan pakaian dan bersih
6.	17.28 WITA	Mendekontaminasi alat dan tempat dengan larutan klorin	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
7.	17.30 WITA	Melakukan pemantauan kala IV: memeriksa TTV, kontraksi rahim, TFU, kandung kemih, dan perdarahan	Terlampir dalam partograf
8.	17.40 WITA	Mencuci alat setelah didekontaminasi	Alat yang telah bersih di setting kembali untuk di sterilkan menggunakan sterilisator
9.	17.45 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%	
10.	17.47 WITA	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.	Tangan telah dicuci dengan sabun dan air mengalir dengan teknik 7 langkah

11.	17.49 WITA	Pemantauan menyusui	Bayi disusui namun ASI belum keluar
12.	17.50 WITA	Melakukan pemantauan kala IV: memeriksa TTV, kontraksi rahim, TFU, kandung kemih, dan perdarahan selama 2 jam Post Partum	Terlampir dalam partograf
13.	17.55 WITA	Melengkapi partograf	

### 3. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

#### Pengkajian

Tanggal dan Waktu Pengkajian : 01 November 2016/ 18.05 WITA

Tempat Pengkajian : BPS Hj. Endang Iriani, SST

Oleh : Intan Ratna Sari

S : -

O :

#### 1. Riwayat Persalinan Sekarang

Jenis persalinan adalah spontan pervaginam, tidak ada komplikasi dalam persalinan. Lama kala I persalinan adalah  $\pm$  5 jam, lama kala II adalah  $\pm$  5 menit, lama kala III  $\pm$  10 menit dan lama kala IV adalah 2 jam.

#### 2. Keadaan Bayi Baru Lahir

Bayi lahir pada tanggal 01 November 2016 pada jam. 17.05 WITA dengan jenis kelamin perempuan, nilai APGAR score adalah 9/10, ketuban jernih.

3. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 150x/menit, suhu 36,3 °C, pernapasan: 43 x/menit

4. Pemeriksaan antropometri didapatkan hasil :

BB : 3200 gram , PB: 52 cm

Circum ferensia suboccipito bregmatica : 33 cm

Circum ferensia fronto oksipito : 34 cm

Circum ferensia mento oksipito bregmatica : 35 cm

Lingkar dada : 33 cm

Lingkar perut : 32 cm

LILA : 9,5 cm

5. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir, meliputi:

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput saucedaneum dan cepal hematoma, penyebaran rambut tampak merata, rambut berwarna hitam. Teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Wajah : Tidak tampak pucat, tidak oedema, dan tidak tampak kuning

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan, pupil tampak normal (dapat membesar dan mengecil), gerakan mata aktif, tampak oedema pada kelopak mata, tidak tampak pucat pada conjungtiva, sklera tampak berwarna putih.

Hidung : Tampak simetris, tidak tampak pernafasan cuping hidung, tidak tampak pengeluaran cairan, tidak teraba polip.

Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, tampak lubang telinga, tidak tampak sekret/serumen, tidak teraba benjolan/massa.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, terdapat palatum mole dan palatum durum, bibir tidak tampak pucat, mukosa mulut lembab.

Leher : Pergerakan leher tampak aktif, tidak tampak pembesaran vena jugularis, tidak teraba massa, dan tidak teraba pembesaran kelenjar limfe.

Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, tidak tampak menggunakan otot bantu pernapasan, puting susu menonjol, suara nafas terdengar vesikuler, irama jantung terdengar teratur, suara jantung I terdengar di intercosta 4-5 dan suara jantung II terdengar di intercosta 1-2 (Nadi : 150 x/menit), tidak terdengar suara nafas tambahan ronchi dan wheezing (RR : 43 x/menit).

Abdomen : Tali pusat tampak berwarna putih, tidak tampak perdarahan tali pusat dan tidak tampak tanda-tanda infeksi tali pusat, tidak teraba benjolan/massa, terdengar bising usus frekuensi (7x/menit).

Punggung : Tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung,

Genitalia : Jenis kelamin perempuan, tampak labia mayor menutupi labia minor, tidak tampak pengeluaran, tidak tampak kelainan

Anus : Tampak lubang anus, tidak ada kelainan.

Lanugo : Tidak tampak lanugo

Verniks : Tampak di daerah lipatan leher, ketiak, paha dan genitalia

Ekstremitas : Ekstremitas atas tampak simetris, lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, tampak pergerakan aktif, tampak garis telapak tangan.

Ekstremitas bawah tampak simetris, lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, tampak pergerakan aktif, tampak garis telapak kaki.

## 6. Status Neurologi Refleks) :

Refleks morro (+) bayi tampak terkejut ketika dikejutkan dengan suara, rooting (+) bayi tampak menoleh kearah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, sucking (+) refleks isap baik, berusaha untuk mengisap puting yang disentuhkan, swallowing (+) bayi tampak menelan ASI dengan baik, babinski (+) ketika telapak kaki bayi disentuh, jari-jari kaki bayi menekuk ke bawah, graf (+) ketika telapak tangan bayi disentuh, jari-jari bayi menggenggam dengan kuat.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Masa Kehamilan usia 1 jam

Masalah : Tidak ada

P :

**Tabel 4.7 Implementasi BBL**

No.	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	18.05 WITA	Melakukan IMD apgar skor bayi 9/10	IMD berhasil dilakukan selama 1 jam
2.	18.10 WITA	Menyarankan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya minimal 2 jam sekali atau semau bayi agar ASI dapat lancar keluar	Ibu bersedia untuk sesering mungkin menyusui bayinya minimal 2 jam sekali atau semau bayi agar ASI dapat lancar keluar
3.	18.12 WITA	Memberikan injeksi Neo-K 1 mg pada paha sebelah kiri bayi secara IM sebanyak 0,5 cc	Bayi telah diberikan injeksi Neo-K
4.	18.14 WITA	Memberikan salep mata tetrasiklin 1 % pada masing-masing mata bayi secukupnya	Bayi telah diberikan salep mata
5.	18.20 WITA	Melakukan rawat gabung ibu dan bayi karena kondisi keduanya baik	Ibu dan bayi telah dilakukan rawat gabung

#### 4. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

##### Kunjungan I (6 jam)

Tanggal dan Waktu Pengkajian : 01 November 2016 / 23.00 WITA  
 Tempat : BPS Hj. Endang Iriani, SST  
 Oleh : Intan Ratna Sari

##### S:

##### - Keluhan Utama

Ibu nifas 6 jam post partum dan ibu mengatakan dan perut terasa mules.

##### - Pola Fungsional

Nutrisi, ibu mengatakan telah makan 3x dengan menu nasi, sayur, serta lauk. Ibu menghabiskan setengah porsi, minum 500 ml. Istirahat, ibu sudah ada tertidur setelah selesai persalinan. Aktifitas, 1 jam PP ibu bisa miring kiri-kanan dan menyusui bayinya, 2 jam PP ibu bisa berjalan ke kamar mandi untuk BAK. Eliminasi, ibu mengatakan telah BAK sebanyak 4 kali dan ibu belum BAB.

##### O :

##### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum ibu pada waktu kegiatan anamnesa pasien tanggap dan kooperatif. Kesadaran Composmentis. Ekspresi wajah ibu ceria dan emosionalnya stabil. Tanda-tanda vital : Tekanan darah 110/80 mmHg , suhu 36,1 °C, nadi 82 x/menit, pernapasan 23 x/menit. Antropometri : berat badan sekarang 65 kg.

##### 2. Pemeriksaan Fisik

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

Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat

- Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, nampak putih pada sklera, dan fungsi penglihatan baik. Tidak teraba benjolan atau massa di palpebral
- Telinga : Tampak bersih dan tidak ada sekret/serumen. Tidak teraba polip ataupun benjolan.
- Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip dan peradangan
- Mulut : Mukosa mulut tampak lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak tampak stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tremor normal.
- Leher : Tidak tampak peradangan tonsil dan faring, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.
- Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, terdengar suara nafas vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan, terdengar suara jantung teratur.
- Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran kolostrum, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu tampak menonjol, tidak tampak retraksi, tidak teraba massa, konsistensi tegang berisi
- Abdomen : Tampak linea nigra, striae albicans, tampak luka bekas operasi, dan asites. Kandung kemih kosong, tinggi fundus uteri sepusat, konsistensi keras, kontraksi baik, posisi uterus berada di tengah, terdengar bising usus 10 x/menit.
- Genetalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina, tidak tampak luka parut, tidak ada fistula, tidak tampak hemorrhoid, tidak ada luka jahitan tampak pengeluaran cairan lochea rubra, warna merah, konsistensi cair, banyaknya  $\pm 30$ cc.

Ekstremitas : Ekstermitas atas tampak simetris, tidak teraba oedema, pada refleks capillary refill kembali dalam 2 detik. Reflek bisep(+), reflek trisep (+).

Ekstremitas bawah tidak teraba oedem, tampak sama panjang, homan sign (-), pada refleks *capillary refill* kembali dalam 1 detik. Reflek babinsky (-), reflek Patella (+) / (+)

**A :**

Diagnosis : P<sub>2A0</sub>, nifas normal 6 jam

Masalah : ASI belum keluar

**P :**

Tanggal : 01 November 2016 Jam : 23.00 WITA

**Tabel 4.8 Implementasi PNC kunjungan ke 1**

No.	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	23.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium. Tanda-tanda vital dalam batas normal, TD:110/80 mmHg, N:83x/menit, R: 23x/menit, T: 36,1°C TFU 2 jari dibawah pusat, belum adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal	Ibu mengetahui keadaan dirinya dalam batas normal, TD:110/80 mmHg, N:86x/menit, R: 20x/menit, T: 36,5°C
2.	23.05 WITA	Menyarankan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya minimal 2 jam sekali atau semau bayi agar ASI dapat lancar keluar.	Ibu bersedia untuk sesering mungkin menyusui bayinya minimal 2 jam sekali

			atau semau bayi agar ASI dapat lancar keluar
3.	23.10 WITA	Menyarankan ibu untuk tetap melakukan perawatan payudara bisa dengan mengompres payudara dengan air hangat secara bergantian	Ibu bersedia melakukan perawatan payudara
4.	23.15 WITA	Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan genetalia agar terhindar dari infeksi dan menganjurkan pada ibu untuk membersihkan alat genetalia dengan sabun sesudah BAK ataupun BAB dan sesering mungkin mengganti pembalut apabila terasa tidak nyaman	Ibu bersedia dan akan menjaga kebersihan vaginanya
5.	23.20 WITA	Memberi KIE tentang cara merawat tali pusat bagi bayi ibu, mengganti kasa setiap kali basah dan jangan diberi apapun seperti alkohol kopi dan sebagainya, karena menyebabkan infeksi, cukup ganti dengan kasa bersih dan membalutnya dengan benar.	Ibu bersedia dan mengerti cara perawatan tali pusat dengan benar.
6.	23.25 WITA	harus mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dan dengan porsi yang lebih banyak dibanding ibu yang tidak menyusui. Karena ibu menyusui membutuhkan tambahan kalori untuk memenuhi kebutuhannya dan bayi. Ibu dianjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi protein. Protein akan membantu dalam mempercepat penyembuhan luka, karen protein merupakan zat pembangun, Menganjurkan ibu mengkonsumsi makan yang bergizi, memperbanyak minum air putih, dan tetap	Ibu paham kebutuhan nutrisinya dan bersedia mengatur pola makannya.

		mengonsumsi tablet vitamin dan obat yang diberikan, ibu dianjurkan makan dan banyak minum untuk mengembalikan tenaga ibu yang banyak terkuras saat bersalin. Ibu	
7.	23.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan lagi seminggu setelah persalinan	Ibu mengetahui kapan waktu pemeriksaan selanjutnya dan bersedia diperiksa.

### Kunjungan II (6 hari)

Tanggal dan Waktu Pengkajian : 06 November 2016/ 10.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. N

Oleh : Intan Ratna Sari

**S:**

1. **Alasan datang periksa**

Melakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan keadaan ibu

2. **Keluhan Utama**

Tidak ada

3. **Pola Fungsional**

Pola Nutrisi Ibu mengatakan telah makan 3x dengan menu 1 porsi nasi, 2 centong sayur bening daun katu serta 1 lauk ikan, minum air putih 6-7 gelas/hari. Pola Aktifitas Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang ringan dan merawat bayi. Pola Eliminasi ibu tidak ada keluhan, ibu mengatakan telah BAK sebanyak 3-4 kali/hari dan BAB 1 kali/hari. Ibu mandi 2 kali/hari. Mengganti pembalut setiap sehabis mandi yaitu 2 kali/hari.

**O :**

1. **Pemeriksaan Umum**

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital adalah tekanan darah 110/80

mmHg, suhu 36,5 °C nadi 80 x/menit, pernafasan 23 x/menit. Hasil pengukuran antropometri adalah berat badan saat hamil 67 kg, berat badan sekarang 60 kg.

## 2. Pemeriksaan Fisik

- Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat
- Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan fungsi penglihatan baik, tidak teraba benjolan atau massa
- Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, tidak tampak alat bantu otot pernafasan, irama jantung terdengar teratur, (Nadi : 80 x/menit), tidak terdengar suara nafas tambahan ronchi dan wheezing (RR : 23 x/menit).
- Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, tidak tampak retraksi, tidak teraba massa, konsistensi tegang berisi. Tidak teraba benjolan. Tidak teraba bendungan ASI
- Abdomen : Tampak linea alba, striae albicans, dan tampak luka bekas operasi. Kandung kemih kosong, tinggi fundus uteri 3 jari diatas simpisis, konsistensi keras, kontraksi baik, posisi uterus berada di tengah, Terdengar bising usus 12 x/menit.
- Genetalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina, tidak tampak luka parut, tidak ada fistula, tidak tampak hemorroid, tampak luka perineum, tampak lochea sangollenta warna kecoklatan, konsistensi cair.
- Ekstremitas : Ekstremitas atas, tampak simetris, tidak teraba oedema, pada refleks *capillary refill* kembali dalam 2 detik, reflek bisep (+), reflek trisep (+).  
Ekstremitas bawah, tidak teraba oedem, tampak sama panjang, homan sign (+), pada refleks *capillary refill* kembali dalam 1 detik, reflek babinsky (+), reflek patella (+) / (+).

**A :**

Diagnosis : P<sub>2A0</sub>, hari ke-6 postpartum fisiologis

Masalah : Tidak ada

**P :**

Tanggal : 06 November 2016

Jam : 10.00 WITA

**Tabel 4.9 Implementasi PNC kunjungan ke 2**

No	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	10.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TD: 110/80 mmHg, T: 36,1 °C, N: 83 x/menit, R: 23 x/menit tampak adanya pengeluaran ASI, payudara teraba keras, TFU 3 jari diatas symphysis, pengeluaran lochea, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal	Ibu telah mengetahui kondisinya saat ini dalam batas normal, TD: 110/80 mmHg, T: 36,1 °C, N: 80 x/menit, R: 23 x/menit
2.	10.10 WITA	Menganjurkan ibu tetap menjaga kebersihan daerah vagina dan perineum. Kebersihan genitalia tetap harus dijaga untuk mencegah terjadinya infeksi. Ibu tetap dianjurkan untuk sering mengganti pembalut, dan memberi kompres betadine pada luka lecet di perineum ibu	Ibu mengetahui pentingnya menjaga kebersihan genitalia dan bersedia melakukannya
3.	10.15 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya pada ibu nifas yaitu : demam tinggi > 38°C, tidak dapat BAB selam 3 hari, pembengkakan di daerah payudara ibu, pengeluaran lochea yang berbau	ibu mengerti tentang perubahan yang dialaminya dan dapat menyebutkan tanda-tanda bahaya nifas.

4.	10.20 WITA	Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan pada post partum 29 hari.	Ibu mengetahui tanggal pemeriksaan selanjutnya dan bersedia diperiksa kembali Mahasiswa
----	---------------	--	--

### Kunjungan III (2 minggu)

Tanggal dan Waktu Pengkajian : 15 November 2016 / 09.30 WITA

Tempat : Rumah Ny.N

Oleh : Intan Ratna Sari

**S:**

**1. Alasan datang periksa**

Melakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan keadaan ibu

**2. Keluhan Utama**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

**3. Pola Fungsional**

Pola Nutrisi Ibu mengatakan telah makan 3x dengan menu 1 porsi nasi, 2 centong sayur serta 1 lauk ayam, minum air putih 7 gelas/hari.

Pola Aktifitas Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang ringan dan merawat bayi.

Pola Eliminasi ibu tidak ada keluhan, ibu mengatakan telah BAK sebanyak 3-4 kali/hari dan BAB 1 kali/hari. Ibu mandi 2 kali/hari.

Mengganti pembalut setiap sehabis mandi yaitu 2 kali/hari.

**O :**

**1. Pemeriksaan Umum**

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital adalah tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,5 °C nadi 80x/menit, pernafasan 20 x/menit. Hasil pengukuran antropometri adalah berat badan saat hamil 67 kg, berat badan sekarang 60 kg.

## 2. Pemeriksaan Fisik

- Wajah : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak oedem dan tidak pucat
- Mata : Tidak tampak oedem pada kelopak mata, tidak pucat pada konjungtiva, tampak putih pada sklera, dan fungsi penglihatan baik, tidak teraba benjolan atau massa.
- Dada : Tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung terdengar teratur, (Nadi : 84 x/menit), tidak terdengar suara nafas tambahan ronchi dan wheezing (RR : 24 x/menit).
- Payudara : Tampak simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu tampak menonjol, tidak tampak retraksi, tidak teraba massa, konsistensi tegang berisi. Tidak teraba benjolan. Tidak tampak bendungan ASI
- Abdomen : Tampak linea alba, tidak tampak luka bekas operasi, kandung kemih kosong, tinggi fundus uteri sudah tidak teraba, terdengar bising usus 15 x/menit.
- Genetalia : Tidak tampak oedema dan varices pada vulva dan vagina, tidak tampak luka parut, tidak ada fistula, tidak tampak hemorrhoid, sudah tidak tampak luka perineum, tampak lochea alba, warna putih, konsistensi cair.

**A :**

- Diagnosis : P<sub>2A0</sub>, 2 minggu postpartum fisiologis
- Masalah : Tidak ada

P :

Tanggal : 15 November 2016

Jam: 09.30 WITA

**Tabel 4.10 Implementasi PNC kunjungan ke 3**

No.	Waktu	Penatalaksanaan	Evaluasi
1.	09.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dalam kondisi normal tanda-tanda vital adalah tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,5 °C nadi 80x/menit, pernafasan 20 x/menit	Ibu mengerti mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dalam kondisi normal, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,5 °C nadi 80x/menit, pernafasan 20 x/menit
2.	09.35 WITA	Memberikan KIE mengenai seksualitas pasca melahirkan. secara medis setelah tidak ada perdarahan lagi, bisa dipastikan ibu sudah siap berhubungan seks yaitu setelah masa nifas yang berlangsung selama 30-40 hari. Bila saat hubungan terasa sakit jangan takut berterus terang dengan suami, saat berhubungan memakai pelumas / jelly (jika perlu), saat berhubungan suami harus sabar dan hati-hati, melakukan senam nifas atau olahraga ringan. Bahaya seksualitas pada masa nifas salah satunya adalah infeksi	Ibu mengerti mengenai penjelasan yang diberikan bahwa bisa dipastikan ibu sudah siap berhubungan seks yaitu setelah masa nifas yang berlangsung selama 30-40 hari dengan hati hati
3.	09.40 WITA	Menjelaskan kepada ibu tentang metode alat-alat kontrasepsi dan efek sampingnya	Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan menginginkan ber-KB dengan

			menggunakan suntik 3 bulan
4.	09.45 WITA	Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang jika terdapat keluhan.	Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang ke tenaga kesehatan.

## 5. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

### Kunjungan I (6 jam)

Tanggal dan Waktu Pengkajian : 01 November 2016 / 23.00 WITA

Tempat : BPS Hj. Endang Iriani, SST

Oleh : Intan Ratna Sari

**S:**

#### 1. Alasan Datang Periksa

Melakukan kunjungan untuk pemeriksaan keadaan bayi

#### 2. Keluhan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

#### 3. Pola Fungsional

Nutrisi, bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) oleh ibunya namun ASI belum keluar. Ibu menyusui secara terus menerus. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI. Eliminasi, bayi BAK 1x, warna kuning jernih, konsistensi cair, BAB 1x, warna hijau kehitaman, konsistensi lunak. BAK dan BAB 1 jam setelah bayi lahir. Istirahat, bayi tidur dan hanya bangun apabila haus dan popoknya kotor.

**O :**

#### 1. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik, hasil pemeriksaan tanda vital nadi 138 x/menit, pernapasan 43 x/menit, suhu 36,5 °C. Hasil pengukuran antropometri berat badan 3200 gram, panjang badan 52 cm, dan LILA 9,5 cm.

## 2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput saucedaneum, tidak tampak molase
- Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran
- Hidung : Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung
- Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga, tidak tampak ada kotoran.
- Mulut : Tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis, mukosa mulut lembab.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung terdengar teratur, (Nadi : 140 x/menit), tidak terdengar suara nafas tambahan ronchi dan wheezing (RR : 42 x/menit).
- Abdomen : Tidak tampak kembung, tidak teraba benjolan/massa, tali pusat tampak berwarna putih, tidak tampak perdarahan tali pusat.
- Punggung : Tidak tampak kelainan kelainan tulang punggung
- Genitalia : Jenis kelamin perempuan, tidak tampak kelainan. Labia mayora menutupi labia minora
- Ekstremitas : Terdapat lubang anus
- Lanugo : Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung
- Verniks : Tampak verniks pada ketiak dan lipatan paha
- Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

**A :**

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Masa Kehamilan usia 6 jam

Masalah : Tidak ada

**P:**

Tanggal : 01 November 2016

Jam : 23.00 WITA

**Tabel 4.11 Implementasi Neonatus kunjungan ke 1**

No.	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	23.00 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik neonatal	Bayi telah dilakukan pemeriksaan fisik
2.	23.05 WITA	Melakukan perawatan tali pusat, membungkus tali pusat bayi.	Tali pusat bayi telah dibungkus tali pusat menggunakan kassa steril
3.	23.10 WITA	Menjelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan normal pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 43 x/menit, dan suhu 36,5 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3200 gr, panjang badan 52 cm, lingkar kepala 34 cm lingkar 33 cm, lingkar perut 30 cm dan lingkar lengan 9,5 cm	Ibu mengetahui keadaan bayinya dan dalam keadaan normal
4.	23.15 WITA	Menganjurkan ibu untuk datang kembali pada jadwal kunjungan neonatal selanjutnya yaitu pada 6 hari selanjutnya atau saat ada keluhan.	Ibu bersedia melakukan kunjungan ulung dan bersedia bayinya di periksa

**Kunjungan II (6 hari)**

Tanggal dan Waktu Pengkajian : 06 November 2016 / 10.00 WITA  
 Tempat : Rumah Ny. N  
 Oleh : Intan Ratna Sari

**S:****1. Alasan datang periksa**

Melakukan kunjungan untuk pemeriksaan keadaan neonatus

**2. Keluhan**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

**3. Pola fungsional**

Nutrisi, bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI. Eliminasi, bayi BAK 5-8 x/hari, warna kuning jernih, konsistensi cair. BAB 3-4 x/hari, warna kuning, konsistensi lunak. Istirahat, bayi tidur sepanjang hari dan hanya bangun apabila haus dan popoknya kotor.

**O :****1. Pemeriksaan Umum :**

Keadaan Umum baik, hasil pemeriksaan tanda vital nadi 138 x/menit, pernapasan 44 x/menit, suhu 36,5 °C. Hasil pengukuran antropometri berat badan 3400 gram, panjang badan 52 cm, dan LILA 11 cm.

**2. Pemeriksaan Fisik**

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput saucedaneum, tidak tampak molase, teraba fontanel mayor belum tertutup dan fontanel minor belum tertutup

Mata : Tampak simetris dan tidak tampak kotoran

Hidung : Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung

Telinga : Tampak simetris, terdapat lubang telinga, tidak tampak ada kotoran.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak

labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab.

Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe.

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak tampak alat bantu otot pernafasan, irama jantung terdengar teratur, suara jantung I terdengar di intercosta 4-5 dan suara jantung 2 terdengar di intercosta 1-2 (Nadi 143 x/menit), tidak terdengar suara nafas tambahan ronchi dan wheezing (RR: 42 x/menit).

Abdomen : Tidak tampak kembung, tidak teraba benjolan/massa.

Punggung : Tampak simetris, tidak tampak kelainan dan tidak teraba pembesaran spina bifida.

Genetalia : Jenis kelamin perempuan, tidak tampak kelainan.

Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tidak tampak lanugo

Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan masa kehamilan usia 6 hari

Masalah : Tidak ada

P:

Tanggal :06 November 2016

Jam : 10.00 WITA

**Tabel 4.12 Implementasi Neonatus kunjungan ke 2**

No.	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	10.10 WITA	Memandikan bayi dan mendemonstrasikan kepada ibu cara memandikan bayi yang benar.	Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

			dan akan memandikan bayinya sendiri.
2.	10.15 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi baik	Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayi saat ini.
3.	10.20 WITA	Memberikan KIE mengenai vulva hygiene pada bayi, yaitu dengan cara membersihkan genitalia dari depan ke belakang, bila BAB atau BAK cukup di bersihkan kemudian di keringkan tanpa diberikan bedak untuk mencegah iritasi pada genitalia bayi	Ibu memahami dan mengetahui cara membersihkan genitalia
4.	10.22 WITA	Menjelaskan kepada ibu untuk kontrol kembali pada kunjungan ke-2 minggu atau saat ada keluhan	Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang dan bersedia bayinya di periksa

### Kunjungan III (2 minggu)

Tanggal dan Waktu Pengkajian : 15 November 2016 / 09.30 WITA

Tempat : Rumah Ny.N

Oleh : Intan Ratna Sari

### S:

#### 1. Alasan Datang Periksa

Melakukan kunjungan untuk pemeriksaan keadaan bayi

## 2. Keluhan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

## 3. Pola Fungsional

Nutrisi, bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI. Eliminasi, bayi BAK 5-7 x/hari, warna kuning jernih, konsistensi cair, BAB 1 x/hari, warna kuning, konsistensi lunak. Istirahat, bayi tidur sepanjang hari dan hanya bangun apabila haus dan popoknya kotor.

O :

### 1. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik, hasil pemeriksaan tanda vital nadi 128 x/menit, pernapasan 48 x/menit, suhu 36,5 °C. Hasil pengukuran antropometri berat badan 3800 gram, panjang badan 52 cm, dan LILA 11 cm.

### 2. Pemeriksaan Fisik :

- Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak molase
- Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran dan perdarahan.
- Hidung : Tampak kedua lubang hidung, tidak tampak pengeluaran dan pernafasan cuping hidung
- Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga, tidak tampak ada kotoran.
- Mulut : Tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe
- Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung terdengar teratur (nadi : 140 x/menit), tidak terdengar suara nafas tambahan ronchi dan wheezing (RR : 40 x/menit)
- Abdomen : Tidak tampak kembung, tidak teraba benjolan/massa. Tali pusat sudah lepas
- Punggung : Tidak tampak kelainan tulang punggung
- Genetalia : Jenis kelamin perempuan, tidak tampak kelainan
- Anus : Terdapat lubang anus

Lanugo : Tidak Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung  
 Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, lengkap dan bergerak aktif. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

### 3. Data Rekam Medis

Bayi telah diberi imunisasi HB0 pada tanggal 02 November 2016

**A:**

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan masa kehamilan usia 2 minggu

Masalah : Tidak ada

**P:**

Tanggal :15 November 2016 Jam : 09.30 WITA

**Tabel 4.13 Implementasi Neonatus kunjungan ke 3**

No.	Jam	Penatalaksanaan	Evaluasi
1.	09.30 WITA	Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan pada bayinya. Keadaan bayi dalam batas normal, tidak ada kelainan. nadi 128 x/menit, pernapasan 48 x/menit, suhu 36,5 °C. Hasil pengukuran antropometri berat badan 4500 gram, panjang badan 51 cm, dan LILA 12 cm.	Ibu mengerti dengan keadaan bayinya dalam batas normal nadi 128 x/menit, pernapasan 48 x/menit, suhu 36,5 °C.
2.	09.32 WITA	Memberikan konseling kesehatan mengenai Imunisasi dasar 1) Hepatitis B untuk mencegah hepatitis (kerusakan hati), di berikan pada paha kanan, tidak memiliki efek samping dan jadwal pemberian 0- 7 hari 2) BCG untuk mencegah tuberculosis, diberikan pada lengan atas sebelah	Ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan dan akan

		<p>kanan, menimbulkan pembengkakan kecil dan kemerahan dalam 2 minggu serta menimbulkan bekas imunisasi dan diberikan pada usia 1 bulan</p> <p>3) Polio mencegah polio (kelumpuhan), diberikan dengan diteteskan sebanyak 2 tetes pada mulut, tidak memiliki efek samping diberikan setiap bulan bersama dengan BCG dan DPT 1,2,dan 3 pada usia 1,2,3,dan 4 bulan</p> <p>4) DPT untuk mencegah Difteri, pertusis (batuk rejan) dan tetanus, diberikan dengan disuntikkan pada paha kiri, menimbulkan panas dalam 2 hari setelah penyuntikan dan diberikan saat usia 2,3,dan 4 bulan</p> <p>5) Campak untuk mencegah campak, diberikan dengan disuntikkan pada lengan kiri, diberikan saat usia 9 bulan.</p>	<p>membawa anaknya imunisasi sesuai jadwal</p>
3.	09.40 WITA	<p>Mengingatkan Ibu mengenai kunjungan ulang untuk memeriksakan keadaan bayinya sekaligus untuk pemberian imunisasi.</p>	<p>Ibu bersedia memeriksakan bayinya dan membawa bayinya ke fasilitas kesehatan untuk imunisasi selanjutnya.</p>

### 6. Asuhan Kebidanan Pada Ibu dengan Calon Akseptor KB

Tanggal dan Waktu pengkajian : 02 Desember 2016 / 19.30 WITA

Tempat : BPS Hj. Endang Iriani, SST

Oleh : Intan Ratna Sari

**S :**

**1. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama**

a. Alasan Datang Periksa

Ibu merencanakan ingin memakai alat kontrasepsi

b. Keluhan Utama

Ibu merencanakan ingin memakai alat kontrasepsi Suntik 3 bulan

**2. Riwayat Kontrasepsi**

Ibu menggunakan alat kontrasepsi KB pil 2010 pada tahun 2015 berhenti memakai dengan alasan

**3. Riwayat Kesehatan Sekarang**

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

**4. Riwayat Psikososio-kultural Spiritual**

Ibu merasa senang jika akan menggunakan alat kontrasepsi karena ingin menunda kehamilan. Keluarga dan suami ibu mendukung ibu dalam pemilihan alat kontrasepsi yang tepat untuk ibu.

**5. Pola Fungsional Kesehatan**

Pola Nutrisi ibu adalah ibu makan 3-4 x/hari habis 1 porsi dengan menu nasi, lauk, semangkuk sayur, buah. Minum 7-8 gelas/hari. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan asupan nutrisi.

Pola eliminasi ibu adalah BAK : 4-5x/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan, BAB : 1 x/hari, konsistensi padat,

berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan. Pola istirahat ibu adalah ibu tidur siang  $\pm$ 1 jam/hari, Ibu tidur pada malam hari 6-7 jam/hari. Aktivitas ibu adalah di rumah mengurus rumah dan anak dan diluar rumah biasanya berbelanja. Pola personal hygiene ibu adalah mandi 2 x/hari, ganti baju 2-3 x/hari. Ganti celana dalam tiap kali basah. Pola kebiasaan ibu adalah jalan-jalan sore dan pola seksualitas ibu belum ada selama masa nifas ini.

O :

### 1. Pemeriksaan Umum

Kesadaran Ny.N adalah composmentis, pengukuran tanda vital didapatkan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 86 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,5 °C serta pengukuran antropometri yang didapatkan adalah berat badan saat ini 65 kg.

### 2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Kulit kepala cukup bersih, distribusi merata, rambut lurus berwarna hitam kebersihan cukup serta tidak ada massa.

Muka : Wajah tidak oedem dan tidak tampak pucat.

Mata : Kelopak mata tidak cekung dan tidak tampak oedema, konjungtiva tidak tampak pucat, sklera berwarna putih.

Payudara : Tampak simetris, tampak hyperpigmentasi pada areolla, tidak ada massa, puting susu menonjol kanan dan kiri, payudara teraba tegang berisi, tampak pengeluaran ASI.

Abdomen : Tampak simetris, tampak linea alba, tidak tampak striae, bising usus 15 x/menit.

Genetalia : Tidak ada pengeluaran darah

Ekstremitas : Tidak oedem, tidak ada varises

A :

Diagnosis : P<sub>2A0</sub> calon akseptor KB suntik 3 bulan

Masalah : Tidak ada

P :

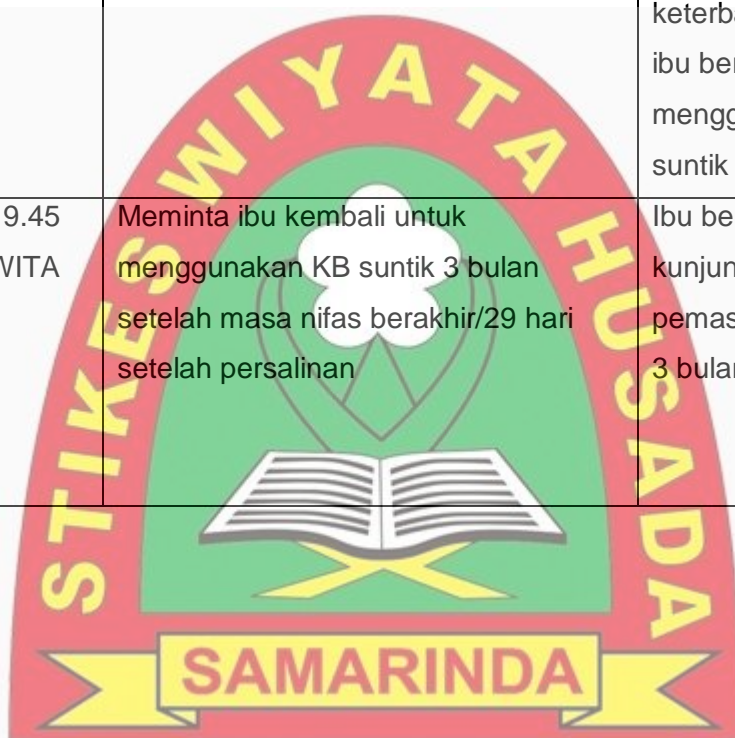
Tanggal : 02 Desember 2016

Pukul: 19.30 WITA

**Tabel 4.13 Implementasi KB**

No	Waktu	Tindakan	Evaluasi
1.	19.30 WITA	Jelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny.N, hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal. TD: 110/80 mmHg, nadi 86 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,5 °C	Ibu mengetahui dan mengerti dengan keadaannya saat ini dalam batas normal TD: 110/80 mmHg, nadi 86 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,5

			°C
2.	19.35 WITA	Melakukan skrining KB terhadap usia ibu bahwa ibu bisa memilih menggunakan beragam alat kontrasepsi	Ibu mengetahui dan mengerti bahwa ibu bisa memilih menggunakan beragam alat kontrasepsi
3.	19.40 WITA	Memberikan informasi alat kontrasepsi kepada ibu menggunakan lembar balik	Ibu mengetahui beragam alat kontrasepsi beserta keuntungan dan keterbatasannya dan ibu berencana menggunakan KB suntik 3 bulan
4.	19.45 WITA	Meminta ibu kembali untuk menggunakan KB suntik 3 bulan setelah masa nifas berakhir/29 hari setelah persalinan	Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang untuk pemasangan KB suntik 3 bulan



## B. Pembahasan

Pada bab ini penulis menyajikan pembahasan yang membandingkan antara teori dengan Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ibu N G<sub>2</sub>P<sub>1A0</sub> sejak kontak pertama pada tanggal 01 November 2016 yaitu dimulai pada masa kehamilan 39 minggu, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut,

Asuhan Kebidanan ini dilakukan di Bidan Praktik Mandiri Hj.Endang Iriani,SST dengan menggunakan 7 langkah Varney yang terdiri dari pengkajian, interpretasi data dasar, identifikasi diagnosis atau masalah potensial, identifikasi kebutuhan tindakan segera, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

### 1. Ante Natal Care (ANC)

Saat dilakukan pemantauan kehamilan Ibu N, didapatkan masalah yaitu ibu hamil dengan riwayat SC. Teori mengatakan bahwa kehamilan normal merupakan kehamilan yang tidak disertai dengan kelainan, penyakit, tanda-tanda bahaya pada kehamilan seperti perdarahan yang keluar dari jalan lahir (abortus, plasenta previa, dan solusio plasenta), hiperemesis, pre-eklamsia dan eklamsia, ketuban pecah dini, gerakan janin yang tidak dirasakan (Varney, 2008). Hal ini dikarenakan adanya pemantauan dan asuhan kehamilan yang dilakukan secara komprehensif, pemberian KIE mengenai kehamilan, senam hamil, dan klien rutin untuk mengkonsumsi vitamin selama masa kehamilan (Kemenkes, 2010).

Ibu N telah melaksanakan pemeriksaan kehamilan secara teratur sebanyak 12 kali. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan karena sudah sesuai kebijakan yaitu kunjungan pemeriksaan kehamilan dan pengawasan untuk pemantauan dan kesejahteraan ibu dan janin minimal 4 kali selama kehamilan dalam waktu kehamilan trimester pertama satu kali kunjungan, kehamilan trimester kedua satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester ketiga dua kali kunjungan (Varney, 2008). Keteraturan Ibu N mengenai pemeriksaan kehamilan sesuai dengan hasil penelitian terdahulu dengan manfaat kunjungan ANC minimal 4x (Irnawati, 2012) apabila seorang ibu hamil memiliki pengetahuan yang lebih tentang resiko tinggi kehamilan maka kemungkinan besar ibu akan berpikir untuk menentukan sikap, berperilaku untuk mencegah,

menghindari atau mengatasi masalah resiko kehamilan tersebut sehingga ibu memiliki kesadaran untuk melakukan kunjungan antenatal atau memeriksakan kehamilannya.

Dalam asuhan yang diberikan adalah pemeriksaan 10 T yaitu tinggi badan dan timbang berat badan, tensi, tingkat status gizi, ukur TFU, tentukan presentasi janin dan hitung denyut jantung janin, pemberian tablet Fe, memberikan suntik TT, tes lab, tata laksana kasus, dan temuwicara (Depkes RI, 2010). Manfaat suntik TT ibu hamil yaitu melindungi bayinya yang baru lahir dari tetanus neonatorum (BKKBN, 2007) status TT Ibu N yaitu TT 3

Pemeriksaan umum yang meliputi kesadaran composmentis, tanda vital yang terdiri dari tekanan darah 110/70 – 120/80 mmHg atau < 140/90 mmHg (Salmah, 2008), nadi yaitu 60-100 x/menit (Salmah, 2008), suhu tubuh yaitu 36,5- 37,5<sup>0</sup>C (Salmah, 2008), pernafasan 16-20 x/menit (Salmah, 2008). Mengacu pada teori yang ada, dari 3 kali kunjungan antenatal yang dilakukan ibu, semua hasil pemeriksaannya dalam batas normal. Tinggi badan Ibu N adalah 150 cm. Hal ini merupakan hal yang normal, yaitu lebih dari 145 cm. Apabila tinggi badan ibu kurang dari 145 cm dicurigai panggul sempit (Varney, 2008).

Kenaikan berat badan klien selama hamil adalah 8 kg yaitu dari 59 kg menjadi 67 kg, karena masa kehamilan mempunyai efek pada metabolisme yang menyebabkan wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dan dalam kondisi sehat, Ibu N mau mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti nasi, lauk-pauk, sayur-sayuran, serta buah-buahan sesuai anjuran bidan. Kenaikan berat badan seperti yang diungkapkan oleh Cunningham, dalam Prawirohardjo, 2010 yaitu berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6,5-12,5 Kg. Kenaikan berat badan Ibu N dikatakan normal karena tidak lebih dari 12,5 Kg.

Pola fungsional pada masa kehamilan akan mengalami beberapa perubahan seperti, nyeri pinggang (disebabkan oleh berat uterus yang membesar), keputihan (disebabkan kurangnya menjaga kebersihan pada area vagina dan penggunaan douch atau semprot vagina), dan kaki kiri dan kanan bengkak (disebabkan gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah, gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-

vena panggul saat ibu hamil duduk atau berdiri (Varney, 2008). Ibu dapat menjalani kehamilan dengan baik walaupun merasakan keluhan tersebut karena ibu telah diberikan penyuluhan kesehatan mengenai ketidaknyamanan selama kehamilan trimester III.

Pemeriksaan fisik dibagian payudara didapatkan bahwa colostrum sudah keluar. Hal ini sejalan dengan teori yang ada dimana untuk pemeriksaan payudara normalnya didapatkan hasil tampak simetris, tampak pembesaran payudara, tampak bersih, tampak dan tidak tampaknya pengeluaran colostrum dari puting, hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol, tidak ada retraksi (Varney, 2008).

Tinggi fundus memberi informasi tentang pertumbuhan progresif janin dan merupakan cara penapisan mendasar untuk mendeteksi masalah yang terkait dengan tinggi fundus yang terlalu besar atau terlalu kecil untuk perkiraan usia kehamilan menurut tanggal. Pada pemeriksaan tinggi fundus uteri jika ditemukan tinggi fundus  $\geq 40$  cm maka kemungkinan bayi besar, sehingga ibu perlu dirujuk dengan indikasi makrosomia.

Pemeriksaan penunjang terdiri dari pemeriksaan urine, yaitu untuk mengetahui kadar protein yang terdapat dalam urine. Menurut Varney 2008, kriteria preeklamsia adalah ada peningkatan tekanan darah selama kehamilan (sistolik  $\geq 140$  mmHg atau diastolik  $\geq 90$  mmHg), pada kondisi fisik ibu N tidak ditemui adanya indikasi seperti tekanan darah tinggi dan odema pada wajah, kaki maupun tangan maka dari itu tidak dilakukan pemeriksaan protein

Pada pemeriksaan Hb ibu N diperoleh hasil yaitu 11 gr/dl. Menurut Varney 2008, peningkatan volume darah ibu terutama terjadi akibat peningkatan plasma, bukan akibat peningkatan jumlah sel darah merah. walaupun ada peningkatan jumlah sel darah merah didalam sirkulasi, tetapi jumlahnya tidak seimbang dengan peningkatan volume plasma. ketidakseimbangan ini akan terlihat dalam bentuk penurunan kadar Hb (hemoglobin), kadar Hb normal pada ibu hamil  $\geq 11,0$  gr/dl. Berdasarkan teori tersebut Hb ibu N dalam batas normal karena  $\leq 11,0$  gr/dl tetapi selama hamil ibu diberikan tablet Fe 1x1 sebanyak 90 tablet.

Pada pemeriksaan penunjang selanjutnya menentukan jenis golongan darah dan hasilnya golongan darah ibu N adalah B.

Pemeriksaan golongan darah untuk megantisipasi terjadinya perdarahan pada saat persalinan dan pasca persalinan yang membutuhkan transfusi darah.

## 2. *Intra Natal Care (INC)*

Menurut (APN, 2008) jika proses persalinan terjadi pada usia kehamilan anantara 37 minggu – 42 minggu tanpa disertai adanya penyulit. Sehingga tidak ada kesenjangan, karena ibu memasuki masa persalinan dengan usia kehamilan 39 minggu. Didapatkan Ny.N dengan Ibu hamil dengan Riwayat SC dapat hamil kembali setelah jarak dari kehamilan sebelumnya selama 2 tahun. Ibu hamil dengan Seksio Sesarea dapat melakukan persalinan dengan jarak dibawah 2 tahun maka diharuskan melahirkan secara seksio sesarea oleh Dokter Obgyn di Rumah Sakit sedangkan jika jarak diatas 2 tahun maka dapat melahirkan secara pervaginam oleh Bidan dengan kolaborasi Dokter (Mulyawati, 2011). Ny. N dengan riwayat SC 6 tahun yang lalu dan dapat ditolong oleh Bidan dengan syarat ibu dan janin tidak mengalami kelainan, penyakit atau penyulit.

Pada saat ibu datang dengan keluhan perutnya kencang-kencang, keluar lendir darah dari vagina, setelah dilakukan pemeriksaan ibu pembukaan 1 cm dan ketuban utuh. Sebagaimana teori menyatakan bahwa bila ketuban telah pecah pada usia kehamilan aterm atau matur dan sebelum ada pembukaan dikatakan ketuban pecah dini (Prawirohardjo, 2010). Berdasarkan teori tersebut tidak ada kesenjangan teori dengan pelaksanaan, sehingga ibu tidak dikatakan ketuban pecah dini.

Tanda-tanda persalinan kala I adalah terjadi his, terjadi pengeluaran lendir bercampur darah, selain itu tanda lainnya adalah terjadinya penipisan dan pembukaan serviks dan pecahnya selaput ketuban (Varney, 2008). Teori ini sesuai dengan keadaan kala I yang di alami ibu N, yaitu keluar lendir darah dan kencang-kencang saat di periksa dalam pada tanggal 01 November 2016 pukul 12.00 WITA pembukaan 4 cm. Menurut Manuaba (2010) proses persalinan di pengaruhi oleh power (HIS), passanger (janin dan plasenta), passage (jalan lahir). Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida 8 jam. (Manuaba, 2010).

Kala I pada Ny. N multigravida berlangsung sekitar  $\pm$  5 jam dan pada proses persalinan kala I tidak ada hambatan dan tidak ada kesenjangan dengan teori yang ada.

Ibu N juga menunjukkan adanya tanda dan gejala kala II persalinan sesuai dengan teori persalinan yaitu ada dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, vulva membuka dan perineum menonjol (Asuhan Persalinan Normal, 2008). Hal ini sesuai dengan gejala dan tanda persalinan pada ibu N yaitu pada pukul 17.00 WITA ketuban pecah dan dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 10 cm, kontraksi 5 kali dalam 10 menit durasi 45-50 detik dan intensitas kuat, tampak pengeluaran lendir darah, klien merasa ingin meneran saat ada kontraksi serta klien merasakan ada perasaan ingin BAB. Setelah dipimpin beberapa kali saat ada his kepala sudah tampak membuka vulva karena perineum elastis, maka tidak dilakukan episiotomi. Setelah itu mahasiswa melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan ketentuan langkah Asuhan Persalinan Normal. Pada pukul 17.05 WITA bayi ibu N lahir. Kala II berlangsung selama  $\pm$  5 menit. Sesuai dengan teori yang menyebutkan pada kala II multigravida berlangsung rata-rata  $\pm$  1 jam (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

Manajemen aktif kala III sesuai dengan teori dimulai saat adanya tanda pelepasan plasenta seperti perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat (Asuhan Persalinan Normal, 2008). Penulis melakukan manajemen aktif kala III yang terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit setelah bayi baru lahir, melakukan peregangan tali pusat terkendali dan dorsokranial (tali pusat memanjang dan pelepasan plasenta dengan tanda- tanda pelepasan terdapat semburan darah pada vagina). Kala III ibu N berlangsung dengan baik dan normal tanpa adanya penyulit. Plasenta lahir lengkap, perdarahan kala III sebanyak  $\pm$  100 cc dan lama kala III berlangsung sekitar 10 menit. Hal ini sesuai dengan teori bahwa plasenta lepas dalam 5-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (WHO, 2013).

Setelah mengevaluasi perdarahan tidak terdapat laserasi pada perineum. Hal tersebut sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa faktor etiologi robekan jalan lahir adalah daerah perineum wanita yang

bersifat elastic, tetapi dapat juga ditemukan perineum yang kaku, terutama pada wanita yang baru mengalami kehamilan pertama (Primigravida) (Handerson, 2006).

Setelah dilakukan eksplorasi sisa plasenta mahasiswa langsung melakukan pemantauan kala IV persalinan (Tekanan darah, nadi, suhu badan, TFU, kontraksi, kandung kemih, dan perdarahan). Pada kala IV, keadaan umum ibu baik, tekanan darah ibu 110/80 mmHg, nadi 83 x/menit, pernapasan 23 x/menit, suhu 36,1°C, kontraksi uterus ibu baik, tinggi fundus uteri sepusat, kandung kemih kosong, tidak dilakukan penjahitan luka perineum dan jumlah perdarahan  $\pm$  35 cc. Pada kala IV ini Ibu N dianjurkan untuk memantau kontraksi dengan melakukan massase pada fundus uteri seperti menangkap bola dan searah jarum jam selama 15 detik agar kontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan. Oleh karena itu penulis melakukan observasi setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam berikutnya. Pada 15 menit kedua keadaan umum ibu baik, tekanan darah ibu 110/90 mmHg, nadi 86 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,2°C, kontraksi uterus ibu baik, tinggi fundus uteri sepusat, kandung kemih kosong, dan jumlah perdarahan  $\pm$ 30 c. Pada 15 menit ketiga keadaan umum ibu baik, tekanan darah ibu 110/80 mmHg, nadi 81 x/menit, pernapasan 19 x/menit, suhu 36,5°C, kontraksi uterus ibu baik, tinggi fundus uteri sepusat, kandung kemih kosong, dan jumlah perdarahan 30 cc. Pada 15 menit keempat keadaan umum ibu baik, tekanan darah ibu 110/80 mmHg, nadi 85 x/menit, pernapasan 19 x/menit, suhu 36,5°C, kontraksi uterus ibu baik, tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, dan jumlah perdarahan 30 cc. Pada 30 menit pertama keadaan umum ibu baik, tekanan darah ibu 110/80 mmHg, nadi 86 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,5°C, kontraksi uterus ibu baik, tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat, kandung kemih  $\pm$  10 cc, dan jumlah perdarahan 20 cc. Pada 30 menit kedua keadaan umum ibu baik, tekanan darah ibu 110/80 mmHg, nadi 85 x/menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 36,5°C, kontraksi uterus ibu baik, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, dan jumlah perdarahan 10 cc. Asuhan kebidanan kala IV berjalan dengan lancar sesuai dengan teori (Varney, 2008), bahwa tindakan pertama bidan setelah plasenta lahir adalah melakukan evaluasi kontraksi uterus

dan melakukan masase uterus sesuai kebutuhan untuk menjaga kontraksi tetap baik, melakukan inspeksi dan evaluasi serviks, vagina, dan perineum, inspeksi dan evaluasi plasenta, membran, dan tali pusat, penjahitan laserasi jika ada, menyelesaikan evaluasi postpartum segera. Hal ini sudah dilakukan dengan hasil normal.

Dapat disimpulkan bahwa proses persalinan Ibu N dari kala I I berlangsung sekitar  $\pm$  5 jam, kala II berlangsung selama  $\pm$  5 menit, kala III berlangsung sekitar 10 menit dan jumlah perdarahan sampai pada kala III sebanyak  $\pm$  100 cc dan kala IV berlangsung selama 2 jam ( kontraksi baik, dan jumlah perdarahan selama kala IV sebanyak 145 cc). Sehingga disimpulkan proses persalinan ibu N berjalan dengan baik dan normal tanpa adanya penyulit.

### 3. Bayi Baru Lahir

Bayi ibu N masuk dalam kategori bayi baru lahir normal, selama masa kehamilan ibu N ditemukan seperti penambahan berat badan yaitu 8 Kg, tidak ada oedem pada ekstremitas bawah. Pemenuhan nutrisi ibu selama hamil seimbang dimana menurut teori dikatakan bahwa pemenuhan nutrisi yang cukup bahkan berlebih dapat mempengaruhi keadaan ibu dan anak. Berat badan lahir bayi 3200 gram dan panjang badan 52 cm sesuai dengan teori yaitu bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Varney, 2008).

Pada kasus ibu N lahir spontan, menangis kuat, tidak ada cacat bawaan, warna kulit kemerahan. Jenis kelamin perempuan, A/S 9/10. Pergerakan aktif, anus (+), ditandai dengan bayi sudah buang air kecil dan buang air besar dengan normal. Hal ini sesuai dengan kepustakaan yang menerangkan bahwa bayi yang sehat akan menangis kuat, bernafas spontan, menggerakkan tangan dan kakinya dan kulit berwarna kemerahan (Dewi, 2011).

Pemeriksaan, pengawasan, dan penanganan Bayi Baru Lahir Ibu N sesuai dengan teori yaitu melakukan resusitasi bayi baru lahir, pengikatan dan pemotongan tali pusat, perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini, profilaksis mata, pemberian vitamin K, pengukuran antropometri bayi baru lahir dan menjaga suhu tubuh bayi (Prawirohardjo, 2010).

World Health Organizations (WHO) merekomendasikan proses inisiasi menyusui dini dijalankan selama 1 jam pertama kehidupan awal bayi. Proses tersebut dilaksanakan dengan cara menempatkan bayi di dada ibunya segera setelah sang bayi keluar dari jalan lahir. Bayi ini kemudian akan secara alami, tanpa dibantu, mencari puting ibunya untuk mengisap ASI.

Segera setelah bayi Ibu N lahir, dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara meletakkan bayi diantara kedua payudara ibu dengan keadaan bayi dan ibu tidak berpakaian selama 1 jam. Hal ini dilakukan agar terjadi jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi selain itu, dapat menjaga bayi tetap hangat karena berada pada dekapan ibu. IMD merupakan salah satu cara untuk mencegah hipotermi pada bayi, hal ini sesuai dengan teori menurut Bergstrom, 2009 bahwa dapat menurunkan angka kematian bayi karena hipotermia dengan menghangatkan bayi melalui dada ibu dengan suhu tubuh ibu antara 36,5- 37,5°C. Selama IMD bayi berhasil mendapatkan puting susu ibu dan menghisapnya. Setelah satu jam dilakukan IMD, bayi segera dilakukan pemeriksaan fisik dan segera diberi injeksi vitamin K 1 mg atau 0,5 cc dan bayi di beri salep mata tetrasiklin 1 %. Pada pemeriksaan fisik bayi baru lahir Ibu N tidak ditemukan adanya kelainan.

#### 4. *Post Natal Care* (PNC)

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 (Sulistiyawati, 2009). Dalam masa nifas terdapat 4 kunjungan yaitu kunjungan pertama 6-8 jam setelah persalinan, kunjungan kedua 6 hari setelah persalinan, kunjungan ketiga 2 minggu setelah persalinan dan kunjungan keempat 6 minggu setelah persalinan (Prawirohardjo, 2010).

Pada hari pertama post partum, pada 1 jam pertama ibu sudah memberikan ASI pada bayi, dan ASI sudah keluar sesuai teori yang mengatakan kolostrum dapat memberikan kekebalan tubuh pada bayi sehingga bayi tidak mudah terserang penyakit/infeksi dan mengandung banyak gizi, vitamin dan mineral (Depkes RI, 2010). Ibu selalu memberikan ASI ataupun kolostrum karena ibu telah mendengar

informasi yang diberikan bahwa kolostrum sangat baik untuk kekebalan tubuh bayi.

Dimulai dari kunjungan pertama 6-8 jam setelah persalinan yaitu mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu, dan salah satu anggota keluarga, pemberian ASI awal, melaksanakan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir dan menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermi (Prawirohardjo, 2010). Karena pada masa ini sangat rentan sekali terjadi perdarahan. Hal ini sesuai dengan yang penulis lakukan. Pada kunjungan pertama 6-8 jam setelah persalinan penulis melakukan pemantauan terhadap Ibu N untuk menghindari terjadinya perdarahan. Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,5 °C, nadi 83 x/menit, pernapasan 23 x/menit, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, dan kandung kemih kosong.

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

Ibu N melakukan mobilisasi miring ke kiri dan ke kanan, turun dari tempat tidur dan ke kamar mandi sendiri setelah 2 jam persalinan. Sesuai teori ambulasi dini ini diperlukan untuk mencegah trombosis pada pembuluh tungkai, ibu dapat merasa lebih sehat dan kuat, dan membuat fungsi usus, sirkulasi darah, paru-paru dan perkemihan lebih baik (Saleha, 2009), tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena ibu mengetahui pentingnya mobilisasi setelah melahirkan.

Pada hari ke-6 penulis datang untuk kontrol ulang dan hasil pemeriksaan di kunjungan kedua ini juga tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi masa nifas. Pada hari ke-6 ibu N mengatakan ASI ibu sudah lancar. Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital adalah tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,2 °C nadi 80 x/menit, pernafasan 23 x/menit. Hasil pengukuran antropometri adalah berat badan saat hamil 67 kg, berat badan sekarang 60 kg. Hasil pemeriksaan fisik kontraksi ibu baik, TFU 3 jari di atas symphysis dan kandung kemih kosong. Pada pemeriksaan genitalia Ibu N adanya lochea berwarna kecoklatan. Hal ini sesuai dengan teori bahwa lochea sangoellenta berhenti sekitar hari ke 4-7 setelah persalinan, lochea Sangoellenta berwarna kecoklatan.

Nutrisi Ibu N juga terpenuhi dengan baik, Ibu N mengkonsumsi sayuran hijau juga tempe dan ikan. Nutrisi yang dikonsumsi Ibu N sesuai dengan teori Varney (2008) yaitu makanan yang mengandung protein sangat baik untuk menggantikan sel-sel yang rusak setelah melahirkan. Pada kunjungan kedua ini ibu diberikan pendidikan kesehatan mengenai personal hygiene yaitu menjaga kebersihan daerah vagina dan perineum. Kebersihan daerah vagina untuk mencegah terjadinya infeksi.

Kunjungan ketiga (2 minggu) klien datang untuk kontrol ulang dan hasil pemeriksaan di kunjungan ketiga ini juga tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi masa nifas. Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital adalah tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,5°C nadi 80x/menit, pernafasan 20 x/menit. Hasil pengukuran antropometri adalah berat badan sekarang 60 kg. Hasil pemeriksaan fisik TFU tidak teraba, hal ini sesuai dengan teori bahwa sesudah 12 hari uterus tidak dapat teraba lagi di atas symphysis (Ambarwati, 2009: 76) dan ditemukan lochea berwarna putih. Sesuai dengan teori bahwa lochea alba berhenti sekitar minggu ke 2-4 minggu setelah persalinan, lochea alba berwarna putih. Lochea alba mengandung leukosit dan sel desidua (Sulistiyowati, 2009).

Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, pengeluaran ASI lancar dan banyak. Pada kunjungan ketiga ini ibu diberikan konseling tentang persiapan kontrasepsi yang akan digunakan setelah berakhirnya masa nifas (Prawirohardjo, 2010)

Menurut Sulistyowati (2009), adaptasi psikologis post partum terbagi tiga fase yaitu 1) Fase *taking in* adalah periode dimana ibu tidak menginginkan kontak dengan bayinya, tetapi bukan tidak memperhatikannya. Pada fase ini yang diperlukan oleh ibu adalah informasi tentang bayinya bukan cara merawat bayi. 2) Fase *taking hold*, pada tahap ini dimulai penerimaan peran baru dan belajar semua hal yang baru. 3) Fase *letting go* adalah periode dimana ibu mulai mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi. Dari kunjungan pertama, kedua dan kunjungan ketiga setelah persalinan Ibu N dapat menerima perannya sebagai ibu, hal ini terlihat dari keseharian Ibu N yang mengurus kebutuhan bayinya dengan penuh kasih sayang. Suami juga turut mengurus merawat bayi dan membantu ibu dalam melakukan pekerjaan rumah seperti membersihkan rumah, membuang sampah dan mencuci baju. Ibu merasa sangat senang dan terbantu. Berdasarkan teori tersebut terdapat kesesuaian adaptasi psikologis ibu pada fase Letting go.

#### 5. Neonatal Care (NC)

Neonatus adalah organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterin. Masa neonatus adalah periode selama satu bulan (lebih tepat 4 minggu atau 28 hari setelah lahir) (Syafudin, 2009). Neonatus Ibu R telah mendapatkan 2 kali kunjungan yaitu 6-8 jam setelah kelahiran dan 6 hari setelah kelahiran. Hal ini sesuai dengan teori kunjungan neonatus, yakni kunjungan pertama (1-2 hari setelah kelahiran), kunjungan kedua (3-7 hari setelah kelahiran), kunjungan ketiga (8-28 hari setelah kelahiran) (Varney, 2008).

Pada kunjungan neonatus pertama (6-8 jam setelah kelahiran), penulis melakukan pemantauan, keadaan umum neonatus baik, hasil pemeriksaan tanda vital nadi 138 x/menit, pernapasan 43 x/menit, suhu 36,5 °C. Hasil pengukuran antropometri berat badan 3200 gram, panjang badan 52 cm, dan LILA 9,5 cm, neonatus menangis kuat, tali pusat terbungkus kassa steril, neonatus mengkonsumsi ASI dan neonatus sudah BAK dan BAB. BAK 1 kali berwarna kuning jernih, BAB 1 kali berwarna kehitaman. Hal ini sesuai dengan teori Saifuddin (2006) eliminasi, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam.

Pada kunjungan kedua (6 hari) keadaan umum bayi baik, hasil pemeriksaan tanda vital nadi 138 x/menit, pernapasan 44 x/menit, suhu 36,5 °C. Hasil pengukuran antropometri berat badan 3400 gram, panjang badan 52 cm, dan LILA 11 cm, bayi menangis kuat, refleks sucking dan swallowing bayi baik, tali pusat sudah lepas pada hari ke-5, eliminasi bayi normal dan nutrisi terpenuhi. Bayi Ibu N mengalami tidak mengalami penurunan berat badan, namun mengalami kenaikan berat badan yang semula 3200 gram menjadi 3400 gram. Tidak ada kesenjangan antara teori dan pelaksanaannya karena hal ini sesuai dengan teori bahwa selama 3-5 hari pertama kehidupan, sebagian bayi akan kehilangan berat badan sekitar 5-10% berat badan lahirnya. Kemudian pola eliminasi bayi dapat 1-4x/hari, bayi yang diberi ASI feses akan berubah warna menjadi hijau kekuning-kuningan, lunak dan terlihat seperti bibit (Seedy). Bila bayi tidak dapat defekasi selama lebih dari 2 hari setelah BAB terakhir maka hubungi dokter anak atau bidan (Varney, 2008).

Pada kunjungan ketiga (2 minggu) Keadaan Umum bayi baik, hasil pemeriksaan tanda vital nadi 128 x/menit, pernapasan 48 x/menit, suhu 36,5 °C. Hasil pengukuran antropometri berat badan 3800 gram, panjang badan 52 cm, dan LILA 11 cm, reflek sucking dan swallowing bayi baik. Berat badan neonatus bertambah menjadi 3800 gram dari berat badan terakhir yaitu 3400 gram hal ini sesuai dengan teori yaitu kenaikan berat badan anak pada tahun pertama kehidupan, jika anak mendapat gizi baik, adalah berkisar 700-1000 gram/bulan pada triwulan I (DepKes RI, 2010).

Memberikan konseling kesehatan mengenai imunisasi dasar 1) Hepatitis B untuk mencegah hepatitis (kerusakan hati), di berikan pada paha kanan, tidak memiliki efek samping dan jadwal pemberian 0- 7 hari 2) BCG untuk mencegah tuberculosis, diberikan pada lengan atas sebelah kanan, menimbulkan pembengkakan kecil dan kemerahan dalam 2 minggu serta menimbulkan bekas imunisasi dan diberikan pada usia 1 bulan 3) Polio mencegah polio (kelumpuhan), diberikan dengan ditetaskan sebanyak 2 tetes pada mulut, tidak memiliki efek samping diberikan setiap bulan bersama dengan BCG dan DPT 1,2,dan 3 pada usia 1,2,3,dan 4 bulan 4) DPT untuk mencegah Dipteri, pertusis (batuk rejan) dan tetanus, diberikan dengan disuntikkann pada paha kiri, menimbulkan panas dalam 2 hari setelah penyuntikan dan diberikan saat usia 2,3,dan 4

bulan 5) Campak untuk mencegah campak, diberikan dengan disuntikkan pada lengan kiri, diberikan saat usia 9 bulan (DepKes RI, 2010).

Bayi lahir 01 November 2016. Bayi telah diberikan vaksin Hb0 01 November 2016 dan BCG 02 Desember 2016 oleh bidan. Pemberian vaksin ini sesuai dengan jadwal waktu yang ditentukan (DepKes RI, 2010) bahwa pemberian vaksin Hb0 dapat diberikan pada usia  $\leq 7$  hari dan BCG batas usia 1bulan.

Hasil pemeriksaan yang dilakukan seluruhnya dalam batas normal, pusat dalam keadaan bersih dan tidak menunjukkan adanya tanda-tanda bahaya neonatus seperti bayi tidak mau menyusui, kejang, tidak aktif (lemah), sesak nafas, merintih, infeksi tali pusat, demam/tubuh terasa dingin, dan kulit terlihat kuning (DepKes RI, 2010).

## 6. Pelayanan Kontrasepsi

Pemberian konseling mengenai alat kontrasepsi dimulai pada minggu ke-2 masa nifas, konseling ini dimaksudkan untuk memberikan informasi kepada klien tentang manfaat kontrasepsi dan alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan klien sehingga pelaksanaan manajemen kontrasepsi berjalan dengan maksimal, seperti yang diungkapkan oleh Affandi Biran (2011), bahwa konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB.

Dalam hal ini penulis memberikan konseling tentang persiapan Ibu N dalam menggunakan alat kontrasepsi yang akan digunakan setelah berakhirnya masa nifas. Karena Ibu N sedang menyusui, sesuai dengan teori suntik Kb 3 bulan mempunyai keuntungan Relatif aman untuk ibu menyusui, dapat memberikan perlindungan terhadap kanker rahim dan penyakit radang panggul, jika ingin berhenti pemakaian cukup mudah, Efektivitas tinggi, 99,9 % angka kegagalan 0-0,8 kehamilan/100 perempuan, tidak mempengaruhi produksi ASI (BKKBN dan Kemenkes RI, 2012).

Metode kontrasepsi Suntik 3 bulan adalah kontrasepsi yang diberikan setiap 3 bulan untuk mencegah kehamilan dengan cara menyuntikkan Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA) yang diberikan secara Intra Muskular. (Prawirohardjo, 2009).

Setelah diberikan konseling tentang KB, Ibu N memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi Suntik KB 3 bulan.



## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Penulis telah melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny.N di BPM Hj. Endang Iriani,SST secara komprehensif dengan menggunakan pola pikir ilmiah melalui pendekatan manajemen menurut Varney, yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta KB.

Berdasarkan hasil pengkajian, pemeriksaan fisik, evaluasi dan pembahasan dimulai sejak pemeriksaan ANC didapatkan hasil ibu dalam keadaan normal,tidak ada penyulit dalam kehamilannya. Namun hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil Ny.N dengan riwayat persalinan sebelumnya secara SC. Jarak antara kehamilan yang lalu dan saat ini yaitu 6 tahun. Asuhan Kebidanan INC telah dilakukan dengan baik, dan sesuai standar Asuhan Persalinan Normal, dalam asuhan yang diberikan keadaan Ny.N dan janin dikatakan normal mulai dari pemeriksaan fisik, TTV. Asuhan yang diberikan pada BBL didapatkan hasil pemeriksaan fisik BB: 3200 gram, PB: 52 cm, LK: 33 cm, LD: 30 cm dan bayi dalam keadaan sehat. Asuhan yang diberikan pada ibu Nifas dan Neonatus Ny.N mulai dari kunjungan 1, kunjungan 2, dan kunjungan 3 sudah dilakukan dengan baik, dan selama proses berlangsung tidak ditemukan adanya penyulit. Asuhan pada Akseptor KB, sebelumnya pada kunjungan nifas ke 2 penulis telah memberikan informasi tentang KB pada ibu, dan setelah 40 hari post partum ibu memutuskan untuk K<sub>b</sub> Suntik 3 bulan.

#### **B. Saran**

##### **1. BPM Hj.Endang Iriani,SST**

Bidan maupun tenaga kesehatan lainnya diharapkan dapat melakukan asuhan kebidanan komprehensif, menerapkan pelaksanaan asuhan kepada pasien sesuai dengan kebijakan ilmu profesi serta

mendeteksi kelainan secara dini dan mencegah terjadinya komplikasi dalam masa kehamilan.

## 2. Bagi Klien

Klien hendaknya melakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan secara rutin sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan dan mengaplikasikan pendidikan kesehatan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan di kehidupan sehari-hari dalam mempersiapkan proses persalinan dan masa setelah melahirkan dengan baik tanpa adanya penyulit.

## 3. Bagi suami/keluarga

Memberi dukungan kepada ibu dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus hingga KB agar berjalan lancar tanpa adanya penyulit.

## 4. Bagi STIKes Wiyata Husada Samarinda

Hendaknya untuk terus menjaga dan meningkatkan kualitas proses belajar mengajar, dan meningkatkan kerjasama yang baik dengan mahasiswa sehingga ilmu yang didapatkan mahasiswa dapat diaplikasikan dengan baik dalam praktik nyata terhadap pasien dan dapat menjadi ilmu timbal balik untuk institusi pendidikan.

## 5. Bagi penulis

Penulis dapat meningkatkan keterampilan yang dimiliki untuk melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai standar profesi kebidanan dan dapat mengatasi kesenjangan yang terkadang timbul antara teori yang di dapat diperkuliahan dengan praktik yang nyata di lahan serta dapat mengaplikasikan teori yang didapat dengan perkembangan ilmu kebidanan terbaru.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bahiyatun. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta : EGC.
- Bahiyatun. (2013). *Asuhan kebidanan Pada Ibu Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
- Cunningham, Fetal. (2005). *Obstetri William*. Volume I. Jakarta : EGC.
- Danim, S. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan, Prosedur, Kebijakan & Etik*. Jakarta : EGC.
- Damayanti, E. (2009). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Depkes RI. (2008). *Asuhan Persalinan Normal*, JNPK-KR, Jakarta.
- Depkes RI. (2007). *Buku Acuan dan Panduan Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta : JNPK-KR.
- Depkes RI. (2015). *Menuju Tercapainya MDGs Bidang Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Dewi, Vivian nanny lia dan Tri sunarsih. (2011). *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur (2013). *Data Pertumbuhan Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun*. Samarinda : Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur.
- Fraser, Diane, M. Dan Cooper, M. A. (2009). *Buku Ajaran Bidan Myles*. Jakarta: EGC.
- Fitamina, Hj. Irama. (2016). *Kematian Bayi Puskesmas Sempaja Tahun 2016*. Samarinda : Puskesmas Sempaja.
- Fitamina, Hj. Irama. (2016). *Kematian Ibu Puskesmas Sempaja Tahun 2016*. Samarinda : Puskesmas Sempaja.
- Fitamina, Hj. Irama. (2016). *Cakupan K1 K4 Puskesmas Sempaja Tahun 2016*. Samarinda : Puskesmas Sempaja.
- Fitamina, Hj. Irama. (2016). *Resiko Tinggi Puskesmas Sempaja Tahun 2016*. Samarinda : Puskesmas Sempaja.
- Hidayat, A. Alimul (2007), *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat A. Alimul (2008). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Rukiyah, A. (2011). *Auhan Kebidanan III (Nifas)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Saleha, S. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Saifudin. (2009). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatus*. Jakarta: PT Bina.
- Saifuddin. (2010). *Buku Acuan Nasional: Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, Wiknjosastro, dkk. (2012). *Buku Acuan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan neonatus. Edisi 2*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Praworohardjo.
- Sastrawinata, Sulaiman. (2006). *Obstetri Fisiologi*. Bandung : EGC.
- Sitiava, Putri Rizema. (2012). *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita untuk Keperawatan dan Kebidanan*. Yogyakarta : D-Medika.
- Sodikin. (2009). *Perawatan Tali Pusat*. [Internet]. Tersedia [dalamhttp://urs-babel.blogspot.com](http://urs-babel.blogspot.com) [Diakses 23 Februari 2014].
- Sondakh, J.S Jenny. M. Clin.Mid. (2013), *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: PT Penerbit Erlangga.
- Sulistiyawati, A. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Suhermi, dkk. (2010). *Perawatan Kebidanan pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sudarti, dkk. (2012). *Asuhan Kehamilan, Persalinan, Bayi, dan Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Stright. (2010). *Panduan Belajar Ibu Bayi & Balita*. Jakarta : EGC.
- Sumarah, dkk. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidan pada Ibu Bersalin)*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Sumarah, Yani Wiayastuti, Nining Wiyati (2009). *Perawatan Ibu Bersalin*, Cetakan 4, Fitra Maya, Yogyakarta.
- Syahlan, J.H. (2012). *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Konteks Keluarga*. Jakarta : Pusdiknakes Departemen Kesehatan RI.
- Tambunan, Eviana S. Dkk. (2011). *Panduan Pemeriksaan Fisik Bagi Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Varney, H., Kriebs, J.M., Gegor, C.L. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan volume 1*. Edisi 4. Jakarta : EGC.

Varney, H., Kriebs, J.M., Gegor, C.L. (2008). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan volume 2*. Edisi 4. Jakarta: EGC.

Varney, Helen. (2010). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Wahyuni, Sri. (2009). *Rajin Berlatih Untuk SMP/MTS*. Klaten: Sekawan Klaten.

Wiknjosastro. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bima Pusataka Sarwono.

Winkjosastro, Hanifa. (2008). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Winkjosastro, Hanifa. (2012). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

WHO. (2010). *The World Health Report 2010*. <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>. Akses 18 Desember 2012.

Wong, D, dkk. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Volume 1. Jakarta : EGC.

Holmes, Debbie., Philip N Baker. (2011). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Kemenkes RI-BUKU KIA.

Kelly, Paula. (2010). *Buku Saku Asuhan Neonatus & Bayi*. Jakarta : EGC.

Khoirunnisa, Endang dan Sudarti. (2010). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Kristiyanasari, Weni. (2010). *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Lestiyani (2013). *Making Pregnancy Safer (MPS)*. [Internet]. Jawa Barat : Sukabumi. Tersedia dalam <http://bidanlia.blogspot.com> [Diakses 11 Februari 2014].

Leveonol, CuninghamF,dkk. (2009). *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC.

Lissaver, Tom dan AvroyFanaroff. (2009). *At a Glance Neonatologi*. Jakarta: Blackwell Publishing Ltd. Erlangga Muslihatun.

Maryunani, Anik dan Nurhayati. (2008). *Buku Saku Asuhan Bayi Baru Lahir Normal (Asuhan Neonatal)*. Jakarta : Trans Info Medika.

Mochtar. (2009). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.

Muslihatun, Wafi Nur. (2010). *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya.

Mansjoer, A. dkk. (2015). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian dan Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Prawirohardjo, S. (2008). *Ilmu Kebidanan*. Edisi 4. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo, Sarwono. (2010). *Ilmu Kebidanan*, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo.

Prawiraharjo, S. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBP-SP.

R.I. Kementrian Kesehatan. (2013). *Pedoman Antenatal Terpadu*. Jakarta : Dierktur Jendral Bina Kesehatan Masyarakat.

Romauli, S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rukiyah, Y.A. (2009). *Asuhan Kebidanan 11 Persalinan*. Jakarta : Tim.

