

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.D G3 P2 A0 DENGAN KEHAMILAN
TRIMESTER III, PERSALINAN, BAYI BARU LAHIR, NIFAS 6 MINGGU
DI BPM "R" JL. PPA NO. 03 RT 05 RW 04 KELURAHAN CEGER
KECAMATAN CIPAYUNG JAKARTA TIMUR
PERIODE BULAN FEBRUARI-APRIL
TAHUN 2015**



STUDI KASUS

**Diajukan Guna Memenuhi Salah Satu Persyaratan Menempuh
Ujian Akhir Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan URINDO**

**DISUSUN OLEH:
AZMAWATI
NPM : 127100001**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS RESPATI INDONESIA
JAKARTA
2015**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.D G3 P2 A0 DENGAN KEHAMILAN
TRIMESTER III, PERSALINAN, BAYI BARU LAHIR, NIFAS 6 MINGGU
DI BPM “R” JL. PPA NO. 03 RT 05 RW 04 KELURAHAN CEGER
KECAMATAN CIPAYUNG JAKARTA TIMUR
PERIODE BULAN FEBRUARI-APRIL
TAHUN 2015**

Telah Disetujui oleh Pembimbing dan Dinyatakan Dapat Mengikuti Ujian

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Yenni Ariestanti, S.Si.T, M.Kes)

(Rosnawati, S.ST)

Jakarta, Juni 2015

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Kebidanan
Universitas Respati Indonesia

(Nani Aisyiyah, S.ST, M.Kes)

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.D G3 P2 A0 DENGAN KEHAMILAN
TRIMESTER III, PERSALINAN, BAYI BARU LAHIR, NIFAS 6 MINGGU
DI BPM “R” JL. PPA NO. 03 RT 05 RW 04 KELURAHAN CEGER
KECAMATAN CIPAYUNG JAKARTA TIMUR
PERIODE BULAN FEBRUARI-APRIL
TAHUN 2015**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Pada Tanggal, Juni 2015

Penguji I

Penguji II

(Titik Widayati, S.ST, M.Kes)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T, M.Kes)

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Kebidanan
Universitas Respati Indonesia

(Nani Aisyiyah, S.ST, M.Kes)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan rasa syukur senantiasa kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala nikmat dan kasih sayang Nya, yang senantiasa tercurah kepada ummat Nya, akhirnya penulis mendapat kesempatan menyelesaikan laporan studi kasus komprehensif persalinan normal yang berjudul : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.D G3 P2 A0 dengan kehamilan Trimester III, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas 6 minggu di BPM “R” Jl. PPA NO. 03 Rt 05 Rw 04 Kelurahan. Ceger Kecamatan Cipayung Jakarta Timur Periode Febuari-April Tahun 2015.

Laporan ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir Program Studi D III Kebidanan Fikes Universitas Respati Indonesia.

Terwujudnya laporan ini tentunya tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan masukan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Prof. Dr. Tri Budi W. Rahardjo, drg. M.S, selaku Rektor Universitas Respati Indonesia.
2. Dr Hadi Siswanto SKM,MPH, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Indonesia.
3. Nani Aisyiyah, S.ST, M.Kes selaku Ketua Program Studi Diploma III Kebidanan Universitas Respati Indonesia.
4. Titik Widayati, S.ST, M.Kes selaku penguji I.

5. Yenni Ariestanti, S.SiT, M.Kes selaku penguji II dan Pembimbing studi kasus komprehensif yang telah banyak memberikan saran dan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan penulisan studi kasus ini.
6. Merllin Faradilla Puspita, AM.Keb, selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk mengambil studi kasus komprehensif.
7. Ny. D dan keluarga yang bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini.
8. Kepada ibu Rohida, dan Bapak Azuddin serta adik saya Selpiana, Irzandi, Rodian syah, Aznzwati yang saya cintai dan keluarga yang selalu memberikan dukungan baik berupa moril maupun do'a.
9. Rekan-rekan seperjuangan D III Kebidanan angkatan R10 yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah memberikan masukan dan dukungan dalam penyusunan studi kasus ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan studi kasus ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca sekalian.

Akhir kata semoga laporan studi kasus ini dapat bermanfaat untuk kemajuan ilmu pengetahuan, dan semoga semua kebaikan ini mendapat balasan yang berlimpah dari Allah SWT dan senantiasa diberikan rahmatNya kepada kita semua. Amin

Jakarta, Mei 2015

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan	6
D. Ruang Lingkup	7
E. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kehamilan.....	10
B. Persalinan	39
C. Nifas	90
D. Bayi Baru Lahir	110
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan.....	124
B. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan.....	133
C. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir	144
D. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas.....	155

BAB IV PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan.....	164
B. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan.....	171
C. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir	180
D. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas.....	187

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	195
B. Saran	198

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III dan cara mengatasinya	17
Tabel 2.2	Jadwal Pemberian Imunisasi TT	32
Tabel 2.3	Ukuran tinggi fundus uteri per tiga jari.....	33
Tabel 2.4	Karakteristik persalinan sesungguhnya dengan persalinan semu ..	45
Tabel 2.5	Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaanan	51
Tabel 2.6	Penurunan Kepala Menurut Bidang Hodge	58
Tabel 2.7	Frekuensi Minimal Penilaian dan Interval dalam Persalinan Normal.....	80
Tabel 2.8	Frekuensi kunjungan masa nifas	92
Tabel 2.9	Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi.....	95
Tabel 2.7	Nilai Apgar.....	115

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO di negara-negara maju angka kematian maternal berkisar antara 5-10 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan di Negara-negara berkembang berkisar antara 750-1000 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu tertinggi pada tahun 2013 yaitu negara Sierra Leone sebanyak 1100 per 100.000 kelahiran hidup dan terendah negara Belarus sebanyak 1 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi tertinggi yaitu negara Republik Kongo 100 per 1000 kelahiran hidup, dan yang paling rendah terdapat di negara Swedia 2 per 1000 kelahiran hidup. Penyebabnya adalah perdarahan 27%, eklamsi 14%, infeksi 11%, partus lama 9%, aborsi 8%. (Wiknjosastro, 2008)

Berdasarkan Survey Demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 bahwa AKI tercatat mengalami kenaikan yang signifikan dari tahun ke tahun yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup dari target MDG's untuk AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup.(Depkes, 2012).

Konsep kesejahteraan ibu merupakan konsep yang kompleks yang memerlukan koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan simplifikasi (KISS) pelaksanaan yang terarah dengan jelas sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan perinatal. (Manuaba, 2013: 19).

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas dibutuhkan tenaga kesehatan terampil yang didukung tersedianya sarana dan prasarana yang memadai. Sebagai seorang bidan diharapkan dapat memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif dan berkesinambungan dimulai dari kehamilan, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir. Kesehatan dan kelangsungan hidup ibu dan bayi sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor pelayanan kebidanan, antara lain asuhan kebidanan yang diberikan oleh tenaga bidan. (Salmah, 2006: 1-2).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 terkait dengan pelayanan kesehatan ibu hamil menunjukkan cakupan pelayanan ANC, bersalin dan nifas semakin meningkat. Cakupan pelayanan ANC pertama kali tanpa memandang trimester kehamilan (K1 akses) sebanyak 95,2%, cakupan ibu hamil yang mendapat pelayanan ANC pertama pada trimester pertama kehamilan (K1 trimester 1) sebanyak 81,3%, cakupan pelayanan ANC sekurang-kurangnya empat kali kunjungan (K4) sebanyak 70%. Potret yang cukup menggembirakan juga tampak pada profil kesehatan ibu bersalin dan nifas. Proporsi ibu yang persalinannya ditolong tenaga kesehatan adalah sebesar 86,9%. Angka peningkatan yang cukup drastis terlihat pada cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (KF1), yaitu sebanyak 81,7%. (kesehatan ibu.depkes.go.id; diakses pada tanggal 13 Februari 2015).

Bidan harus mampu memberikan asuhan dan memberikan nasehat yang dibutuhkan wanita selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas, memimpin persalinan atas tanggungjawabnya sendiri serta asuhan pada bayi

baru lahir. Asuhan ini termasuk tindakan pendidikan preventif, pendeteksian kondisi abnormal pada ibu dan bayi dan mengupayakan bantuan medis serta melaksanakan gawat darurat pada kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. (Salmah, 2006: 3)

Faktor lain yang menentukan kesejahteraan ibu adalah adanya penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dekat dengan masyarakat yang difokuskan pada tiga pesan kunci dalam Making Pregnancy Safer, yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat penanganan yang adekuat dan setiap wanita subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran. (Prawirohardjo, 2010: 24)

Hasil penelitian yang didapatkan beserta rekomendasi dari peneliti dijadikan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan. Penelitian mengenai ibu hamil yang dilakukan oleh Dra. Flourisa Julian Sudrajad, M.Kes, pada pemeriksaan kehamilan sangat penting dilakukan oleh semua ibu hamil untuk mengetahui pertumbuhan janin dan kesehatan ibu. Sebanyak 45% wanita tidak tahu mengenai jenis komplikasi dalam kehamilan, sebanyak 83% wanita hamil memeriksakan kehamilannya di fasilitas kesehatan, cakupan ini lebih rendah dari target PWS-KIA, yaitu 90%, kunjungan wanita hamil yang keempat kalinya dengan tenaga kesehatan, dilakukan di Trimester III (K1) sebesar 40-90 %, target Propenas tahun 2010, K4 sebesar 90%, lebih dari 50% responden tidak tahu mengenai komplikasi dalam masa persalinan dan

nifas, hanya 26% cakupan bayi yang mendapat imunisasi lengkap, sedangkan 8% lainnya tidak mendapat imunisasi sama sekali. (Sulistiyawati, 2011: 7)

Dalam pelaksanaan program kesehatan sangat dibutuhkan sumber daya manusia, yang kompeten sehingga apa yang menjadi tujuan bisa tercapai. Sebagai salah satu sumber daya manusia bidan kesehatan merupakan ujung tombak atau orang yang berada di garis terdepan yang berhubungan langsung dengan perempuan sebagai sasaran program. Dengan peranan yang cukup besar ini, sangat penting kiranya bagi bidan untuk senantiasa meningkatkan kompetensinya melalui pemahaman mengenai asuhan kebidanan mulai dari perempuan hamil sampai nifas serta kesehatan bayi. (Asrinah, 2010: 5)

Berdasarkan data dan informasi kesehatan provinsi DKI Jakarta di tahun 2011 jumlah wanita hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan (K1) di daerah Jakarta Timur yaitu sebanyak 99,37%, dan kunjungan (K4) sebanyak 100,06%. (<http://www.bkkbn.go.id> di akses tanggal 13 Februari 2015).

BPM bidan R merupakan salah satu tempat pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi yang cukup memadai dan profesional. Dan pelayanan yang diberikan yaitu pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, KB, dan lain-lain. BPS bidan R merupakan bidan Delima. Sedangkan data kunjungan ibu hamil tercatat periode Januari – November yaitu ANC baru dan lama 2467 orang kunjungan, ibu bersalin 241 orang, nifas 241 orang, bayi baru lahir 241 orang, rujukan 175 orang, bersalin ditempat lain 500 orang, sisa ibu hamil dari

trimester I-III tercatat 1547 berdasarkan uraian diatas maka penulis berminat untuk mengambil stady kasus di BPM R (Profil BPMR 2014).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa diharapkan dapat melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada kehamilan trimester III ,persalinan, nifas, dan bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen kebidanan VII langkah varney dan metode SOAP di BPM Bidan “ R”.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian data dasar pada kehamilan trimester III , persalianan, nifas, dan bayi baru lahir di BPM Bidan “ R”.
- b. Mahasiswa mampu melakukan interprestasi data dasar sehingga di peroleh diagnosa kebidanan ,masalah dan kebutuhan dengan data yang di dapat mulai dari kehamilan, persalnan ,nifas dn bayi baru lahir di BPM Bidan “ R”.
- c. Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah/diagnosa potensial pada kehamilan trimester III, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di BPM Bidan “R”.
- d. Mahasiswa mampu menentukan dan melaksanakan kebutuhan tindakan segera atau kolaaborasi yang mungkin terjadi selama masa kehamilan pada kehamilan trimester III,persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di BPM Bidan “ R”.

- e. mahasiswa mampu membuat rencana asuhan yang menyeluruh pada kehamilan trimester III, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di BPM Bidan “R”
- f. Mahasiswa mampu menerapkan tindakan dari perencanaan pada kehamilan trimester III, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di BPM Bidan “ R”.
- g. mahasiswa mampu mengevaluasi keefektifan hasil dan pelaksanaan asuhan pada kehamilan trimester III, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di BPM Bidan “ R”.
- h. mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan kebidanan yang diberikan pada kehamilan trimester III, persalinan, nifas dan bayi baru lahir di BPM Bidan “ R”.

C. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa dapat menerapkan teori yang telah di terima serta mempraktekkan kedalam situasi nyata, sehingga mahasiswa dapat meningkatkan kerampilan dan wawasan dalam melaksanakan asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir.

2. Bagi Lahan Praktek

Masiswa dapat memberi masukan tentang manajemen untuk lebih baik dalam pelayanan kepada kehamilan trimester III, persalianan, nifas, dan

bayi baru lahir,serta saran yang bersifat membangun untuk peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam memperkaya bahan materi dan cara penagajaran asuhan kebidanan pada kehamilan III, persalinan, bayi baru lahir,dan nifas serta dapat digunakan refrensi mahasiswa dalam menempuh pendidikan Diploma III Kebidanan.

D. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan studi kasus ini penulis akan membahas antara lain:

1. Sasaran

Yang menjadi sasaran dalam penulisan ini adalah Asuhan Kebidanan pada Ny.D G3P2A0 dimulai dari kehamilan Trimester III Umur Kehamilan 37 minggu, persalinan, nifas dan bayi baru lahir sampai dengan 6 minggu.

2. Tempat

Tempat yang digunakan sebagai sasaran dalam penulisan ini di BPM “R” di Jalan PPA No 03 Rt 05 Rw o4, Kel Ceger Kec Cipayang JakartaTimur.

3. Waktu

Waktu yang digunakan penulis dalam melakukan pengamatan pada pasien adalah periode Bulan Februari 2015

a. Antenatal:

- 1) Kunjungan ANC hari Rabu tanggal 8 Februari 2015
- 2) Kunjungan ANC 2 hari Senin tanggal 14 Februari 2015

b. Intranatal:

- 1) Pada hari Kamis tanggal 19 Februari 2015

c. Posnatal dan Bayi Baru Lahir:

Kunjungan I (6 jam), tanggal 19 Februari 2015, kunjungan nifas dan bayi baru lahir. Kunjungan II (6 hari), tanggal 25 Februari 2015, kunjungan nifas dan bayi baru lahir. Kunjungan III (2 minggu), tanggal 5 Maret 2015, kunjungan nifas dan bayi baru lahir. Kunjungan IV (6 minggu), tanggal 02 April 2015, kunjungan nifas dan bayi baru lahir.

E. Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN

Yang terdiri dari : latar belakang, tujuan, manfaat, ruang lingkup, dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Yang terdiri dari : Kehamilan trimester III, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir serta manajemen kebidanan varney dan pendokumentasian SOAP.

BAB III TINJAUAN KASUS

Yang terdiri dari : Asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. D dengan kehamilan trimester III, persalinan, nifas dan bayi baru

lahir yang dilakukan berdasarkan standar asuhan serta teori yang mendukung.

BAB IV PEMBAHASAN

Yang terdiri dari: membahas asuhan kebidanan pada Ny. D dengan kehamilan trimester III, persalinan, nifas dan bayi baru lahir yang diberikan dan membandingkan serta menghubungkan teori dengan kasus yang ada.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

Terdiri dari kesimpulan dan saran.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Definisi

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum lalu dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Saifuddin, 2009 : 89).

Kehamilan terbagi menjadi 3 dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu ,trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Saifuddin,2010 : 213)

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi, dan pertumbuhan zigot, nidasi (implementasi) pada uterus, pembentulan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010:17).

2. Anatomi dan Fisiologi Pada Kehamilan Trimester III

a. Uterus

Uterus pada seorang dewasa berbentuk seperti buah avokad atau buah pir yang sedikit gepeng. Ukuran panjang uterus adalah 7-7,5 cm,

lebar di tempat yang paling lebar 5,25 cm dan tebal 2,5 cm. uterus terdiri atas korpus uteri (2/3 bagian atas) dan serviks uteri (1/3 bagian bawah). (Prawirohardjo,2011 : 12)

Ukuran uterus kehamilan cukup bulan adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000cc.hal ini memungkinkan bagi adekuat nya akomodasi pertumbuhan janin.Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim,serabut - serabut kolagennya menjadi hidroskopik, dan endometrium menjadi desidua.(Sulistiyawati, 2011 : 59)

b. Servik Uteri

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar- kelenjar serviks .berbeda dengan korpus, serviks hanya memiliki 10 – 15 % otot polos.(Saifuddin, 2010 : 177)

c. Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan (*tanda Chadwicks*). (Mughtar,2012 : 30)

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada

vagina akan terlihat berwarna keunguan yang di kenal dengan *tanda Chadwick*.(Saifuddin, 2010 :178)

d. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan ,indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormon korionik gonadotropin yang mirip dengan hormon leutotropik hipofisism anterior. (Manuaba,2010 : 92)

Ovarium Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.(Sulistyawati, 2011 : 61)

e. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan,yaitu estrogen,progresteon,dan somatomamotrofin. (Manuaba,2010 : 92)

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. (Saifuddin, 2010: 179)

f. Sirkulasi Darah Ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor berikut ini.

- a) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- b) Terjadinya hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter.
- c) Pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat.

Akibat dari faktor tersebut terjadi berbagai perubahan peredaran darah, antara lain sebagai berikut:

- a) Volume darah semakin meningkat, dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu.
- b) Curah jantung akan bertambah sekitar 30% bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak sekitar umur kehamilan 16 minggu. Oleh karena itu, pengidap penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali. Pada postpartum terjadi hemokonsentrasi dengan puncak hari ketiga sampai kelima.
- c) Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertumbuhan sel tidak seimbang dengan peningkatan volume darah, sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. (Manuaba, 2010: 92-93)

g. Sistem Pernapasan

Pada wanita hamil terkadang mengeluh sesak dan pendek nafas, hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim, kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil, seorang wanita hamil selalu bernafas yang lebih dalam, yang lebih menonjol adalah pernafasan dada (*thoracic breathing*). (Mochtar, 2012 : 31)

h. Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi semblit atau konstipasi, sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus di perlambat oleh tingginya kadar progesteron. (Sulistiyawati, 2011 : 63)

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser kearah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar. (Saifuddin, 2010:185)

i. Traktus Urinarius

Pada ahir kehamilan, peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung. (Sulistyawati, 2011: 62)

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan kembali timbul. (Saifuddin, 2010 : 185)

j. Kulit

kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang – kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini di kenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multi para garis itu sering kali di temukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya dan pada perut terdapat garis pertengahan (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang di sebut dengan *linea nigra*. Terkadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang di sebut dengan *cloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu pada daerah areola dan genital juga akan terlihat

pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh hilang setelah persalinan. (Saifuddin, 2010 : 179)

k. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar \pm 135 %. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat hamil aterm. (Saifuddin; 186, 2010).

l. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat kebelakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan. (Saifuddin, 2010 : 186).

3. Perubahan Psikologis pada Wanita Hamil trimester III

Persiapan kelahiran sudah mulai dilakukan ibu. Ibu menanyakan tentang tanda-tanda persalinan kepada teman atau saudaranya yang telah mengalami proses persalinan. Beberapa wanita mengalami ketakutan persalinan dan merasa tidak nyaman menghadapi hari-hari menjelang

persalinan. Ibu menyiapkan pakaian, tempat untuk bayi, dan merencanakan perawatannya. (Hidayati,Ratna,2009:29-30)

Trimester III kehamilan disebut juga priode penantian dengan penuh kewaspadaan dimana rasa tidak nyaman timbul lagi, merasa dirinya jelek,aneh,dan tidak menarik. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya. Merasa kehilangan perhatian. Perasaan mudah terluka (sensitif). Libido menurun. (Sulistyawati,2011 : 77)

4. Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu yang semuanya membutuhkan adaptasi, baik fisik maupun psikologis. Dalam proses adaptasi tersebut tidak jarang ibu akan mengalami ketidaknyamanan yang meskipun hal itu fisiologis namun tetap perlu diberikan suatu pencegahan dan perawatan.

Tabel 2.1

Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III dan cara mengatasinya

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1	Sering buang air kecil	a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya b. Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing. c. Perbanyak minum pada siang hari

		d. Janagan kurrangi minum untuk mencegah noturia.
2	Hemoroid	<p>a. Hindari konstipasi</p> <p>b. Makan-makanan yang berserat dan banyak minum.</p> <p>c. Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB</p>
3	Keputihan	<p>a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari.</p> <p>b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan menyerap.</p> <p>c. Tingkatkan daya tahan tubub dengan makan buah dan sayur.</p>
4	Sembelit	<p>a. Tingkatkan diet asupan cairan.</p> <p>b. Minum cairan dingin atau hangat, terutama saat perut kosong.</p> <p>c. Buang air besar segera setelah ada dorongan.</p>
5	Napas sesak	<p>a. Jelaskan penyebab fisiologisnya.</p> <p>b. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik nafas panjang.</p>
6	Nyeri ligamentum	<p>a. Tekuk lutut ke arah abdomen.</p> <p>b. Mandi air hangat.</p> <p>c. Gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontraindikasi.</p> <p>d. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.</p>

7	Perut kembung	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari makan yang mengandung gas. b. Mengunyah makanan secara sempurna c. Pertahankan saat buang air besar yang teratur.
8	Pusing	<ul style="list-style-type: none"> a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat. b. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak. c. Hindari berbaring dalam posisi telentang.
9	Sakit punggung atas dan bawah	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat. c. Gunakan kasur yang keras. d. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
10	Varises pada kaki	<ul style="list-style-type: none"> a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring. b. Jaga agar kaki tidak bersilangan. c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama. d. Senam untuk melancarkan peredaran darah

(Sulystiawati,2011:123 – 127

5. Tanda Bahaya Dalam Kehamilan Trimester III

a. Perdarahan per vaginam

Perdarahan antepartum pada umumnya disebabkan oleh kelainan implantasi plasenta (letak rendah dan previa), kelainan insersi tali pusat atau pembuluh darah selaput amnion (vasa previa) dan separasi plasenta sebelum bayi lahir . (Saifuddin, 2009 : 160)

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala atau sefaligia (frontal atau oksipital) yang tidak membaik dengan pengobatan umum adalah salah satunya. Gejala dan tanda lain dari preeklamsia (Saifuddin, 2010 : 283)

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan adanya masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang, dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia. (Sulistyawati,2011: 160 - 161)

c. Penglihatan kabur

Biasanya akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu berubah selama kehamilan. Perubahan yang ringan adalah normal, tetapi apabila masalah penglihatan ini terjadi secara mendadak ataupun tiba-tiba, misalnya pandangan yang tiba-tiba menjadi kabur atau berbayang, perlu diwaspadai karena bisa mengacu pada tanda bahaya kehamilan. (Sulistyawati,2011: 161)

d. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki, biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Bengkak biasanya menunjukkan

adanya masalah serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai keluhan fisik lain. (Sulistyawati, 2011: 161)

e. Keluar cairan per vaginam

Harus dapat dibedakan antar urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak teras, berabu amis, dan warna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum. (Sulistyawati, 2011: 161)

f. Gerakan janin tidak terasa

Ibu mulai meraskan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat, dan bila ibu makan dan minum dengan baik. (Asrinah, 2010: 154)

g. Nyeri perut yang hebat

Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan beberapa riwayat atau tanda tertentu, diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (revealed) maupun tersembunyi (concealed) (Saifuddin, 2010 :283)

6. Pengertian *Ante Natal Care* (ANC)

a. Pengertian

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Saifuddin, 2010 : 278)

Antenatal care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. (Manuaba,2010: 110)

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

- 1) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental serta sosial ibu dan bayi.
- 3) Menemukan secara dini bila adanya masalah atau gangguan dan kemungkinan komplikasi yang mungkin terjadi selama masa kehamilan.
- 4) Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu maupun bayi, dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif berjalan normal.

- 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Sulistyawati,2011: 4).

c. Standar Minimal Asuhan Kehamilan

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Berat badan ditimbang setiap bulan untuk memantau pertambahan berat badan bertambah secara normal atau tidak. Berat badan wanita hamil yang normal akan naik sekitar 9-12 kg selama kehamilan dan setiap minggunya rata-rata naik 0,5 kg.

Untuk tinggi badan resiko tinggi terjadi pada ibu dengan tinggi ≤ 145 cm dapat diketahui melalui skrining KSPR karena merupakan resiko tinggi dan harus diwaspadai adanya kemungkinan CPD (Cefalopelvis Diproportion) yaitu ketidaksesuaian antara kepala bayi dengan rongga panggul (berat badan bayi relatif besar sedangkan ukuran panggul kurang sesuai).

2) Ukur tekanan darah

Ibu hamil sangat perlu diketahui tekanan darahnya untuk mewaspadai terjadinya hipertensi pada kehamilan. Kaji kenaikan sistole dan diastole. Batas normal untuk sistole adalah 100-130 mmHg sedangkan untuk diastole adalah 60-80 mmHg.

3) Nilai status Gizi (ukur lingkar lengan atas)

Pengukuran LILA digunakan sebagai indikator status gizi ibu hamil. Standar minimal untuk ukuran LILA pada wanita dewasa atau

usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika pengukuran LILA menunjukkan < 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronis (KEK).

4) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri di atas simfisis pubis dipakai sebagai suatu indikator kemajuan pertumbuhan janin. Pengukuran TFU juga dapat memperkirakan usia kehamilan secara kasar.

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

Presentasi ialah apa yang menjadi bagian yang terendah dan bagian janin terbawah yang berada didalam panggul. Presentasi digunakan untuk menilai seberapa jauh bagian tersebut masuk melalui pintu atas panggul. Sedangkan DJJ diperiksa untuk memantau kesejahteraan janin di dalam kandungan. Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengarkan sejak kehamilan 20 minggu. DJJ yang normal adalah 120-160 x/menit.

6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) bila diperlukan

Imunisasi TT pada kehamilan sedini mungkin akan memberikan cukup waktu antara dosis pertama dan dosis kedua, serta antara dosis kedua dengan saat kelahiran. TT adalah imunisasi yang aman untuk ibu hamil tidak membahayakan janin. Imunisasi TT diberikan dengan dosis 0,5 cc diinjeksikan intramuskuler/subkutan dalam.

7) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Selama hamil kebutuhan ibu akan zat besi meningkat dua kali lipat daripada sebelum hamil untuk memenuhi kebutuhan diri ibu sendiri dan janin yang dikandungnya. Tablet zat besi berisi 60 mg zat besi dan 500 mg asam folat paling sedikit diminum satu tablet sehari selama 90 hari berturut-turut.

8) Test laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan pertama dan pada kehamilan 28 minggu atau lebih sering jika ada tanda-tanda anemia. Sedangkan pemeriksaan urine untuk tes protein dan glukosa dapat dilakukan atas indikasi. Bila ada kelainan, ibu dirujuk. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus seperti test HIV/AIDS atau Hepatitis B dapat dilakukan apabila ada indikasi dan pada daerah yang rawan.

9) Tatalaksana kasus

Persiapan persalinan yang aman dan terencana dapat dilakukan dengan melakukan skrining untuk mendeteksi ibu hamil termasuk dalam golongan resiko tinggi, resiko sangat tinggi ataupun resiko rendah. Apabila terjadi keadaan patologi atau kegawatdaruran yang membutuhkan penanganan segera, lakukan rujukan ke rumah sakit atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lebih kompeten untuk menyelamatkan jiwa ibu dan janin.

10) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan

Pada trimester III berikan konseling kepada ibu dan suami untuk merencanakan proses persalinannya nanti, jika ibu termasuk dalam golongan resiko tinggi persiapkan rencana rujukan sebelum persalinan dengan melibatkan keluarga dengan melakukan kunjungan rumah dan membicarakan upaya persiapan rujukan serta pengambilan keputusan dengan keluarga yang dominan.

Selain itu juga anjurkan keluarga untuk memasang stiker di rumah ibu hamil, mempersiapkan keluarga dengan golongan darah yang sama dengan ibu hamil, mempersiapkan kendaraan, biaya persalinan, tempat persalinan dan juga penolong persalinan apabila sewaktu-waktu membutuhkan rujukan untuk keadaan kegawatdaruratan. ([Http//bpengetahuan.blogspot.com/2011/08 pws-kia.himl](http://bpengetahuan.blogspot.com/2011/08/pws-kia.himl). diakses tanggal 11 Januari 2015).

7. Standar Pelayanan Asuhan Kehamilan

a. Kunjungan Ante-natal Care (ANC) minimal:

- 1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- 2) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14 -27 minggu)
- 3) Satu kali pada trimester III (usia kehamilan 28 – 40 minggu).

pelayanan asuhan antenatal di komunitas tidak berbeda dengan pelayanan di klinik, standar tersebut meliputi :

1. Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan memotivasi ibu,

suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya secara dini dan secara teratur.

2. Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus dapat mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

3. Palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, masuknya kepala ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan/atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

6. Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami/keluarganya pada trimester III memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman dan suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan mengusahakan untuk melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil untuk hal ini. (Meilani; 50-51, 2009)

8. Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan

a. Waktu Kunjungan/Pemeriksaan Kehamilan

Kunjungan antenatal untuk pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan janin minimal dilakukan empat kali selama kehamilan dalam waktu sebagai berikut :

- 1) Kehamilan trimester I satu kali kunjungan.
- 2) Kunjungan satu kali trimester II.
- 3) Kehamilan trimester III dua kali kunjungan.

Walaupun demikian, disarankan pada ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan dengan jadwal yang disarankan sebagai berikut :

- a) Sampai dengan kehamilan 28 minggu periksa kehamilan 4 minggu sekali.
- b) Kehamilan 28 sampai 36 minggu perlu pemeriksaan 2 minggu sekali.
- c) Kehamilan 36 sampai 40 minggu 1 minggu sekali.

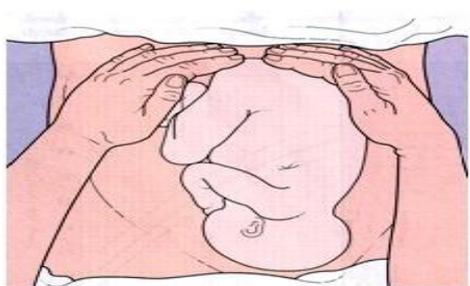
Atau bila ibu hamil mengalami masalah, tanda bahaya atau gangguan kehamilan, ibu segera menemui petugas kesehatan untuk penanganan lebih lanjut. (Asrinah, 2010 : 125).

b. Pemeriksaan Leopold

Cara pemeriksaan menurut leopold ada 4 tahap. Pada pemeriksaan menurut leopold I, II, III pemeriksa menghadap kearah wanita yang diperiksa. Pada pemeriksaan menurut leopold IV pemeriksa menghadap kearah kaki wanita tersebut. (Wiknjosastro,2006: 156)

Maksud pemeriksaan Leopold yaitu :

- a) Leopold I, untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada difundus.



Gambar 2.1
Pemeriksaan Leopold I

Sumber : bidanputri.blogspot.com diakses 11 Desember 2014

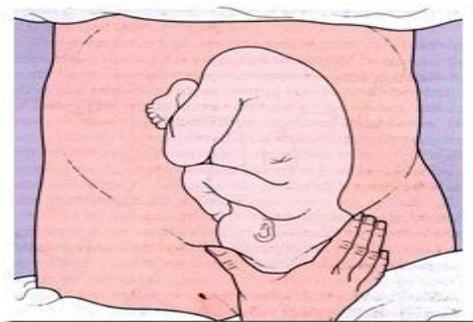
- b) Leopold II, untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu.



Gambar 2.2
Pemeriksaan Leopold II

Sumber : bidanputri.blogspot.com diakses 11 Desember 2014

- c) Leopold III, untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah uterus.

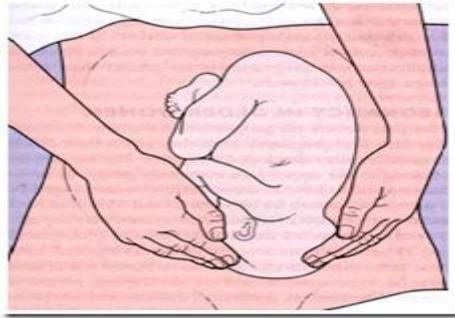


Gambar 2.3

Pemeriksaan Leopold III

Sumber : bidanputri.blogspot.com diakses 11 Desember 2014

- d) Leopold IV, untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.
(Sulistyawati,2011: 89-92)



Gambar 2.4

Pemeriksaan Leopold IV

Sumber : bidanputri.blogspot.com diakses 11 Desember 2014

c. Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Selama kehamilan ibu hamil hendaknya mendapatkan 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya).

Tabel 2.2

Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang Waktu Minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun*	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/ seumur hidup	99

(Sulistyawati, 2011: 121)

Keterangan :

* Artinya, apabila dalam waktu 3 tahun WUS tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindungi dari TN (Tetanus Neonatorium). (Sulistyawati; 121, 2011)

d. Cara menentukan Usia Kehamilan

Menentukan usia kehamilan sangatlah penting untuk memperkirakan persalinan. Usia kehamilan dapat ditentukan dengan cara berikut ini.

1. Menggunakan Rumus Neagle

Rumus Neagle dapat dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT). Hari haid pertama ditambah tujuh dan bulannya ditambah sembilan.

2. Gerakan Pertama Fetus

Dengan memperkirakan terjadinya gerakan pertama fetus pada usia kehamilan 16 minggu (biasanya tidak tepat).

(Hidayanti dkk, 2009 : 47)

Gerakan janin merupakan indikator dari kesejahteraan janin di dalam rahim (Sulistyawati, 2009 :123).

3. Perkiraan Tinggi Fundus Uteri

Mempergunakan tinggi fundus uteri untuk memperkirakan usia kehamilan tepat pada kehamilan pertama. Pada kehamilan kedua dan seterusnya perkiraan ini tidak tepat.

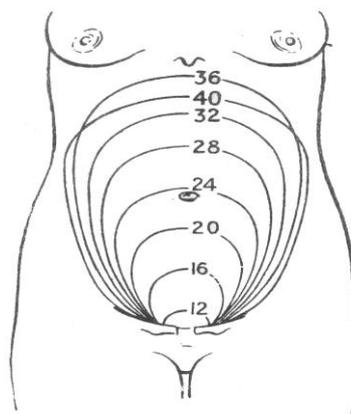
(Hidayati dkk, 2009: 47)

Tabel 2.3

Ukuran tinggi fundus uteri per tiga jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi fundus uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	pertengahan pusat simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xifoideus (px)
36	3 jari dibawah prosesus xifoideus
40	Pertengahan pusat-prosesus xifoideus (px)

(Sulistyawati, 2011: 60)



Gambar 2.5 Perkembangan tinggi fundus uteri pada kehamilan

(Blog kesehatan vegan. Diakses tanggal 11 Desember 2014.

Ukuran-ukuran fundus uteri & usia Kehamilan)

4. Pemeriksaan USG

Mempergunakan ultrasonografi untuk menghitung usia kehamilan dengan jarak biparietal, jarak tulang tibia, dan panjang lingkaran abdomen janin. (Manuaba ; 128, 2010)

Hasil ultrasonografi diketahui: (a) diameter kantong gestasi; (b) jarak kepala- bokong; (c) menentukan jarak tulang biparietal; (d) lingkaran perut; (e) panjang tulang femur. (Hidayanti dkk, 2009 : 48)

e. Kenaikan Berat Badan

Penambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan jika terdapat ketelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra-uteri (*Intra-Uterin Growth Retardation-IUGR*).

Disarankan pada primigravida untuk tidak menaikkan berat badannya lebih dari 1 kg perbulan. Perkiraan berat badan yang dianjurkan : 4 kg pada kehamilan trimester satu, 0,5 kg /minggu pada kehamilan trimester II sampai III, totalnya sekitar 15 – 16 kg. (Sulistyawati, 2011: 68). .

9. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

Langkah 1(Tahap pengumpulan Data)

Untuk menentukan data subjektif dengan cara anamnesa yaitu:

- a) Identitas klien dan suami: nama, umur, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat.
- b) Alasan kunjungan
- c) Riwayat kehamilan ini: riwayat mensturuasi (hari pertama haid terhir,haid sebelumnya, lamanya, banyaknya, konsistensinya dan baunya), tanda- tanda kehamilan, pergerakan petus, keluhan yang dirasakan, pola makan, pola eliminasi, aktifitas sehari-hari, imunisasi TT(Tetanus Toxoid), dan riwayat kontrasepsi.
- d) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu.
- e) Riwayat kesehatan: penyakit yang pernah atau sedang diderita, penyakit keturunan, dan perilaku kesehatan.
- f) Riwayat sosial: kehamilan direncanakan atau diinginkan, jenis kelamin yang diharapkan, status perkawinan, jumlah dan lama perkawinan, percyaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas.

Untuk memperoleh data objektif di kumpulkan dengan cara:

- a) Pemeriksaan fisik: keadaan umum, kesadaran, keadaan emosional,tanda- tanda vital (tekanan darah,nadi, suhu, respirasi), tinggi badan, berat badan, lingkar lengan atas, rambut, muka (kelopak kelopak mata odema/ tidak,konjungtiva: anemis/tidak, sekelera:ikterik/tidak), kelenjar getah bening, dada, payudara,dan pembesarannya, puting susu: menonjol/tidak, pengeluaran:

ada/tidak, punggung dan pinggang, ektrimitas atas dan bawah: odema atau tida, varises: ada/tidak, reflek: positif/negatif.

b) Pemeriksaan abdomen: bekas luka operasi: ada/tidak, pembesaran, konsistensi, benjolan, dan pembesaran liver.

1) Palpasi

a) Leopold 1: Menentukan tinggi fundus uteri (TFU) dan bagian janin dalam p

b) undus.

c) Leopold II: Menentukan letak punggung janin.

d) Leopold III: Menentukan bagian terendah janin apakah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau masih goyang.

e) Leopold IV: Menentukan bagian janin termauk di sebelah bawah, menentukan berapa bagian dari kepala telah masuk kedalam pintu atau panggul.

2) Auskultasi : Mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), (Frekuensi, teratur/tidak, puntum maximum disebelah mana).

c) Pemeriksaan anogenital : dilakukan bila ada indikasi.

d) Periksaan laboratorium, darah (hemoglobin, golongan darah) urine(protein urine, reduksi, albumin).

e) Pemeriksaan penunjang: USG, CTG, EKG, Radiology.

Langkah II : (Interprestasi data dasar)

Pada langkah ini identifikasiterhadap diagnosis,masalah dan kebutuhan pasien berdasarkan interprestasi yang benar atas data data yang

di kumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosis atau masalah adalah pengolahan data dan analisis dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta.

Contoh : G...P...A...Hamil...Minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uteri Presentasi Kepala.

Langkah III :Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil terus mengamati kondisi klien.

Langkah IV : Kebuuhan Segera

Dalam pelaksanaannya terkadang dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) dimana bidan harus melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, namun kadang juga berda pada situasi pasien yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter, atau bahkan mungkin juga situasi pasien yang memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah yang sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*), serta dipalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan oleh pasien.

Langkah VI : Pelaksanaan

Pada langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh seperti aman. Realisasi dari perencanaan dapat dilakukan oleh bidan ,pasien, atau anggota keluarga yang lain.

Langkah VII : Evaluasi

Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang kita berikan kepada pasien, kita mengacu kepada beberapa pertimbangan berikut ini :

- 1) Tujuan Asuhan Kebidanan
- 2) Efektivitas Tindakan untuk mengatasi masalah
- 3) Hasil Asuhan. (Sulistiyawati, 2009 : 166- 187).

B. PERSALINAN.

1. Definisi

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. (Wiknojosastro, 2008 : 39)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Manuaba, 2010: 164)

Persalinan adalah proses membukanya dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir. (Saifuddin, 2009: 100).

2. Jenis persalinan berdasarkan cara persalinan.

a. Persalinan Normal (Spontan)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Saifuddin, 2009: 300)

Persalinan spontan. Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri. (Manuaba, 2010 : 164)

b. Persalinan buatan

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

(Manuaba, 2010: 164)

c. Persalinan Anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan. (Asrinah,2010 : 2)

3. Menurut usia kehamilan dan berat janin yang dilahirkan

a. Abortus (Keguguran)

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan.(Saifuddin, 2009: 145)

Abortus adalah terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup diluar kandungan, usia kehamilan sebelum 28 minggu berat janin kurang dari 1000 gram. (Manuaba, 2010 : 166).

b. Persalinan prematur

Adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20 – 37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram.(Saifuddin, 2010 : 300)

c. Persalinan mature (aterm)

Adalah persalinan antara usia kehamilan 37 dan 42 minggu berat janin diatas 2500 gram

d. Persalinan serotinus

Adalah Persalinan melampaui usia kehamilan 42 minggu pada janin terdapat tanda postmaturitas. (Manuaba, 2010:166)

4. Perubahan fisiologis persalinan

Apa yang menyebabkan uterus mulai berkontraksi (mulai inpartu) sampai saat ini masih belum diketahui dengan pasti.

a. Besar uterus

Salah satu faktor yang diduga berpengaruh terhadap kontraksi adalah besar uterus. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

b. Pengaruh hormon

Diperkirakan adanya sinyal biomolekular dari janin yang diterima otak ibu akan memulai kaskade penurunan progesteron, estrogen, dan peningkatan prostaglandin dan oksitosin sehingga terjadilah tanda-tanda persalinan.

c. Adanya kontraksi

Penurunan progesteron dan estrogen menimbulkan his. His menyebabkan pembukaan dan penipisan yang dimulainya his dari fundus yang ototnya lebih tebal. Kontraksi terjadi secara simultan di seluruh bagian uterus, dan otot-otot korpus uteri menjadi lebih pendek dari sebelumnya yang disebut retraksi. Oleh karena serviks kurang mengandung otot, serviks tertarik dan terbuka (penipisan dan pembukaan). Ditambah adanya tekanan bagian janin yang keras (kepala). (Saifuddin, 2008: 290).

5. Sebab-sebab mulainya persalinan

a. Teori kerenggangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai.

b. Teori penurunan progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan,

sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Dengan menurunnya kontraksi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai.

d. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

e. Teori Hipotalamus – Hipofisis dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak berbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin 1973. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan. Dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-hipofisis dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan. (Manuaba,, 2010 : 168)

6. Tanda-tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan sudah dekat :

- 1) Terjadi *Lightening*. Menjelang minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, gaya berat janin dimana kepala kearah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan berjalan, dan sering berkemih.
- 2) Terjadinya *His Permulaan*. Dengan semakin tua usia kehamilan pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu. (Manuaba,2010 : 172)
- 3) Tanda dan gejala inpartu termasuk: penipisan atau pembukaan serviks. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Cairan lendir bercampur darah ("*show*") melalui vagina. (Wiknjosasto,2008 : 37)
- 4) Curigai dan antisipasi adanya persalinan jika wanita tersebut menunjukkan tanda dan gejala sebagai berikut:
 1. Nyeri abdomen yang bersifat intermiten setelah kehamilan 22 minggu .
 2. Nyeri di sertai lendir darah.

3. Adanya pengeluaran air dari vagina atau keluarnya air-air secara tiba-tiba.

Pastikan keadaan inpartu jika :

4. serviks terasa melunak, adanya pemendekan dan pendataran serviks secara progresif selama persalinan.
 5. dilatasi serviks, peningkatan diameter pembukaan serviks yang di ukur dalam sentimeter.(Saifuddin,2010 : 6)
- 5) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah). Dapat disertai ketuban pecah. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks) (Manuaba,2010 : 169)

Tabel 2.4

Karakteristik persalinan sesungguhnya dengan persalinan semu

Persalinan Sesungguhnya	Persalinan Semu
Hiss: Rasa sakit	Hiss : Rasa sakit
a. Teratur	a. Tidak teratur
b. Interval makin pendek	b. Interval panjangnya
c. Semakin lama semakin kuat	c. Kekuatan tetap
d. Dirasakannya paling sakit di daerah punggung	d. Dirasakan terutama di daerah perut
a. Intensitasnya makin kuat	e. Tak ada perubahan walaupun

kalau penderita berjalan	penderita berjalan.
Keluar <i>show</i>	Tidak keluar <i>show</i>
Serviks membuka dan menipis	Serviks tertutup dan tak ada pembukaan

(Wikinjosastro, 2010:38)

7. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah “3P”

Berikut ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan:

a. *Power* (kekuatan mendorong janin keluar)

- a) His adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin, hal-hal yang harus diperhatikan dari his adalah :

- 1) Frekuensi his : jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya per menit atau per 10 menit.
- 2) Intensitas his : kekuatan his (adekuat atau lemah)
- 3) Durasi : lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misalnya 50 detik.
- 4) Interval his : jarak antara his satu his berikutnya.
- 5) Datangnya his : apakah sering, teratur, atau tidak.

b) Tenaga mengejan

- 1) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh

kontraksi otot-otot dinding perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal.

- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tapi jauh lebih kuat lagi.
- 3) Saat kepala sampai ke dasar panggul, timbul refleks yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah.
- 4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap, dan paling efektif sewaktu ada his.
- 5) Tanpa tenaga mengejan, anak tidak dapat lahir. (Asrinah, 2010:10)

b. *Passage* (jalan lahir)

1) Jalan lahir keras

Panggul wanita terdiri dari bagian lunak dan keras. Bagian keras yang dibentuk oleh empat buah tulang. 2 tulang pangkal paha (os koksae), 1 tulang kelangkang (os sakrum), dan 1 tulang tungging (os koksigis). (Manuaba, 2010:47)

Untuk menentukan seberapa jauh bagian terdepan janin turun ke dasar panggul, hoodge menentukan bidang penurunan.

(Manuaba, 2010:58)

- a. *Bidang Hodge I*: ialah bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promotorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.

- b. *Bidang Hodge II*: ialah bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.
- c. *Bidang Hodge III* : ialah bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I dan II terletak setinggi spina iskiadika kanan dan kiri. Pada rujukan lain, Bidang Hodge III ini disebut juga bidang O. Kepala yang berada di atas 1 cm disebut (-1) atau sebaliknya.
- d. *Bidang Hodge IV*: ialah bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I, II, dan III, terletak setinggi os koksigis.

(Saifuddin, 2010:195)

2) Jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak pada panggul terdiri dari uterus, otot dasar panggul, dan perineum.

Pada saat kehamilan uterus dibagi menjadi beberapa bagian yaitu segmen atas uterus, segmen bawah uterus, dan servik uteri.

Otot dasar panggul terdiri atas otot-otot dan ligamen yaitu dinding panggul sebelah dalam dan yang menutupi panggul bawah, yang menutupi panggul bawah membentuk dasar panggul disebut pelvis. Jaringan lunak terdiri atas segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus.

Perineum adalah jaringan yang terletak di sebelah distal diafragma pelvis. Perineum mengandung sejumlah otot superfisial, sangat vaskuler, dan berisi jaringan lemak. Saat persalinan, otot ini

sering mengalami kerusakan ketika janin dilahirkan. (Rohani, 2011:21-27)

c. *Passanger* (janin)

Passanger atau janin bergerak disepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak sikap, dan posisi janin. Ukuran dan sifat kepala bayi relatif kaku sehingga sangat mempengaruhi proses persalinan. (Rohani, 2011:30-32)

Letak, presentasi, posisi, dan sikap badan janin :

- 1) Letak janin menunjukkan bagaimana hubungan sumbu janin terhadap sumbu ibu. Letak janin dapat
 - a. Memanjang (letak kepala atau sungsang) , pada ± 99 % kehamilan.
 - b. Mengolak pada ± 1 % kehamilan.
 - c. Lintang pada ± 1 % kehamilan.
- 2) Presentasi

Presentasi menunjukkan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim. Berbagai presentasi yang mungkin terjadi adalah:

- a. Presentasi kepala.
- b. Presentasi bokong.
- c. Presentasi bahu.
- d. Presentasi muka.
- e. Presentasi rangkap (misalnya bokong kaki)

3) Posisi

Digunakan untuk menunjukkan kedudukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim terhadap sumbu tubuh ibu; disebelah depan, kiri, kanan depan, kiri atau kanan belakang, dan belakang. Sebagai petunjuk dipakai ubun-ubun kecil, dagu, sakrum, atau skapula.

4) Sikap

Sikap menunjukkan hubungan bagian-bagian janin terhadap sumbunya, khususnya terhadap tulang punggung. Umumnya janin berada dalam sikap fleksi.

(Wiknjosastro, 2010:15-18)

8. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan normal adalah proses pengeluaran bayi dengan mengandalkan posisi, bentuk panggul, serta presentasi jalan lahir. Bagian terendah dari fetus akan menyesuaikan diri terhadap panggul pada saat turun melalui jalan lahir. Kepala akan melewati rongga panggul dengan ukuran yang menyesuaikan dengan ukuran panggul. (Wulanda, 2011:56)

Gerakan-gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah sebagai berikut :

a. Penurunan kepala

Pada letak kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk rongga panggul. Masuknya kepala melintasi pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus ialah bila arah sumbu

kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Asinklitismus posterior menurut litsman adalah sebaliknya dari asinklitismus anterior. Keadaan asinklitismus anterior lebih menguntungkan daripada mekanisme turunnya kepala dengan asinklitismus posterior karena ruangan pelvis di daerah anterior.

Pada primigravida masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul (PAP) biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.

Masuknya kepala kedalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP), dapat dalam keadaan sinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir, tepat diantara simfisis dan promontarium. (Saifuddin, 2010; 32-33)

Tabel 2.5

Penurunan kepala janin menurut sistem perlima-an

PERIKSA LUAR	PERIKSA DALAM	KETERANGAN
5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan .
4/5	H I – II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul.
3/5	H II – III	Bagian terbesar kepala

		belu masuk panggul.
2/5	H III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5	H III – IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

(Saifuddin, 2010:10)

b. Fleksi kepala

Akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetrik, dengan sumbu lebih mendekati suboksiput, maka tahanan oleh jaringan di bawahnya terhadap kepala yang akan turun, menyebabkan bahwa kepala mengadakan fleksi di dalam rongga panggul.

Dengan fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil, yakni dengan diameter suboksiput-bregmatikus (9,5 cm) dan dengan sirkumferensia suboksipito-bregmatikus (32 cm). Sampai di dasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal.

c. Putaran paksi dalam (PPD)

Kepala yang sedang turun melalui diagfragma pelvis berjalan dari belakang atas kebawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diagfragma pelvis dan tekanan intrauterin disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi, disebut pula putaran paksi dalam. Pada umumnya di dalam hal mengadakan rotasi ubun-ubun kecil akan berputar kearah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis.

d. Ekstensi atau defleksi kepala

Dalam keadaan fisiologis sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, maka dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada tiap his vulva lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi lebar dan tipis, anus membuka tampak dinding rektum. Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatan mengedan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka dan akhirnya dagu.

e. Putaran paksi luar (PPL)

Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar. Putaran paksi luar ini ialah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak. Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring.

f. Ekspulsi

Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Demikian pula dilahirkan trokanter depan terlebih dahulu, baru kemudian trokanter belakang. Kemudian bayi lahir seluruhnya.

(Wiknjosastro, 2010:33-36)

9. Proses Persalinan

a. Kala I

1) Pengertian

Dimulai ketika telah tercapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup sampai serviks sudah membuka lengkap (sekitar 10 cm).

Proses ini terbagi dalam 2 fase:

a. Fase laten

- (1) Serviks membuka sampai 3 cm
- (2) Berlangsung kurang lebih selama 8 jam serviks membuka sampai 3 cm.

b. Fase aktif

- (1) Serviks membuka dari 4 sampai 10 cm
- (2) Akan terjadi dengan kecepatan 1 cm per jam pada primigravida dan 2 cm pada multigravida. (Winkjosastro, 2008 : 40).

Fase aktif dibagi menjadi 3 subfase, yaitu:

- a. Periode akselerasi: Berlangsung selama 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b. Periode dilatasi maksimal: Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c. Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm. (Winkjosastro, 2006).

Fase-fase tersebut biasa dijumpai pada primigravida, sedangkan pada multigravida fase laten, fase aktif dan sub fasenya berlangsung dalam selang waktu lebih cepat. Pada Primigravida kala I berlangsung 12 jam, sedangkan pada multipara 8 jam. (Manuaba, 2010: 173).

2) Manajemen aktif kala I

- a) Mengidentifikasi masalah yang ditemukan.
- b) Mengkaji riwayat kesehatan, meliputi: kesehatan sekarang dan mulai his, ketuban, perdarahan pervaginam bila ada.
- c) Riwayat kesehatan kehamilan ini, meliputi: riwayat ANC, keluhan selama hamil, penyakit selama hamil.
- d) Riwayat kesehatan yang lalu bila ada.
- e) Pemeriksaan fisik, meliputi: keadaan umum, *pemeriksaan head to toe, vaginal toucher*.
- f) Pemeriksaan janin, melalui pemeriksaan DJJ (Denyung Jantung Janin) yang meliputi frekuensi, irama, dan intensitas.
- g) Menilai data dan mendiagnosa.
- h) Menilai kemajuan persalinan melalui partograf.
- i) Membuat rencana asuhan kebidanan kala I. (Sumirah dkk, 2010: 64).

3) Asuhan kebidanan pada kala I

- a) Asuhan sayang ibu, meliputi:
 - 1) Panggil ibu sesuai namanya, pelakukannya dengan lembut dan penuh kasih sayang.

- 2) Jelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan.
 - 3) Anjurkan ibu untuk bertanya untuk mengurangi rasa takut dan khawatir.
 - 4) Hadirkan pendamping selama proses persalinan, baik itu suami atau salah satu anggota keluarga yang lain dan ajarkan pendamping mengenai cara-cara memperhatikan dan memberi dukungan kepada ibu.
 - 5) Anjurkan ibu untuk melakukan tehnik relaksasi, mobilisasi, menambah nutrisi dan hidrasi.
 - 6) Membantu pengaturan posisi, dengan cara menganjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman selama persalinan, misalnya dengan duduk, atau setengah duduk, merangkak, jongkok atau berdiri, dan berbaring miring ke kiri.
 - 7) Lakukan praktik pencegahan infeksi yang baik.
- b) Pemeriksaan fisik
- 1) Keadaan umum, kesadaran, dan emosional
 - 2) Tanda-tanda vital:
 - (a) Tekanan darah, dengan adanya kontraksi uterus sistolik naik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Maka lakukan pengukuran tekanan darah diluar kontraksi setiap 4 jam sekali.

- (b) Nadi, pemeriksaannya dilakukan setiap 30 menit dengan normal 60-80 kali per menit jika melebihi batas normal curigai adanya tanda-tanda infeksi, maka lakukan pemeriksaan lanjutan.
 - (c) Suhu akan sedikit meningkat selama proses persalinan, antara 0,5-1°C. Kenaikan suhu yang melebihi batas normal dan berlangsung lama merupakan tanda adanya infeksi. pemeriksaannya dilakukan setiap 2 jam dengan normal 36-37°C.
 - (d) Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan, kenaikan pernafasan ini dapat disebabkan karena ada rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar. (Sumirah dkk, 2009: 60).
- 3) Pemeriksaan konjungtiva dan mulut, untuk mengetahui adanya tanda dan gejala anemia.
 - 4) Adanya edema pada wajah dan kaki.
 - 5) Pemeriksaan Abdomen.
 - (a) Tinggi fundus uteri, berkaitan dengan usia kehamilan dalam minggu.
 - (b) Letak dan posisi janin.
 - (c) Tanda bekas operasi.
 - (d) Gerakan janin.

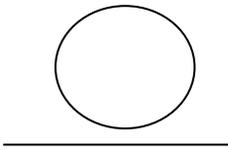
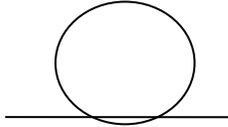
- (e) Pola kontraksi: frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi.
- (f) Pemeriksaan leopold: untuk mengetahui letak (lintang atau sungsang), presentasi (kepala atau bokong), dan posisi (UUK, UUB, dasgu, dahi).
- (g) Penurunan bagian terendah janin, sudah masuk panggul atau belum (kepala atau bagian-bagian yang lain). Dilakukan melalui pemeriksaan dalam/Vagina Toucher (VT).

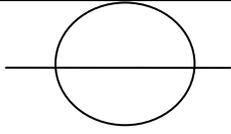
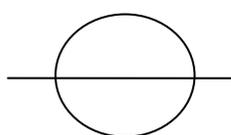
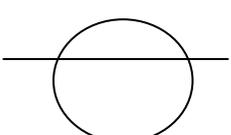
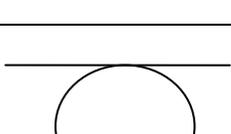
Pedoman yang dilakukan adalah dengan menggunakan Bidang

Hodge. Adapun bidang Hodge tersebut sebagai berikut:

Tabel 2.5

Penurunan Kepala Menurut Perlimaan

Periksa Luar	Perlimaan	Periksa Dalam	Keterangan
	5/5		Kepala di atas PAP, mudah digerakan
	4/5	H I – II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul

	3/5	H II – III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	2/5	H III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
	1/5	H III – IV	Kepala didasar panggul
	0/5	H IV	Di perineum

(h) Pemeriksaan dalam (*vaginal toucher* = pemeriksaan vagina)

Pemeriksaan dalam adalah pemeriksaan yang terpenting karena mempunyai keuntungan, yaitu:

1. Menentukan apakah benar dalam keadaan inpartu.
2. Menentukan faktor janin dan panggul.
3. Menentukan ramalan persalinan.

Hal-hal yang diperhatikan dalam pemeriksaan dalam:

1. Keadaan perineum

Pada primipara keadaan perineum utuh dan elastis, sedangkan pada multipara tidak utuh, longgar dan lembak.

2. Sistokel dan rektokel

Sistokel adalah benjolan pada dinding depan vagina yang disebabkan kelemahan dinding belakang kandung kemih. Ukurannya mungkin kecil atau seukuran bola tenis. Rektokel adalah benjolan pada dinding belakang vagina, yang disebabkan kelemahan dinding depan rektum. Keadaan ini diakibatkan persalinan yang berulang, terutama kalau ada robekan pada perineum, atau bersamaan dengan prolapsus uteri.

3. Pengeluaran pervaginam

- a. Lendir bercampur darah, adanya pembukaan pada servik.
- b. Cairan ketuban, karena selaput ketuban yang pecah.
- c. Darah, berasal dari robekan jalan lahir atau adanya kelainan seperti plasenta previa, solusio plasenta, atau varises yang pecah.
- d. Mekonium, terjadi pada keadaan gawat janin.

4. Serviks

Yang perlu diperhatikan adalah pembukaan, penipisan, robekan serviks, dan kekakuan serviks.

5. Ketuban

Tentukan ketuban utuh atau tidak. Lakukan pemeriksaan ketika ada his, karena pada waktu ada his ketuban menonjol dan menggelembung.

6. Presentasi dan posisi

Presentasi merupakan bagian yang terbawah janin, yang akan lebih mudah diketahui bila ketuban sudah pecah. Posisi adalah dimana letak ubun-ubun kecil terhadap panggul ibu.

7. Turunnya kepala

Untuk menentukan sampai dimana turunnya kepala ditentukan dengan bidang Hodge. (Winkjosastro, 2007: 42).

(i) Pemeriksaan detak jantung janin (DJJ)

Dinilai setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin).kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100,nilai normal sekitar 120 s/d160, apabila ditemukan DJJ dibawah 120 dan diatas 160, maka penolong harus waspada.. (Sumarah ddk, 2010:65).

b. Kala II

1) Pengertian

Dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir. (Saifuddin,2008:297).

Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. (Saifuddin, 2009:111).

Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan membukanya anus. (Sumirah dkk, 2009:6).

2) Asuhan Kebidanan Pada Kala II

Pertolongan persalinan menurut 58 langkah APN :

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua yaitu:
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
 - c. perineum tampak menonjol.
 - d. vulva dan sfingter ani membuka.

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Menempatkan alat suntik steril sekali pakai ke dalam partus set dan mematahkan ampul oksitosin 10 unit.
- 3) Pakai celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Pakai satu sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau yang dibasahi air DTT, jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang, buang kapas yang terkontaminasi dalam wadah yang tersedia, dan ganti sarung tangan (lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 %).
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal, mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada, jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran. Bimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran, dukung dan

beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

- 13) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu, dan berikan cukup asupan cairan per-oral (minum). Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai dan segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).
- 14) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan

membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi, jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut.
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang

kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.

25) Lakukan penilaian (dalam 30 detik), letakkan di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi lebih rendah dari tubuhnya.

Mulai menilai:

- a. Menilai warna atau kulit bayi apakah kemerahan.
- b. Apakah bayi menangis kuat untuk memastikan proses pernapasan bayi berjalan baik.
- c. Apakah bayi bergerak dengan aktif, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. (Wiknjosastro, 2008).

c. Kala III

1) Pengertian

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. (Saifuddin, 2009).

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri sedikit di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi

lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. (Wiknjosastro, 2008: 32).

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Winkjosastro, 2008: 99).

2) Manajemen aktif kala III

- a) Pemberian oksitosin 10 IU, dengan syarat sudah dilakukan palpasi pada abdomen bahwa tidak ada lagi janin di uterus. Dilakukan pada 1/3 paha bagian luar. Batas waktu kelahiran plasenta adalah 30 menit.
- b) Melakukan PTT (Penegangan Tali pusat Terkendali).
 - 1) Memindahkan klem 5-10 cm di depan vulva.
 - 2) Tangan kiri di letakkan diatas perut untuk memeriksa kontraksi uterus. Ketika menegangkan tali pusat tahan uterus.
 - 3) Saat ada kontraksi uterus, tangan diatas perut melakukan gerakan dorso kranial dengan sedikit tekanan. Cegah agar tidak terjadi inversion uteri.
 - 4) Ulangi lagi bila plasenta lepas.

- 5) Pada saat plasenta sudah lepas, ibu dianjurkan sedikit meneran dan penolong sambil terus menegangkan tali pusat.
 - 6) Bila plasenta sudah tampak lahir di vulva, lahirkan dengan kedua tangan. Perlu diperhatikan bahwa selapu plasenta mudah tertinggal sehingga untuk mencegah hal itu maka plasenta ditelengkupkan dan diputar dengan hati-hati searah dengan jarum jam. (Sumarah dkk, 2010: 147-148).
- 3) Asuhan kebidanan yang diberikan pada kala III dari 58 langkah APN menurut (Saifuddin, 2008: 344).
- 27) Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
 - 28) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
 - 29) Dalam 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
 - 30) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dan melakukan klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu). Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
 - 31) Mengikat tali pusat dan membiarkannya terbuka.

- 32) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
- 33) Menutupi kepala bayi dengan penutup kepala untuk menjaga kehangatan bayi
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikutnya. Minta anggota keluarga untuk memberikan rangsangan lewat puting susu jika tidak terjadi kontraksi. (Saifuddin, 2008: 344).

Tanda-tanda lepasnya plasenta:

- a. Tali pusat yang terlihat lebih panjang \pm 3 cm, menandakan kalau plasenta telah turun
- b. Bentuk uterus menjadi membulat dan keras

- c. Kadang-kadang disertai pengeluaran darah dengan tiba-tiba. (Wiknjosastro, 2007: 50).
- 37) Setelah plasenta lepas, tarik tali pusat secara perlahan ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
- 38) Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan *massage* uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan dengan gerakan melingkar searah jarum jam hingga fundus menjadi keras.
- 40) Plasenta dan selaput ketuban segera periksa apakah lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

d. Kala IV

1) Pengertian

Persalinan kala IV adalah masa 2 jam setelah plasenta lahir. (Rohani, 2011: 230).

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum (Saifuddin, 2009).

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. (Saifuddin, 2008).

2) Pemantauan kala IV

- a) Tanda-tanda vital
- b) Kandung kemih
- c) Kontraksi uterus
- d) Tinggi fundus uteri
- e) Perdarahan, tidak lebih dari 400-500 cc.

(Sumirah dkk, 2009:8).

3) Asuhan kebidanan yang diberikan pada kala IV dari 58 langkah APN menurut Saifuddin, 2008: 344

- 41) Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 42) Menilai keadaan umum ibu.
- 43) Menilai perlekatan bayi yang sedang mencari puting susu ibu dan dinilai pernafasan bayi. Normalnya 40-60 kali per menit. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit kekulit didada ibu paling sedikit 1 jam.
 - a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - b. Biarkan bayi didada ibu selama 1 jam walupun bayi sudah berhasil menyusu.

- 44) Menilai uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
Serta mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana melakukan massage uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 45) Setelah satu jam, lakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
- 46) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral, letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan, letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu didalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- 47) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan, setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan, jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri.
- 48) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 49) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

- 50) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan, melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- 51) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5).
- 52) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) Cuci dan balas peralatan setelah didekontaminasi.
- 53) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 54) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 55) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 56) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

- 57) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 58) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 59) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

10. Tanda bahaya pada Persalinan

- a. Hipertensi.
- b. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
- c. Persalinan kurang bulan atau usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
- d. Ketuban pecah lama atau lebih dari 24 jam.
- e. Anemia berat.
- f. Penyulit persalinan seperti kelainan letak dan presentasi.
- g. Temperatur lebih dari 38°C

11. Partograf

- a. Definisi

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Wiknjosastro, 2008 :57).

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase persalinan (Saifuddin, 2010: 315).

- b. Tujuan utama dari partograf adalah :
 - 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan.

2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

c. Fungsi Partograf :

- 1) Mencatat kemajuan persalinan
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat sehingga secara dini mengidentifikasi adanya penyulit persalinan
- 5) Membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. (Saifuddin, 2010: 315)

d. Pencatatan Partograf

- 1) Informasi tentang ibu
 - a) Nama, umur.
 - b) Gravida, para, abortus.
 - c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas.
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat.
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Waktu pecahnya selaput ketuban
- 3) Kondisi janin
 - a) Denyut jantung janin
 - (1) Denyut jantung janin (DJJ) dinilai setiap 30 menit.
 - (2) Catat DJJ dengan memberi tanda titik (.) pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ.

(3) Hubungan titik yang satu dengan titik yang lainnya dengan garis tidak terputus.

b) Warna dan adanya air ketuban

U : Ketuban Utuh (belum pecah)

J : Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering)

c) Molase (Penyusupan tunag kepala janin)

Penyusunan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu.

Lambang-lambang penyusupan kepala janin :

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dapat dengan mudah dipalpasi.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan.

3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4) Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks

- (1) Cacat pembukaan serviks setiap 4 jam.
- (2) Tanda (X) harus ditulis digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.
- (3) Hubungan tanda (X) dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terendah

- (1) Berikan tanda (O) pada garis waktu yang sesuai.
- (2) Hubungkan tanda (O) dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm perjam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai dengan garis waspada. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan dengan 8 kotak atau 4 jalur kesisi kanan. Jika pembukaan serviks berbeda disebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba ditempat rujukan sebelum garis bertindak melampaui.

5) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan.

Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya.

6) Kontraksi uterus

a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit.

b) Lama kontraksi (dalam detik).

Nyatakan lamanya kontraksi dengan :



Berikan titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.



Berikan garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20 – 40 detik.



Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

7) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

a) Oksitosin

b) Obat- obatan lain dan cairan IV yang diberikan

8) Kesehatan dan kenyamanan ibu

a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh

(1) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan.

(2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan.

(3) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau dianggap adanya infeksi. Setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

b) Volume urine, protein atau aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam. (Saifuddin,2010:316-322)

Tabel 2.7

Frekuensi Minimal Penilaian dan Interval dalam Persalinan Normal

Parameter	Frekuensi Pada Fase Laten	Frekuensi Pada Fase Aktif
Tekanan Darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu Tubuh	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30 – 60 menit	Setiap 30 – 60 menit
DJJ	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

(Saifuddin,2010:9)

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal:
2. Nama bidan:
3. Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya:.....
4. Alamat tempat persalinan:
5. Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
6. Alasan merujuk:
7. Tempat rujukan:
8. Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan teman suami dukun keluarga tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - Gawatdarurat Perdarahan HDK Infeksi PMTCT

KALA I

10. Partogram melewati garis waspada: Y / T
11. Masalah lain, sebutkan:
12. Penatalaksanaan masalah tsb:
13. Hasilnya:

KALA II

14. Episiotomi:
 - Ya, indikasi
 - Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan:
 - suami teman tidak ada
 - keluarga dukun
16. Gawat Janin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - a.
 - Tidak
 - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
17. Distosia bahu
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
 - Ya
 - Tidak, alasannya
20. Lama kala III: menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U Im?
 - Ya, waktu: menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
- Penjepitan tali pusat menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1								
2								

24. Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
26. Plasenta tidak lahir >30 menit :
 - Tidak
 - Ya, tindakan
27. Laserasi:
 - Ya, dimana
 - Tidak
28. Jika laserasi perinium, derajat. 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan:
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan
29. Atonia uteri:
 - Ya, tindakan :
 - Tidak
30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ml
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya:

KALA IV

32. Kondisi ibu : KU: TD: mmHg Nadi: x/mnt Napas. x/mnt
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan gram
35. Panjang badancm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian nyal baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bebaskan jalan napas lain-lain, sebutkan:
 - pakaian/selimuti bayi dan tempatkan disisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
40. Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:

12. Asuhan kebidanan pada persalinan.

1. Asuhan kebidanan pada kala I

A. Pengkajian data

1. Data subjektif

Anamnesa:

- a. Biodata
- b. Keluhan umum
- c. Riwayat reproduksi
- d. Riwayat kesehahantan
- e. Pola penuhan kebutuhan sehari-hari
- f. Aktivitas sehari- hari
- g. Pola eliminasi
- h. Pola istirahat
- i. Personal hygiene
- j. Aktivitas seksual
- k. Kebiasaan

2. Data objektif

- a. Inspeksi
- b. Palpasi
- c. Auskultasi
- d. Perkusi.

3. Data penunjang

- a. Kadar Hb

- b. Hemotokrit(Ht)
- c. Kadar leukosit
- d. Golongan darah. (sulistyawati,2010).

B. Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atau data- data yang telah dikumpulkan langkah awal dari perumusan diagnosis atau masalah adalah pengelolaan data dan analisis dengan menghubungkan data atau dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta.

Contoh:

G..P..A.. hamil... minggu.. infark kala I fase... tunggal janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala.(Sulistyawati,2010).

C. Identifikasi Masalah

Pada langkah ini kita dapat mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga.langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial benar-benar terjadi.(Sulistyawati,2010).

D. Kebutuhan Tindakan Segera

Dalam pelaksanaannya terkadang bidan diharapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) di

mana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, namun kadang juga berada pada situasi pasien yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter, atau bahkan mungkin juga situasi pasien yang memerlukan konsultasi dengan tim lain. Disini bidan sangat di tuntut kemampuannya untuk dapat selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman. (Sulistyawati,2010).

E. Perencanaan

Perencanaan kala I berupa beritahu hasil pemeriksaan, terapkan lingkungan yang terapeutik, atur aktivitas dan posisi ibu, libatkan suami dalam pendamping persalinan, bimbing pasien untuk rileks, jaga kebersihan diri pasien, beri pasien makan atau minum, beri pasien me dassasan sentuhan, bimbing dan bantu pasien untuk berkemih, siapkan alat partus set, set hecing, pakaian pasien dan pakai bayi, diskusikan posisi persalinan, lakukan pemeriksaan vagina 4 jam kemudian. (Sulistyawati,2010).

F. Pelaksanaan

Menjelaskan kepada pasien mengenai hasil pemeriksaan, bahwa pasien dan janin dalam keadaan baik dan memberikan dukungan bahwa pasien bisa melahirkan bayinya secara normal, menerapkan lingkungan yang terapeutik dengan menghadirkan suami dan keluarga, mengatur aktivitas dan posisi pasien, melibatkan suami

dalam mendampingi persalinan kehadiran suami bertujuan agar pasien merasa mendapat dukungan dari orang terdekatnya.

Membimbing pasien cara untuk rileks saat ada his, dengan menarik panjang kemudian dilepaskan dengan cara meniupkan nafas sewaktu ada his, menjaga kebersihan diri pasien dengan mengizinkan pasien untuk mandi, dan mengurangi rasa panas dengan menggunakan kipas angin atau AC, memberikan makan dan minum agar pasien dapat memenuhi energi dan nutrisi guna mencegah dehidrasi, memberikan massase dan sentuhan pada pasien untuk mengurangi rasa nyeri dan kesendirian menghadapi proses persalinan.

Membimbing dan membantu pasien jika merasa ada dorongan untuk berkemih, menyiapkan partus set, set hecing, set untuk pertolongan bayi segera setelah lahir, pakaian pasien dan pakaian bayi, mendiskusikan dengan pasien dan suami mengenai posisi melahirkan yang dipilih, melakukan observasi keadaan pasien, janin dan kemajuan persalinan menggunakan partograf, melakukan pemeriksaan vagina 4 jam kemudian. (Sulistiyawati, 2010)

G. Evaluasi

Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang kita berikan kepada pasien, kita mengacu kepada beberapa pertimbangan berikut ini, tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah hasil asuhan. (Sulistiyawati, 2010).

Pasien mengerti tentang keadaannya sekarang setelah mendengarkan penjelasan dari bidan, kandung kemih dalam keadaan kosong, keadaan umum baik, kesadaran kompos metis, hasil observasi di (partograf). (Sulistiyawati, 2010).

2. Asuhan kebidanan pada kala II

A. Subjektif

Berisi keluhan utama ibu saat ini.

Contoh: ibu mengatakan kencang-kencang semakin sering dan tidak bisa menahan keinginan untuk meneran.

B. Objektif

- a. Kondisi keadaan umum
- b. Tanda-tanda vital
- c. His
- d. Dj
- e. Tanda gejala kala II
- f. Pemeriksaan vagina (vt)

C. Assesment

G...P...A...Hamil...M inggu Partus Kala II Janin Tunggal Hidup
Intra Uterin Presentasi Kepala

D. Planing

Menjaga kebersihan pasien agar terhindar dari infeksi. Bila ada lendir atau air ketuban segera dibersihkan agar pasien merasa nyaman, pasien sudah terjaga kebersihannya. Mengatur posisi ibu

setengah duduk dengan meminta bantuan suami sampai pasien merasa nyaman dengan posisinya. Memberikan minum kepada pasien dengan meminta bantuan suami pasien, pasien sudah minum ½ gelas. Memberikan dukungan mental dan spiritual kepada pasien dan suami sesuai dengan agama yang dianut oleh keduanya pasien dan suami ikut berdoa. Memimpin meneran dan membantu persalinan dengan langkah APN, Pukul. WIB bayi lahir... (Sulistiyawati, 2010).

3. Asuhan Kebidanan Kala III

A. Subjektif

Berisi keluhan ibu setelah melewati kala II

Contoh: Ibu mengatakan lega setelah bayinya lahir, ibu masih merasa mules di perut bagian bawah.

B. Objektif

- a. Keadaan umum
- b. Kesadaran
- c. Kontraksi uterus
- d. Tinggi pundus uterus

C. Assesment

P...A... Partus Kala III

D. Planning

Memberikan pujian kepada pasien atas keberhasilannya dalam melahirkan bayinya, pasien dan suami terlihat senang. Meminta bantuan suami untuk memberikan minum kepada pasien,

pasien sudah minum. Melakukan manajemen aktif kala III, membrikan suntikan oksitosin 10 IU sepertiga paha atas bagian luar (aspektus lateralis). Melakukan peregangan tali pusat terkendali, tangan kiri secara dorsol kranial menekan pundus, tangan kanan meregangkan tali pusat, jika terlihat pelepasan plasenta (semburan darah dadak, tali pusat memanjang, uterus membulat). Melahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat keatas dan menopang plasenta dengan lainnya untuk di letakkan pada wafah penampung, karna selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lebut putar plasenta hingga selaput ketuban terpinlin menjadi satu segera setelah plasenta lahir lakukan massase fundus uterus. (Wiknjosatro,2008).

4. Asuhan Kebidanan Kala IV

A. Subjektif

Berisi keluhan ibu setelah melewati kala III

Contoh : Ibu mengatakan lega setelah melahirkan plasenta

B. Objektif

- a. Keadaan umum
- b. Kesadaran
- c. Tanda- tanda vital
- d. Kontraksi uterus
- e. Tinggi fundus uteri
- f. Perdarahan

C. Assesment

P... A.. Partus Kala IV

D. Planning

Memeriksa tinggi fundus, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua, memantau temperatur tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pasca persalinan. Mendokumentasikan semua asuhan temuan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dibrikan setelah penilaian dilakukan. (Wiknjosastro,2008).

C. NIFAS

1. Definisi

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-lat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Saifuddin,2010 : 23).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. (Mochtar,2012:87)

Kala *puerperium* (nifas) yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal. Dijumpai dua kejadian penting pada *puerperium*, yitu involusi uterus dan proses laktasa.(Manuaba,2010: 200).

2. Tujuan Asuhan Pada Nifas

a. Tujuan Intruksional Umum

Mengetahui kebutuhan ibu dan bayi pada periode pasca persalinan, mengenali komplikasi pasca persalinan pada ibu dan bayi, melakukan upaya pencegahan infeksi yang diperlukan serta menjelaskan dan melaksanakan ASI eksklusif, konseling HIV/AIDS dan kontrasepsi, prosedur imunisasi.

b. Tujuan Intruksional Khusus

- 1) Mengenal dan memenuhi kebutuhan ibu pada masa pasca persalinan
- 2) Mengenal komplikasi perdarahan pasca persalinan
- 3) Mengenal penyebab utama kematian dan kecacatan pada masa bayi selama masa pascapersalinan
- 4) Mengenal dan memenuhi bayi baru lahir
- 5) Melakukan upaya pencegahan infeksi dasar pada bayi baru lahir
- 6) Melakukan upaya untuk menyusui dan bagaimana mempertahankannya selama minimal 6 bulan (exclusive breastfeeding)
- 7) Menjelaskan manfaat konseling IMS/HIV-AIDS dan penggunaan kontrasepsi
- 8) Menjelaskan dan melaksanakan prosedur imunisasi pada ibu dan bayi.

(Prawirohardjo,2010:356).

3. Tahapan masa Nifas

Dibagi dalam 3 periode:

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40hari.
- 2) Puerperium intermediet, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Puerperium lanjut yaitu, waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika masa hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

(Mochtar,2012:87)

Tabel 2.8

Frekuensi kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 -8 jam setelah persalinaan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas

		<p>karena atonia uteri.</p> <p>d. Pemberian ASI awal.</p> <p>e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</p> <p>f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.</p> <p>g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
2	6 hari setelah persalinan	<p>h. Memastikan involusi uterus berjalan normal; uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak bau.</p> <p>i. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.</p> <p>j. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.</p> <p>k. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p>

		l. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	m. Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan).
4	6 minggu setelah persalinan	n. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. o. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

(Saifuddin, 2010:23-24)

4. Proses adaptasi psikologis masa nifas

a. Genetalia interna dan eksterna

Dalam masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Semua perubahan ini disebut involusi.

1) Uterus

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

dari luar. Dan proses ini akan dipercepat bila ibu menyusui bayinya.

(Saleha, 2009 : 54)

Tabel 2.9

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat / atau 2 jari di bawah pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat dengan simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi seperti sebelum hamil	30 gr

(Saleha, 2009: 55)

2) Lokhea

Lokhea adalah cairan secret berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut ini adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada wanita pada masa nifas :

- a) Lokhea Rubra (cruenta) berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pascapersalinan. Inilah lokia yang akan keluar dua sampai tiga hari postpartum.
- b) Lokhea Sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.

- c) Lokhea Serosa berwarna kuning berisi cairan serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit, cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7 - 14 pasca persalinan.
- d) Lokhea Alba adalah lokia yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua. (Saleha, 2009: 56)

3) Serviks

Segera setelah berakhirnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum. (Saleha, 2009 : 57)

4) Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan peurperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luas nya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. (Saleha, 2009 : 57)

5) Perenium

Segera setelah melahirkan, perenium menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekali pun lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil. (Sulistyawati, 2009 : 78)

6) Payudara (mammas)

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

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan plasenta menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak, dan rasa sakit. Ketika bayi menghisap puting, refleks saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleks let down, sehingga menyebabkan ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan

ASI lebih banyak. Refleks ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama.(Saleha, 2009 : 58)

7) Sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap makan setelah dua jam persalinannya. Kalsium amatlah penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin yang dikandungnya juga pada ibu dalam masa laktasi. Pengaruh psikis karena takut BAB karena ada luka jahitan perenium dapat menghambat gerak peristaltik usus (Saleha, 2009: 58-59).

8) Sistem perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang tertegang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan.

Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat dikendalikan.

Deurisis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya. Hal ini diperkirakan merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga di dapati keringat yang

banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan. (Saleha, 2009 :59)

9) Sistem muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fasia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat dilatasi dengan latihan-latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan-lahan. (Saleha, 2009 : 59)

10) Sistem endokrin

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang . selama tahap ketiga persalinan, hormon, oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar

prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi, dan menstruasi.

c) Estrogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antideuritik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, dan vulva serta vagiana.

11) Sistem hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dan terjadi peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat

mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. (Wulanda, 2011 : 70)

5. Proses adaptasi psikologis masa nifas

Reva rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain :

a. Periode “*Taking In*”

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

b. Periode “*Taking Hold*”

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.

c. Periode “*Letting Go*”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang di berikan oleh keluarga. (Sulistyawati, 2009:87-89).

6. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada ibu nifas

a. Kebersihan diri

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh.
- 2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.
- 3) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari. (Saleha,2009:73-74)

b. Istirahat

Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, dan anjurkan ibu untuk kembali ke kegiatan – kegiatan yang tidak berat.(Dewi,2011 : 76).

c. Gizi

Ibu menyusui harus :

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari
- 2) Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- 3) Minum sedikitnya 8 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui)
- 4) Pil zat besi untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan
- 5) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya (Saleha, 2009:71-72)

d. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijakan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum untuk bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu untuk berjalan. Ibu sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum.

Keuntungan dari early ambulation adalah:

- 1) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- 2) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.

3) Memungkinkan kita untuk mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit / klinik. Misalnya memandikan bayi, mengganti pakaian, dll.

4) *Early ambulation* juga tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi.

Tetapi *early ambulation* tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dsb. (Saleha, 2009: 172)

e. Menyusui

Posisi ibu untuk menyusui bayinya adalah kunci utama, dan posisi yang benar adalah bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi menyanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja. Kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu. Dekatkan tubuh bayi dengan tubuh ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar.

Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa, sehingga bibir bawah bayi tertetak di bawah puting susu. Cara melekatkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar, dan bibir bawah bayi membuka lebar. Saat posisi bayi anda sudah tepat puting susu dan sebagian besar dari areola akan masuk di dalam mulut bayi anda.

Perawatan payudara juga sangat menunjang proses menyusui bayi, misalnya menggunakan BH yang menyokong payudara, memelihara kebersihan payudara sehari-hari, melakukan perawatan payudara secara teratur, payudara diberi dan dipijat dengan baby oil atau minyak kelapa dan bersihkan payudara menggunakan air hangat.

Pemasukan gizi ibu harus lebih baik dan lebih banyak untuk mencukupi produksi ASI, anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui. Hindari rasa cemas dan stress dan ibu harus merasa nyaman dan aman. (Saleha, 2009)

f. Senggama

Secara fisik aman untuk memulai hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan. (Sulistiyawati, 2009: 103)

g. Metode Kontrasepsi

Idealnya pasangan harus menunggu minimal 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan keluarganya. (Wulanda, 2011: 70).

7. Tanda-tanda bahaya masa Nifas

- a. Perdarahan per vagina akibat atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, tertinggalnya sisa plasenta, dan inversio uteri.
- b. Infeksi masa nifas infeksi nifas mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat genital pada waktu persalinan dan nifas. Menurut John Committee on Maternal Welfare (Amerika Serikat), definisi morbiditas puerperalis adalah kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum, dengan mengecualikan hari pertama. Suhu harus diukur dari mulut setidaknya 4 kali sehari.
- c. Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur.
- d. Pembengkakan di wajah dan ekstremitas.
- e. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih.
- f. Payudara berubah menjadi merah, panas, dan sakit.

1) Pembendungan air susu

Pada permulaan nifas, apabila bayi belum menyusui dengan baik, atau kemudian apabila kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna, terjadi pembendungan ASI. Payudara panas, keras, dan nyeri pada perabaan, serta suhu badan tidak naik.

2) Mastitis

Tanda-tandanya adalah rasa panas disertai kenaikan suhu, penderita merasa lesu, tidak ada nafsu makan. Infeksi yang biasanya terjadi adalah *Staphylococcus Aureus* dengan tanda-

tanda payudara membesar, nyeri, kulit merah pada suatu tempat, membengkak sedikit, dan nyeri pada perabaan.

- g. Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama.
- h. Rasa sakit, merah, dan pembengkakan kaki.
- i. Merasa sedih atau tidak mampu untuk merawat bayi dan diri sendiri.

(Sulistyawati,2009; 173-196)

8. Program dan kebijakan teknis masa nifas

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

- a. Kunjungan pertama (6 - 8 Jam setelah persalinan)

Tujuan:

- 1) Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut.
- 3) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian Asi pada masa awal menjadi ibu.
- 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

b. Kunjungan Kedua (6 Hari Persalinan)

Tujuan:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal : Uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan.
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi tetap hangat.

c. Kunjungan Ketiga (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan : Sama seperti kunjungan kedua (6 hari setelah persalinan)

d. Kunjungan Keempat (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan:

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang di alami atau bayinya.
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini. (Saleha, 2009: 6-7).

9. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

1. Langkah I: Pengkajian Data

Mengumpulkan semua data dasar yang digunakan untuk menilai keadaan ibu Saat nifas, meliputi: Keluhan-keluhan, observasi tanda-tanda vital dan Keadaan umum, pengeluaran lochea dan luka jahit, pengeluaran dan pemberian ASI, proses involusi uterus, perubahan fisik dan psikis ibu serta Tanda-tanda infeksi dalam masa nifas.

2. Langkah II: Interpretasi Data

Diagnosa : P....A....nifas normal hari ke...

Masalah : mammae bengkak

Kebutuhan : konseling mengenai cara perawatan payudara

3. Langkah III: Identifikasi diagnosa dan masalah potensial

Antisipasi diagnosa dan masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan Masalah-masalah yang telah diidentifikasi. Langkah ini dimaksud sebagai pencegahan bila mungkin dan meningkatkan kewaspadaan dan persiapan terhadap Kemungkinan yang mungkin terjadi seperti perdarahan pada masa nifas.

4. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan dan tindakan segera dan kolaborasi

Mengevaluasi penanganan segera oleh bidan untuk konsultasi atau kolaborasi Dengan tim kesehatan lainnya dengan kondisi pada masa nifas.

5. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Melakukan observasi tanda-tanda vital dan keadaan umum ibu. Mengobservasi banyaknya perdarahan dan kontraksi uterus. Memeriksa involusi uterus berjalan normal atau tidak. Memeriksa keadaan luka jahitan, apakah terdapat tanda-tanda infeksi. Mengajari ibu cara menyusui yang benar anjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif. Menganjurkan ibu cara menjaga kebersihan diri, ajarkan ibu cara vulva hygiene. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Mengajarkan ibu teknik perawatan payudara. Memberikan konseling gizi selama menyusui. Memberikan konseling tentang Keluarga berencana.

6. Langkah VI: Melakukan asuhan

Mengarahkan serta melaksanakan rencana asuhan sesuai yang diuraikan dilangkah V secara efisien dan aman.

7. Langkah VII: Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan sesuai yang diberikan, meliputi Pemenuhan kebutuhan dan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai Dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnose dan masalah.

D. BAYI BARU LAHIR

1. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 – 42 minggu dan berat badanya 2.500 – 4.000 gram. Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. (Dewi, 2010:54)

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2500-4000 gram.
- c. Panjang badan 48-52 cm.
- d. Lingkar dada 30-38 cm.
- e. Lingkar kepala 33-35 cm.
- f. Lingkar lengan 11-12 cm.
- g. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
- h. Pernapasan \pm 40-60 x/menit.
- i. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- j. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- k. Kuku agak panjang dan lemes.
- l. Nilai APGAR >7.

- m. Gerak aktif.
 - n. Bayi lahir langsung menangis kuat.
 - o. Reflek rooting sudah terbentuk dengan baik.
 - p. Reflek sucking sudah terbentuk dengan baik.
 - q. Reflek morro sudah terbentuk dengan baik.
 - r. Reflek grasping (menggenggam) sudah baik.
 - s. Genitalia
 - 1. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
 - 2. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
 - t. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.
- (Dewi, 2010:2)

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Cara memotong tali pusat

Menjepit tali pusat dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem. Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri lalu memotong tali pusat di antara 2 klem. Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilikus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. (Dewi, 2010:3)

b. Mempertahankan suhu tubuh BBL dan mencegah hipotermia

- 1) Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir.
- 2) Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil.
- 3) Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir.

(Dewi,2011:3-4)

c. Memberi Vit K

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL (Wiknjosastro, 2008 : 137).

d. Memberikan Obat Tetes Mata

Setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 1 jam bayi baru lahir. Pemberian obat mata erithromicin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena clamidia (penyakit menular seksual). (Wiknjosastro, 2008:137)

e. Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian Vitamin K, pada saat bayi berumur 2 jam. (Wiknjosastro, 2008: 137).

f. Menunda memandikan BBL sampai suhu tubuh stabil

Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2500 gram dan menangis kuat bisa dimandikan ± 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. (Dewi, 2010:4)

Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir. Jangan memandikan bayi sebelum 6 jam (Wiknjosastro, 2008:125)

4. Pemeriksaan pada Bayi Baru lahir

Adapun pemeriksaan bayi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Menilai keadaan umum

1. Periksa bagian kepala, badan dan ekstremitas akan adanya kelainan.
2. Nilailah secara keseluruhan apakah perbandingan bagian tubuh bayi proporsional atau tidak?
3. Periksa tonus otot dan tingkat aktifitas bayi, apakah gerakan bayi aktif atau tidak?
4. Periksa warna kulit dan bibir, apakah warnanya kemerahan/kebiruan?
5. Periksa tangisan bayi, apakah melenting, merintih atau normal?

b. Tanda-tanda vital

1. Nafas normal : 40-60 kali/menit.
2. Laju jantung normal : 120-160 kali/menit.
3. Suhu normal : 36,5°C-37,5°C

- c. Periksa bagian kepala bayi
 - 1. Ubun-ubun
 - 2. sutura dan molase
 - 3. Penonjolan atau daerah mencekung. Periksa adanya kelainan, baik karena trauma persalinan atau adanya cacat kongenital.
 - 4. ukur lingkaran kepala.
- d. Lakukan pemeriksaan telinga karena akan dapat memberikan gambaran letak telinga dengan mata dan kepala serta diperiksa adanya kelainan lainnya.
- e. Periksa mata akan adanya tanda-tanda infeksi.
- f. Periksa hidung dan mulut, langit-langit, bibir, dan reflek isap serta rooting.
- g. Periksa leher bayi, perhatikan akan adanya pembesaran atau benjolan.
- h. Periksa dada, perhatikan bentuk dada dan puting susu bayi.
- i. Periksa bahu, lengan, dan tangan. Perhatikan gerakan dan kelengkapan jari tangan.
- j. Periksa bagian perut. Perhatikan bagaimana bentuk perut apakah ada penonjolan disekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, perut teraba lunak (pada saat bayi menangis) dan benjolan.
- k. Periksa alat kelamin. Hal yang perlu diperhatikan adalah:
 - 1. Laki-laki : Testis berada pada skrotum atau penis berlubang.
 - 2. Perempuan : Vagina berlubang, uretra berlubang, dan terdapat labia minora serta labia mayora.

- l. Periksa tungkai dan kaki. Perhatikan gerakan dan kelengkapan alat gerak.
- m. Periksa punggung dan anus. Perhatikan akan adanya pembengkakan atau cekungan dan juga adanya anus.
- n. Periksa kulit. Perhatikan adanya verniks, pembengkakan atau bercak hitam, serta tanda lahir. (Dewi,2011:24-25)

5. Penilaian bayi waktu lahir (*assessment at birt*)

Keadaan umum bayi dinilai satu menit setelah lahir dengan penggunaan nilai apgar. Penilaian ini diperlukan untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. yang dinilai ialah frekuensi jantung (*heart rate*), usaha nafas (*respiratory effort*), tonus otot (*muscle tone*), warna kulit (*colour*), dan reaksi terhadap rangsangan (*response to stimuli*) yaitu dengan memasukan kateter ke lubang hidung setelah jalan nafas dibersihkan.

Tabel 2.10
Nilai Apgar

	0	1	2
<i>Appearance</i> (Warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
<i>Pulse Rate</i> (Frekuensi nadi)	Tidak ada	< 100	> 100
<i>Grimace</i> (Reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Batuk/bersin
<i>Activity</i> (Aktivitas)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit Fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik, menangis

(Wiknjosastro, 2006:249)

Catatan:

Nilai Apgar 0-3 berarti ada asfiksia berat

Nilai Apgar 4-6 berarti ada asfiksia sedang - ringan

Nilai Apgar 7-10 berarti bayi normal.

(Wiknjosastro, 2006 : 248)

6. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu dini (*early initiation*) atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara (Saleha, 2009 : 28).

Jika bayi baru lahir segera dikeringkan dan diletakkan diperut ibu dengan kontak kulit ke kulit dan tidak dipisahkan dari ibunya setidaknya satu jam, semua bayi semua bayi akan melalui lima tahapan perilaku (*pre-feeding behaviour*) sebelum ia berhasil menyusui (Saleha,2009:48).

Berikut 5 tahapan perilaku bayi tersebut.

1. Dalam 30 menit pertama : stadium istirahat atau diam dalam keadaan siaga (*rest/quite alert stage*). Bayi diam tidak bergerak. Sesekali matanya terbuka lebar melihat ibunya. Masa tenang yang istimewa ini merupakan penyesuaian peralihan dari keadaan dalam kandungan. Bonding (hubungan kasih sayang) ini merupakan dasar pertumbuhan bayi dalam suasana aman.

2. Antara 30-40 menit : Mengeluarkan suara, gerakan mulut seperti ingin minum, mencium, dan menjilat tangan. Bau dan rasa ini akan membimbing bayi untuk menemukan payudara dan puting susu ibu.
3. Mengeluarkan air liur : saat menyadari bahwa ada makanan di sekitarnya, bayi mengeluarkan air liurnya.
4. Bayi mulai bergerak ke arah payudara. Aerola sebagai sasaran, dengan kaki menekan perut ibu. Ia akan menjilat-jilat kulit ibu, menghentak-hentakan kepala ke dada ibu, menoleh ke kanan dan ke kiri, serta menyentuh dan meremas daerah puting susu dan sekitarnya dengan tangannya yang mungil.
5. Menemukan, menjilat, mengulum puting, membuka mulut lebar, dan melekat dengan baik (Saleha, 2009: 29-30)

7. Tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir

Tanda tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali
- b. Kehangatan, terlalu panas atau dingin ($>38^{\circ}\text{c}$ atau terlalu dingin $>36^{\circ}\text{c}$)
- c. Warna kulit kuning (terutama pada tanggal 24 jam pertama), biru, pucat, memar.
- d. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
- e. Hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
- f. Infeksi, suhu tubuh meningkat, merah bengkak, keluar cairan (nanah)

- g. Tinja/kemih, tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
- h. Aktivitas, menggigil, atau tangis tidak seperti biasa, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus. (Saifuddin, 2009: 36)

8. Yang Perlu Diperhatikan Pada Bayi Baru Lahir

- a. Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling
Perlu dikenali kurangnya reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan.
- b. Keaktifan
Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lanjut.
- c. Simetris
Apakah secara keseluruhan badan seimbang.
- d. Kepala
Apakah tidak simetris, berupa tumor lunak dibelakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang, sebagai akibat proses kelahiran, atau tumor lunak hanya di belahan kiri atau kanan saja, atau di sisi kiri dan kanan tetapi tidak melampaui garis tengah bujur kepala. Ukur lingkaran kepala.

e. Muka wajah

Bayi tanpa ekspresi.

f. Mata

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu.

g. Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna.

h. Leher, dada, abdomen

Melihat adanya cedera akibat persalinan.

i. Punggung

Adakah benjolan/tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna.

j. Bahu, tangan, sendi, tungkai

Perlu diperhatikan bentuk, gerakanya, fraktur.

k. Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan. Kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada dengan kulit atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning.bercak-bercak besar biru yang sering terdapat pada sekitar bokong.

l. Kelancaran menghisap dan pencernaan

Harus diperhatikan

m. Tinja dan kemih

Diharapkan keluar 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut.

n. Refleks

a. Refleks *Rooting*, bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi.

b. Refleks Hisap, terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan.

c. Refleks *Moro*, timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan.

d. Refleks Mengeluarkan Lidah, terjadi apabila diletakkan benda di dalam mulut, yang sering ditafsirkan bayi menolak makanan/minuman.

o. Berat badan

Sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5 % berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan. (Rukiyah, 2010:9)

9. Mekanisme kehilangan panas pada bayi

Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui :

a. *Evaporasi*

Yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

b. *Konduksi*

Yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

c. *Konveksi*

Yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin.

d. *Radiasi*

Yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi walaupun tidak bersentuhan secara langsung. (Rukiyah, 2010:9)

10. Pencegahan kehilangan panas

a. Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

b. Letakkan bayi agar tidak terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara

payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

- c. Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi di kepala bayi.

Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

- d. Jangan segera menimbang dan memandikan bayi baru lahir.

Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusui. Karena BBL cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya, sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat badan bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian/diselimuti dikurangi dengan berat pakaian/selimut. Bayi sebaiknya dimandikan \geq enam jam setelah lahir. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir. (Wiknjosastro, 2008:124-125).

11. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

a. Subjektif

Ibu mengatakan bayi menangis kuat dan bergerak aktif.

b. Objektif

1. Keadaan umum bayi
2. Tanda- tanda vital
3. Antropometri
4. Pemeriksaan fisik secara head to toe
5. Pemeriksaan Refleks pada bayi

c. Assesmen

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia....jam

d. Planning

Melaukan pencegahan infeksi dengan memastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan telah didesinfeksi tinggi (DTT) atau strilisasi. Melakukan penilaian bayi baru lahir yaitu usia kehamilan, warna air ketuban, usaha bernafas, dan tonus otot, melakukan pencegahan panas dengan cara mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir tanpa membersihkan verniks, meletakkan bayi ditempat yang bersih dan hangat, memberi selimut bayi, dan jangan segera memandikan bayi sebelum 6 jam. Memberikan vitamin K1injeksi 1mg, untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K1, memberikan imunisasi hepatitis B 1 jam setelah pemberian vitamin K1, imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi. (Wiknjastro, 2008).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. D Dalam Masa Kehamilan

1. Kunjungan Pertama, Tanggal 08 Februari 2015 Pukul 19.05 WIB

a. Pengkajian Data

1) Data Subjektif

Ny. D datang ke BPM “R” pada tanggal 08 Februari 2015 pada Pukul 19.05 WIB, berumur 28 tahun, berkebangsaan Indonesia, beragama Islam, pendidikan SMP, pekerjaan IRT, telah menikah selama 1 tahun dari pernikahan ke dua, dengan Tn.J, umur 37 tahun, suku Aceh, beragama islam, pendidikan SMA, pekerjaan wiraswasta, tinggal di Jl. Bambu Kuning Utara Rt 10/Rw 02 Kel.Bambu Apus Kec. Cipayung Jakarta Timur.

Alasan kunjungan saat ini Ny. D ingin memeriksakan kehamilannya. Ny. D mengaku mempunyai keluhan sering kencing pada siang hari, tidak ada keluhan kearah tanda bahaya kehamilan.

Riwayat menstruasi Ny. D mengaku menarche pada usia 13 tahun, lamanya 7 hari, banyaknya 3x ganti pembalut pada hari pertama sampai hari ke empat, hari berikutnya hanya mengganti 1-2 kali pembalut sehari. ibu mengatakan haidnya teratur setiap bulan dan tidak mengalami dismenorhea, dengan siklus menstruasi 30 hari, viskositas encer dengan warna merah, bau amis. Ibu mengaku hari pertama haid terakhir (HPHT) tanggal 13 Mei 2014, taksiran persalinan (TP) pada tanggal 20 Febuari 2015.

Ibu mengatakan pernah melakukan tes kehamilan dan hasilnya (+) pada tanggal 22 Mei 2014, Pergerakan fetus pertama kali dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan, dan pergerakan fetus dalam 24 jam terakhir sebanyak ≥ 10 kali.

Riwayat kehamilan ini ibu mengatakan pada awal-awal kehamilannya sering mual dan tidak nafsu makan, tetapi pada usia kehamilan sekarang tidak ada keluhan pada kehamilannya, nafsu makan meningkat. Ny.D sudah di imunisasi TT I pada tanggal 28 Oktober 2014 dan TT II pada tanggal 28 November 2014.

Ny.D mengatakan ini kehamilan ke tiga, pernah melahirkan 2x, pada tahun 2006 lahir dibidan secara spontan dengan usia kehamilan 9 bulan, tidak ada penyulit dalam persalinan, jenis kelamin perempuan, berat badan waktu lahir 2600 gram, panjang badan 48 cm. dan melahirkan anak kedua pada tahun 2009 lahir dibidan secara spontan dengan usia kehamilan 9 bulan, tidak ada penyulit dalam persalinan, jenis kelamin perempuan, berat badan waktu lahir 3000 gram, panjang badan 48cm, ibu mengatakan tidak pernah keguguran.

Pola pemenuhan sehari-hari yaitu makan frekuensi 3x sehari dengan menu nasi, sayur, ikan, telur, tahu, tempe dan kadang-kadang ditambah buah-buahan, kadang juga makan makanan ringan seperti biskuit dan roti, minum sehari 7-8 gelas air putih dan satu gelas susu setiap pagi hari. Pola eliminasi, BAK 7-8 kali sehari, konsistensi cair, warna putih jernih, bau khas. Dan BAB frekuensi 1 kali sehari, konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, bau khas.

Pola istirahat cukup, frekuensi tidur malam 7 jam dan tidur siang 1-2. Riwayat KB, ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulan, ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama 2 tahun yaitu sejak tahun 2010 sampai tahun 2012, dan tidak ada keluhan.

Ibu mengaku usia kehamilannya 38 minggu. Kehamilannya direncanakan dan menginginkan jenis kelamin laki-laki. Riwayat perkawinannya sah, menikah 2 kali, dengan suami yang sekarang sudah 1 tahun.

Tidak mempunyai riwayat penyakit yang pernah atau sedang di derita seperti jantung, tekanan darah tinggi, hepar, diabetes melitus, anemia berat, HIV/AIDS, campak, malaria, tuberkolosis, gangguan mental, dan luka bekas operasi, dan tidak ada riwayat penyakit keturunan.

Selama hamil ibu tidak pernah mempunyai kebiasaan atau perilaku kesehatan kurang baik seperti, merokok, minum-minuman beralkohol, obat-obatan terlarang, dan minum jamu.

Susunan keluarga yang tinggal serumah ibu tinggal dengan suami. Ibu mempunyai kepercayaan tentang kehamilan, persalinan dan nifas yaitu 7 bulanan pada saat hamil.

2) Data Objektif

Dalam pemeriksaan kehamilan diperoleh hasil sebagai berikut : keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 80 x/m, suhu 36,6°C, respirasi 20 x/m, tinggi badan 158 cm, berat badan 65 kg, lingkaran atas 29 cm, kenaikan berat badan selama hamil 14 kg.

Pada pemeriksaan fisik didapat rambut hitam, tidak rontok dan bersih, wajah bersih tidak ada cloasma gravidarum, kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut dan gigi bersih, lengkap dan tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada kelenjar thyroid dan vena yugularis, payudara membesar, areola bersih, puting susu menonjol, simetris tidak ada benjolan dan tidak ada rasa nyeri, belum ada pengeluaran colostrum.

Pada pemeriksaan abdomen, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada benjolan, dan tidak ada pembesaran liver. Tidak terdapat bekas luka operasi, tidak ada striae gravidarum. Pemeriksaan secara palpasi : Tinggi fundus uteri 30cm (Mc. Donald). Leopold I : tinggi fundus uteri teraba 3 jari dibawah px, teraba satu bagian besar, bulat, lunak, tidak melenting. Leopold II: Sebelah kanan abdomen ibu teraba bagian-bagian terkecil janin, dan sebelah kiri abdomen ibu teraba bagian memanjang, keras ada tahanan seperti papan. Leopold III : Teraba satu bagian bulat, keras, besar, tidak melenting, bagian terendah sudah masuk PAP. Leopold IV: Divergen palpasi pemeriksaan teraba 4/5.

Auskultasi : Terdengar denyut jantung janin pada punctum maksimum kuadran kiri 3 jari bawah pusat, frekuensi 142 x/memit, intensitas kuat irama teratur. TBJ : $(TFU-N) \times 155 = (30-12) \times 155 = 2790\text{gr}$. Punggung dan pinggang tidak ada nyeri ketuk, posisi tulang belakang lordosis fisiologis, ekstremitas atas tidak oedema dan bawah sedikit oedema, tidak ada kekakuan pada sendi, kemerahan maupun varises, refleksi patella positif. Pemeriksaan

laboratorium, Haemoglobin: 11,4 gr%, protein urine dan urine reduksi tidak dilakukan pemeriksaan.

b. Interpretasi Data

Diagnosa kebidanan G3P2A0 Hamil 38 minggu 2 hari janin tunggal hidup intra uterine persentasi kepala.

Data dasar :

Ibu mengatakan ini kehamilan yang ketiga, pernah melahirkan dua kali dan tidak pernah keguguran, HPHT tanggal 13 Mei 2014 dengan TP 20 Februari 2015. DJJ (+), frekuensi 142 kali/menit teratur. Secara palpasi tinggi fundus uteri 30 cm. Pada palpasi leopold : TFU berada di 3 jari dibawah PX, pada fundus teraba satu bagian besar, lunak, tidak melenting. Leopold II bagian kanan abdomen ibu teraba bagian- bagian kecil dari janin dan bagian kiri abdomen ibu teraba bagian memanjang kuat seperti papan ada tahanan. Leopold III teraba satu bagian bulat, keras, tidak melenting bagian bawah sudah masuk PAP. Leopold IV Divergen palpasi pemeriksaan teraba 4/5.

c. Identifikasi Diagnosa Masalah Potensial

Tidak ada

d. Antisipasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada

e. Perencanaan Tindakan

Lakukan informed consent dengan pasien, beritahu ibu akan dilakukan pemeriksaan, beritahu ibu hasil pemeriksaan, beritahu ibu fisiologi sering kencing, beritahu ibu cara mengatasi sering kencing, beritahu ibu tentang gizi

seimbang, beritahu ibu tentang istirahat yang cukup, beritahu ibu tentang personal hygiene, anjurkan ibu untuk mengikuti senam hamil, beritahu ibu tanda bahaya kehamilan trimester III, beritahu ibu tanda-tanda persalinan, beritahu ibu persiapan persalinan, berikan ibu terapi obat, beritahu ibu jadwal kunjungan ulang.

f. Pelaksanaan Tindakan

Melakukan informed consent dengan pasien. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa dirinya dan janin saat ini dalam keadaan baik yaitu tekanan darah : 100/70 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36,6 °C, respirasi : 20 kali/menit, Djj : 142 kali/menit.

Memberitahu kepada ibu tentang fisiologis trimester III seperti sering BAK karena hal itu merupakan hal yang normal terjadi pada ibu hamil karena pembesaran rahim dan turunnya kepala janin ke PAP sehingga menekan kandung kemih.

Memberitahu ibu cara mengatasi sering kencing seperti, kurangi minum di malam hari, perbanyak minum di siang hari, segera berkemih jika ada rasa ingin berkemih.

Memberitahu ibu pola nutrisi dengan gizi seimbang yaitu makanan yang mengandung karbohidrat, protein, vitamin dan mineral, dan lemak dengan contoh 1 piring nasi, 1 potong ikan/daging, 1 potong dan tempe, 1 mangkuk sayur, buah dan 1 gelas susu. Memberitahu ibu tentang istirahat yang cukup dengan tidur siang ± 2 jam dan tidur malam ± 7 jam.

Memberitahu ibu tentang personal hygiene dengan mandi minimal 2 kali sehari dan ganti pakaian dalam 3 kali sehari atau bila terasa lembab. Menganjurkan ibu untuk olah raga ringan seperti, jongkok, berjalan- jalan di pagi hari.

Memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan pada trimester III seperti sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, nyeri ulu hati, pergerakan janin berkurang, pengeluaran pervaginam seperti darah dan air. Memberitahu ibu tanda-tanda persalinan seperti mules terus menerus setiap 5-10 menit 3-4 kali, keluar air, keluar lendir campur darah.

Memberitahu ibu persiapan persalinan seperti baju, bedong popok, gurita, kain gendongan, topi, sarung tangan dan sarung kaki untuk bayi, untuk ibu baju, celana dalam, pembalut, kain, perlengkapan mandi untuk bayi dan ibu, pendamping, tempat persalinan, transportasi.

Memberikan ibu terapi obat vitanol @60 mg sebanyak 20 tablet dan calk@500 mg sebanyak 20 tablet diminum 1x1 dimalam hari dengan air putih hindari minum dengan teh, kopi, susu. Memberitahu ibu jadwal kunjungan ulang tanggal 14 Februari 2015 atau jika ada keluhan.

g. Evaluasi

Informed consent telah ditandatangani oleh pasien. Ibu bersedia untuk dilakukan pemeriksaan. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan dan ibu merasa senang. Ibu sudah mengerti dan bisa mengulangi kembali fisiologi sering kencing. Ibu telah mengerti cara mengatasi sering kencing dan bersedia melaksanakannya. Ibu telah mengetahui pola nutrisi yang baik dan mau

melaksanakannya. Ibu telah mengetahui istirahat yang cukup dan akan melaksanakannya. Ibu telah mengerti tentang personal hygiene dan mau melaksanakannya. Ibu akan mengikuti senam hamil. Ibu telah mengetahui tanda bahaya kehamilan trimester III dan bersedia segera mendatangi tenaga kesehatan jika ada tanda tersebut. Ibu sudah mengerti dengan tanda-tanda persalihan dan akan datang kepetugas kesehatan bila terjadi. Ibu sudah mengetahui dan menyiapkan perlengkapan persalinan. Ibu telah diberikan terapi obat dan tahu cara meminumnya. Ibu telah mengetahui tanggal kunjungan ulang dan bersedia datang kembali tanggal 14 Februari 2015.

2. Kunjungan Antenatal II tanggal 14 Febuari 2015 pukul 13.00 WIB

a. Data Subjektif

Ibu datang bersama suami ke bidan untuk kunjungan ulang, mengatakan pergerakan janin aktif dan ibu mengatakan pegel-pegel pada punggung bagian bawah. Ibu mengatakan sudah melaksanakan anjuran yang di sampaikan.

b. Data Objektif

Pada saat pemeriksaan didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, emosional stabil. Tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 79kali/menit, suhu 36,6 °C, respirasi 20 kali/menit. Berat badan ibu 65,5kg. Konjungtiva merah muda dan sklera tidak kuning. Payudara terjadi pembesaran, bentuk simetris, areola terjadi hiperpigmentasi, papilla mammae menonjol, tidak ada benjolan/tumor, sudah ada pengeluaran, tidak ada rasa nyeri tekan.

Pada pemeriksaan secara inspeksi terdapat pembesaran abdomen, tidak ada bekas luka operasi, terdapat linea nigra, tidak ada stria gravidarum. Tinggi fundus uteri 31 cm (Mc. Donald). Pada palpasi Leopold: Leopold I TFU berada di 3 jari bawah PX, pada fundus teraba satu bagian besar, lunak, tidak melenting. Leopold II bagian kanan abdomen ibu teraba bagian-bagian kecil janin, dan bagian kiri abdomen ibu teraba bagian memanjang kuat seperti papan ada tahanan. Leopold III teraba satu bagian bulat, keras, tidak melenting bagian bawah sudah masuk PAP. Leopold IV Divergen palpasi teraba 4/5. Pemeriksaan auskultasi punctum maximum kuadran kiri 3 jari di bawah pusat, DJJ (+), frekuensi 148 kali/menit teratur dan TBJ(TFU-n) x 155= (31-12) x 155 ± 10% = 2945 gram.

Ekstremitas tidak ada oedema dan varises. Pemeriksaan anogenital tidak dilakukan karena menjaga privasi pasien dan tidak ada indikasi.

c. Assesment

G1P0A0 hamil 39 minggu. janin tunggal hidup intra uterine presentasi kepala.

d. Planning

Memberitahu ibu tentang tindakan pemeriksaan, ibu bersedia di lakukan pemeriksaan. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yaitu tekanan darah : 100/70 mmHg, nadi : 79 kali/ menit, suhu : 36,6°C, respirasi : 20 kali/ menit, DjJ : 148kali/menit, ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan bahwa dirinya dan janin saat ini dalam keadaan baik.

Memberitahu ibu fisiologi pegal pegal bagian pada punggung bawah yaitu merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral, nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya, perubahan – perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar, dan membentuk lordosis, lengkungan ini akan meregangkan otot sehingga peredaran darah tidak lancar dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Memberitahu ibu cara mengatasi pegel-pegel pada punggung seperti mengatur posisi tubuh yang baik, hindari bungkuk yang berlebihan saat mengangkat beban dan berjalan tanpa istirahat, saat istirahat posisikan badan dengan menggunakan bantal ibu telah mengerti dan bersedia untuk melakukannya.

Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III seperti sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, nyeri ulu hati, pergerakan janin berkurang, pengeluaran pervaginam seperti darah dan air, ibu telah mengerti dan bersedia segera mendatangi tenaga kesehatan jika ada tanda tersebut.

Mengingatkan kembali ibu tentang persiapan persalinan seperti biaya, pendamping, perlengkapan ibu dan bayi, ibu telah mengetahui dan juga telah menyiapkan kebutuhan mengenai persalinan.

Memberikan terapi obat vitamin @60 mg sebanyak 20 tablet dan kalsium @500 mg X sebanyak 20 tablet diminum 1X1 di malam hari dengan air putih hindari minum dengan teh, kopi, susu. Memberitahu ibu mengenai jadwal

kunjungan ulang pada tanggal 21 Februari 2015 atau jika ada keluhan, ibu telah mengerti dan bersedia melaksanakannya.

B. Asuhan Kebidanan Pada Ny.D Masa Persalinan

1. Kala I tanggal 19 Februari 2015 pukul 02.00 WIB

a. Pengkajian Data

Data Subjektif

Ibu datang ke BPM “R” pada tanggal 19 Februari 2015 pukul 02.00 WIB dengan mengeluh perutnya mules-mules sejak pukul 24.00 WIB dan keluar lendir darah sejak pukul 00.00 WIB. Ibu mengatakan pergerakan janin masih aktif. Tanggal 18-2-2015 ibu mengatakan BAB terakhir pagi pukul 06.00 WIB dan BAK jam 01.30 WIB. Tanggal 18-2-2015 makan terakhir pukul 17.00 WIB dan minum terakhir pukul 01.00 WIB.

Data Objektif

Pada saat pemeriksaan didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis dan keadaan emosional stabil. Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu 36,7°C, pernapasan 21 kali/menit, pada pemeriksaan fisik, rambut terlihat bersih, hitam, tidak rontok. Pada muka, kelopak mata tidak terlihat oedema, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning. Pada Mulut, bibir tidak ada stomatitis, lidah bersih, gigi lengkap, bersih, tidak ada caries. Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena yugularis. Pada pemeriksaan dada, jantung reguler dan paru- paru vesikuler. Payudara terjadi pembesaran, bentuk simetris, areola terjadi hiperpigmentasi, papilla mammae

menonjol, tidak ada benjolan/tumor, sudah ada pengeluaran kolostrum, tidak ada rasa nyeri tekan.

Pada pemeriksaan secara inspeksi terdapat pembesaran abdomen, tidak ada bekas luka operasi, dan terdapat linea nigra striae gravidarum. Pada pemeriksaan palpasi tinggi fundus uteri 30 cm secara Mc. Donald. Pada palpasi Leopold: Leopold I TFU pertengahan pusat PX, pada fundus teraba satu bagian besar lunak tidak melenting. Leopold II bagian kanan abdomen ibu teraba bagian-bagian kecil janin dan bagian kiri abdomen ibu teraba bagian memanjang ada tahanan seperti papan, Leopold III teraba satu bagian bulat, keras, tidak melenting. Leopold IV Divergenpalpasi bagian terendah 3/5. HIS 3x10'40" sedang/teratur ada relaksasi. Pemeriksaan auskultasi punctum maximum kuadran kiri di bawah pusat, DJJ (+), frekuensi 135 kali/menit teratur dan TBJ $(30 - 12) \times 155 \pm 10\% = 2790$ gram.

Posisi tulang belakang lordosis fisiologis, pinggang tidak ada rasa nyeri. Pada ekstremitas atas dan bawah tidak terdapat oedema, kekuatan sendi baik, tidak ada varises dan reflek patella positif kanan dan kiri.

Pada pemeriksaan anogenital tidak terdapat luka parut pada perenium, tidak ada varises, pengeluaran pervaginam lendir bercampur darah, warna merah muda, konsistensi lendir kental, jumlah ± 5 cc, tidak ada pembengkakan pada kelenjar bartolini dan tidak ada haemoroid pada anus. Pemeriksaan dalam dilakukan pada pukul 02.00 WIB pada awal pemeriksaan oleh mahasiswi azmawati dan didapatkan hasil dinding vagina tidak ada

kelainan, portio tipis lunak, pembukaan 4cm, ketuban positif, presentasi kepala, penurunan kepala hodge II, posisi belum teraba.

b. Interpretasi Data

Diagnosa kebidanan G3P2A0 hamil 39 minggu 5 hari in partu kala I fase aktif Janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

Data dasar: Ibu mengatakan ini kehamilan yang ketiga, pernah melahirkan dua kali dan tidak pernah keguguran, HPHT tanggal 13 Mei 2015 dengan TP 20 Februari 2015 DJJ (+), frekuensi 135 kali/menit teratur. Secara palpasi tinggi fundus uteri 30 cm. pada palpasi Leopold : Leopold I TFU berada di pertengahan antara pusat dengan PX, pada fundus teraba satu bagian besar, lunak, tidak melenting. Leopold II bagian kanan abdomen ibu teraba bagian- bagian kecil dari janin dan bagian kiri abdomen ibu teraba bagian memanjang kuat seperti papan ada tahanan. Leopold III teraba satu bagian bulat, keras, tidak melenting. Leopold IV divergen palpasi bagian terendah 3/5. Ibu merasakan pergerakan janin aktif dan Ibu tidak merasakan sakit jika ada pergerakan janin dan saat pemeriksaan palpasi abdomen. Pada pemeriksaan dalam dinding vagina tidak ada kelainan, portio tipis lunak, pembukaan 4 cm, ketuban positif, presentasi kepala, penurunan bagian terendah Hodge II.

c. Identifikasi Diagnosa Masalah Potensial

Tidak ada

d. Antisipasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada

e. Perencanaan

Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang informed consent. Beritahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga. Lakukan observasi TTV : Tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, nadi setiap 30 menit. Lakukan observasi kemajuan persalinan seperti : DJJ dan HIS setiap 30 menit, dan pemeriksaan dalam setiap 4 jam atau bila ada indikasi. Siapkan partus set, heacting set, obat-obatan esensial dan perlengkapan ibu dan bayi. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK. Anjurkan ibu untuk mobilisasi. Penuhi kebutuhan ibu mengenai nutrisi dan hidrasi ibu. Beri ibu dukungan atau motivasi. Ajarkan ibu teknik relaksasi. Beritahu ibu posisi pada saat persalinan. Dokumentasikan ke dalam partograf.

f. Pelaksanaan

Menjelaskan kepada ibu dan kepada tentang informed consent yaitu surat persetujuan tindakan. Memberitahu kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yaitu saat ini ibu dalam proses persalinan, pembukaannya 4 cm, dan janin masih dalam keadaan baik.

Melakukan observasi TTV : Tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, nadi setiap 30 menit. Melakukan observasi kemajuan persalinan seperti : DJJ dan HIS setiap 30 menit, dan pemeriksaan dalam setiap 4 jam atau bila ada indikasi.

Menyiapkan partus set, heacting set, obat-obatan esensial dan perlengkapan ibu dan bayi. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK,

karena kandung kencing yang penuh akan membuat kontraksi tidak baik, dan penurunan kepala janin akan terganggu.

Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi seperti berjalan-jalan di sekitar ruangan untuk membantu penurunan kepala janin. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi ibu, yaitu memberikan ibu roti atau biskuit dan 1 gelas teh manis hangat. Memberikan ibu dukungan atau motivasi kepada ibu dengan cara meghadirkan keluarga untuk menemani ibu dalam proses persalinan.

Mengajarkan ibu teknik relaksasi kepada ibu di saat ada his atau kontraksi yaitu dengan cara, menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut secara perlahan. Memberitahu ibu posisi dalam proses persalinan seperti berdiri, jongkok, miring ke kiri atau ke kanan, merangkak atau setengah duduk. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan ke dalam partograf.

g. Evaluasi

Ibu dan keluarga telah mengisi dan menandatangani informed consent. Ibu telah mengerti dengan hasil pemeriksaan yang di lakukan dan merasa senang karena ibu dan janin dalam keadaan baik. Observasi TTV sudah dilakukan hasilnya adalah tekanan darah : 100/70 mmHg, suhu : 36,7°C, nadi: 80 kali/menit. Observasi kemajuan persalinan sudah dilakukan hasilnya adalah His : 3x10'40"/teratur ada relaksasi, DJJ : 135 kali/menit, pembukaan: 4cm.

Partus set, heating set, obat-obatan esensial dan perlengkapan ibu dan bayi sudah disiapkan. Kandung kemih ibu kosong. Ibu sudah berjalan-jalan di sekitar ruangan. Ibu sudah makan 1 potong roti dan minum 1 gelas teh manis. Suaminya telah menemani ibu untuk memberi dukungan emosional atau motivasi menghadapi proses persalinan. Ibu tarik nafas dalam dari hidung keluar dari mulut setiap ada his. Ibu miring ke kiri. Mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan ke dalam partograf.

2. Kala II Persalinan Tanggal 19 Februari 2015 pukul 04.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan mules semakin kuat dan sering, ibu ingin meneran seperti ingin BAB dan tidak kuat untuk menahan.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, emosional stabil, Tanda-tanda vital : tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu 36,7°C, respirasi 22 kali/menit, DJJ 142 kali/menit teratur, His 5x/10"/50" kuat teratur ada relaksasi, kandung kemih kosong.

Tampak adanya tanda gejala kala II yaitu ada tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.

Pada pemeriksaan dalam terdapat dinding vagina tidak ada kelainan, portio sudah tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban positif, presentase kepala, penurunan kepala di HIII +, posisi ubun-ubun kecil di depan, molase tidak ada, ketuban pecah spontan pukul 04.05 dengan jumlah 300 cc, warna jernih.

c. Assesment

G3P2A0 hamil 39 minggu 5 hari partus kala II, janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala.

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini pembukaan sudah lengkap, dan ibu sudah boleh meneran. Mempersiapkan diri dengan cara memakai barrier protektif seperti celemek, masker, mencuci tangan sebelum tindakan. Memastikan perlengkapan persalinan, partus set, heating set, dan obat-obatan esensial sudah di siapkan. Mematahkan ampul oksitosin 10 IU dan menempatkan spuit ke dalam partus set, setelah oksitosin di masukkan ke dalam spuit. Menganjurkan suami untuk menemani ibu dalam proses persalinan dan memberi dukungan kepada ibu, suami telah berada disamping ibu. Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman pada saat persalinan, dan ibu memilih posisi litotomi.

Membantu ibu mengajarkan teknik relaksasi yang baik, dan memberikan ibu minum untuk menambah tenaga pada saat persalinan. Ibu sudah menerapkan teknik relaksasi yang benar dan sudah minum 1 gelas teh manis hangat. Memasang underpad di bawah bokong ibu. Setelah kepala bayi tampak 5-6 cm di depan vulva pimpin ibu untuk meneran, dekatkan partus set dan buka partus set, pakai sarung tangan. Meletakkan kain yang dilipat 1/3 nya di bawah bokong ibu untuk melindungi perineum, dengan tangan kanan, ibu jari pada salah satu sisi perenium dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan

tangan kiri melindungi kepala bayi agar mencegah posisi kepala bayi tidak terjadi defleksi maksimal.

Setelah kepala bayi lahir, maka akan lahir berturut-turut dahi, hidung, mulut, dagu. Setelah kepala bayi lahir secara keseluruhan maka cek apakah ada lilitan tali pusat, jika tidak ada lilitan tali pusat maka tunggu kepala bayi mengadakan putar paksi luar, dan tangan secara biparietal memegang kepala untuk membantu melahirkan bahu, tarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan tarik ke atas untuk melahirkan bahu belakang kemudian tangan kanan menyanggah leher dan bahu bayi sedangkan tangan kiri menyusuri bahu sampai dengan badan bayi lahir secara keseluruhan.

Bayi lahir pukul 04.40 WIB, lahir secara spontan, jenis kelamin laki-laki, menangis kuat, warna kulit kemerahan, dan tonus otot baik, A/S 9/10. Meletakkan bayi di atas kain bersih sambil mengeringkan bayi dari kepala dan bagian tubuh bayi yang lainnya kecuali telapak tangan bayi untuk memudahkan bayi mencari puting susu ibu.

3. Kala III Tanggal III November 2014 pukul 04.40 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya tetapi perutnya masih tersa mules.

b. Data Objektif

Kadaan umum baik, kesadaran composmetis, emosional stabil, kontraksi uterus baik, TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong, perdarahan ± 100 cc.

c. Assesment

P3A0 partus kala III.

d. Planning

Memeriksa fundus uteri, apakah ada janin kedua, tidak ada janin kedua dan tinggi fundus uteri sepusat. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin 10 IU pada paha kiri 1/3 paha bagian luar secara IM, oksitosin telah disuntikkan. Klem tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi dan urut tali pusat ke arah maternal, dan klem tali pusat yang ke dua berjarak 2 cm dari klem pertama, kemudian potong tali pusat dengan tangan kiri melindungi perut bayi.

Ikat tali pusat dan lakukan IMD, bayi diletakkan di dada ibu, dalam waktu 45 menit bayi berhasil mendapatkan puting susu. Memindahkan klem tali pusat 5-6 cm dari vulva, kemudian meletakkan tangan kiri di atas simfisis pubis ke arah lumbal dan kepala ibu (dorsokranial) untuk mencegah terjadinya inversio uteri dan tangan kanan melakukan penegangan tali pusat terkendali.

Melakukan penegangan tali pusat terkendali saat (PTT) ada kontraksi, PTT dilakukan 2 kali kemudian terlihat tanda-tanda pelepasan plasenta, uterus globuler, tali pusat memanjang, adanya semburan darah, saat plasenta terlihat pada introitus vagina lahirkan plasenta dengan menarik tali pusat ke arah bawah lalu ke atas sesuai dengan jalan lahir, sanggah plasenta dengan kedua tangan dan putar plasenta searah jarum jam untuk mengeluarkan selaput ketuban.

Plasenta lahir pukul 04.47 WIB. Melakukan massage uterus selama 15 detik agar uterus berkontraksi, uterus berkontraksi baik. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaputnya, kotiledon lengkap, diameter plasenta ± 20 cm, tebal 2 cm, insersio tali pusat sentralis, panjang tali pusat ± 45 cm, terdapat 2 arteri 1 vena. Memeriksa robekan pada jalan lahir, tidak ada robekan jalan lahir.

4. Kala IV Tanggal 19 Febuari 2015 pukul 04.47 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya tetepi merasa lelah dan perutnya terasa mules.

b. Data Objektif

Kedadaan umum baik, kesadaran composmentis, emosional stabil, Tanda-tanda vital : tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu 36,6°C, pernafasan 20 kali/menit, konjungtiva tidak pucat, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong, perdarahan ± 50 cc.

c. Asessment

P3A0 partus kala IV

d. Planning

Memberitahu ibu bahwa dalam kedaan baik, plasenta telah lahir dan ibu terlihat senang. Memberitahu ibu bahwa ibu akan di jahit, dan penjahitan luka tidak di berikan anastesi. Menjahit luka laserasi dengan teknik jelujur. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik, dan beritahu ibu bahwa mules

adalah proses pengembalian bentuk rahim ke bentuk semula, dan mengajarkan ibu dan suami cara massage uterus yang benar, ibu dapat mengerti penjelasan bidan. Mengobservasi tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kandung kemih, dan perdarahan pada ibu setiap 15 menit sekali pada jam pertama dan bayi akan di berikan salep mata dan Vitamin K dan 30 menit pada jam kedua ibu akan di observasi dan bayi akan diberikan suntikan hepatitis B.

Menempatkan semua peralatan kedalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi selama 10 menit, dan membuang sampah dan bahan- bahan lain yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah. Membersihkan ibu dengan air DTT dan membantu ibu memakai pakaian, sudah bersih dengan baju yang baru diganti, dan ibu merasa lebih nyaman. Menganjurkan ibu untuk minum dan makan untuk mencegah hidrasi, ibu minum 1 gelas teh manis hangat. Memastikan bayi mendapat ASI secara benar, bayi dapat menyusui secara benar. Menganjurkan ibu untuk istirahat, dan memberitahu ibu bahwa akan dipindahkan ke ruang perawatan setelah 2 jam persalinan. Melengkapi bagian belakang dari partograf.

Tabel 3.1
Pemantauan Pelaksanaan Kala IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Pendarahan
1	05.02	100/70	80	36,6	1 jari bawah pusat	Baik	Kosong	5 cc
	05.17	100/70	78		1 jari bawah pusat	Baik	Kosong	10 cc
	05.32	100/70	76		1 jari bawah pusat	Baik	Kosong	10 cc

	05.47	100/70	78		1jari bawah pusat	Baik	Kosong	10 cc
2	06.17	100/70	78	36,6	2 jari bawah pusat	Baik	Kosong	20 cc
	06.47	100/70	80		2 jari bawah pusat	Baik	Kosong	20 cc

Sumber pemantauan / Observasi pada Ny. D 2 jam post partum (kala IV)

C. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

1. Kunjungan Pertama Tanggal 19 Febuari 2015 Pukul 04.40 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya menangis kuat.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan didapatkan, keadaan umum baik, tangisan kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, bayi sudah berhasil melakukan inisiasi menyusu dini (IMD), nadi 124x/menit, suhu 36,7 °C, rr 48x/menit berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm, lingkar lengan 10 cm nilai Apgar Score : 9/10.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematis yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada ceval hematoma dan caput suksedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis, leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan pada leher, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, putting susu simetris, dada tidak ada hernia diafragmatika.

Tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, tidak ada perdarahan tali pusat, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, lubang uretra berada di ujung penis, lubang anus, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap, punggung tidak ada spina bifida, kulit ada verniks kasiosa, reflek moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), reflek swallowing (+), graps palmar (+), graps plantar (+), babysky (+).

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 jam.

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayinya, tanda-tanda vital, denyut jantung bayi : 128 kali/ menit, suhu : 36,6°C, respirasi : 48 kali/menit. berat badan : 3100 gram, panjang badan : 50 cm, lingkar kepala : 33 cm, lingkar dada : 34 cm, LILA : 10 cm, ibu dan keluarga merasa senang dengan hasilnya karna bayinya dalam keadaan sehat.

Memberikan perawatan tali pusat, tali pusat dalam keadaan kering dan ditutup dengan kasa steril tanpa diberikan apapun, tali pusat bayi sudah tertutupi dengan kasa dan bayi merasa nyaman. Memberikan salep mata tetrasiklin 1% untuk mencegah infeksi mata pada bayi dan Vit K1 (Neo K 2 mg) didalam injeksi 0,5 ml volume 1 cc secara IM pada paha kiri bayi untuk mencegah perdarahan neonatus, diberikan pada satu jam pertama, bayi sudah diberi salep mata dan Vit K1.

Melakukan pencegahan Hipotermi dengan membedong bayi menggunakan kain yang bersih dan hangat, serta bayi tidak dimandikan selama 6 jam, bayi sudah dibedong kain bersih dan sudah merasa hangat. Menganjurkan ibu untuk menetek bayinya dengan posisi dan perlekatan yang benar, yaitu tangan bayi sejajar dengan telinganya, kepala bayi diletakkan dipertengahan lengan bawah ibu dan ke dua tangan ibu menopang tubuh bayi, puting susu sampai areola masuk ke mulut bayi, bayi tampak tenang disusui.

Memberitahu ibu tentang ASI Eksklusif, yaitu memberikan ASI sampai 6 bulan tanpa tambahan yang lain, kecuali vitamin dan obat, ibu mau untuk memberikan ASI Eksklusif.

Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin minimal 2 jam sekali, ibu mau untuk sering memberikan ASI. Memberitahukan tanda-tanda bahaya pada bayi, yaitu: suhu terlalu tinggi atau rendah, pernapasan terlalu cepat atau lambat, bayi kuning dalam 24 jam pertama, bayi kebiruan atau pucat, bayi tidak BAK dalam 24 jam pertama. Ibu mengerti tanda-tanda bahaya pada bayi.

2. Kunjungan 6 Jam Setelah Lahir pada Tanggal 19Februari 2015

Pukul 11.00 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya sudah menyusui kuat dan reflek isap positif.

b. Data Objektif

Keadaan umum bayi baik, nadi 124x/menit, suhu 37°C, pernafasan 45x/menit, berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 33cm, lingkar dada 34 cm, nilai Apgar Score : 9/10, anus (+), cacat (-).

Pada pemeriksaan fisik yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada cepal hematoma dan caput suksedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis.

Pada leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada hernia diafragmatika, tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, tidak ada perdarahan tali pusat, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap, punggung tidak ada spina bifida, sudah ada lubang pada anus, kulit ada verniks kariosa, reflek moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), reflek swallowing (+), graps palmar(+), graps plantar (+).

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam.

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayinya dalam keadaan sehat, nadi 124x/menit, suhu 37 °C, RR 45x/menit. berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm, gerakan bayi aktif, bayi mau menyusui, ibu terlihat senang dengan hasil pemeriksaan, memandikan bayi setelah 6 jam, bayi sudah dimandikan. Mempertahankan kehangatan bayi dengan mengeringkan dan membungkus bayi dengan kain yang bersih, bayi telah rapih dan tali pusat telah dibungkus dengan kasa steril. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, ibu akan memberikan ASI eksklusif. Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi seperti bayi tampak kuning, tidak mau menyusui, tidur terus menerus, demam, muntah berlebihan, ibu sudah mengetahui tanda bahaya pada bayi.

Memberitahu ibu cara merawat tali pusat yaitu mengganti kasa setiap setelah mandi, dan menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering, ibu sudah mengerti cara merawat tali pusat. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

3. Kunjungan 6 Hari Setelah Lahir Pada Tanggal 25 Febuari 2015

Pukul 17.00 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayi sudah mendapatkan ASI dan tidak ada keluhan dan ibu mengatakan tali pusat sudah puput, sudah berani memandikan bayinya sendiri.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan bayi baru lahir 6 hari idapatkan, keadaan umum baik, nadi 130x/menit, suhu 36,7°C, pernafasan 45x/menit, BB waktu lahir 3100 gr, BB sekarang 3200 gram, PB 50 cm.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematis yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada cepal hematoma dan caput suksedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, vivir tidak sianosis, tidak ada labioskizis.

Leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada herniadiafragmatika, tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, tali pusat sudah puput, tidak ada perdarahan tali pusat, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap, punggung tidak ada

spina bifida, sudah ada lubang pada anus, kulit ada verniks kasiosa, reflex moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), reflek swallowing (+), reflek graps palmar (+), graps plantar (+), babysky (+).

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 hari.

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayinya dalam keadaan sehat, nadi 130x/menit, suhu 36,7 °C, RR 45x/menit BB 3200gram, PB 50cm, ibu terlihat senang dengan hasil pemeriksaan.

Menganjurkan ibu kembali untuk memberikan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi diberi makanan pendamping dan ASI sampai 2 tahun, ibu akan memberikan ASI eksklusif.

Mengingatkan ibu kembali tanda-tanda bahaya pada bayi antara lain, bayi demam (terlalu panas), bayi pucat, tidak mau menyusu, bayi tidur terus menerus, bayi kejang, tali pusat merah, berbau, keluar darah atau nanah, bayi menangis terus menerus, bayi dingin, sering muntah.

Menganjurkan ibu untuk kembali pada tanggal 5 Maret 2015 atau kapan saja bila bayinya mendapat masalah. Ibu bersedia datang kembali pada tanggal 5 Maret 2015.

4. Asuhan pada Bayi Baru Lahir 2 minggu

Pada tanggal 5 Maret 2015 pukul 10.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya banyak minum ASI, ASI diberikan sesering mungkin 1 jam sekali, bayi sudah BAK dan BAB, BAK sehari 7-8 kali, BAB sehari 1-2 kali, dan tidak ada keluhan.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan bayi baru lahir 2 minggu didapatkan, keadaan umum baik, nadi 128x/menit, suhu 36,8°C, pernafasan 43x/menit, BB bayi 3400 gram PB 51cm.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematis yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada cephal hematoma dan caput succedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis.

Leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada hernia diafragma, tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap, punggung tidak ada spina bifida, sudah ada lubang pada anus, kulit

ada verniks kasiosa, reflek moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), graps palmar (+), graps plantar (+).

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 2 minggu.

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayinya dalam keadaan sehat, nadi 128x/menit, suhu 36.8 °C, RR 43x/menit BB 3400gram, PB 51cm ibu terlihat tenang dengan hasil pemeriksaan.

Menganjurkan ibu kembali untuk memberikan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi diberi makanan pendamping dan ASI sampai 2 tahun, ibu akan memberikan ASI eksklusif.

Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi seperti bayi tampak kuning, tidak mau menyusui, tidur terus menerus, demam, muntah berlebihan, ibu sudah mengetahui tanda bahaya pada bayi. Menganjurkan ibu untuk mengganti popok bayi segera setelah bayi BAK atau BAB agar bayi tetap bersih, ibu sudah mengerti dan bersedia melakukan.

Memberikan motivasi kepada ibu untuk memberikan imunisasi dasar lengkap untuk bayinya, ibu sudah mengerti. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang bayinya pada tanggal 2 April 2015, ibu bersedia datang pada tanggal yang sudah ditentukan. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

5. Asuhan pada Bayi Baru Lahir 6 minggu

Pada tanggal 4 April 2015 pukul 16.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya sehat dan menyusui dengan baik dan sering setiap 1- 2 jam sekali menyusui, bayinya BAB, BAK lancar tidak ada keluhan sehari 7-8 kali, BAB 1-2 kali sehari.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan bayi baru lahir 6 minggu didapatkan, keadaan umum baik, nadi 110x/menit, suhu 36,7 °C, pernafasan 45x/menit, berat badan 4000 gram, panjang badan 52 cm.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematis yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada cephal hematoma dan caput succedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis.

Leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada herniadiafragmatika, tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, tidak ada perdarahan tali pusat, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap, punggung tidak ada spina bifida,

sudah ada lubang pada anus, kulit ada verniks kasiosa, reflek moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), reflek graps plantar (+), reflek palmar (+), reflek baby sky (+).

c. Assesment

Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 minggu

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayinya dalam keadaan sehat, nadi 110x/menit, suhu 37 °C, RR 45x/menit, BB 4000 gram, PB 52 cm, ibu terlihat tenang dengan hasil pemeriksaan. Menganjurkan ibu kembali untuk memberikan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi diberi makanan pendamping dan ASI sampai 2 tahun, ibu akan memberikan ASI eksklusif.

Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi seperti bayi tampak kuning, tidak mau menyusui, tidur terus menerus, demam, muntah berlebihan, ibu sudah mengetahui tanda bahaya pada bayi. Menganjurkan ibu agar menjaga bayinya tetap bersih, hangat dan kering. Mengingatkan kembali kepada ibu agar bayinya diberikan imunisasi lengkap sebelum usia 12 bulan sesuai dengan jadwal yang ada di kartu KMS anak secara rutin, sehingga dapat memantau perkembangan anaknya. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

D. Nifas**1. Kunjungan Pertama (Post Partum 6 Jam)****Pada Tanggal 19 Febuari 2015 Pukul 11.00 WIB****a. Data Subjektif**

Ibu mengatakan perutnya masih terasa sedikit mulas dan ibu mengatakan ASI nya keluar sedikit. Ibu mengatakan sudah minum 1 gelas teh manis hangat, 1 gelas air putih dan makan setengah porsi nasi, 1 telur dan sayur, ibu sudah miring ke kiri, duduk dan jalan ke kamar mandi, ibu sudah BAK 2 kali, BAK terakhir pukul 15.00 WIB warna putih kekuningan, bau khas, konsistensi cair, ibu mengatakan belum BAB, ibu mengatakan sudah mengganti pembalut 2 kali, warna kemerahan bau khas konsistensi encer jumlah \pm 50 cc, dan kontraksi uterus bagus.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TD : 100/70 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20x/m, suhu 36,6 °C, payudara simetris, putting susu menonjol, kolostrum sudah keluar, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran vaginam lochea rubra warna merah, viscositas cair, kandung kemih kosong tidak ada keluhan.

c. Assesment

P3 A0, Post Partum 6 jam.

d. Planning

Memberitahu ibu bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 100/70 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6 °C, TFU 2 jari bawah pusat, ibu terlihat tenang. Mengajarkan ibu untuk masase fundus uterinya sendiri yaitu dengan cara memijat dengan lembut fundusnya searah jarum jam, ibu sudah mengerti dan dapat mempraktekan. Memberitahu ibu untuk melihat perdarahan yang keluar yaitu jumlah darah yang keluar, bau, warna dan konsistensi, ibu sudah mengerti.

Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu tidak ada pantangan makan nasi, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe, buah, banyak minum air putih \pm 8 gelas air putih dan susu ibu mengerti dan akan memenuhi kebutuhan nutrisi, menganjurkan ibu istirahat yang cukup tidur malam 8 jam dan siang 1 jam dan istirahat setiap bayinya tertidur, ibu sudah mengerti tentang pola istirahat.

Memberitahu ibu manfaat ASI dan menganjurkan ibu memberikan ASI eksklusif, manfaat ASI yaitu menambah sistem kekebalan tubuh yang tinggi sehingga bayi tidak mudah sakit, melindungi bayi dari penyakit infeksi, diare, kembung, batuk pilek, dan alergi dan memberikan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, ibu sudah mengerti dan akan memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan.

Memberitahu ibu untuk merawat tali pusat yaitu menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas

yaitu perdarahan yang banyak dan berbau, kontraksi uterus jelek, peningkatan suhu tubuh, sakit kepala hebat, demam, dan nyeri pada payudara ibu sudah mengerti dan dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya pada masa nifas.

Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genitalia dan mengganti pakaian dalam dan pembalut setelah BAK dan BAB serta mandi minimal 2 kali sehari, ibu sudah mengerti.

Memberikan ibu Vitamin A 200.000IU 1x di jam pertama , 1 x 24 jam kemudian ,paracetamol 3x 500 mg sebanyak 10 tablet, sebanyak 10 tablet,Fe 1x60 mg sebanyak 10 tablet, minum obat sesuai dengan dosis yang ditentukan menggunakan air putih atau air jeruk. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 25 februari 2015, dan ibu akan datang sesuai tanggal yang ditentukan. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

2. Kunjungan Kedua (Post Partum 6 Hari)

Pada Tanggal 25 Febuariari 2015 pada Pukul 17.00 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan ASI nya banyak keluar, bayi nya hanya diberikan ASI saja, ibu mengatakan makan sehari 3 kali dengan menu 1 porsi nasi, 1 potong daging, 2 potong tempe, 1 butir telur, 1 mangkuk sayur, dan buah. Minum sehari 7-8 gelas air putih dan 1 gelas susu pada pagi hari. BAK 4-5 kali sehari, konsistensi cair, warna putih jernih, bau khas. Dan BAB 1 kali sehari,

konsistensi lunak, warna kecoklatan, bau khas, ibu mengeluh tidur malam sering terganggu, tidak ada nyeri payudara, mandi sehari 2 kali, mengganti pembalut sehari 2-3 kali atau setiap setelah BAK/BAB, perdarahan pervaginam masih keluar sedikit.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TD : 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, RR 20x/m, suhu 36,6°C, Pada pemeriksaan fisik didapatkan muka tidak oedema, kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut dan gigi bersih, lengkap dan tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada kelenjar thyroid dan vena yugularis, payudara membesar, areola bersih, puting susu menonjol, simetris tidak ada benjolan dan tidak ada rasa nyeri, ASI keluar banyak. Tinggi fundus uteri 2 jari diatas symphysis, vulva bersih, lochea sangulenta, BAK dan BAB normal dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

c. Assesment

P3 A0, Post Partum 6 hari.

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6 °C, TFU 2 jari atas symphysis, ibu terlihat senang dengan hasilnya.

Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu tidak ada pantangan makan nasi, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe, buah, banyak minum air putih ± 8 gelas air putih dan susu ibu mengerti dan akan memenuhi

kebutuhan nutrisi, menganjurkan ibu istirahat yang cukup tidur malam 8 jam dan siang 1 jam dan istirahat setiap bayinya tertidur, ibu sudah mengerti tentang pola istirahat.

Memberitahu ibu cara merawat payudara, yaitu membersihkan puting susu ibu dengan kapas yang direndam air hangat dan memakai pakaian dalam yang menopang payudara ibu. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu perdarahan yang banyak dan berbau, kontraksi uterus jelek, peningkatan suhu tubuh, sakit kepala hebat, demam, dan nyeri pada payudara ibu sudah mengerti dan dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya pada masa nifas.

Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genitalia dan mengganti pakaian dalam dan pembalut setelah BAK dan BAB serta mandi minimal 2 kali sehari, ibu sudah mengerti. Menganjurkan ibu untuk meminum terapi oral yang diberikan jika masih ada yaitu tablet, Vitanol 1x60 mg sebanyak 10 tablet, minum obat sesuai dengan dosis yang ditentukan menggunakan air putih.

Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 5 Maret 2015, dan ibu bersedia datang sesuai tanggal yang ditentukan. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

3. Kunjungan ketiga (Post Partum 2 minggu)

Pada Tanggal 5 Maret 2015 pukul 10.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan ASI nya keluar banyak dan tidak ada keluhan, Makan sehari 3 kali dengan menu 1 porsi nasi, 1 potong daging, 2 potong tempe, 1 butir telur, 1 mangkuk sayur, dan buah. Minum sehari 7-8 gelas air putih dan 1 gelas susu pada pagi hari.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TD : 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, RR 20x/m, suhu 36,6 °C, Pada pemeriksaan fisik didapatkan muka tidak oedema, kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut dan gigi bersih, lengkap dan tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada kelenjar thyroid dan vena yugularis, payudara membesar, areola bersih, puting susu exverted, simetris tidak ada benjolan dan tidak ada rasa nyeri, ASI keluar banyak. Tinggi fundus uteri sudah tidak teraba, vulva bersih, lochea alba warna kecoklatan, BAK dan BAB normal dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

c. Assesment

P3 A0, Post Partum 2 minggu.

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6 °C, TFU tidak teraba, ibu terlihat tenang. Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi

yaitu tidak ada pantangan makan nasi, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe, buah, banyak minum air putih \pm 8 gelas air putih dan susu ibu mengerti dan akan memenuhi kebutuhan nutrisi.

Menganjurkan ibu istirahat yang cukup tidur malam 8 jam dan siang 1 jam dan istirahat setiap bayinya tertidur, ibu sudah mengerti tentang pola istirahat. Memberitahu ibu cara merawat payudara, yaitu membersihkan puting susu ibu dengan kapas yang direndam air hangat dan memakai pakaian dalam yang menopang payudara ibu.

Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu perdarahan yang banyak dan berbau, kontraksi uterus jelek, peningkatan suhu tubuh, sakit kepala hebat, demam, dan nyeri pada payudara ibu sudah mengerti dan dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya pada masa nifas. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genitalia dan mengganti pakaian dalam dan pembalut setelah BAK dan BAB serta mandi minimal 2 kali sehari, ibu sudah mengerti.

Memberitahu ibu macam-macam alat kontrasepsi seperti pil, suntik, kondom, dan IUD , ibu mengerti dan akan membicarakan terlebih dahulu kepada suami. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang yaitu pada tanggal 2 April 2015, dan ibu akan datang sesuai tanggal yang ditentukan. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

4. Kunjungan ke empat (Post Partum 6 minggu)

Pada tanggal 04 April 2015 pukul 16.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar dan tidak ada keluhan. Makan sehari 3 kali dan minum sehari 7-8 gelas air putih, ibu mengatakan menggunakan KB suntik 3 bulan, dan tidak ada keluhan saat hubungan seksualitas.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TD : 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, RR 21x/m, suhu 36,9 °C. Pada pemeriksaan fisik didapatkan muka tidak oedema, kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut dan gigi bersih, lengkap dan tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada kelenjar thyroid dan vena yugularis, payudara membesar, areola bersih, puting susu menonjol, simetris tidak ada benjolan dan tidak ada rasa nyeri, ASI keluar banyak. Tinggi fundus uteri tidak teraba, vulva bersih, BAK dan BAB normal dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

c. Assesment

P3 A0, Post Partum 6 minggu

d. Planning

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, RR 21x/menit, suhu 36,9 °C, TFU tidak teraba, ibu terlihat tenang. Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu tidak

ada pantangan makan nasi, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe, buah, banyak minum air putih \pm 8 gelas air putih dan susu ibu mengerti dan akan memenuhi kebutuhan nutrisi, menganjurkan ibu istirahat yang cukup tidur malam 8 jam dan siang 1 jam dan istirahat setiap bayinya tertidur, ibu sudah mengerti tentang pola istirahat.

Memberitahu ibu cara merawat payudara, yaitu membersihkan puting susu ibu dengan kapas yang direndam air hangat dan memakai pakaian dalam yang menopang payudara ibu. Mengingatkan ibu untuk tidak terlambat untuk suntik KB 3 bulan kembali, ibu sudah mengerti dan akan datang tepat waktu.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Pada Ny. D Pada Masa Kehamilan

a. Subjektif

Ny.D berumur 28 tahun G3P2A0, berkebangsaan Indonesia, beragama Islam, pendidikan SMP, pekerjaan IRT, telah menikah selama 1 tahun dari pernikahan ke dua, dengan Tn.J, umur 37 tahun, suku Aceh, beragama islam, pendidikan SMK, pekerjaan wiraswasta, tinggal di di Jl. Bambu Kuning Utara Rt 10/Rw 02 Kel.Bambu Apus Kec.Cipayung Jakarta Timur. (Sulistiyawati, 2009 : 165) yaitu dalam pengkajian pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang lengkap dan akurat dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Maka dalam hal ini penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek

Ny. D pada hamil saat ini berusia 28 tahun sesuai dengan pendapat (Saifuddin, 2008 : 91). yaitu usia untuk masa bereproduksi bagi wanita dari usia 20 tahun sampai 33 tahun, karena pada usia ini bermakna untuk memungkinkan kehamilan, organ-organ reproduksi pun dalam keadaan siap untuk kehamilan, dan fertilitas akan menurun lebih cepat sesudah umur tersebut. Penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan di tempat praktek.

Pada saat anamnesa ibu mengatakan HPHT Ny.D yaitu 13 Mei 2014 dengan menggunakan rumus Naegle didapat taksiran persalinan pada tanggal

20 Februari 2015 dan Ny.D melakukan kontak pertama tanggal 08 Februari 2015 usia kehamilan 38 minggu 2 hari dan pada tanggal 14 Februari 2015 usia kehamilan 39 minggu, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo,2008) pada cara ini yang jadi patokan adalah siklus haid. Jadi hanya yang siklus haidnya teratur yang dapat diukur dengan cara ini, adapun caranya adalah dengan menggunakan rumus naegle yaitu hari +7, bulan-3 dan tahun+1. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan dengan praktik.

Ny. D merasakan gerakan janin pertama kali pada usia kehamilan 16 minggu. Hal ini sesuai dengan teori yaitu yang diambil dari buku (Sulistyawati, 2009), pergerakan janin pada primigravida dapat dirasakan pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multipara pada usia kehamilan 16 minggu, dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Ny. D melakukan pemeriksaan ANC 5kali, penulis mengamati pasien pada usia 38 dan 39 minggu hal ini sesuai dengan pendapat (Saifuddin, 2006:98) yaitu kunjungan antenatal pada trimester III dilakuan 2 kali kunjungan. Maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Ny. D selama kehamilannya mendapatkan imunisasi TT 2 kali, pada tanggal 28 Oktober 2014 dan tanggal 28 November 2014, hal ini sesuai dengan pendapat (Sulistyawati,2011 : 121) yaitu selama kehamilan ibu hamil hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila mungkin mendapatkan TT3 sudah 6 bulan berikutnya). Maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada riwayat kesehatan ibu mengatakan tidak lagi atau sedang menderita penyakit jantung, diabetes, mellitus (DM), ginjal hipertensi / hipotensi , dan hepatitis, hal ini sesuai dengan teori (Sulistyawati, 2009: 168-169), yaitu riwayat kesehatan itu dapat digunakan sebagai "penanda" (warning) akan adanya penyakit masa hamil. Maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Objektif

Selama asuhan kebidanan pada kehamilan yang dilakukan pada usia kehamilan di dapatkan kenaikan berat badan selama hamil 14,5 kg, dan berat badan sebelum hamil 51 kg pada usia kehamilan 38 minggu berat badan 65, pada usia 39 minggu 65, 5 kg hal ini sesuai dengan teori (Manuaba, 2010:110) bahwa kenaikan berat badan ibu hamil rata-rata 6,5-16,5 kg selama hamil dan kenaikan berat badan 0,5 kg/minggu. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Dari pemeriksaan fisik yang dilakukan secara head to toe didapatkan pada pemeriksaan abdomen tinggi fundus uteri pada usia kehamilan 38 minggu yaitu 30 cm, 39 minggu tinggi fundus uteri 31 cm, hal ini tidak sesuai dengan teori dengan usia kehamilan diatas 20 minggu maka tinggi fundus uteri ± 2 cm (Prawirahardjo, 2010 : 285) yaitu pengukuran tinggi fundus uteri terutama lebih dari 20 minggu yang akan disesuaikan dengan usia kehamilan saat pemeriksaan dilakukan. Maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada px palpasi Ny. D didapatkan 3 jari bawah px dan kepala janin masuk PAP pada usia kehamilan 38 minggu yaitu kepala sudah masuk 4/5 bagian hal ini sesuai dengan pendapat (Wiknjasatro,2008), yaitu masuknya bagian terendah dari janin pada multigravida 36 minggu dan akan lebih nyaman bagi ibu jika penurunan janin ditentukan pemeriksaan abdomen dibandingkan pemeriksaan dalam.Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan anantara teori dan praktek.

Selama pemeriksaan kehamilan terlihat kenaikan berat janin berdasarkan tinggi fundus uteri yaitu pada usia kehamilan 38 minggu tafsiran berat badan janin 2790 dan usia kehamilan 39 minggu tafsiran berat janin 2945 gram. Hal ini sesuai dengan pendapat (Depkes RI dkk, 2006) bahwa pada bayi usia aterm beratnya antara 2500-4000 gram, maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Denyut jantung janin berkisar antara 136-140x/menit, hal ini menunjukkan janin tidak mengalami bradikardi (DJJ kurang dari 110x/menit) atau takikardi (DJJ lebih dari 160x/menit), hal ini sudah sesuai dengan pendapat (Salmah, 2006:146) yaitu denyut jantung janin didalam kandungan normal nya 120 – 160 x/menit. Oleh karena itu tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Ny. D Melakukan tes selama 2 kali pada usia kehamila 7 minggu dan usia 38 minggu terdapat HB 11,4, dan Urine Negatif, halm ini sesui dengan teori (Varney, 2007 : 531) yaitu pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan

pertama dan pada kehamilan 28 minggu atau lebih sering jika ada tanda-tanda anemia. Sehingga terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek.

c. Asessment.

G3P2A0 hamil 38 minggu 2 hari janin tunggal hidap intra utrinpresentasi kepala.minggu, janin tunggal hidup presentasi kepala jika dilihat dari teori (sulistyawati 2009:178) bahwa dikatakan paritas riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya(jumlah kehamilan), usia kehamialn dalam minggu, keadaan janin, dan normal atau tidak norma.

HPHT Ny. D yaitu 13 Mei 2014 dengan menggunakan rumus Naegle didapat taksiran persalinan pada tanggal 20 Februari 2015 dan Ny. D melakukan kontak pertama tanggal 08 Februari 2015 usia kehamilan 38 minggu 2 hari dan pada tanggal 14 Februari 2015 usia kehamilan 39 minggu, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo,2008) pada cara ini yang jadi patokan adalah siklus haid. Jadi hanya yang siklus haidnya teratur yang dapat diukur dengan cara ini, adapun caranya adalah dengan menggunakan rumus naegle yaitu hari +7, bulan-3 dan tahun+1. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan dengan praktik.

Denyut jantung janin berkisar antara 136-140x/menit, hal ini menunjukkan janin tidak mengalami bradikardi (DJJ kurang dari 110x/menit) atau takikardi (DJJ lebih dari 160x/menit), hal ini sudah sesuai dengan pendapat (Salmah, 2006:146) yaitu denyut jantung janin didalam kandungan

normal nya 120 – 160 x/menit. Oleh karena itu tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

d. Planning

Pada setiap kunjungan ibu diberikan penkes yang dibutuhkan oleh ibu hamil, dan hal apa saja yang diperlukan ibu selama kehamilan dan kebutuhan saat bersalin. Pelaksanaannya sesuai dengan perencanaan yaitu memberikan penkes tentang perubahan fisiologis kehamilan trimester III seperti Dalam perencanaan untuk mengatasi ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester III hal ini sesuai dengan teori (Sulistyawati,2009 : 160 – 162) yaitu memberikan penkes tentang tanda-tanda bahaya kehamilan seperti penglihatan kabur, nyeri ulu hati, sakit kepala berlebihan, perdarahan pervaginam, maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Ibu mengatakan pada kehamilan trimester III ini sering kencing, hal ini sesuai dengan pendapat (Sulistyawati, 2009 : 123) yaitu sering kencing karena kepala janin menekan vesika urinaria dan cara mengatasinya yaitu untuk mengurangi asupan cairan menjelang tidur malam,maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Punggungan pingang terasa pegal, hal ini sesuai dengan pendapat (Varney, 2007 : 542) yaitu punggung dan pinggang terasa pegal disebabkan karena peregangan otot-otot dan tulang akibat pembesaran uterus cara mengatasinya dengan postur tubuh yang baik, mekanik tubuh yang baik saat mengangkat beban, hindari membungkuk berlebihan, gunakan sepatu tumit

rendah, berikan kompres hangat atau kompres es pada punggung, maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

Ny. D juga telah diberikan tablet besi Fe Vitonal 60 mg sebanyak 20, 1x1 untuk mencegah terjadinya Anemia, Kalk dengan dosis masing-masing @500 mg sebanyak 20 tablet 1x1 untuk mencegah terjadinya osteoporosis pada ibu, mencegah terjadinya pertumbuhan tulang janin tidak sempurna, kalsium membantu mencegah pembekuan darah, pembentukan tulang dan mengoptimalkan kerja sistem syaraf, hal ini sesuai dengan standart 10T(Saifuddin, 2008: 286). asuhan kebidanan dalam pemenuhan tambahan pada ibu hamil, berupa tablet penambah darah dan multivitamin lain untuk membantu ibu menjaga kesehatannya selama kehamilan dan persalinannya.

Dari evaluasi ibu sudah menandatangani informed consent, ibu merasa senang mendengar penjelasan bahwa kehamilannya sehat, ibu dapat mengulang kembali penjelasan tentang perubahan fisiologis kehamilan trimester III dan ibu berjanji akan melakukan kunjungan ulang sesuai dengan tanggal yang telah ditentukan, hal ini sesuai dengan teori langkah Varney menurut (Salmah, 2006) yaitu pada langkah ketujuh dilakukan evaluasi asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah didefinisikan didalam diagnosa/masalah. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara praktek dengan teori.

B. Asuhan Kebidanan pada Ny. D pada Masa Persalihan

1. Kala 1

1. Subjektif

Ny.D datang tanggal 19 Februari pukul 02.00 WIB dengan mengeluh perutnya mulas-mulas sejak tadi pagi dan keluar lendir darah sedikit pada pukul 12.00 WIB. Hal ini sesuai dengan (Manuaba, 2010:57) yang mengatakan tanda-tanda persalinan dimulai dengan adanya rasa sakit yang datang berulang-ulang semakin sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perlunakan serviks serta pembukaan serviks.

Berdasarkan perkiraan tafsiran persalinannya pada tanggal 20 Pebruari 2015, dihitung dengan menggunakan rumus Neagle yaitu hari ditambah tujuh, bulan dikurang tiga, dan tahun ditambah satu. Pada saat ini usia kehamilan Ny. D 39 minggu 5 hari . Hal ini sesuai dengan pendapat (Saifuddin, 2006:100) bahwa persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 minggu sampai 42 minggu). Oleh karena itu tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Objektif

Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny D, keadaan umum baik, kesadaran composmetis, keadaan emosional stabil, pada pemeriksaan TTV dengan hasil TD 110/70 mmHg, Nadi 80 kali per menit, pernafasan 21 kali per menit, Suhu 36,7°C. Hal ini sesuai dengan teori (Sumarah dkk, 2009: 59), bahwa pada kala I tetap dilakukan pemeriksaan TTV untuk mengetahui

adaa tidaknya komplikasi yang dapat mengganggu proses persalinan. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada pemeriksaan kontraksi uterus (His) didapatkan hasil 3 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Ini sesuai dengan teori (Sumirah dkk, 2009: 21) bahwa pada kala I dimulai dengan ditandai adanya kontraksi yang cukup dan adekuat. Yaitu kontraksi yang teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi paling sedikit selama 40 detik. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Menilai kesejahteraan janin melalui pemantauan DJJ dengan frekuensi 135 kali per menit. Hal ini sesuai dengan teori (Winkjosastro, 2006: 156) bahwa frekuensi dasar DJJ adalah normalnya 120-160 kali per menit. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antar teori dan praktek.

Menilai kemajuan persalinan pada Ny. D yaitu dinding vagina tidak ada kelainan, portio tipis lunak, pembukaan 4 cm ketuban positif, presentasi kepala, penurunan bagian terendah hodge II, posisi belum teraba, sesuai dengan teori (Johariah, dkk 2012 : 79). yaitu jika pembukaan serviks 1-3cm maka masuk di fase laten, dan pembukaan 4-10 masuk pada kala I fase aktif. Maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Assessment

G3P2A0 hamil 39 minggu 5 hari inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intra uterin presentasi kepala. Hal ini sesuai dengan teori (Johariah, dkk, 2012 : 79) bahwa fase aktif dimulai dengan Serviks membuka 4 sampai 10cm. maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan

praktek. Menilai kesejahteraan janin melalui pemantauan DJJ dengan frekuensi 135 kali per menit. Hal ini sesuai dengan teori (Winkjosastro, 2006: 156) bahwa frekuensi dasar DJJ adalah normalnya 120-160 kali per menit. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antar teori dan praktek.

4. Planning

Ny. D proses persalinan pada kala 1 proses persalinan berlangsung selama 4 jam 30 menit dari mules-mules teratur pukul 12.00 sampai pembukaan lengkap pukul 04.30 WIB. Hal ini sesuai dengan teori (Manuaba, 2010: 173) yaitu fase aktif berlangsung dalam waktu selang lebih cepat pada multigravida, fase aktif berlangsung 8 jam.

Ketika ibu datang dan merasakan akan melahirkan dilakukan management kala I yaitu mengidentifikasi masalah dengan melakukan pengumpulan data melalui komponen keluhan yang ibu rasakan, riwayat menstruasi, pemeriksaan fisik. Dilanjutkan dengan menilai data dan mendiagnosis, membuat rencana asuhan pelayanan kebidanan dan melaksanakannya sesuai standar yang telah ditetapkan sesuai (Sumarah dkk, 2009: 64). Semua dilakukan sesuai prosedur dan penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada proses persalinan suami mendampingi ibu, memberikan nutrisi dan hidrasi, menganjurkan mobilisasi senyaman ibu, dan keleluasaan eliminasi. Hal ini sesuai dengan asuhan sayang ibu selama kala I (Sumarih

dkk, 2009: 59), maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Mengobservasi kala 1, dilakukan observasi tanda- tanda vital TD 110/70 Mmhg setiap 4 jam, nadi 80x/m setiap 30 menit, suhu 36,7°C, setiap 2jam, rr 21x/m setiap 30 menit, his 3x10'40'' setiap 30 menit, djj 135x/m setiap 30 menit, dan nilai kemajuan perslinan 4 cm, setiap 4 jam kecuali bila ada indikasi dan di catat dalam partograf. Hal ini sesuai dengan teori (Wiknjosastro, 2008) yaitu pase aktif persalian di pantau dengan menggunakan alat ukur partograf. Maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan anatara teori dan praktek.

2. Kala II

a. Subjektif

Ny. D mengatakan mulesnya semakin kuat dan sering, ada dorongan ingin meneran seperti ingin BAB. Ini sesuai dengan teori (Sumirah dkk, 2009: 6) tentang salah satu tanda gejala kala II. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Objektif

Pada Ny. D setelah terlihat tanda-tanda kala II seperti ada dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan anus membuka. Hal ini sesuai dengan teori (Wiknjosastro, 2005:195) yang mengatakan tanda-tanda kala II yaitu tekanan pada rectum seperti ingin buang air besar, vulva dan anus membuka, dan perineum menonjol.

His yang ibu rasakan 5x/10'/50", kuat, relaksasi baik, merupakan his yang adekuat. Karena frekuensi his yang adekuat menjadi salah satu factor yang mempengaruhi persalinan, dengan frekuensi 5 kali dalam 10 menit dan lama his 50 detik sesuai dengan tanda persalinan. Hal ini sesuai dengan teori (Sumarah dkk, 2009: 21).Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

Dilakukan pemeriksaan DJJ dengan hasil positif, frekuensi 142 kali per menit, kuat, teratur, dapat dinilai kesejahteraan janin masih dalam batas normal.Hal ini sesuai dengan teori (Winkjosastro, 2006: 156) bahwa frekuensi dasar DJJ adalah normalnya 120-160 kali per menit.Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antar teori dan praktek

Pada pemeriksaan dalam di dapatkan hasil portio tidak teraba, pembukaan lengkap (10 cm), ketuban positif, presentasi kepala, penurunan Hodge III+, posisi ubun-ubun kecil di depan, molage tidak ada. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek sesuai dengan (Saifuddin, 2008 : 297).yaitu bahwa di mulainya kala II ketika pembukaan servuk sudah lengkap (10cm), dan berahir ketika janin sudah keluar. Maka penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Asesment

G3P2A0 hamil 39 minggu 5 hari partus kala II janin tunggal hidup intra urterin presentasi kepala,hal ini sesuai dengan teori (Johariyah, 2012 : 6) yaitu kala dua dimulai dari pembukaan lengka sampai dengan lahirnya bayi.

d. Planning

Pada persiapan persalinan Ny. D, persiapan diri penolong yaitu memakai celemek dan handscoon. Hal ini tidak sesuai dengan teori (Winkjosastro, 2008: 335) dalam APN yang mengatakan bahwa dalam perlengkapan perlindungan penolong menerapkan standar proses peralatan yang dibutuhkan selama proses persalinan berupa celemek, penutup kepala, masker, kacamata, sepatu bot dan handscoon. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Ny. D proses persalinan berlangsung selama 10 menit dari pukul 04.30 sampai dengan pukul 04.40 WIB, hal ini sesuai dengan teori (Mochtar, 2008: 97) yang mengatakan bahwa kala II biasanya berlangsung 1 jam pada primi dan 1/2 jam pada multi. Hal ini karena tenaga Ny. S saat melahirkan cukup kuat, his yang adekuat dan teratur sehingga kala II berlangsung lebih cepat, dan ini merupakan anak ketiga. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara praktek dengan teori.

Asuhan kebidanan yang dilakukan selama kala II sesuai dengan 58 langkah APN, sesuai dengan teori (Winkjosastro, 2008). Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Kala III

a. Subjektif

Ibu mengatakan senang atas persalinannya yang berjalan lancar, bayi lahir selamat dan tidak ada kelainan. Sesuai dengan (Winkjosastro, 2008: 248)

Ibu merasakan masih terasa mules yang dapat menandakan rahim ibu sedang berkontraksi hal ini sesuai dengan teori (Winkjosastro 2006: 185) bahwa setelah beberapa menit kemudian setelah bayi lahir uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan Ny. D keadaan umum baik, kesadaran composmetis, keadaan emosional stabil, TFU didapatkan setinggi pusat, kandung kemih kosong, perdarahan kurang lebih 100 cc. Hal ini sesuai dengan (Winkjosastro, 2007: 32), maka penulis menilai tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Assesment

P3A0 Partus kala III, hal ini sesuai dengan teori (Johariyah, 2012 : 6) yaitu kala III di mulai setelah lahirnya bayidan berahir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

d. Planning

Proses persalinan pada Ny.D, yaitu bayi lahir pukul 04.40 WIB, plasenta lahir pukul 04.47 WIB sehingga kala III Berlangsung selama 7 menit, hal ini sesuai dengan teori (Winkjosastro, 2007: 32) yaitu Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. maka tidak ada kesenjangan antara praktek dengan teori. Adanya tanda-tanda pelepasan plasenta pada Ny. D, yaitu uterus globuler, tali pusat bertambah panjang dan semburan darah secara tiba-tiba.

Hal ini sesuai dengan teori (Winkjosastro, 2008) yaitu perubahan ukuran dan bentuk uterus, tali pusat bertambah panjang dan semburan darah secara tiba-tiba, dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Melakukan manajemen pada kala III dilakukan menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM pada 1/3 paha atas bagian luar, hal ini sesuai dengan teori (Winkjosastro2008) yaitu suntikkan oksitosin 10 IU secara IM pada 1/3 paha atas bagian luar, dan lakukan masase uterus. maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara praktek dengan teori.

4. Kala IV

a. Subjektif

Ibu mengatakan senang dan lega karena bayi dan plasentanya telah lahir. Hal ini sesuai dengan teori (Saifuddin, 2008) bahwa dimulainya kala IV dari saat lahirnya plasenta. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Data objektif

Pada pemeriksaan TFU setinggi 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, dan perdarahan kurang lebih 50cc. Sesuai dengan (Sumirah, 2009: 8).

c. Assessment

P3A0 Partus kala IV, hal ini sesuai dengan pendapat (Johariyah, 2012:7) yaitu kala IV dimulai sejak ibu dinyatakan aman dan nyaman sampai 2 jam.

d. Planning

Pada Ny.D dimulai sesudah plasenta lahir sampai 2 jam post partum. Dilakukan pengawasan pada kala IV yaitu memeriksa Tekanan darah, nadi, kontraksi uterus, Tinggi fundus uteri, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua dengan hasil pemeriksaan kala IV yaitu : keadaan umum ibu baik, TD 100/70 mmHg, N : 80x/menit, S : 36,6°C, RR : 22x/menit, fundus 2 jari bawah pusat , kontraksi baik, perdarahan \pm 50 cc, hal ini sesuai dengan teori (Saifuddin, 2008: 344) dalam APN yaitu Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan, Setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Jika Uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri.

Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

Pada pendokumentasian alat dilakukan dengan cara alat di larutkan dengan clorin 0,5%, membersihkan alat dan membilasnya dengan air mengalir atau bersih, mencuci tangan dengan sabun pada air mengalir dan sterilkan alat dengan cara merebus alat selama 10 menit menurut teori(Saifuddin, 2008: 344) dalam APN yaitu langkah penting pertama untuk menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lain yang terkontaminasi, dengan cara direndam dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit, cuci dan

bilas alat dan sterilkan alat secara moderen atau cara tradisional yaitu direbus selama 10 menit, maka tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

C. Asuhan Kebidanan pada Ny. D pada Masa Nifas

1. Kunjungan 6 jam post partum.

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih terasa sedikit mules dan sudah BAK 1 kali. Rasa sakit yang disebut *after pains* disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-3 hari pasca persalinan. (Wiknjosastro, 2008: 237), maka penullis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Data Objektif

Pada kunjungan 6 jam post partum pada Ny. D didapatkan hasil pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum ibu baik, TD 100/70 mmHg, Nadi 70x/menit, suhu 36,6 °c, Rr 20x/menit, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, konsistensi bulat dan keras, lochea rubra. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Wiknjosastro, 2008:237-238) yaitu pada saat plasenta lahir tinggi fundus uteri 1-2 jari dibawah pusat, konsistensi yang bagus yaitu bulat dan keras, lochea rubra, pada hari ke 7 mencapai pertengahan pusat-simpisis dan pada hari ke 14 fundus tidak teraba dan kembali normal. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek

c. Assessment

P3A0 Post partum 6 jam. Menurut pendapat (Saifuddin,2010: 356) yaitu masa nifas atau puerperinium dimulai seajak 1 jam lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari).

d. Planning

Pada masa nifas telah dilakukan kunjungan selama 4 kali yaitu 6 jam post partum, kunjungan 6 hari, kunjungan 2 minggu dan kunjungan 6 minggu. Selain melakukan pemeriksaan fisik juga memberikan konseling seperti: kebersihan diri, istirahat, gizi bagi ibu menyusui, perawatan payudara dan keluarga berencana. Hal ini sudah sesuai dengan kebijakan program nasional menurut (Saifuddin, 2008: 123) yaitu dikatakan pada masa nifas dilakukan paling sedikit 4 kali kunjungan yaitu 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu setelah persalinan.

Ibu melakukan mobilisasi dini pada 6 jam dengan cara miring kanan dan kiri, duduk, berjalan ke kamar mandi sendiri dan beraktifitas ringan lainnya. Hal ini sesuai dengan (Winkjosastro, 2008) bahwa mobilisasi dini dilakukan segera setelah beristirahat dengan beranjak dari tempat tidur. Menurut (Manuaba, 2005: 193), pada persalinan normal dengan mobilisasi dini dapat melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi alat kandungan, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme serta mempercepat normalisasi alat kelamin dalam keadaan semula. Dengan demikian penulis menyimpulkan bahwa pada mobilisasi 6 jam maupun 8 jam tidak mempengaruhi terhadap proses involusi pada Ny. D.

Ny. D diberikan Vitamin A hal ini sesuai dengan teori (Sulistiyawati, 2009: 102) yaitu ibu pasca bersalin direkomendasikan untuk diberikan 2 dosis

Vitamin A 200.000 IU dalam selang waktu 24 jam. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

Pada Ny.D diberikan terapi obat Amoxilin dengan dosis 500 mg/x/3x1 dan Asam Mefenamat 500 mg/x/3x1 setelah proses persalinan (masa nifas) walaupun pada Ny.D tidak terdapat luka laserasi. Hal ini tidak sesuai dengan teori (Saifuddin,2007) bahwa antibiotik harus diberikan berdasarkan pengamatan terhadap ibu dan indikasi tertentu, jika tidak ada respon klinis, perlu dilakukan kultur dari cairan vagina atau uterus, pus atau pun urin, sehingga dapat membantu penegakkan diagnosis kepada ibu apakah perlu diberikan Antibiotik atau tidak. Dalam hal ini penulis menyimpulkan bahwa teori dan praktek ada kesenjangan.

Masa nifas adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan sampai kembalinya alat-alat kandungan ke keadaan sebelum hamil, dengan lama masa nifas kira-kira 6 minggu. Menurut pendapat (Saifuddin, 2006:122) yaitu dikatakan pada masa nifas dilakukan paling sedikit 4 kali kunjungan yaitu 6 – 8 jam setelah persalinan, kunjungan 6 hari, kunjungan 2 minggu, dan kunjungan 6 minggu setelah persalinan. Pada Ny. D telah dilakukan kunjungan nifas 4 kali, yaitu pada 6 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Kunjungan 6 Hari Post Partum

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan sudah tidak terasa mulas dan mengatakan sudah BAB dan BAK tidak ada keluhan. Hal ini sesuai dengan teori (Sulistyawati, 2009: 102) bahwa pola eliminasi pada defekasi sudah harus keluar pada hari kedua atau ketiga post partum. Maka penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Objektif

Pada kunjungan 1 minggu pertama post partum didapatkan hasil pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum ibu baik, TD 110/70 mmHg, Nadi 78x/menit, suhu 36,6 °c, Rr 20x/menit, tinggi fundus uteri berada 2 jari di atas symphysis, hal ini tidak sesuai dengan pendapat (Wiknjosastro, 2008:237-238) yang mengatakan bahwa tinggi fundus uteri pada 1 minggu adalah pertengahan pusat-symphysis, hal ini karena gizi ibu baik karena ibu selalu mengkonsumsi gizi seimbang sehingga involusi uteri ibu berjalan lebih cepat. Walaupun terdapat kesenjangan akan tetapi tidak membahayakan kondisi ibu.

Vulva tampak bersih dan lochea sanguinolenta sesuai dengan teori (Mochtar, 2012) yaitu Lochea sanguinolenta 3-7 hari postpartum berwarna merah kekuningan, berisi darah dan vernik kaseosa. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Assesment

P3A0 Post Partum 6 hari, Menurut pendapat (Saifuddin, 2010: 356) yaitu masa nifas atau puerperinium dimulai sejak 1 jam lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari).

d. Planning

Melakukan evaluasi terhadap nutrisi ibu selama 7 hari post partum, untuk memperlancar proses pengeluaran ASI. Mengevaluasi program ASI eksklusif, perawatan payudara dan adanya tanda-tanda infeksi atau komplikasi lain setelah 7 hari post partum.(Saifudin, 2006: 127), maka penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Kunjungan2 Minggu Post Partum**a. Data Subjektif**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang mengarah ketanda-tanda bahaya pada masa nifas

b. Objektif

Pada kunjungan 2 minggu pertama post partum didapatkan hasil pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum ibu baik, TD 110/70 mmHg, Nadi 78x/menit, suhu 36,5 °c, Rr 20x/menit, tinggi fundus uteri sudah tidak teraba teraba lagi hal ini sesuai dengan teori (Wiknjastro, 2008:237-237) bahwa pada hari ke 12 uterus tidak dapat diraba lagi di atas symphysis. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada Ny. D nifas 2 minggu TFU tidak teraba, pengeluaran lochea serosa berwarna kekuning-kuningan, berisi serum, ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat yang telah puput yaitu bersihkan dan keringkan. Hal ini sesuai dengan tujuan nifas minggu kedua, menurut teori yaitu memastikan involusi uterus berjalan

normal (kontraksi baik), TFU tidak teraba, tidak ada perdarahan abnormal, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat. (Saifuddin,2008:357).

c. Assesment

P3A0 Post Partum 2 Minggu, Menurut pendapat (Saifuddin,2010: 356) yaitu masa nifas atau puerperinium dimulai sejak 1 jam lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari).

d. Planing

Memberitahu ibu tentang konseling KB, sehingga dapat memilih kontrasepsi yang akan digunakan setelah selesai masa nifas atau 40 hari nanti. Hal ini sesuai dengan pendapat (Saifuddin, 2006:121) mengenai kebutuhan kontrasepsi. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

4. Kunjungan 6 Minggu Post Partum

a. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang mengarah ketanda – tanda bahaya pada masa nifas.

b. Objektif

Pada kunjungan 6 minggu post partum didapatkan hasil pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum ibu baik, TD 120/80 mmHg, Nadi 79x/menit, suhu 36,7 °c, Rr 20x/menit, didapatkan data tinggi fundus uteri sudah tidak teraba lagi, lochea alba berwarna putih. Hal ini sesuai dengan dengan teori

(Wiknjosastro, 2008:237-238) bahwa pada hari ke 12 uterus tidak dapat diraba lagi di atas symphysis, lochea alba. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Assament

P3A0 Post Partum 6 Minggu, Menurut pendapat (Saifuddin, 2010: 356) yaitu masa nifas atau puerperinium dimulai sejak 1 jam lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari).

d. Planning

Selanjutnya Ny.D bersedia menjadi akseptor KB yaitu suntik 3 bulan. Ini sesuai dengan pendapat (Mauaba, 2010 : 601) bahwa waktu pemberian kb suntik dapat di berikan segera pasca persalinan, atau sebelum mendapatkan menstruasi kembali. Hal ini penulis menyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

D. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

1. Pemeriksaan BBL 1 Jam

a. Subjektif

Bayi Ny. D lahir spontan tanggal 21 Februari 2015 , pukul 40.40 WIB pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Hal ini sesuai pendapat menurut (Wiknjosastro, 2008: 248) bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kelahiran aterm (37 – 42 minggu), dalam hal ini Ny. D mengalami persalinan normal pada usia kehamilan aterm sehingga bayi yang dilahirkan sesuai dengan masa kehamilan dan tidak ditemukan adanya kelainan. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Objektif

Bayi Ny. D lahir pada tanggal 19 Februari 2015, pukul 04.40 WIB secara spontan dengan letak belakang kepala, menanngis kuat, warna kulit kemerahan, tidak ada cacat bawaan, anus positif, jenis kelamin laki-laki, dengan berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala: 33 cm, lingkar dada : 34 cm, testis sudah turun, reflek morro, rooting, sucking, grasping, tonic neck dan walking baik. Hal ini sesuai dengan pendapat (Winjosatro,2008: 89),Pada kasus ini neonatus cukup bulan, sesuai dengan teori yaitu masa gestasi 37-42 minggu, berat badan 2500-4000 gram, panjang 48-52 cm, kulit kemerahan, testis sudah turun.

Dari hasil pemeriksaan yang didapat, hal ini sudah sesuai dengan teori (Manuaba, 2010:89) yang menyebutkan bahwa ukuran lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32-34 cm, hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 jam, hal ini sesuai pendapat (Dewi,2011: 1) yaitu Bayi baru lahir disebut juga dengan neonates merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyuaiian diri dari kehidupan intrauterine dan ekstrauterin, bayi lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dan berat badannya 2.500-4000gram.

d. Planning

Asuhan yang diberikan adalah membersihkan jalan nafas, memotong tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, Bayi diberikan salep mata dan

vitamin K. satu jam setelah lahir . Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa obat mata 0,1% perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan untuk mencegah infeksi,dan pemberian vitamin K yang diberikan secara IM dengan dosis 1ml - 2 mg. Hal ini sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. (Depkes,2008)

2. Pemeriksaan BBL 6 Jam

a. Subjektif

Bayi Ny.Slahir spontan tanggal 19 Februari 2015, pukul 04.40 WIB pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Hal ini sesuai pendapat menurut (Wiknjosastro, 2008: 248) bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kelahiran aterm (37 – 42 minggu), dalam hal ini Ny.D mengalami persalinan normal pada usia kehamilan aterm sehingga bayi yang dilahirkan sesuai dengan masa kehamilan dan tidak ditemukan adanya kelainan. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Objektif

Pemeriksaan BBL 6 jam yaitu didapatkan tonus otot bayi baik, bayi menangis kuat, warna kulit kemerahan, bayi menyusui dengan benar, HR 124x/menit, pernafasan 45x/menit, suhu 37°C.

Dalam 2 jam pasca persalinan bayi sudah BAK dan 5 jam kemudian bayi baru BAB dengan warna kehitaman, hal ini sesuai dengan teori bahwa mekonium dan urin harus keluar dalam 24 jam (Saifuddin, 2006:134). Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Assament

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam, hal ini sesuai pendapat (Dewi, 2011 : 1) yaitu Bayi baru lahir disebut juga dengan neonates merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine dan ekstrauterin, bayi lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dan berat badannya 2.500-4000gram.

d. Planning

1 jam Setelah diberikan salep mata dan Vitamin K bayi diberikan imunisasi HB 0 Hal ini sesuai teori Winkjosastro, 2008, maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pertahanan suhu tubuh bayi sudah dijaga, bayi diberikan selimut dan topi, bayi dimandikan 6 jam setelah melahirkan, memeriksa suhu tubuh bayi, pernafasan dan nadi bayi baik, bayi sudah dapat menghidap ASI dengan baik, bayi tampak aktif dan kulit bayi kemerahan, hal ini sesuai dengan teori (Saifuddin, 2009:112) yang menyebutkan penatalaksanaan 6 jam setelah lahir seperti pertahankan suhu tubuh bayi memberikan bayi selimut, bayi dapat dimandikan 6 jam post partum, periksa pernafasan, suhu dan nadi bayi, gerakan bayi aktif, dan warna kulit bayi kemerahan. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Selain asuhan diatas juga dilakukan konseling kepada orang tuanya tentang perawatan bayi, seperti perawatan payudara, pola istirahat, pola makan, perawatan tali pusat, tanda bahaya pada bayi, dan imunisasi. Hal ini

sesuai dengan teori menurut Depkes 2008 yang menyebutkan bahwa konseling diberikan kepada orang tua yaitu tentang perawatan bayi, perawatan tali pusat sampai pupus, perawatan payudara, pola istirahat dan makan ibu, tanda bahaya pada bayi, dan imunisasi, maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada saat melakukan perawatan tali pusat ibu tidak dianjurkan untuk memberikan cairan atau bahan apapun ke putung tali pusat, hanya dibersihkan dengan air bersih dan sabun, lalu keringkan dan tutup dengan kain kassa yang kering. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa perawatan tali pusat jangan mengoleskan cairan/bahan apapun ke putung tali pusat, mengoleskan alkohol atau povidon iodine masih diperkenankan, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. (Depkes, 2008)

3. Pemeriksaan BBL 6 Hari

a. Subjektif

Bayi Ny.D lahir spontan tanggal 19 Februari 2015, pukul 04.40 WIB pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Hal ini sesuai pendapat menurut (Wiknjosastro, 2008: 248) bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kelahiran aterm (37 – 42 minggu), dalam hal ini Ny.S mengalami persalinan normal pada usia kehamilan aterm sehingga bayi yang dilahirkan sesuai dengan masa kehamilan dan tidak ditemukan adanya kelainan. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Objektif

Pada pemeriksaan 1 minggu yaitu HR 130 x/menit, pernafasan 45x/menit, suhu 36,7 °C, tangisan kuat, bayi bergerak aktif, kulit kemerahan, bayi menyusui dengan benar dan baik, bayi sudah BAK dan BAB.

Berat badan bayi pada usia 1 minggu mengalami kenaikan 2 ons yaitu dari 3100 gram menjadi 3200 gram, hal ini masih dianggap normal, sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa bayi yang berusia 1 minggu akan mengalami penurunan dan kenaikan berat badan. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. (Depkes,2008).

c. Assasment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 hari,hal ini sesuai pendapat (Dewi,2011 : 1) yaitu Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine dan ekstrauterin, bayi lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dan berat badannya 2.500-4000gram.

d. Planning

Pada kunjungan 6 hari tali pusat bayi Ny.D sudah puput dengan baik dan kering, ini sesuai dengan teori (Saifuddin, 2008:371) bahwa tali pusat puput pada hari ke 4-6 setelah bayi lahir. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang ditemukan.

4. Pemeriksaan BBL 2 Minggu

a. Subjektif

Bayi Ny.Slahir spontan tanggal 19 Februari 2015, pukul 04.40 WIB pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Hal ini sesuai pendapat menurut (Wiknjosastro, 2008: 248) bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kelahiran aterm (37 – 42 minggu), dalam hal ini Ny.D mengalami persalinan normal pada usia kehamilan aterm sehingga bayi yang dilahirkan sesuai dengan masa kehamilan dan tidak ditemukan adanya kelainan. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Objektif

Hasil pemeriksaan yaitu HR 128 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu 36,8°C, bayi bergerak aktif, kulit kemerahan, bayi menyusu dengan benar dan baik, bayi sudah BAK dan BAB. BB bayi sekarang 3400 gram.

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 2 minggu

d. Planning

Bayi Ny.D hanya diberikan ASI saja dan Ny.D akan memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan, hal ini sesuai dengan teori (Saifuddin, 2008:376) yang menyebutkan bahwa pemberian ASI eksklusif pada bayi selama 6 bulan pertama usia bayi tanpa memberikan tambahan makanan apapun.

5. Pemeriksaan BBL 6 Minggu

a. Subjektif

Bayi Ny. D lahir spontan tanggal 19 Februari 2015, pukul 04.40 WIB pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Hal ini sesuai pendapat menurut (Wiknjosastro, 2008: 248), bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kelahiran aterm (37– 42 minggu), dalam hal ini Ny. D mengalami persalinan normal pada usia kehamilan aterm sehingga bayi yang dilahirkan sesuai dengan masa kehamilan dan tidak ditemukan adanya kelainan. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Objektif

Pada pemeriksaan bayi baru lahir 6 minggu didapatkan, keadaan umum baik, 110x/menit, suhu 36,7 °C, pernafasan 45x/menit, berat badan 4000 gram, panjang badan 52 cm. Bayi Ny. D disebut bayi aterm. Bayi aterm adalah bayi yang lahir dengan berat badan 2500 – 4000 gram. Dengan membandingkan antara berat badan lahir dengan usia kehamilan maka didapat diagnosa bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan, bayi pun lahir spontan. Hal ini menunjukkan bahwa bayi ini sesuai dengan teori (Wiknjosastro, 2008: 248). Selain itu bayi tidak mengalami asfiksia yang ditunjukkan dengan warna kulit seluruh badan tampak kemerahan, gerak bayi aktif dan bayi menangis kuat. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

c. Assesment

Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 minggu, hal ini sesuai pendapat (Dewi, 2011 : 1) yaitu Bayi baru lahir disebut juga dengan neonates

merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine dan ektrauterin, bayi lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dan berat badannya 2.500-4000gram.

d. Planning

Pada kunjungan 6 minggu dilakukan pemeriksaan didapat usia bayi 6 minggu, ibu mengatakan bayinya hanya diberikan ASI saja, dan bayi Ny. D belum diberikan imunisasi BCG dan Polio I, hal ini sesuai dengan teori (Wiknjastro, 2008), yaitu salah satu Asuhan Esensial Neonatal adalah pemberian Imunisasi. Maka penulis menemukan kesenjangan antara praktek dengan teori dikarenakan jadwal imunisasi jadwal kunjungan di BPM R pada tanggal 5, April 2015, dan jadwal kunjungan 6 minggu pada tanggal 4, april 2015.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian Data

a. Asuhan Kebidanan pada Ny. D pada Masa Kehamilan

Penulis melakukan pengkajian terhadap Ny. D G3P2A0 yaitu penulis melakukan kunjungan Antenatal Care sebanyak 2 kali pada usia kehamilan 38 minggu 2 hari dan pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari. selama melakukan Antenatal Care penulis tidak menemukan masalah-masalah ke arah bahaya tanada bahaya dan komplikasi pada kehamilannya.

b. Asuhan Kebidanan pada Ny. D pada Masa Persalinan

Asuhan yang dilakukan pada persalinan yaitu tepat pada tanggal 19 Februari 2015, pukul 04.30 WIB. Umur kehamilan 39 minggu 5 hari. Serta kala I berlangsung selama 4 jam, kala II berlangsung 10 menit, terdapat kesenjangan yaitu tidak memakai penutup kepala, kacamata, masker dan sepatu bot. Kala III berlangsung selama 7 menit, dan kala IV berlangsung selama 2 jam.

c. Asuhan Kebidanan pada Ny. D pada Masa Nifas

Masa nifas Ny. S berjalan dengan normal mulai dari kunjungan 6 jam di mulai tanggal 19 Februari 2015 sampai 6 minggu tanggal 4 April 2015. Tanda-tanda vital, proses involusi, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, proses laktasi, dan pengeluaran lochea, pada masa nifas berjalan secara fisiologis.

d. Asuhan Kebidanan pada Ny. D pada Masa Bayi Baru Lahir

Observasi yang dilakukan adalah selama 4 kali bayi baru lahir 1 jam sampai dengan 6 minggu, bayi baru lahir 3100 gram normal, spontan, tidak ditemukan komplikasi, tidak ada kelainan kongenital, IMD, berat badan meningkat usia 6 hari menjadi 3200 gram, dan terus meningkat pada usia 6 minggu yaitu 4000 gram.

2. Interpretasi Data

- a. G3P2A0 hamil 38 minggu 2 hari sampai 39 minggu, persalinan, nifas 6 minggu
- b. Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 jam sampai 6 minggu

3. Identifikasi Masalah/Diagnosa Potensial

Tidak ada masalah potensial selama kehamilan, persalinan, dan pada bayi baru lahir.

4. Antisipasi/Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada tindakan segera yang dilakukan selama kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir karena tidak ditemukan komplikasi apapun.

5. Perencanaan

- a. Pada kehamilan direncanakan asuhan yaitu memberikan penkes kehamilan untuk trimester III dan memberikan tablet fe vitanol dan kalk.
- b. Pada persalinan direncanakan asuhan persalinan dengan menggunakan 58 langkah APN dan IMD selama 1 jam.

- c. Pada nifas di rencanakan asuhan pada nifas sebanyak 4 kali mulai dari nifas 6 jam sampai 6 minggu. berikan vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 buah di minum 1 kali sehari.
- d. Pada bayi baru lahir direncanakan asuhan pada bayi baru lahir mulai usia 1 jam sampai 6 minggu, dengan jaga kehangatan dan kebersihan bayi, melakukan ASI Eksklusif, serta pemberian vit K1 dan salep mata.

6. Pelaksanaan

Pada kehamilan, persalina, nifas, dan bayi baru lahir sesuai dengan perencanaan.

7. Evaluasi

- a. Kehamilan: penulis sudah melakukan asuhan sebanyak 2 kali kunjungan Ibu sudah di berikan tablet vitanol dan Kalk.
- b. Persalinan: penulis sudah melakukan asuhan yang sudah diberikan pada proses persalinan adalah dengan 58 langkah APN dan IMD selama 1 jam.
- c. Nifas: sudah dilakukan asuhan sebanyak 4 kali mulai dari nifas 6 jam sampai 6 minggu. memberikan vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 buah di minum 1 kali sehari..
- d. Bayi baru lahir: penulis sudah melakukan asuhan mulai usia 1 jam sampai 6 minggu, sudah diberikan vit K dan salep mata dan imunisasi Hb0.

B. Saran

Adapun saran yang penulis berikan adalah:

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa hendaknya lebih giat dalam menuntut ilmu dan selalu mengikuti perkembangan ilmu yang terbaru serta melatih skill atau keterampilan. Sehingga dapat memiliki kompetensi yang baik dan dapat bekerja secara profesional untuk menerapkan manajemen asuhan kebidanan sesuai dengan teori dan acuan standar kebidanan yang didapatkan dari pendidikan. Selain itu juga diharapkan mahasiswa dapat melaksanakan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara benar dan dilakukan secara komprehensif.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memperbanyak referensi tentang ilmu kebidanan terutama buku-buku terbaru dan hendaknya memperbanyak kegiatan skill lab, agar mahasiswa lebih terampil dalam mengaplikasikannya dilahan praktek.

8. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan dapat memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan lebih meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan misalnya melengkapi peralatan pencegahan infeksi/alat pelindung diri (APD) seperti topi, masker dan sepatu booth, kaca mata google bukan hanya handscoon dan celemek, karena pencegahan infeksi sangat penting untuk perlindungan diri penolong agar tidak terkena penyakit menular dari pasien/klien, harusnya imunisasi BCG dan DPT I di berikan sebelm 6 minggu.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, Vivian Nanny Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes, dkk, 2008. *Standar Pelayanan Kebidanan*, Jakarta : Depkes RI (<http://idhoe.co.tv/tag.askeb-intranatal.html>)
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.
- Moctar Rustam, 2010, *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan edisi ke empat*. Jakarta: YBP-SP
- Saleha, Siti. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Salmah, dkk. 2006. *Asuhan Kebidanan Antenatal*. Jakarta : EGC
- Saifuddin. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP.
- _____. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP.
- _____. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP.
- Sulistiyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanaan pada masa kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____, _____. 2010. *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes R
- _____, _____. 2008. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: Depkes RI
- Wiknjosastro, Hanifa. Dkk. 2006. *Ilmu Kebidanan*, Edisi ketiga cetakan kedelapan . Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wikjonsastro, Gulardi H. 2010. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI.
- (www.depkes.go.id/index.php?vw=2&pg=provilkesehatan_provinsi)

([www ://www.who.int/en/](http://www.who.int/en/))

Varney, Helen. 2007. *Manajemen 7 Langkah Varney*. Jakarta : EGC

Johariyah, Ema Wahyu. 2012. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: CV Trans Info Media

Lampiran

ASUHAN KEBIDANAN

ANTE NATAL CARE

Tanggal dan jam periksa : 08 Februari 2015, pukul 19.05 WIB

Tempat : BPM "R"

No. Regiser : 131-14

I. PENGUMPULAN DATA DASAR

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama Klien	: Ny. D	Nama Suami	: Tn. J
Umur	: 28 Tahun	Umur	: 37Tahun
Suku/bangsa	: sunda	Suku/bangsa	: Aceh
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Bambu Kuning Utara Rt 01/02 Kel. Bambu Apus. Kec. Cipayung Jakarta Timur.	Alamat	: Jl. Bambu Kuning Utara Rt 01/02 Kel. Bambu Apus. Kec. Cipayung Jakarta Timur.

2. Alasan kunjungan saat ini

- Kunjungan pertama untuk pemeriksaan kehamilan, Ny. D mengaku mempunyai keluhan sering kencing pada siang hari, dan tidak ada keluhan kearah tanda bahaya kehamilan.

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

Quick chek : Sakit kepala yang hebat : Tidak ada
Penglihatan kabur : Tidak ada
Mual muntah berlebihan : Tidak ada
Nyeri ulu hati : Tidak ada
Pergerakan janin <10 x/hari : Tidak ada
Perdarahan yang hebat : Tidak ada

4. Riwayat Menstruasi

Menarche : 13 tahun
HPHT : 13-05-2014, pasti, TP : 20-02-2015
Lamanya : 6 hari
Banyaknya : 2 kali ganti pembalut
Menstruasi sebelumnya : 04-03-2014
Lamanya : 7 hari
Banyaknya : 2 kali ganti pembalut
Siklus : 30 hari, teratur
Jumlah : ±50 cc
Warna : Merah
Bau : Khas
Konsistensi : Encer

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No	Tgl/ Bln Persalinan	Tempat/ Penolong Persalinan	Jenis Persalinan	Usia Kehamilan	Penyulit Kehamilan	Anak			
						JK	BB (gr)	PB	Keadaan
1	12-5-2006	BPS	Spontan	Aterem	Tidak ada	P	2600	48	Baik
2	7-8-2009	BPS	Spontan	Aterem	Tidak ada	P	3000	48	Baik
3	Hamil ini								

6. Riwayat Kehamilan sekarang

Imunisasi TT 1 : 28 Oktober 2014

Imunisasi TT 2 : 28 November 2014

7. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

- Jantung : Tidak ada
- Tekanan darah tinggi : Tidak ada
- Hepar : Tidak ada
- Diabetes Melitus : Tidak ada
- Anemia Berat : Tidak ada
- Campak : Tidak ada
- Asma : Tidak ada
- TBC : Tidak ada
- Hepatitis : Tidak ada
- Malaria : Tidak ada
- AIDS : Tidak ada
- DLL : Tidak ada

b. Riwayat kesehatan yang lalu

- Pernah di rawat di RS/tidak : Tidak pernah
- Pernah operasi/tidak : Tidak pernah

c. Riwayat kesehatan keluarga

- Gemelli/ kembar : Tidak ada
- TBC : Tidak ada
- Hepatitis : Tidak ada
- Malaria : Tidak ada
- AIDS : Tidak ada
- DM : Tidak ada
- Asma : Tidak ada
- Hipertensi : Tidak ada
- Dll : Tidak ada

d. Perilaku Kesehatan

- Penggunaan alkohol/ obat-obatan sejenisnya : Tidak pernah
- Obat-obatan/ jamu yang sering digunakan : Tidak pernah
- Merokok, makan sirih : Tidak pernah
- Irigasi vagina/ ganti pakaian dalam : 3X sehari

8. Riwayat Kontrasepsi

KB yang pernah digunakan : KB Suntik 3 bulan

Tgl pemasangan KB : Tidak ada

Dipasang oleh : Tidak ada

Tgl pelepasan KB : Tidak ada

Lamanya pemakaian : Tidak ada

9. Pola pemenuhan sehari-hari

▪ Aktifitas sehari-hari

Pola istirahat dan tidur : Malam ±7 jam
: Siang ±2 jam

Seksualitas : Tidak ada keluhan

Pekerjaan/kegiatan sehari-hari : Melakukan pekerjaan rumah tangga.

▪ Pola eliminasi

	Warna	Bau	Konsistensi	Frekuensi
BAB	Kecoklatan	Khas	Lunak	1X/hari
BAK	Kuning Jernih	Khas	Cair	8X/hari

▪ Pola Nutrisi

Makan : 3 kali sehari (Nasi, lauk sayur, buah)

Minum : 8 gelas sehari (susu, air putih)

10. Riwayat Biospikospiritual

a. Riwayat Perkawinan

Status perkawinan : Sah

Jumlah : 1 kali

Lamanya : 1 Tahun

b. Apakah kehamilan ini direncanakan/diinginkan : Ya

c. Jenis kelamin yang diharapkan : laki-laki

d. Susunan keluarga yang tinggal serumah atau genogram

No	Jenis kelamin	Umur (tahun)	Hubungan Keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Ket
1	Laki-laki	37	Suami	SMA	Wiraswasta	-
2	Perempuan	28	Isteri	SMP	IRT	-

e. Respon keluarga terhadap kehamilan ini : Keluarga senang dan mendukung dengan kehamilannya.

f. Adat istiadat/budaya yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak ada

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Emosional : Stabil

2. Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : 100/70 mmHg , Denyut Nadi : 80 x/menit

Suhu Tubuh : 36,6 °C , Pernapasan : 20 x/menit

3. Tinggi Badan : 158 cm , Berat Badan : 65 Kg

Berat badan sebelum hamil : 51 kg

Kenaikan berat badan selama hamil : 14kg

Lingkar lengan atas : 29 cm

4. Pemeriksaan Fisik :

- Rambut : Warna : Hitam
Rontok : Tidak
Kebersihan : Bersih
- Muka : Kelopak mata : Tidak oedema
Konjungtiva : Tidak anemis
Sklera : Tidak ikterik
- Telinga : Simetris
pengeluaran : Tidak ada
- Hidung : Tidak ada polip, tidak ada pengeluaran.
- Bibir : Warna : Kemerahan, tidak kering.
- Mulut dan gigi : Lidah : Bersih
Gigi : Tidak karies
- Leher : Kelenjar thyroid : pembesaran : Tidak ada
Vena jugularis : pembesaran : Tidak ada
Kelenjar limfe : pembesaran : Tidak ada
- Dada
Jantung : Reguler
Paru : Vesikuler
Payudara : (inspeksi)
Pembesaran : ya
Simetris : ya
Papilamammae : Exverted

Areola mammae : Hiperpigmentasi

(palpasi)

Benjolan / tumor : Tidak ada

Pengeluaran : Tidak ada

Rasa nyeri : Tidak ada

Lain- lain : Tidak ada

▪ Abdomen :

(inspeksi)

Pembesaran : Ada

Bekas luka operasi : Tidak ada

Linea nigra : Ada

Striae : Nigra

(Palpasi)

gunakan jari pada usia kehamilan <20 minggu, gunakan pita cm pada usia kehamilan >20 minggu

Tinggi fundus uteri : 30 cm (mc. Donald)

Leopold I : Leopold I TFU 3 jari dibawah PX, pada fundus teraba satu bagian besar, bulat, lunak, tidak melenting.

Leopold II : Bagian kiri abdomenteraba satu bagian keras memanjang ada tahanan seperti papan dan bagian kanan abdomen teraba satu bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III : Teraba satu bagian besar, bulat, keras, tidak melenting, bagian terendah sudah masuk PAP.

Leopold IV : Divergen (Palpasi perlimaan teraba 4/5)

- Fetus : Letak : Memanjang
Presentasi : Kepala
Punggung : Punggung kiri
Punktum Maximum : Kuadran kiri 3 jari dibawah pusat
Denyut jantung fetus : Positif
Frekuensi : 155x/menit, teratur.
Taksiran berat badan janin : $(30-12) \times 155 \pm 10\%$
= 2790 gram.

- Punggung Dan Pinggang

Posisi tulang belakang : Lordosis fisiologis

Pinggang (nyeri ketuk) : Tidak nyeri

- Ekstremitas atas dan bawah

Edema : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Refleks : Positif/positif

- Ano-genital (Tidak dilakukan pemeriksaan)

Pemeriksaan dalam, atas indikasi (Tidak dilakukan pemeriksaan)

- Pemeriksaan Laboratorium :

Darah : Hb : 11,4 gr% Golongan Darah : A+

Urine : Protein : negatif Reduksi : negatif

II. INTERPRETASI DATA DASAR

G3P2A0 hamil 38 minggu 2 hari janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala.

Data dasar :

- 1) Ibu mengatakan ini kehamilan yang ke tiga dan pernah melahirkan dua kali, tidak pernah abortus
- 2) HPHT tanggal 13 Mei 2014 dengan TP 20 Februari 2015.
- 3) DJJ (+), frekuensi 155kali/menit teratur.
- 4) Secara palpasi tinggi fundus uteri 30 cm. Pada palpasi leopold : TFU berada 3 jari dibawah PX, pada fundus teraba bagian besar, lunak, tidak melenting. Leopold II bagian kiri abdomen teraba satu bagian kecil keras memanjang ada tahanan seperti papan dan bagian kanan abdomen teraba satu bagian-bagian terkecil janin. Leopold III teraba satu bagian besar, bulat, keras, tidak melenting, bagian terendah sudah masuk PAP. Leopold IV Divergen (palpasi perlimaan teraba 4/5).

III. IDENTIFIKASI MASALAH

Tidak ada

IV. KEBUTUHAN TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. RENCANA ASUHAN KEBIDANAN

1. Lakukan informed consent kepada ibu.
2. Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
3. Beritahu ibu fisiologi sering kencing
4. Beritahu ibu cara mengatasi sering kencing

5. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi nutrisi seimbang.
6. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.
7. Beritahu ibu tentang personal hygiene
8. Anjurkan ibu untuk mengikuti senam hamil
9. Beri tahu ibu tanda bahaya kehamilan
10. Beritahu ibu tanda- tanda persalinan
11. Beritahu ibu persiapan persalinan.
12. Anjurkan ibu untuk minum terapi obat.
13. Beritahu ibu jadwal kunjungan ulang.
14. Lakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan.

VI. PELAKSANAAN

1. Melakukan informed consent kepada ibu.
2. Memberitahu ibu bahwa kondisi ibu dan janin saat ini dalam keadaan sehat yaitu tekanan darah : 100/70 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36,6°C, respirasi : 25 kali/menit, Djj : 155kali/menit.
3. Memberitahu kepada ibu tentang fisiologi ketidaknyamanan di trimester III, seperti sering BAK karena hal itu merupakan hal yang normal terjadi pada ibu hamil karna perbesarannya rahim dan turun nya kepala jani ke PAP sehingga menekan kandung kemih.
4. Memberitahu tahu ibu cara mengatasi sering kencing seperti, kurangi sering minum dimalam hari, perbanyak minum disiang hari, segera berkemih jika ada rasa ingin berkemih.
5. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi nutrisi seimbang (nasi, lauk, sayur, buah) minum air putih ± 8 gelas/hari dan 1 gelas susu.

6. Mengajarkan ibu istirahat yang cukup dengan tidur siang ± 2 jam dan tidur malam ± 8 jam.
7. Memberitahu ibu tentang personal hygiene dengan mandi minimal 2 kali sehari dan anti pakaian dalam 3 kali sehari atau terasa lembab.
8. Mengajarkan ibu untuk olah raga ringan seperti, jongkok, dan berjalan – jalan dipagi hari.
9. Memberitahu ibu tanda- tanda bahaya kehamilan pada trimester III seperti sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur nyeri ulu hati, pergerakan janin berkurang, pengeluaran peraginam seperti darah dan air.
10. Memberitahu ibu tanda – tanda persalinan seperti, mules terus menerus, keluar air, keluar lendir campur darah.
11. Memberitahu ibu persiapan persalinan yaitu 1 tas pakaian bayi berisi popok, bedongan, pakaian bayi, topi, sarung tangan dan kaki, 1 tas pakaian ibu berisi kain ibu, pakaian berkancing, celana dalam dan pembalut, dana, kendaraan, pendonor darah, pendamping, penolong, tempat bersalin dan pengambil keputusan.
12. Mengajarkan ibu terapi obat Vitanol @60 mg 20 tablet 1x1, sebelum tidur dan kalk @500 mg 20 tablet 1x1, setelah sarapan, diminum dengan air putih.
13. Memberitahu ibu kunjungan ulang tanggal 14 Februari 2015 atau bila ada keluhan.
14. Melakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengisi informed consent dan sudah ditanda tangani.
2. Ibu sudah mengetahui kondisi ibu dan janin saat ini dalam keadaan sehat.
3. Ibu sudah mengerti dan bisa mengulangi fisiologi sering kencing
4. Ibu telah mengerti cara mengatsi sering kencing dan bersedia melaksanakannya.
5. Ibu sudah mengetahui pola nutrisi dan ibu bersedia memenuhi gizi seimbang.
6. Ibu sudah mengetahui pola istirahat yang cukup.
7. Ibu telah mengerti tentang personal hygiene dan mau melaksanakannya.
8. Ibu akan melakukan olahraga ringan
9. Ibu telah mengetahui tanda bahaya kehamilan trimester III dan bersedia segera mendatangi tenaga kesehatan jika ada tanda tersebut.
10. Ibu sudah mengerti tanda- tanda persalinan.
11. Ibu sudah mengetahui dan menyiapkan perlengkapan persalinan.
12. Ibu sudah mengetahui cara minum terapi obat dan akan meminumnya.
13. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang pada tanggal 14 Februari 2015 atau bila ada keluhan.
14. Dokumentasi sudah dilakukan.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

Kunjungan Antenatal II tanggal 14 Februari 2015 pukul 13.00 WIB

e. Data Subjektif

Ibu datang bersama suami ke Bidan untuk kunjungan ulang, ibu mengatakan pergerakan janin aktif dan ibu tidak ada keluhan. Ibu mengatakan sudah melaksanakan anjuran yang di sampaikan.

f. Data Objektif

Pada saat pemeriksaan didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, emosional stabil. Tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu 36,6 °C, respirasi 20 kali/menit. Berat badan ibu 65,5 kg. Konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik. Palpasi tidak ada oedema pada muka, tangan dan kaki. Pada palpasi abdomen secara Mc. Donald 31 cm. Pada palpasi leopold:

Leopold I : Leopold I TFU pertengahan antara pusat dengan PX, pada fundus teraba satu bagian besar, bulat, lunak tidak melenting.

Leopold II : Bagian kiri abdomen teraba satu bagian keras memanjang ada tahanan seperti papan dan bagian kanan abdomen teraba satu bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III : Teraba satu bagian besar, bulat, keras, tidak melenting, bagian terendah sudah masuk PAP.

Leopold IV : Divergen (palpasi perlimaan teraba 4/5).

Pemeriksaan auskultasi punctum maximum kuadran kiri 3 jari di bawah pusat, DJJ (+), frekuensi 148 kali/menit teratur dan TBJ (31-12) x 155 ± 10% = 2945 gram. Pemeriksaan anogenital tidak dilakukan.

g. Assesment

G3P2A0 hamil 39 minggu, janin tunggal hidup intra uterine persentase kepala.

h. Planning

1. Membina hubungan baik dengan ibu, hubungan baik dengan ibu sudah terbina.
2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin saat ini dalam keadaan baik yaitu tekanan darah : 100/70 mmHg, nadi : 80 kali/ menit, suhu : 36,5°C, respirasi : 25 kali/ menit, Djj : 148 kali/menit, ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan bahwa dirinya dan janin saat ini dalam keadaan baik.
3. Mengingatkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi yang cukup, ibu akan memenuhinya.
4. Mengingatkan ibu istirahat yang cukup, ibu akan memenuhinya.
5. Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan seperti biaya, transportasi, pendamping ibu saat bersalin, perlengkapan ibu dan bayi, penolong, tempat bersalin dan pengambil keputusan, ibu telah mengetahui dan juga telah menyiapkan kebutuhan mengenai persalinan.
6. Mengingatkan ibu mengenai tanda-tanda persalinan seperti mulas-mulas, keluar air-air dan lendir darah.
7. Mengingatkan ibu untuk meminum terapi obat Vitanol @60 mg 20 tablet 1x1 dan kalk @500 mg 20 tablet 1x1 diminum dengan air putih, ibu akan meminumnya.

8. Memberitahu ibu jadwal kunjungan ulang pada tanggal 21 Februari 2015 atau jika ada keluhan, ibu telah mengerti dan bersedia melaksanakannya.
9. Melakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan, hasil pemeriksaan sudah dilakukan.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN

INTRA NATAL CARE

I. PENGKAJIAN DATA

A. DATA SUBYEKTIF

Identitas

Istri		Suami	
Nama klien	: Ny. D	Nama	: Tn. J
Umur	: 28 Tahun	Umur	: 37 Tahun
Suku/Bangsa	: Sunda	Suku/Bangsa	: Aceh
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat rumah	: Jl. Bambu Kuning, Rt 10/02, Kel. Bambu Apus, Kec. Cipayung Jakarta Timur.		

1. Anamnesa pada tanggal 19 Februari 2015 , Pukul 02.00 WIB

Keluhan utama pada waktu masuk (tanyakan sejak kapan, ciri khas) :

Ibu mengeluh perutnya mules-mules sejak pukul 00.00 WIB, dan keluar darah bercampur lendir sejak pukul 00.00 WIB

2. Riwayat kehamilan ini :

a) Riwayat menstruasi

Hari Pertama Haid Terakhir : 13 – 5 – 2014, lamanya 7 hari,
banyaknya : 2 kali ganti pembalut/hari, haid sebelumnya tanggal 13 –

4 – 2014, lamanya 7 hari, banyaknya 2 kali ganti pembalut/hari, siklus 30 hari, teratur, konsistensi encer.

b) Tanda-tanda kehamilan (Trimester I) :

Hasil tes kehamilan (jika dilakukan) : ya, tanggal 22 mei 2014

Pergerakan fetus dirasakan pertama kali : usia 4 bulan

Pergerakan fetus dalam 24 jam terakhir : > 10 kali/hari

3. Keluhan yang dirasakan (bila ada jelaskan)

Rasa lelah : Tidak ada

Mual dan muntah yang lama : Tidak ada

Nyeri perut : Tidak ada

Panas menggigil : Tidak ada

Sakit kepala berat/terus menerus : Tidak ada

Penglihatan kabur : Tidak ada

Rasa nyeri/panas waktu BAK : Tidak ada

Rasa gatal pada vulva vagina dan sekitarnya : Tidak ada

Pengeluaran cairan darah/pervaginam : Tidak ada

Nyeri, kemerahan, tegang pada tungkai : Tidak ada

4. Tanda-tanda persalinan

His (+) sejak pukul 02.00 WIB Frekuensi 3x/10 menit

Lamanya 40 detik ,intensitas kuat

5. Pergeluaran pervaginam

Darah (+) , ketuban (-)

Lendir (+) , jumlah ±10 cc ,warna : merah

6. Riwayat imunisasi TT 1 : 28 Oktober 2014 TT2 : 28 November 2014

7. BAK dan BAB (kapan terakhir, ciri khas)

BAK : Terakhir pukul 01.30 WIB, warna putih jernih, bau : khas,
konsistensi : cair, keluhan : tidak ada

BAB : Terakhir pukul 06.00 WIB, warna : kecoklatan, bau : khas,
konsistensi : lunak, keluhan : tidak ada.

8. Pola makan

Makan terakhir pukul 17.00 WIB,

Minum terakhir pukul 01.00 WIB

9. Pola tidur : Tidur malam \pm 6 jam

10. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lain :

No	Tgl/ Bln Persalinan	Tempat/ Penolong Persalinan	Jenis Persalinan	Usia Kehamilan	Penyulit Kehamilan	Anak			
						JK	BB (gr)	PB	Keadaan
1	12-5-2006	BPS	Spontan	Aterem	Tidak ada	P	2600	48	Baik
2	7-8-2009	BPS	Spontan	Aterem	Tidak ada	P	3000	48	Baik
3	Hamil ini								

B. DATA OBJEKTIF (0)

1. Keadaan umum : Baik

a. Kesadaran : Composmentis

b. Keadaan emosional : Stabil

2. Tanda – tanda vital

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,7 °C

3. Tinggi badan : 158 cm

Berat badan : 65,5 kg

4. Pemeriksaan fisik

a. Rambut : Tidak rontok, bersih, hitam

b. Muka : Kelopak mata : Tidak oedema

Konjungtiva : Tidak anemis

Sklera : Tidak ikterik

c. Mulut dan Gigi : Lidah : Bersih

Gigi : Lengkap, tidak ada caries

d. Kelenjar Thyroid : Tidak ada pembesaran

e. Vena yugularis : Tidak ada pembesaran

f. Dada

Jantung : Baik

Paru-paru : Baik

Payudara : Pembesaran : ya

Bentuk : Simetris

Areola mammae : Hiperpigmentasi

Papilla mammae : Menonjol

Benjolan / tumor : Tidak ada

Pengeluaran : Ada

Rasa nyeri : Tidak ada

Lain – lain : Tidak ada

g. Punggung dan pinggang

Posisi tulang belakang : Lordosis fisiologis

Pinggang nyeri : Tidak ada

h. Ekstremitas atas dan bawah

Edema : Atas : tidak edema, bawah : sedikit edema

Kekuatan sendri : Bagus

Kemerahan : Tidak ada

Varises : Tidak ada

Refleks : Bagus

i. Abdomen (Inspeksi) :

Pembesaran : Membesar sesuai usia kehamilan

Bekas luka operasi : Tidak ada

Konsistensi : Lunak

Benjolan : Tidak ada

Pembesaran lien/liver : Tidak ada

Kandung kemih : Kosong

5. Pemeriksaan Kebidanan

Palpasi :

Tinggi fundus uteri (Mc. Donald) : 31 cm

Leopold I Tinggi fundus uteri : Pertengahan pusat PX

Pada fundus teraba Teraba satu bagian besar, lunak,
tidak melenting.

Leopold II Sebelah kanan ibu : teraba bagian-bagian terkecil janin.

Sebelah kiri perut ibu teraba : teraba bagian keras, memanjang ada tahanan seperti papan.

Leopold III Teraba satu bagian besar, bulat, keras, tidak melenting

Leopold IV Divergen pada palpasi teraba 3/5 bagian

Kontraksin 3x/10'/40''

Fetus : Letak : memanjang

Presentasi : Kepala

Penurunan : H II

Pergerakan : ± 10 x/menit

TBJ : $(31-12) \times 155 = 2790$ gr

Auskultasi

Punctum Maximum : Kuadran kiri 3 jari bawah pusat

DJJ : 135x/menit

Intensitas : kuat

1. Ano-genital

Perineum : luka parut : Tidak ada

Vulva vagina : Tidak ada kelainan, Warna : kemerahan

Luka : Tidak ada

Fistula : Tidak ada varises : Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Lendir darah, warna : kemerahan

Konsistensi : Encer

Jumlah : ± 10 cc

Kelenjar Bartolini : Tidak ada pembengkakan

Anus : Tidak ada

b) Pemeriksaan dalam, atas indikasi mulas semakin sering,

Pukul 02.00 WIB Oleh : Azmawati

Dinding vagina : Tidak ada kelainan

Posisi portio : Antefleksi Konsistensi : Tipis, lunak

Pembukaan servix : 4cm

Ketuban : +

Persentasi fetus : kepala

Penurunan bagian terendah : H.III Posisi : belum teraba

Imbang feto pelvic : -

5. Pemeriksaan Laboratorium :

Darah : 11,4 gram %

Golongan Darah : A

Urine : Protein : (-)

Reduksi : (-)

II. Interpretasi Data

G3P2A0 Hamil 39 minggu 5 hari, inpartu kala 1 fase aktif, janin tunggal hidup intra uterin, presentasi kepala.

Data Dasar : Ibu mengatakan ini kehamilan ke tiga, pernah melahirkan dua kali dan tidak pernah keguguran. HPHT tanggal 13 Mei 2014 dengan TP 20 Februari 2015. Ibu merasakan pergerakan janinnya aktif. Pemeriksaan Leopold I TFU berada di pertengahan pusat PX, pada pubdus teraba satu bagian lunak tidak melenting, Leopold II bagian kanan ibu teraba

bagian- bagian kecil ibu, bagian kiri ibu terababa satu bagian memanjang kuat serti papa nada tahanan Leopold III teraba satu bagaian bulat ,keras tidak melenting. Leopold IV divergen palpasi bagian terendah 3/5. . , DjJ : 135 x/menit, kuat. Pemeriksaan dalam dinding vagina tidak ada kelainan tidak, portio tipis lunak, pembukaan 4 cm, ketuban positif, persentasi belakang kepala, penurunan H II.

III. Identifikasi Diagnosa / Masalah Potensial

Tidak ada

IV. Antisipasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada

V. Perencanaan

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
2. Observasi keadaan umum dan TTV.
3. Hadirkan pendamping persalinan.
4. Beritahu ibu tentang mobilisasi.
5. Berikan ibu nutrisi jika tidak ada his.
6. Ajarkan ibu teknik mengedan yang baik.
7. Observasi His, DJJ, dan nadi setiap 30 menit.
8. Observasi suhu setiap 2 jam.
9. Nilai kemajuan persalinan setiap 4 jam atau jika ada indikasi.

10. Siapkan ruangan, partus set, obat-obatan, perlengkapan ibu dan bayi dan berikan rasa nyaman pada ibu.
11. Dokumentasi

VI. Pelaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa ibu akan segera melahirkan.
2. Mengobservasi keadaan umum dan TTV yaitu TD 110/70 mmHg, nadi : 80 x/m, suhu : 36,7 °C, respirasi : 21 x/m.
3. Menghadirkan suami atau keluarga sebagai pendamping persalinan.
4. Memberitahu ibu untuk mobilisasi senyaman ibu miring kekanan dan kekiri.
5. Memberikan ibu nutrisi jika tidak ada his yaitu memberikan teh manis.
6. Mengajarkan ibu teknik mengedan yang benar jika ada his yaitu kedua tangan ibu merangkul kaki bagian paha sampai paha menempel ke dada, dan kepala ibu diangkat melihat ke perut ibu dengan posisi mata terbuka.
7. Mengobservasi His dan DJJ setiap 30 menit, His ibu 3x dalam 10 menit lamanya 40 detik intensitas kuat, DJJ 135x/menit.
8. Mengobservasi suhu dan urin setiap 2 jam suhu ibu yaitu 36,7 °C.
9. Menilai kemajuan persalinan 4 jam kemudian atau bila ada indikasi, pemeriksaan dalam dilakukan pada pukul 02.00 WIB yaitu pembukaan 4 cm.
10. Menyiapkan ruangan persalinan, partus set, hecing set, alat resusitasi, perlengkapan ibu dan bayi, obat-obatan seperti sitosinon, lidocain, dan

metergin, spuit, ADP lengkap, perlengkapan ibu dan bayi, memberikan rasa nyaman pada ibu dengan mengusap punggung ibu setiap ada his.

11. Melakukan dokumentasi

VII. Evaluasi

1. Ibu telah mengetahui bahwa ia akan segera melahirkan.
2. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan, ibu tampak tenang dengan hasil pemeriksaan.
3. Ibu sudah didampingi oleh suaminya.
4. Ibu sudah mobilisasi dengan miring ke kiri.
5. Ibu sudah mendapatkan nutrisi yaitu minum setengah gelas teh manis.
6. Ibu sudah mengetahui teknik mengedan yang baik.
7. Observasi His, nadi dan DJJ sudah dilakukan setiap 30 menit.
8. Observasi urin dan suhu sudah dilakukan setiap 2 jam.
9. Pemeriksaan dalam sudah dilakukan pada pukul 02.00 WIB yaitu pembukaan 4 cm, dan ibu akan diperiksa kembali 4 jam kemudian atau jika ada indikasi.
10. Ruangan, partus set, hecing set, alat resusitasi, obat-obatan, spuit, APD lengkap dan perlengkapan ibu dan bayi sudah disiapkan, ibu terlihat nyaman setelah punggung ibu di usap setiap ada his.
11. Dokumentasi telah dilakukan.

2. Kala II pada tanggal 19 Februari 2015 pukul 04.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan mulasnya semakin sering dan ibu mengatakan ingin meneran.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, emosional stabil, TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/m, RR 22 x/m, suhu 36,7 °C. His ibu 5x dalam 10 menit lamanya 50 detik intensitas kuat, teratur ada relaksasi, DJJ 142 x/menit intensitas kuat irama teratur, kandung kemih kosong, ketuban pecah spontan pukul 04.05 WIB (warna air ketuban jernih).

Pada pemeriksaan dalam terdapat dinding vagina tidak ada kelainan, portio sudah tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban (+), presentasi kepala, penurunan kepala di HIII +, posisi ubun-ubun kecil di depan, molase tidak ada

c. Assesment

G3P2A0 hamil 39 minggu 5 hari, partus kala II, janin tunggal hidup intra uterin presentasi kepala.

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu dan janin dalam keadaan baik, pembukaan sudah lengkap dan ibu sudah dalam proses persalinan.

2. Mengajarkan ibu cara meneran yang benar yaitu kedua tangan merangkul kedua paha dan kepala diangkat melihat keperut ibu dan membimbing ibu cara meneran yang efektif yaitu meneran pada saat terasa mulas dan ada dorongan.
3. Memberitahu ibu untuk relaksasi jika his mereda tarik nafas panjang lewat hidung dan buang perlahan lewat mulut.
4. Memberikan nutrisi pada ibu jika tidak ada his berikan teh manis, jika ada his berikan pujian.
5. Memakai sarung tangan pada saat kepala bayi terlihat 5-6 cm di introitus vagina.
6. Menolong persalinan dengan langkah APN tangan kanan menahan perineum dengan menggunakan duk steril, tangan kiri membantu kepala bayi tetap fleksi, tangan kiri pindah ke dagu tangan kanan memeriksa lilitan tali pusat, kedua tangan biparietal dan menunggu putar paksi luar, curam kebawah untuk melahirkan bahu depan dan keatas melahirkan bahu belakang melakukan sanggah susur, bayi lahir pukul 04.40 WIB bayi lahir spontan, menangis kuat, jenis kelamin laki-laki, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, mengeringkan bayi kecuali telapak tangan.

3. Kala III pada tanggal 19 Februari 2015 pukul 04.40 WIB.

a. Data Subjektif

Ibu senang atas kelahiran bayinya dan ibu mengatakan perutnya kembali mulas.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, TD 110/80 mmHg, nadi 78 x/menit, Respirasi 22x/menit, suhu 36,6 °C, hasil palpasi tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

c. Assesment

P3A0 partus kala III

d. Planning

1. Menjelaskan kepada ibu bahwa ibu dalam keadaan baik dan akan dalam proses pengeluaran uri, ibu terlihat tenang dengan hasil pemeriksaan.
2. Melakukan palpasi abdomen untuk memastikan adanya janin kedua, tidak ditemukan janin yang kedua.
3. Memberitahu ibu akan disuntik oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas sebelah kanan bagian luar, ibu sudah disuntik dan tidak ada tanda-tanda alergi, klem tali pusat \pm 3 cm ke bayi, potong dan ikat tali pusat kemudian melakukan IMD selama 1 jam, bayi diletakkan di perut ibu dan biarkan bayi mencari sendiri puting susu ibu, bayi diberi selimut dan topi.

4. Pindahkan klem 5-20 cm dari vulva, pada saat uterus berkontraksi melakukan peregangan tali pusat terkendali, tangan kiri berada di sumprasympisis, tangan kanan memegang talipusat untuk melakukan peregangan tali pusat terkendali. Setelah dilakukan peregangan tali pusat terkendali 1 kali terlihat tanda-tanda pelepasan yaitu terlihat tanda-tanda pelepasan plasenta, uterus membulat, terlihat tali pusat memanjang, dan ada semburan darah, melahirkan plasenta dengan teknik Brand Andrew, terlihat di introitus vagina, kemudian dikeluarkan dengan di tarik ke bawah dan keatas sesuai jalan lahir, dipegang dengan kedua tangan dan diputar searah jarum jam, pukul 04. 47 WIB plasenta lahir spontan.
5. Melakukan masase fundus uteri selama 15 detik, kontraksi uterus baik, memeriksa kelengkapan plasenta, plasenta lahir lengkap, selaput korion dan amnion lengkap, diameter 20 cm, ketebalan 2 cm, insersi sentralis, panjang tali pusat 45 cm, berat 500 gram, dan perdarahan 100 cc.

4. Kala IV Pada tanggal 19 Februari 2015 pukul 04. 47 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mulas, dan ibu terlihat lelah dan bahagia atas kelahiran bayinya.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu : 36.6 °C, hasil palpasi tinggi fundus uteri 1 jari bawah

pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 50 cc, tidak ada luka laserasi.

c. Assesment

P3 A0 Partus kala IV

d. Planning

1. Keadaan umum ibu baik, bayi masih dalam proses IMD, pernafasan dan tonus otot bayi baik, kontraksi uterus ibu bagus, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 150 cc, perineum utuh.
2. Nyamankan ibu yaitu membersihkan ibu dengan air DTT, dan memberikan ibu pembalut, celana dalam dan kain.
3. Mendekontaminasi alat-alat sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam semua alat dalam keadaan terbuka dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
4. Memberitahu ibu bahwa ibu dalam keadaan baik TD : 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,6 °C, RR 20 x/menit, TFU 1 jari bawah pusat, ibu terlihat tenang.
5. Menjelaskan kepada ibu bahwa perutnya yang terasa mulas merupakan proses alamiah karena proses rahim kembali ke ukuran semula, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

6. Mengajarkan ibu untuk masase fundus uterusnya sendiri yaitu dengan cara memijat dengan lembut fundusnya searah jarum jam, ibu sudah mengerti dan dapat mempraktekan.
7. Memberikan ibu makan dan sedikit minum untuk mengembalikan tenaganya, ibu sudah makan dan minum setengah gelas teh manis hangat.
8. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi miring ke kiri, kanan, dan duduk bersandar, setelah dua jam baru ibu boleh berdiri dan jalan, ibu sudah mengerti dan ibu sudah miring kekiri.
9. Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK, ibu mengerti.
10. Memberikan ucapan selamat kepada ibu atas kelahiran bayinya dan Memberitahu ibu 1 jam pertama ibu diobservasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dan bayi diberikan salep mata dan vit K, pada 1 jam berikutnya ibu diobservasi setiap 30 menit dan bayi diberikan suntikan HB.
11. Mengucapkan terimakasih kepada ibu atas kerjasamanya.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

FORMAT PENGKAJIAN IBU NIFAS

I. PENGKAJIAN DATA

Identitas

Istri		Suami	
Nama klien	: Ny. D	Nama	: Tn. J
Umur	: 28 Tahun	Umur	: 32 Tahun
Suku/Bangsa	: Sunda	Suku/Bangsa	: Aceh
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat rumah	: Jl. Bambu Kuning Utara RT 10/02 Kel. Bambu Apus, Kec. Cipayung Jakarta Timur		

A. Data Subyektif

Status perkawinan	: sah
Umur perkawinan pertama	: 19 Tahun
Berapa kali kawin	: 2 kali
Lama perkawinan ini	: 1 Tahun
Riwayat kesehatan	
1. Keluhan utama	: Tidak ada
2. Keluhan tambahan	: Tidak ada
3. Penyakit yang pernah diderita	: Tidak ada
4. Penyakit yang sedang diderita	: Tidak ada

5. Penyakit keturunan : Tidak ada

Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1. P : A: 0 Hidup : 3

Masa gestasi : 39 minggu 5 hari

Kelainan selama hamil : Tidak ada

2. Tanggal persalinan : 19 Februari 2015 Jam : 04.40 WIB

Jenis persalinan : spontan

Lama persalinan : 10 menit

3. Jumlah perdarahan

a. Kala I : \pm 20 cc

b. Kala II : \pm 100 cc

c. Kala III : \pm 100 cc

d. Kala IV : \pm 50 cc

Penyakit dalam persalinan : tidak ada

Anak : Hidup, BB: 3100 kg, PB : 50 cm

4. Inisiasi menyusui dini : Ya

Data nutrisi

a. Makan dalam sehari : 3x/hari

b. Jumlah sekali makan : 1 porsi/piring

c. Jenis makanan : 1 piring nasi, sayu, ikan/daging, tahu/tempe,

d. Makanan pantangan : Tidak ada

e. Nafsu makan : Meningkatkan

f. Makanan/ minuman tambahan lain : Susu, buah.

Data Eliminasi

- a. BAK : Sudah
- b. Keluhan : Tidak ada
- c. BAB : Belum
- d. Keluhan : Tidak ada

Data Aktivitas

- a. Mobilisasi : miring ke kiri/kanan, duduk, jalan.
- b. Tidur dalam sehari : 4-5 jam
- c. Keluhan : Tidak ada

Data Psikososial

- 1. Tanggapan ibu atas kelahiran bayinya : Senang
- 2. Rencana ibu menyusukan bayinya : ya
Kapan : usia 0 bulan sampai 6 bulan
- 3. Pengetahuan ibu tentang menyusui/ makanan bayi
 - a. Manfaat ASI : ya
 - b. Perawatan Payudara : ya
 - c. Makanan bayi : ya
- 4. Pengetahuan ibu tentang perawatan bayi : Merawat tali pusat
- 5. Pengetahuan ibu tentang nifas : Mengonsumsi makanan bergizi
- 6. Rencana mengasuh/merawat bayi oleh : Ibu dan suami
- 7. Rencana ibu menggunakan alat KB : Ya
Kapan : setelah 42 hari post partum Alat : KB suntik 3 bulan

Involusi uteri

1. Posisi uterus : Antefleksi
2. Vesika urinaria : Kosong
3. TFU : 2 jari bawah pusat
4. Kontraksi uterus : Baik
5. Intensitas : Sedang

Pengeluaran pervaginam

1. Lochea : Rubra , baunya : khas
Jumlah : \pm 50 cc

Perineum dan anus

1. Luka episiotomi/jahitan : Tidak ada
2. Keadaan luka : -
3. Tanda Radang : -
4. Keadaan vulva : Bersih
5. Anus : Tidak ada hemoroid
6. Obat-obatan yang diperoleh : Paracetamol 3x 500 mg sebanyak 10 tablet, Fe 1x60 mg sebanyak 10 tablet, Vit A 200.000IU 1 x dijam pertama, 1 x 24 jam.

II. INTERPRETASI DATA

P3 A0, Post Partum 6 jam

III. IDENTIFIKASI MASALAH

Tidak ada

IV. KEBUTUHAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
2. Ajarkan ibu untuk masase fundus uterinya.
3. Beritahu ibu untuk melihat perdarahan yang.
4. Anjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi yang baik dan tidak ada pantangan
5. Anjurkan ibu istirahat yang cukup.
6. Beritahu ibu manfaat ASI dan Anjurkan ibu memberikan ASI eksklusif.
7. Beritahu ibu untuk merawat tali pusat.
8. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa.
9. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan.
10. Berikan ibu terapi obat.
11. Beritahu ibu untuk kunjungan ulang.
12. Dokumentasi.

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6 °C, TFU 2 jari bawah pusat.
2. Mengajarkan ibu untuk masase fundus uterinya sendiri yaitu dengan cara memijat dengan lembut fundusnya searah jarum jam.

3. Memberitahu ibu untuk melihat perdarahan yang keluar yaitu jumlah darah yang keluar, bau, warna dan konsistensi.
4. Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu tidak ada pantangan makan nasi, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe, buah, banyak minum air putih \pm 8 gelas air putih dan.
5. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup tidur malam 8 jam dan siang 1 jam dan istirahat setiap bayinya tertidur.
6. Memberitahu ibu manfaat ASI dan menganjurkan ibu memberikan ASI eksklusif, manfaat ASI yaitu menambah sistem kekebalan tubuh yang tinggi sehingga bayi tidak mudah sakit, melindungi bayi dari penyakit infeksi, diare, kembung, batuk pilek, dan alergi dan memberikan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan.
7. Memberitahu ibu untuk merawat tali pusat yaitu menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering.
8. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu perdarahan yang banyak dan berbau, kontraksi uterus jelek, peningkatan suhu tubuh, sakit kepala hebat, demam, dan nyeri pada payudara ibu.
9. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genitalia dan mengganti pakaian dalam dan pembalut setelah BAK dan BAB serta mandi minimal 2 kali sehari.

10. Memberikan ibu Vitamin A 200.000 IU, paracetamol 3x 500 mg sebanyak 10 tablet, dan Fe 1x60 mg sebanyak 10 tablet, minum obat sesuai dengan dosis yang ditentukan menggunakan air putih atau air jeruk.
11. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 25 januari 2015.
12. Melakukan dokumentasi

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan ibu terlihat tenang.
2. Ibu sudah mengerti cara massase uterusnya dan dapat mempraktekan.
3. Ibu bersedia melihat jumlah darah yang keluar, bau, warna dan konsistensi.
4. Ibu sudah mengerti kebutuhan nutrisi yang baik dan akan memenuhi kebutuhan nutrisi.
5. Ibu sudah mengerti pola istirahat yang cukup dan akan melaksanakannya dirumah.
6. Ibu sudah mengerti manfaat ASI dan akan memberikan ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan.
7. Memberitahu sudah mengetahui cara menjaga tali pusat dan akan menjaga tetap bersih dan kering.
8. Ibu sudah mengerti dan dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya pada masa nifas.

9. Ibu bersedia untuk menjaga kebersihan alat genetalia dan mengganti pakaian dalam dan pembalut setelah BAK dan BAB serta mandi minimal 2 kali sehari.
10. Ibu bersedia meminum terapi obat yang diberikan.
11. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 25 januari 2015.
12. Dokumentasi telah dilakukan.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

2. Kunjungan Kedua (Post Partum 6 Hari)

Pada Tanggal 25 Februari 2015 pada Pukul 17.00 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan ASI nya banyak keluar, bayi nya hanya diberikan ASI saja, ibu mengatakan makan sehari 3 kali dengan menu 1 porsi nasi, 1 potong daging, 2 potong tempe, 1 butir telur, 1 mangkuk sayur, dan buah. Minum sehari 7-8 gelas air putih dan 1 gelas susu pada pagi hari. BAK 4-5 kali sehari, konsistensi cair, warna putih jernih, bau khas. Dan BAB 1 kali sehari, konsistensi lunak, warna kecoklatan, bau khas, ibu mengeluh tidur malam sering terganggu, tidak ada nyeri payudara, mandi sehari 2 kali, mengganti pembalut sehari 2-3 kali atau setiap setelah BAK/BAB, perdarahan pervaginam masih keluar sedikit.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TD : 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, RR 20x/m, suhu 36,6°C, Pada pemeriksaan fisik didapatkan muka tidak oedema, kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut dan gigi bersih, lengkap dan tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada kelenjar thyroid dan vena yugularis, payudara membesar, areola bersih, puting susu menonjol, simetris tidak ada benjolan dan tidak ada rasa nyeri, ASI keluar banyak. Tinggi fundus uteri 2 jari diatas symphysis, vulva bersih, lochea sangulienta, BAK dan BAB normal dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

c. Assesment

P3 A0, Post Partum 6 hari.

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6 °C, TFU 2 jari atas symphysis, ibu terlihat senang dengan hasilnya.
2. Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu tidak ada pantangan makan nasi, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe, buah, banyak minum air putih \pm 8 gelas air putih dan susu ibu mengerti dan akan memenuhi kebutuhan nutrisi,
3. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup tidur malam 8 jam dan siang 1 jam dan istirahat setiap bayinya tertidur, ibu sudah mengerti tentang pola istirahat.
4. Memberitahu ibu cara merawat payudara, yaitu membersihkan puting susu ibu dengan kapas yang direndam air hangat dan memakai pakaian dalam yang menopang payudara ibu.
5. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu perdarahan yang banyak dan berbau, kontraksi uterus jelek, peningkatan suhu tubuh, sakit kepala hebat, demam, dan nyeri pada payudara ibu sudah mengerti dan dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya pada masa nifas.

6. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genitalia dan mengganti pakaian dalam dan pembalut setelah BAK dan BAB serta mandi minimal 2 kali sehari, ibu sudah mengerti.
7. Mengajarkan ibu untuk meminum terapi oral yang diberikan jika masih ada yaitu tablet, Vitanol 1x60 mg sebanyak 10 tablet, minum obat sesuai dengan dosis yang ditentukan menggunakan air putih.
8. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 5 Maret 2015, dan ibu bersedia datang sesuai tanggal yang ditentukan. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

3. Kunjungan ketiga (Post Partum 2 minggu)

Pada Tanggal 5 Maret 2015 pukul 10.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan ASI nya keluar banyak dan tidak ada keluhan, Makan sehari 3 kali dengan menu 1 porsi nasi, 1 potong daging, 2 potong tempe, 1 butir telur, 1 mangkuk sayur, dan buah. Minum sehari 7-8 gelas air putih dan 1 gelas susu pada pagi hari.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TD : 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, RR 20x/m, suhu 36,6 °C, Pada pemeriksaan fisik didapatkan muka tidak oedema, kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut dan gigi bersih, lengkap dan tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada kelenjar thyroid dan vena yugularis, payudara membesar, areola bersih, puting susu exverted, simetris tidak ada benjolan dan tidak ada rasa nyeri, ASI keluar banyak. Tinggi fundus uteri sudah tidak teraba, vulva bersih, lochea alba warna kecoklatan, BAK dan BAB normal dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

c. Assesment

P3 A0, Post Partum 2 minggu.

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 110/70 mmHg, nadi 78x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6 °C, TFU tidak teraba, ibu terlihat tenang.

2. Mengajarkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu tidak ada pantangan makan nasi, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe, buah, banyak minum air putih \pm 8 gelas air putih dan susu ibu mengerti dan akan memenuhi kebutuhan nutrisi.
3. Mengajarkan ibu istirahat yang cukup tidur malam 8 jam dan siang 1 jam dan istirahat setiap bayinya tertidur, ibu sudah mengerti tentang pola istirahat. Memberitahu ibu cara merawat payudara, yaitu membersihkan puting susu ibu dengan kapas yang direndam air hangat dan memakai pakaian dalam yang menopang payudara ibu.
4. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu perdarahan yang banyak dan berbau, kontraksi uterus jelek, peningkatan suhu tubuh, sakit kepala hebat, demam, dan nyeri pada payudara ibu sudah mengerti dan dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya pada masa nifas.
5. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genitalia dan mengganti pakaian dalam dan pembalut setelah BAK dan BAB serta mandi minimal 2 kali sehari, ibu sudah mengerti.
6. Memberitahu ibu macam-macam alat kontrasepsi seperti pil, suntik, kondom, dan IUD , ibu mengerti dan akan membicarakan terlebih dahulu kepada suami.
7. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang yaitu pada tanggal 2 April 2015, dan ibu akan datang sesuai tanggal yang ditentukan. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

4. Kunjungan ke empat (Post Partum 6 minggu)

Pada tanggal 04 April 2015 pukul 16.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar dan tidak ada keluhan. Makan sehari 3 kali dan minum sehari 7-8 gelas air putih, ibu mengatakan menggunakan KB suntik 3 bulan, dan tidak ada keluhan saat hubungan seksualitas.

b. Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TD : 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, RR 21x/m, suhu 36,9 °C. Pada pemeriksaan fisik didapatkan muka tidak oedema, kelopak mata tidak oedema, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut dan gigi bersih, lengkap dan tidak ada caries, tidak ada pembengkakan pada kelenjar thyroid dan vena yugularis, payudara membesar, areola bersih, puting susu menonjol, simetris tidak ada benjolan dan tidak ada rasa nyeri, ASI keluar banyak. Tinggi fundus uteri tidak teraba, vulva bersih, BAK dan BAB normal dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

c. Assesment

P3 A0, Post Partum 6 minggu

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, RR 21x/menit, suhu 36,9 °C, TFU tidak teraba, ibu terlihat tenang. Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi

yaitu tidak ada pantangan makan nasi, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe, buah, banyak minum air putih \pm 8 gelas air putih dan susu ibu mengerti dan akan memenuhi kebutuhan nutrisi,

2. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup tidur malam 8 jam dan siang 1 jam dan istirahat setiap bayinya tertidur, ibu sudah mengerti tentang pola istirahat.
3. Memberitahu ibu cara merawat payudara, yaitu membersihkan puting susu ibu dengan kapas yang direndam air hangat dan memakai pakaian dalam yang menopang payudara ibu.
4. Mengingatkan ibu untuk tidak terlambat untuk suntik KB 3 bulan kembali, ibu sudah mengerti dan akan datang tepat waktu.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

6. Kunjungan Pertama Tanggal 19 Febuari 2015 Pukul 04.40 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya menangis kuat.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan didapatkan, keadaan umum baik, tangisan kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, bayi sudah berhasil melakukan inisiasi menyusui dini (IMD), nadi 124x/menit, suhu 36,7 °C, rr 48x/menit berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm, lingkar lengan 10 cm nilai Apgar Score : 9/10.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematis yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada ceval hematoma dan caput suksedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis, leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan pada leher, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada hernia diafragmatika.

Tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, tidak ada perdarahan

tali pusat, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, lubang uretra berada di ujung penis, lubang anus, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap, punggung tidak ada spina bifida, kulit ada verniks kasiosa, reflek moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonic neck (+), reflek swallowing (+), graps palmar (+), graps plantar (+), babinsky (+).

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 jam.

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayinya, tanda-tanda vital, denyut jantung bayi : 128 kali/ menit, suhu : 36,6°C, respirasi : 48 kali/menit. berat badan : 3100 gram, panjang badan : 50 cm, lingkar kepala : 33 cm, lingkar dada : 34 cm, LILA : 10 cm, ibu dan keluarga merasa senang dengan hasilnya karna bayinya dalam keadaan sehat.
2. Memberikan perawatan tali pusat, tali pusat dalam keadaan kering dan ditutup dengan kasa steril tanpa diberikan apapun, tali pusat bayi sudah tertutupi dengan kasa dan bayi merasa nyaman.
3. Memberikan salep mata tetrasiklin 1% untuk mencegah infeksi mata pada bayi dan Vit K1 (Neo K 2 mg) didalam injeksi 1 cc volume 1 cc secara IM pada paha kiri bayi untuk mencegah perdarahan neonatus, diberikan pada satu jam pertama, bayi sudah diberi salep mata dan Vit K1.
4. Melakukan pencegahan Hipotermi dengan membedong bayi menggunakan kain yang bersih dan hangat, serta bayi tidak

dimandikan selama 6 jam, bayi sudah dibedong kain bersih dan sudah merasa hangat.

5. Mengajarkan ibu untuk meneteki bayinya dengan posisi dan perlekatan yang benar, yaitu tangan bayi sejajar dengan telinganya, kepala bayi diletakkan dipertengahan lengan bawah ibu dan ke dua tangan ibu menopang tubuh bayi, puting susu sampai areola masuk ke mulut bayi, bayi tampak tenang disusui.
6. Memberitahu ibu tentang ASI Eksklusif, yaitu memberikan ASI sampai 6 bulan tanpa tambahan yang lain, kecuali vitamin dan obat, ibu mau untuk memberikan ASI Eksklusif.
7. Mengajarkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin minimal 2 jam sekali, ibu mau untuk sering memberikan ASI.
8. Memberitahukan tanda-tanda bahaya pada bayi, yaitu: suhu terlalu tinggi atau rendah, pernapasan terlalu cepat atau lambat, bayi kuning dalam 24 jam pertama, bayi kebiruan atau pucat, bayi tidak BAK dalam 24 jam pertama. Ibu mengerti tanda-tanda bahaya pada bayi.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

7. Kunjungan 6 Jam Setelah Lahir pada Tanggal 19Februari 2015

Pukul 11.00 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya sudah menyusui kuat dan reflek isap positif.

b. Data Objektif

Keadaan umum bayi baik, nadi 124x/menit, suhu 37°C, pernafasan 45x/menit, berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, lingkaran kepala 33cm, lingkaran dada 34 cm, nilai Apgar Score : 9/10, anus (+), cacat (-).

Pada pemeriksaan fisik yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada cephal hematoma dan caput succedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis.

Pada leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada hernia diafragma, tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, tidak ada perdarahan tali pusat, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap, punggung tidak ada spina bifida, sudah ada lubang pada anus, kulit ada

verniks kasiosa, reflek moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), reflek swallowing (+), graps palmar(+), graps plantar (+).

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam.

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayinya dalam keadaan sehat, nadi 124x/menit, suhu 37 °C, RR 45x/menit. berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm, gerakan bayi aktif, bayi mau menyusui, ibu terlihat senang dengan hasil pemeriksaan, memandikan bayi setelah 6 jam, bayi sudah dimandikan.
2. Mempertahankan kehangatan bayi dengan mengeringkan dan membungkus bayi dengan kain yang bersih, bayi telah rapih dan tali pusat telah dibungkus dengan kasa steril.
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, ibu akan memberikan ASI eksklusif.
4. Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi seperti bayi tampak kuning, tidak mau menyusui, tidur terus menerus, demam, muntah berlebihan, ibu sudah mengetahui tanda bahaya pada bayi.

5. Memberitahu ibu cara merawat tali pusat yaitu mengganti kasa setiap setelah mandi, dan menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering, ibu sudah mengerti cara merawat tali pusat. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

8. Kunjungan 6 Hari Setelah Lahir Pada Tanggal 25 Februari 2015

Pukul 17.00 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayi sudah mendapatkan ASI dan tidak ada keluhan dan ibu mengatakan tali pusat sudah puput, sudah berani memandikan bayinya sendiri.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan bayi baru lahir 6 hari didapatkan, keadaan umum baik, nadi 130x/menit, suhu 36,7°C, pernafasan 45x/menit, BB waktu lahir 3100 gr, BB sekarang 3200 gram, PB 50 cm.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematis yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada cepal hematoma dan caput suksedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis.

Leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada herniadiafragma, tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, tali pusat sudah puput, tidak ada perdarahan tali pusat, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah

jari lengkap, punggung tidak ada spina bifida, sudah ada lubang pada anus, kulit ada verniks kasiosa, reflex moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), reflek swallowing (+), reflek graps palmar (+), graps plantar (+), babysky (+).

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 hari.

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayinya dalam keadaan sehat, nadi 130x/menit, suhu 36,7 °C, RR 45x/menit BB 3200gram, PB 50cm, ibu terlihat senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Menganjurkan ibu kembali untuk memberikan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi diberi makanan pendamping dan ASI sampai 2 tahun, ibu akan memberikan ASI eksklusif.
3. Mengingatkan ibu kembali tanda-tanda bahaya pada bayi antara lain, bayi demam (terlalu panas), bayi pucat, tidak mau menyusu, bayi tidur terus menerus, bayi kejang, tali pusat merah, berbau, keluar darah atau nanah, bayi menangis terus menerus, bayi dingin, sering muntah.

4. Mengajukan ibu untuk kembali pada tanggal 5 Maret 2015 atau kapan saja bila bayinya mendapat masalah. Ibu bersedia datang kembali pada tanggal 5 Maret 2015.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

9. Asuhan pada Bayi Baru Lahir 2 minggu

Pada tanggal 5 Maret 2015 pukul 10.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya banyak minum ASI, ASI diberikan sesering mungkin 1 jam sekali, bayi sudah BAK dan BAB, BAK sehari 7-8 kali, BAB sehari 1-2 kali, dan tidak ada keluhan.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan bayi baru lahir 2 minggu didapatkan, keadaan umum baik, nadi 128x/menit, suhu 36,8°C, pernafasan 43x/menit, BB bayi 3400 gram PB 51cm.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematis yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada cepal hematoma dan caput succedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis.

Leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada herniadiafragma, tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap, punggung tidak ada spina bifida, sudah ada

lubang pada anus, kulit ada verniks kariosa, reflek moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), graps palmar (+), graps plantar (+).

c. Assesment

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 2 minggu.

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayinya dalam keadaan sehat, nadi 128x/menit, suhu 36.8 °C, RR 43x/menit BB 3400gram, PB 51cm ibu terlihat tenang dengan hasil pemeriksaan.
2. Menganjurkan ibu kembali untuk memberikan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi diberi makanan pendamping dan ASI sampai 2 tahun, ibu akan memberikan ASI eksklusif.
3. Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi seperti bayi tampak kuning, tidak mau menyusui, tidur terus menerus, demam, muntah berlebihan, ibu sudah mengetahui tanda bahaya pada bayi. Menganjurkan ibu untuk mengganti popok bayi segera setelah bayi BAK atau BAB agar bayi tetap bersih, ibu sudah mengerti dan bersedia melakukan.
4. Memberikan motivasi kepada ibu untuk memberikan imunisasi dasar lengkap untuk bayinya, ibu sudah mengerti.

5. Mengajukan ibu untuk kontrol ulang bayinya pada tanggal 2 April 2015, ibu bersedia datang pada tanggal yang sudah ditentukan. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)

10. Asuhan pada Bayi Baru Lahir 6 minggu

Pada tanggal 4 April 2015 pukul 16.30 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya sehat dan menyusui dengan baik dan sering setiap 1- 2 jam sekali menyusui, bayinya BAB, BAK lancar tidak ada keluhan sehari 7-8 kali, BAB 1-2 kali sehari.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan bayi baru lahir 6 minggu didapatkan, keadaan umum baik, nadi 110x/menit, suhu 36,7 °C, pernafasan 45x/menit, berat badan 4000 gram, panjang badan 52 cm.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematis yaitu pada kepala sutura tidak terpisah terlalu jauh, fontanela mayor tidak cekung ataupun cembung, tidak ada cephal hematoma dan caput succedaneum, mata bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, bentuk simetris, kornea jernih, pergerakan mata simetris, telinga jumlahnya ada dua, ada lubang telinga, ada daun telinga dan tidak menempel, hidung ada septum dan tidak ada pernafasan cuping hidung, bibir tidak sianosis, tidak ada labioskizis.

Leher dapat bergerak bebas, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bahu simetris tidak ada fraktur klavikula, puting susu simetris, dada tidak ada herniadiafragma, tangan lengkap, lengan tidak ada fraktur humerus, perut berbentuk bulat tidak cembung dan tidak cekung, tidak ada perdarahan tali pusat, alat kelamin testis sudah turun ke skrotum, kaki simetris tidak berbentuk O atau X, jumlah jari lengkap,

punggung tidak ada spina bifida, sudah ada lubang pada anus, kulit ada verniks kasiosa, reflek moro (+), reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek tonick neck (+), reflek graps plantar (+), reflek palmar (+), reflek baby sky (+).

c. Assesment

Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 minggu

d. Planning

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayinya dalam keadaan sehat, nadi 110x/menit, suhu 37 °C, RR 45x/menit, BB 4000 gram, PB 52 cm, ibu terlihat tenang dengan hasil pemeriksaan.
2. Menganjurkan ibu kembali untuk memberikan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping tambahan apapun sampai usia bayi 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi diberi makanan pendamping dan ASI sampai 2 tahun, ibu akan memberikan ASI eksklusif.
3. Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi seperti bayi tampak kuning, tidak mau menyusui, tidur terus menerus, demam, muntah berlebihan, ibu sudah mengetahui tanda bahaya pada bayi.
4. Menganjurkan ibu agar menjaga bayinya tetap bersih, hangat dan kering.

5. Mengingat kembali kepada ibu agar bayinya diberikan imunisasi lengkap sebelum usia 12 bulan sesuai dengan jadwal yang ada di kartu KMS anak secara rutin, sehingga dapat memantau perkembangan anaknya. Seluruh hasil pemeriksaan sudah di dokumentasikan.

Mahasiswa

Pembimbing Akademik

Pembimbing Lapangan

(Azmawati)

(Yenni Ariestanti, S.Si.T.M.Kes)

(Merllin F.P, Am.Keb)