

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N
DI PUSKESMAS SIBELA SURAKARTA**

KARYA TULIS ILMIAH

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



**Oleh :
ANANDA AMALIA OKTARIA SUNARDI
NIM. A2014004**

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

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N
DI PUSKESMAS SIBELA SURAKARTA**

**Oleh :
ANANDA AMALIA OKTARIA SUNARDI
NIM. A2014004**

KARYA TULIS ILMIAH

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



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

HALAMAN PERSETUJUAN

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

Oleh :
ANANDA AMALIA OKTARIA SUNARDI
NIM. A2014004

Surakarta, 12 Juli 2017

Menyetujui,

Pembimbing



Winarni, S.SiT., MPH
NIDN. 0622087101

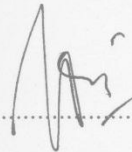
HALAMAN PENGESAHAN

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

Pada tanggal 15 Juli 2017

TIM PENGUJI

TTD

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

MENGESAHKAN,

Ketua Program Studi D-III Kebidanan




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

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

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

Surakarta, 22 Februari 2017

Yang membuat pernyataan



Ananda Amalia Oktaria Sunardi
NIM. A2014004

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.N Di Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta”. Laporan studi kasus ini diajukan untuk memenuhi persyaratan ujian akhir program kompetensi bidan di program studi D-III Kebidanan STIKES ‘Aisyiyah Surakarta.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Laporan Studi Kasus ini tidak lepas dari bantuan banyak pihak yang telah memberikan bimbingan, asuhan dan dukungan kepada penulis. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Mulyaningsih, S. Kep, Ns, M. Kep sebagai Ketua STIKES ‘Aisyiyah Surakarta yang telah memberikan kesempatan dan sarana kepada penulis untuk menyusun karya tulis ilmiah.
2. Endang Sri Wahyuni, S. ST, M. Keb selaku Ketua Program Pendidikan DIII Kebidanan STIKES ‘Aisyiyah Surakarta
3. Winarni, S. SiT, MPH sebagai pembimbing yang telah mencurahkan perhatian dan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengetahuan, dan pengarahan selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. CI lahan dan bidan Puskesmas Sibela Mojosongo sebagai pembimbing lahan yang telah membantu kelancaran pelaksanaan karya tulis ilmiah ini.

5. Ny.N beserta keluarga yang telah bersedia meluangkan waktu dan menjadi subjek dalam penyusunan Studi Kasus ini.
6. Orang tua tercinta yang telah memberikan dorongan baik material, spiritual dan do'a mulianya dalam penyusunan Studi Kasus ini.
7. Teman-teman tersayang Mahasiswa D-III Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Surakarta yang selalu memberikan dukungan semangat dan motivasi selama ini.

Penulis menyadari bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini terdapat banyak kekurangan, maka penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Semoga studi kasus ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Surakarta, 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Halaman Pernyataan	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Singkatan	xiv

BAB I PENDAHULUAN

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

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Medis

1. Kehamilan	7
2. Persalinan	25

3. Bayi Baru Lahir	65
4. Nifas	78
B. Tinjauan Teori Manajemen	
1. Manajemen Kebidanan Pada Ibu Hamil	100
2. Manajemen Kebidanan Pada Ibu Bersalin	113
3. Manajemen Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	128
4. Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas	131
C. Landasan Teori	
1. Asuhan Kebidanan Berkesinambungan	134
2. Standar Asuhan Kebidanan	136
3. Manajemen Asuhan Kebidanan	137
4. Kewenangan Bidan	140

BAB III METODOLOGI

A. Metode Penulisan	135
B. Sumber Data	135
C. Teknik Pengumpulan Data	136
D. Lokasi dan Waktu	136
E. Sistematika Penulisan	137

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Kehamilan	139
B. Persalinan	168
C. Bayi Baru Lahir	194
D. Nifas	204

BAB V PEMBAHASAN

A. Kehamilan	219
B. Persalinan	231
C. Bayi Baru Lahir	241
D. Nifas	244

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	250
B. Saran	251

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Halaman :

Tabel 2.1 Pemberian Imunisasi TT	11
Tabel 2.2 Derajat Kramer	75
Tabel 2.3 Kunjungan Pada Masa Nifas	89

DAFTAR GAMBAR

Halaman :

Gambar 2.1 Mekanisme alur anemia	19
Gambar 2.2 Mekanisme alur asuhan kebidanan <i>continuity of care</i>	135

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 Penapisan Ibu Bersalin

Lampiran 3 Partograf

Lampiran 4 Informed Consent

Lampiran 5 Buku KIA

Lampiran 6 Hasil Laboratorium

Lampiran 7 KTP

Lampiran 8 KK

Lampiran 9 Kartu BPJS

Lampiran 10 Kartu Tanda Pengenal

Lampiran 11 Foto OSOC

Lampiran 12 Foto SOCA

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
MDGs	: Millenium Development Gold
SDGs	: Sustainable Development Gold
Hb	: Haemoglobin
KPD	: Ketuban Pecah Dini
ASI	: Air Susu Ibu
IUD	: Intra Uterine Device
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
KIE	: Komunkasi Informasi Edukasi
SC	: Section Caesaria
UUB	: Ubun-Ubun Besar
MAL	: Metode Amenorea Laktasi
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
PB	: Panjang Badan
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
LD	: Lingkar Dada

KU	: Kesadaran Umum
BBL	: Bayi Baru Lahir
KB	: Keluarga Berencana
IM	: Intra Muskular
IV	: Intra Vena
DJJ	: Detak Jantung Janin
CPD	: Cephalo Pelvic Disporpotion
PI	: Pencegahan Infeksi
APN	: Asuhan Persalinan Normal

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan SDGs. Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 mencapai 109,65 per 100.000 kelahiran hidup, mengalami penurunan cukup signifikan dibandingkan jumlah kasus kematian ibu tahun 2015 yang mencapai 111,16 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Jateng, 2017 : 16). Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 sebesar 99,9 per 1.000 kelahiran hidup. Capaian Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2016 ini masih sama dengan jumlah Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2015 (Dinkes Jateng, 2016 : 12).

Jumlah kasus kematian di Kota Surakarta pada tahun 2016 Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 40,61 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 Angka Kematian Ibu di Kota Surakarta terdapat 5 kasus. Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Surakarta pada tahun 2016 sebesar 4,16 per 1.000 kelahiran hidup. Terjadi peningkatan jumlah AKB dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 19 kasus. Angka Kematian Ibu (AKI) di Puskesmas Sibela

Surakarta pada tahun 2016 terdapat 0 kasus, Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2016 sebanyak 2 kasus (Dinas Kesehatan Surakarta, 2016).

Angka Kematian Ibu (AKI) mencerminkan risiko yang dihadapi ibu-ibu selama kehamilan sampai dengan paska persalinan yang dipengaruhi oleh status gizi ibu, keadaan sosial ekonomi, keadaan kesehatan yang kurang baik menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, Tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan obstetri. Tingginya angka kematian ibu menunjukkan keadaan sosial ekonomi yang rendah dan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan obstetri yang rendah pula. Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh 3 Terlambat yaitu, terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, serta terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan. Selain itu penyebab kematian maternal juga tidak terlepas dari kondisi ibu itu sendiri dan merupakan salah satu dari kriteria 4 “terlalu”, yaitu terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), terlalu muda pada saat melahirkan (<20 tahun), terlalu banyak anak (>4 anak), terlalu rapat jarak kelahiran/paritas (<2 tahun) (Dinkes Jateng, 2015).

Continuity of midwifery care adalah asuhan berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga professional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai 6 minggu pertama postpartum. Maka dari itu untuk mendukung pembangunan kesehatan, penulis ingin melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (continuity of care) pada ibu yang dimulai dari masa hamil, melahirkan, nifas sampai pemilihan KB sebagai upaya untuk mengurangi permasalahan AKI dan AKB di Indonesia (Pratami, 2014).

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dibuat suatu rumusan masalah yaitu “Bagaimana Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.N di Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta?

C. RUANG LINGKUP

1. Lingkup Masalah

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

2. Lingkup Materi

Materi yang penulis gunakan adalah ilmu kebidanan menurut manajemen kebidanan metode Varney dan menggunakan data perkembangan dengan metode SOAP.

3. Lingkup Lokasi

Studi kasus ini dilaksanakan di Desa Tawang Sari dan dibawah bimbingan Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta.

4. Lingkup Waktu

Waktu untuk melakukan studi kasus ini dilaksanakan pada bulan Februari 2017 sampai dengan bulan Juli 2017.

D. PENJELASAN JUDUL

Asuhan kebidanan berkesinambungan adalah upaya yang dilakukan bidan dalam memberikan asuhan secara berkesinambungan dimulai pada masa kehamilan dapat berupa pelayanan antenatal terpadu yang harus memenuhi standar minimal. Pada masa persalinan dapat berupa Asuhan Persalinaan Normal (APN) 58 langkah, sedangkan pada masa nifas dapat berupa kunjungan masa nifas paling sedikit 4 kali sesuai dengan kebutuhan masa nifas : kunjungan 1 (6-8jam post partum), Kunjungan II (6 hari post partum), Kunjungan III (2 minggu post partum), Kunjungan IV (6 minggu post partum) (Kepmenkes, 2010).

E. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.N berdasarkan kompetensi dan kewenangan bidan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan kontrasepsi dengan menggunakan metode Varney dilanjutkan dengan data perkembangan dengan metode SOAP.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.N pada masa hamil di wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta.
- b. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.N pada masa persalinan di wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta.
- c. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.N pada masa neonatus di wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta.
- d. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.N pada masa nifas dan KB di wilayah kerja Puskesmas Sibela Surakarta.

F. MANFAAT

1. Bagi Bidan Puskesmas

Sebagai bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan asuhan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan kontrasepsi.

2. Bagi STIKES ‘Aisyiyah Surakarta

Dapat digunakan sebagai sumber bacaan atau referensi bagi mahasiswa dalam melakukan asuhan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan kontrasepsi, serta untuk meningkatkan kualitas pendidikan di STIKES ‘Aisyiyah Surakarta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Kehamilan

a. Kehamilan Normal

1) Pengertian

Kehamilan adalah masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. (Prawirohardjo, 2006 : 89)

2) Pembagian Trimester

Waktu dalam kehamilan dibagi atas 3 triwulan (trimester)

- a) Kehamilan triwulan I : antara 0-12 minggu
- b) Kehamilan triwulan II : antara 12-28 minggu
- c) Kehamilan triwulan III : antara 28-40 minggu

3) Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan Gejala menurut (Mansjoer, 2001 : 253-254)

a) Tanda-tanda presumtif

- (1) Amenorea (tidak dapat haid)

- (2) Mual dan muntah (enek dan emesis) atau nausea dan vomiting
 - (3) Mengidam (ingin makanan khusus)
 - (4) Pingsan
 - (5) Mamma menjadi tegang dan membesar
 - (6) Anoreksia (tidak ada nafsu makan)
 - (7) Sering kencing
 - (8) Obstipasi
 - (9) Pigmentasi kulit pada kehamilan 12 minggu ke atas
 - (10) Epulis, hipertrofi, pada papil gusi
 - (11) Varices
- b) Tanda-tanda kemungkinan hamil
- (1) Perut membesar
 - (2) Uterus membesar
 - (3) Tanda hegar
 - (4) Tanda Chadwick
 - (5) Tanda Piscaseck
 - (6) Braxton hicks
 - (7) Teraba ballotement
 - (8) Reaksi kehamilan positif
- c) Tanda pasti (tanda positif)
- (1) Gerakan janin yang dapat diraba atau dilihat
 - (2) Denyut jantung janin

4) Jadwal Kunjungan Antenatal

Semua ibu hamil dan suami/keluarga diharapkan ikut serta minimal 1 kali pertemuan. Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut :

- a) 1 kali pada trimester pertama, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu.
- b) 1 kali pada trimester kedua, yaitu selama umur kehamilan 14–28 minggu.
- c) 2 kali pada trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28–36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu.

Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir.

(Kemenkes, 2015 : 55-56)

5) Standar Pelayanan Kehamilan

Dalam melaksanakan pelayanan Antenatal Care, minimal ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut :

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari Trimester I sampai Trimester III yang berkisar antara 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4-0,5 kg tiap minggu mulai Trimester II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi factor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

b) Pemeriksaan tekanan darah

Tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Pre-Eklamsi.

c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

Ukuran normal 1/3 lingkar lengan atas adalah 23,5 cm.

d) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)

Untuk mengetahui pembesaran uterus sesuai umur kehamilan atau tidak.

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

Untuk mengetahui presentasi janin dan normal denyut jantung janin 120-160 x/menit teratur.

f) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan. Untuk mencegah penyakit tetanus pada ibu hamil dan janinnya.

Tabel 2.1. Pemberian Imunisasi TT

Antige	Interval	Lama Perlindungan	% Per lindung-an
TT 1	Kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun*	80
TT 3	6 minggu setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber: Saifuddin, 2009.

Keterangan : * artinya apabila dalam waktu 3 tahun wanita usia subur (WUS) tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari Tetanus Neonatorum.

- g) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan. Untuk mencegah terjadinya anemia. Menurut Sulistyawati, 2010. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil sangat penting untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil. Pemberian tabket Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan. Tablet Fe diberikan pada ibu hamil bermanfaat untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil. Dikonsumsi untuk ibu yang sedang hamil, diminum pada saat menjelang tidur agar tidak menimbulkan efek mual. Diminum dengan menggunakan air putih atau air jeruk.

- h) Test laboratorium (rutin dan khusus)

Untuk pemeriksaan penunjang untuk memeriksa Hb dan Protein Urine.

i) Tatalaksana kasus

Untuk melakukan penatalaksanaan sesuai dengan kode etik bidan.

j) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan.

Untuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.

b. Anemia

1) Pengertian

Anemia adalah istilah yang digunakan pada keadaan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah sampai dibawah 11 gr % (Saifuddin, 2011 : 281).

Hemoglobin merupakan zat berwarna merah yang terdapat dalam bentuk larutan dalam sel darah merah yang fungsi utamanya adalah mengangkut O₂ ke semua bagian tubuh, zat besi, asam folat, vitamin dan unsur mineral lainnya diperlukan untuk pembentukan Hb lebih dibentuk dalam sumsum tulang (Saifuddin, 2001 :28)

2) Macam-macam anemia menurut etiologi

a) Anemia defisiensi besi

Penyebab dari anemia defisiensi besi yaitu kurang gizi, kurang zat besi, kehilangan banyak darah dan juga adanya penyakit kronis lainnya. Untuk pengobatan maka ibu hamil biasanya diberi zat besi oleh dokter agar tidak mengalami anemia.

b) Anemia megaloblastik

Penyebabnya adalah kekurangan asam folat. Asam folat terkandung dalam vitamin B12. Sangat jarang apabila ibu hamil kekurangan vitamin ini karena penyebab anemia megaloblastik ini adalah malnutrisi dan infeksi yang kronik.

c) Anemia hipoplastik

Anemia ini disebabkan karena tidak berfungsinya dengan baik organ sumsum tulang belakang untuk membentuk sel darah merah baru. Penyakit anemia ini memerlukan pemeriksaan diantaranya pemeriksaan darah tepi lengkap, pemeriksaan fungsi sternal dan pemeriksaan retikulosit. Pengobatannya dengan terapi obat-obatan atau transfusi darah.

d) Anemia hemolitik

Disebabkan karena pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya. Gejala utamanya adalah anemia dengan kelainan ambaran darah, kelelahan, kelemahan serta komplikasi alat-alat vital. Pengobatannya bisa dengan transfusi darah dan terapi obat-obatan.

(Harsono, 2013 : 91-92)

3) Patofisiologi

Anemia sering dijumpai dalam kehamilan. Keperluan akan zat-zat makanan bertambah dan terjadi pula perubahan-perubahan dalam darah dan sumsum tulang. Darah bertambah banyak dalam

kehamilan yang lazim disebut hidremia atau hypervolemia. Akan tetapi bertambahnya sel-sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Pertambahan tersebut berbanding sebagai berikut : plasma 30%, sel darah 18% dan hemoglobin 19% (Winkjosastro, 2002 : 448).

Pengenceran darah dianggap sebagai penyesuaian diri secara fisiologis dalam kehamilan dan bermanfaat bagi wanita. Pertama-tama pengenceran itu meringankan beban jantung yang harus bekerja lebih berat dalam masa hamil. Karena sebagai akibat hidremia cardiac output meningkat, kerja jantung lebih ringan, apabila viskositas darah rendah. Resistensi perifer berkurang pula, sehingga tekanan darah tidak naik, kedua pada perdarahan waktu persalinan, banyaknya unsur besi yang lebih sedikit dibandingkan dengan apabila darah ini tetap kental (Winkjosastro, 2002 : 448)

Sebagian besar dari ibu hamil, bersalin dan nifas akan mengalami anemia fisiologis, akan tetapi sewaktu-waktu bisa berubah menjadi anemia patologis. Adapun gejala bisa seseorang terkena anemia pada umumnya cepat lelah, pusing, telinga berdengung, jantung berdebar-debar, susah konsentrasi, mata berkunang-kunang, letih, lesu, mudah tersinggung, kaki bengkak setelah berjalan dan sakit kepala merupakan keluhan umum pada wanita dengan anemia. Manifestasi yang paling menonjol pada anemia adalah pucat, glositis (lidah licin dan merah, stomatitis dan

keilitis angular). Dengan adanya gejala tersebut maka penderita harus selalu dipantau keadaan anemia fisiologisnya pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (Winkjosastro, 2002 : 449).

Dari hasil penelitian Sri Handayani & Triani Yulianti yang berjudul “*Analisis Faktor Asupan Gizi Dan Pemakaian Zat Besi Terhadap Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil*” dapat diketahui bahwa faktor pemakaian zat besi dengan kejadian anemia pada ibu hamil terdapat hubungan yang signifikan antara pemakaian zat besi dan kejadian anemia pada ibu hamil. Dari hasil uji statistik analisis faktor pemakaian zat besi dan kejadian anemia ibu hamil didapatkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga terdapat hubungan yang signifikan. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet besi merupakan faktor penting dalam menjamin peningkatan kadar hemoglobin pada ibu hamil. Kepatuhan minum tablet besi adalah apabila ibu hamil mengkonsumsi 90% dari tablet besi yang seharusnya (Winkjosastro, 1997). Hal tersebut juga sesuai dengan penelitian sunesni (2002) ibu hamil yang tidak patuh dalam mengkonsumsi tablet besi 83,3% mengalami anemia dalam kehamilan.

4) Pengaruh Anemia

Anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan maupun dalam nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyulit timbul akibat anemia seperti :

a) Bahaya selama kehamilan

- (1) Dapat terjadi abortus
- (2) Persalinan prematuritas
- (3) Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim
- (4) Mudah terjadi infeksi
- (5) Ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$)
- (6) Mola hidatidosa
- (7) Hyperemesis gravidarum
- (8) Perdarahan antepartum
- (9) Ketuban pecah dini (KPD)

b) Bahaya saat persalinan

- (1) Gangguan HIS-kekuatan mengejan
- (2) Kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar
- (3) Kala dua lama sehingga dapat melelahkan
- (4) Kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri

c) Bahaya kala nifas

- (1) Terjadi subinvulasi uteri menimbulkan perdarahan post partum
- (2) Pengeluaran ASI berkurang
- (3) Terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan
- (4) Anemia kala nifas dan mudah terjadi infeksi mammae

Dikutip dari hasil jurnal penelitian Indah Risnawati & Allania Hanung tentang “*Dampak Anemia Kehamilan Terhadap Perdarahan Post Partum*” ibu dengan anemia ringan, harus mengurangi kapasitas kerjanya agar dapat menjalani persalinan pervaginam normal. Berdasarkan penelitian sebelumnya, anemia ringan tidak menyebabkan kehamilan risiko tinggi dan hasil persalinan yang buruk. Ibu dengan anemia sedang memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami infeksi, penyembuhan lebih lama dari infeksi, perdarahan, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, maupun kematian bayi. Berdasarkan hasil penelitian ini, dengan jumlah sampel 30 orang, hanya didapatkan ibu hamil 2 kelompok, yaitu ibu hamil tidak anemia dan ibu hamil dengan anemia ringan. Berdasarkan penelitian sebelumnya, anemia yang menyebabkan perdarahan adalah anemia sedang dan berat. Sehingga hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa tidak

ada hubungan yang signifikan antara anemia ringan dan perdarahan adalah sesuai dengan penelitian sebelumnya.

d) Bahaya terhadap janin

(1) Kematian mudiqah

(2) Kematian perinatal

(3) Prematuritas

(4) Dapat terjadi cacat bawaan

(5) Cadangan besi kurang

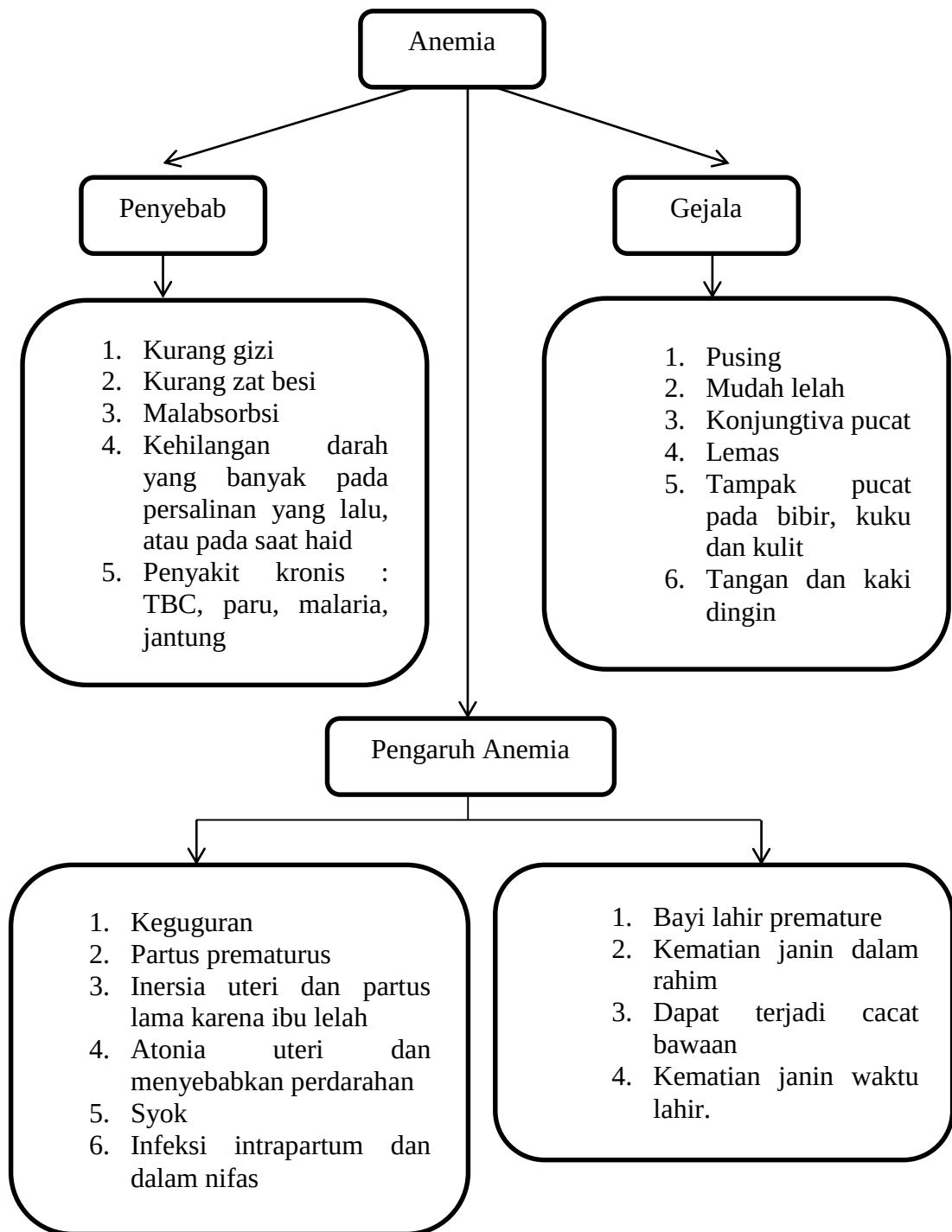
(Manuaba, 1998 : 31-32)

5) Penatalaksanaan

Pada prinsipnya penatalaksanaan penderita anemia pada usaha-usaha pencegahan supaya tidak terjadi anemia berat (anemia patologis). Jika diagnosa anemia ditegakkan, penanganan harus dilakukan dengan mencari dan menghilangkan penyebabnya. Penanganan yang diberikan bisa dalam beberapa bentuk, seperti pengobatan (melalui oral, parenteral maupun transfusi) dan penyuluhan kesehatan (konseling atau KIE) tentang nutrisi ibu (Manuaba, 2001 : 53).

Pengobatan melalui oral lebih aman dan murah, bila dibandingkan dengan parenteral. Transfusi selain mahal juga dapat berbahaya, karena kemungkinan terjadi transfusi, dapat menularkan berbagai penyakit seperti malaria, hepatitis dan AIDS.

Gambar 2.1 Diagram Anemia



Sumber : Harsono, T. 2013. " Permasalahan Kehamilan Yang Sering Terjadi

c. Pengapuran Plasenta

1) Pengertian

Proses fisiologis yang terjadi dalam kehamilan akibat deposisi kalsium pada plasenta, pengapuran pada plasenta terlihat mulai kehamilan 29 minggu dan semakin meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan, terutama setelah kehamilan 33 minggu. Pengapuran plasenta tidak mempunyai arti klinis yang penting. Tidak ada bukti signifikan yang menyatakan bahwa pengapuran pada plasenta bersifat patologis. Pengapuran plasenta lebih sering terjadi pada ibu dengan paritas rendah, perokok, dan ibu dengan kadar kalsium serum yang cukup tinggi. Terdapat kontroversi mengenai korelasi derajat pengapuran plasenta dengan kematangan paru janin, pascamaturitas, pertumbuhan janin terhambat, risiko perdarahan retroplasenta, maupun morbiditas, dan mortalitas perinatal. (Prawirohardjo, 2008 : 264)

2) Derajat Pengapuran Plasenta

a) Derajat Maturasi 0

Cakram khorion tampak halus dan homogen dan pada daerah cakram basalis juga tidak ditemukan daerah ekhogenik. Struktur internal plasenta tampak granular.

b) Derajat Maturasi 1

Cakram khorion masih tampak halus, tetapi pada permukaannya mulai tampak sedikit bergelombang. Di daerah

cakram basalis belum tampak daerah ekhogenik. Pada struktur internal plasenta tampak daerah ekhogenik yang tersebar tidak merata , dengan panjang sekitar 1-4 mm dan berjalan sejajar dengan cakram basalis.

c) Derajat Maturasi 2

Perubahan pada derajat maturasi 2 mencakup ketiga lapisan plasenta. Tampak indentasi yang jelas pada permukaan cakram khorion dan tonjolan-tonjolan seperti koma yang menuju daerah basalis (tetapi belum sampai ke daerah basalis) sehingga plasenta tampak terpisah oleh sekat-sekat. Di daerah cakram basalis, tampak daerah ekhogenik berbentuk linear, pendek, terletak sepanjang stratum basalis. Pada lapisan internal plasenta tampak daerah ekhogenik yang lebih besar dan lebih banyak dibanding plasenta dengan derajat maturasi 1.

d) Derajat Maturasi 3

Cakram khorion tampak terpisah oleh tonjolan-tonjolan ekhogenik yang berjalan dari lapisan permukaan hingga lapisan basalis plasenta. Plasenta tampak terbagia atas rongga dipisahkan oleh sekat-sekat seperti gambaran kotiledon-kotiledon. Setiap kotiledon memiliki daerah ekhogenik dibagian tengahnya. Di dekat cakram khorion tampak daerah ekhogenik padat yang memberikan gambaran shadowing. Selain itu, di dekat cakram basalis juga ditemukan daerah

ekhogenik yang bentuknya lebih besar dan bersatu. Secara umum tampak sebagian gambaran “karangan bunga”

(Endjun, J. J. 2007 : 124-125)

3) Dampak Pengapuran Plasenta

Jika aliran darah dan kondisi plasenta tidak berfungsi optimal sebagaimana mestinya, tentu pertumbuhan janin akan terhambat. Jika pertumbuhan janin terhambat di awal kehamilan, biasanya janin menjadi lebih kecil, jumlah sel juga tidak akan sebanyak jumlah sel pada bayi normal.

4) Penatalaksanaan Pengapuran Plasenta

Apabila sudah terjadi pengapuran plasenta, dokter SpOG akan menyarankan untuk dilakukan tindakan induksi persalinan untuk mengakhiri kehamilan, dengan dilakukan pemantauan kondisi janin secara ketat. Apabila pada saat pemantauan kondisi janin dalam rahim mengalami stress maka dokter akan menyarankan untuk dilakukan tindakan caesar.

d. Persiapan Rujukan

1) Sistem dan Cara Rujukan

Rujukan ibu hamil dan neonatus yang berisiko tinggi merupakan komponen yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan maternal. Dengan memahami sistem dan cara rujukan yang baik, tenaga kesehatan diharapkan dapat memperbaiki kualitas pelayanan pasien.

2) Indikasi Dilakukan Rujukan

Secara umum, rujukan dilakukan apabila tenaga dan perlengkapan di suatu fasilitas kesehatan tidak mampu menatalaksana komplikasi yang mungkin terjadi. Dalam pelayanan kesehatan maternal dan perinatal, terdapat dua alasan untuk merujuk ibu hamil, yaitu ibu dan/ janin yang dikandungnya.

3) Perencanaan Rujukan

- a) Komunikasikan rencana merujuk dengan ibu dan keluarganya, karena rujukan harus mendapatkan persetujuan dari ibu dan/atau keluarganya. Tenaga kesehatan perlu memberikan kesempatan, apabila situasi memungkinkan, untuk menjawab pertimbangan dan pertanyaan ibu serta keluarganya.
- b) Hubungi pusat layanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan sampaikan kepada tenaga kesehatan yang akan menerima pasien.
- c) Hal yang perlu dicatat oleh pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien.
- d) Saat berkomunikasi lewat telepon, pastikan hal-hal tersebut telah dicatat dan diketahui oleh tenaga kesehatan di pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien.
- e) Lengkapi dan kirimlah berkas-berkas yang diperlukan saat proses rujukan sesegera mungkin.

- f) Bila terdapat indikasi, pasien dapat dipasang jalur intravena dengan kanul berukuran 16 atau 18.
- g) Mulai penatalaksanaan dan pemberian obat-obatan sesuai indikasi segera setelah berdiskusi dengan tenaga kesehatan di tujuan rujukan. Semua resusitasi, penanganan kegawatdaruratan dilakukan sebelum memindahkan pasien.
- h) Periksa kembali kelengkapan alat dan perlengkapan yang akan digunakan untuk merujuk, dengan mempertimbangkan juga kemungkinan yang dapat terjadi selama transportasi.
- i) Selalu siap sedia untuk kemungkinan terburuk.
- j) Nilai kembali kondisi pasien sebelum merujuk.
- k) Catat dengan jelas semua hasil pemeriksaan berikut nama tenaga kesehatan dan jam pemeriksaan terakhir.

4) Perlengkapan

Perlengkapan dan modalitas transportasi secara spesifik dibutuhkan untuk melakukan rujukan tepat waktu (kasus kegawatdaruratan obstetric). Pada dasarnya, perlengkapan yang digunakan untuk proses rujukan ibu.

(Edukia. 2013)

2. Persalinan

a. Persalinan Normal

1) Pengertian

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (bayi, plasenta, air dan kulit ketuban) melalui jalan lahir atau perut ibu (*section caesaria*). Sedangkan persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dengan kekuatan ibu sendiri (tanpa tindakan tertentu), melalui jalan lahir ibu, umur kehamilan aterm, ibu dan bayi yang dilahirkan dalam keadaan baik (sejahtera) (Handayani, 2011 : 83-84)

2) Permulaan Persalinan

- a) Penurunan kepala janin
- b) Perubahan bentuk uterus yaitu lebih melebar karena fundus uteri turun.
- c) Munculnya nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang karena adanya kontraksi otot rahim.
- d) Terjadi perlunakan dinding serviks karena adanya kontraksi otot rahim.
- e) Terjadi pengeluaran lendir. (Prawirohardjo, 2008 : 299)

3) Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

- a) Power atau tenaga yang mendorong bayi

(1) HIS adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

(a) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks.

Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri

(b) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.

(2) Tenaga mengejan

(a) Kontraksi otot-otot dinding perut

(b) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan

(c) Paling efektif saat kontraksi/his

(Yeyeh R, dkk, 2009 : 13-18)

b) Faktor janin (pasanger)

Faktor janin (pasanger) bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak; hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian.

Saat persalinan, rongga panggul secara perlahan akan diisi oleh kepala janin yang mendistensi vagina, rectum tertekan, sebagaimana pula kandung kemih yang berada dibawah tekanan tambahan segmen bawah rahim yang terenggang, tempat kandung kemih melekat.

Yang menjadi bagian dari faktor passenger meliputi tulang tengkorak, ukuran-ukuran kepala, ukuran badan lain, postur janin dalam rahim.

(Yeyeh, R dkk, 2009 : 18-22)

c) Faktor jalan lahir (passage)

Faktor jalan lahir di bagi atas bagian tulang yang terdiri atas tulang-tulang panggul dengan persendiannya (artikulasio) dan bagian lunak yang terdiri atas otot-otot , jaringan-jaringan, dan ligament-ligamen (Asrinah, 2010 : 15)

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

4) Mekanisme Persalinan

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

a) Engagement

Karena adanya his atau kontraksi, kepala janin terfiksasi ke pintu atas panggul dalam posisi sutura sagitalis melintang dimana tubuh janin semakin fleksi , dengan catatan tidak ada kelainan panggul, baik pada jalan lahir keras maupun lunak, serta janin dan panggul dalam ukuran normal, peristiwanya dinamakan sinklitis.

b) Descent

Terjadinya penurunan kepala, sutura sagitalis mendekati simpisis, peristiwanya dinamakan asinklitis posterior.

c) Fleksi

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

d) Fleksi maksimal

Kepala janin berada posisi fleksi maksimum, mentum mendekati dada, sehingga kepala janin pada bagian terkecil masuk dan berjalan. Ditengah jalan lahir ke rongga tengah panggul, peristiwanya disebut sinklitis.

e) Rotasi internal

Putaran paksi dalam saat bagian terendah janin atau kepala menyentuh dasar panggul, sehingga sutura sagitalis berada

pada posisi anterior-posterior, yaitu dalam pintu tengah panggul.

f) Ektensi

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

g) Ekspulsi kepala janin

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

h) Rotasi eksterna

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

(Sulistyowati, 2010 : 110).

5) Tahap-tahap Persalinan

Tahapan dari persalinan terdiri dari kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan/observasi/pemulihan).

a) Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu :

(1) Fase laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.

(2) Fase aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase:

(a) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(b) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

(c) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi pembukaan lengkap.

Proses diatas terjadi apabila pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu

yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

b) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
- (4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :
 - (a) Kepala membuka pintu
 - (b) Subocciput bertindak sebagai hipomoglion. Kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- (5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- (6) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara :
 - (a) Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke

bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.

(b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.

(c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

(7) Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1-1,5 jam.

c) Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini :

(1) Uterus menjadi bundar.

(2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.

(3) Tali pusat bertambah panjang.

(4) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial.

d) Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi/Pemulihan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi

pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut :

- (1) Kontraksi rahim : baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan massase dan berikan uterotonika, seperti methergin, atau ermetrin dan oksitosin.
 - (2) Perdarahan : ada atau tidak, banyak atau tidak.
 - (3) Kandung kemih : harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
 - (4) Luka-luka : jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
 - (5) Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
 - (6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
 - (7) Bayi dalam keadaan baik.
- (Jenny J.S, 2013 : 5-8).

6) Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

a) Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Kala I

(1) Pemberian Dukungan Persalinan

Lingkungan dan suasana yang rileks dan ramah sangat membantu ibu dan pasangannya untuk cepat merasa nyaman. Bidan harus dapat membatasi pergerakan orang-orang yang masuk ke ruangan bersalin sesedikit mungkin dan suasana harus diarahkan tetap santai dan hening. Teman yang mendukung merupakan sumber kekuatan yang besar dan memberikan kesinambungan yang tidak mungkin diberikan oleh pemberi asuhan. Pemberian informasi selengkapnya tentang kemajuan persalinan dan semua perkembangan selama proses persalinan. Setiap pengobatan atau intervensi, yang mungkin akan dilakukan, harus dapat diantisipasi dan dijelaskan. Calon orang tua tersebut harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Ingatkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi dan dukung sewaktu ia menggali pengetahuannya tentang teknik tersebut.

Apabila ibu belum pernah mengetahuinya, bidan berusaha mengajarkan kepada ibu dengan intruksi yang sederhana mengenai teknik bernafas serta mendorong ibu untuk menggunakan teknik tersebut. Dorongan, semangat

dan ucapan lembut pada setiap usai kontraksi atau pujian non verbal yang dilontarkan bidan seringkali cukup memberi ibu semangat.

(2) Persiapan Persalinan

Pastikan ketersediaan bahan dan sarana yang memadai dan upaya pencegahan infeksi dilaksanakan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik, dan terlindungi dari tiupan angin. Sumber air bersih yang mengalir untuk cuci tangan dan mandi ibu sebelum dan sesudah melahirkan. Air desinfeksi tingkat tinggi (air yang dididihkan dan didinginkan) untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum pemeriksaan dalam selama persalinan dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir. Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan. Pastikan bahwa kamar kecil dan kamar mandi telah didekontaminasi dengan larutan klorin 0,5%, dibersihkan dengan detergen dan air sebelum persalinan dimulai (untuk melindungi ibu dari risiko infeksi), setelah bayi lahir (melindungi keluarga terhadap risiko infeksi dari darah dan sekret tubuh ibu).

Pastikan bahwa privasi ibu tetap terjaga, penerangan yang cukup, baik siang maupun malam. Tempat tidur yang

bersih untuk ibu, tutupi kasur dengan plastik atau lembaran yang mudah dibersihkan, jika terkontaminasi selama persalinan atau kelahiran. Tempat yang bersih untuk memberikan asuhan bayi baru lahir. Meja yang bersih atau tempat tertentu untuk menaruh peralatan persalinan. Pada setiap persalinan dan kelahiran bayi, hal-hal yang harus dilakukan bidan adalah memeriksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti pakaian yang hilang atau rusak. Periksa semua obat dan bahan sebelum dan setelah menolong ibu dan melahirkan. Segera ganti obat apapun yang telah digunakan atau hilang. Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan telah bersih dan siap pakai, set partus, set jahit, dan peralatan resusitasi bayi baru lahir telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.

(3) Persiapan Rujukan

Apabila terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan dan perawatan serta hasil penilaian, bila perlu dirujuk, termasuk partograf yang telah dilengkapi untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

(4) Pemberian Asuhan Sayang Ibu Selama Persalinan

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan menggugah emosi ibu dan keluarga. Akan tetapi, persalinan dapat pula menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Oleh karena itu, pastikan bahwa setiap ibu mendapatkan asuhan sayang ibu selama persalinan dan kelahiran untuk meringankan kondisi seperti menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bersikap dan bertindak tenang dan berikan dukungan penuh selama persalinan dan kelahiran bayi. Menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh ibu atau anggota keluarganya. Menganjurkan suami dan anggota keluarga ibu untuk hadir dan memberikan dukungannya. Mewaspada tanda penyulit selama penyakit persalinan dan lakukan tindakan yang sesuai jika diperlukan. Menyiapkan rencana rujukan.

(5) Pelaksanaan Upaya Pencegahan Infeksi (PI) yang Direkomendasikan.

Anjurkan keluarga untuk mencuci tangan mereka sebelum dan setelah melakukan kontak dengan ibu dan bayi baru lahir. Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian bayi baru lahir.

(6) Pemenuhan Kebutuhan Fisik Dan Psikologis Ibu Dan Keluarga.

Pemenuhan kebutuhan fisik, meliputi kebersihan dan kenyamanan, pemilihan posisi apapun yang dipilihnya, menyarankan alternative hanya bila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi diri sendiri atau bayinya, kontak fisik pasangan ibu hendaknya didorong untuk mau berpegangan tangan dengannya, menggosok punggungnya, menyeka wajahnya dengan spons atau mungkin mendekapnya dan pijatan ringan dapat diberikan pada ibu yang mengalami sakit punggung atau nyeri selama persalinan. Pijatan lembut pada daerah perut untuk sebagian ibu dapat terasa menyenangkan.

Pemenuhan kebutuhan psikologis meliputi, persiapan untuk persalinan, memberikan informasi, mengurangi kecemasan, keikutsertaan dalam perencanaan. Semua ibu dapat menyadari keharusan untuk melahirkan anaknya pada tahap tertentu selama persalinannya. Setiap ibu hamil harus memperoleh kesempatan untuk membentuk hubungan dengan bidan tertentu. Ibu dapat merasa rileks serta bebas meminta informasi.

(7) Pendokumentasian Kala I

Selama persalinan berlangsung normal sesuai dengan partograf, bidan dapat membuat rencana penatalaksanaan sepanjang kala I.

b) Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Kala II

- (1) Memberikan asuhan sayang ibu seperti memberikan dukungan emosional kepada ibu, termasuk melatih ketrampilan dalam menanamkan percaya diri, menyatakan perhatian dan ketergantungan dan membuat ibu merasa aman dan puas. Dukung dan anjurkan suami atau anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran. Anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mengenali langkah-langkah yang mungkin sangat membantu menciptakan kenyamanan pada ibu. Pengaturan posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahiran. Ibu boleh berjalan, duduk, berdiri, jongkok, berbaring, miring atau merangkak. Hindari mengatur posisi ibu terlentang karena berat uterus dan isinya (cairan amnion, janin, plasenta, dll) dapat menekan vena cava inferior yang berakibat hipoksia janin. Posisi terlentang juga dapat memperlambat kemajuan persalinan. Pemberian cairan nutrisi dan asupan karbohidrat selama persalinan. Anjurkan ibu untuk mendapat asupan makanan ringan dan

minum air selama proses persalinan, karena hal tersebut dapat menghasilkan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Pengosongan kandung kemih dengan menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan. Ibu harus berkemih paling sedikit 2 jam atau lebih sering, jika terasa ingin berkemih dan jika kandung kemih dirasakan penuh. Kandung kemih penuh dapat berakibat hal-hal seperti memperlambat penurunan bagian terbawah janin dan mungkin menyebabkan partus macet, menyebabkan ketidaknyamanan ibu, meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan resiko infeksi saluran kemih. Menolong sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal

(a) Mengenali Gejala Tanda Kala II

Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II, seperti : ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran, ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan spingter ani membuka.

(b) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi BBL : tempat resusitasi datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat, lampu 60 watt dengan jarak 60cm dari tubuh bayi, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, tabung atau balon dan sungkup. Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set. Pakai celemek plastic, 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, pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam, masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

(c) Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik.

Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi, 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 klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan, pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/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.

(d) Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran.

Beritahukan bahwa pembukan 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. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat ingin meneran. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran bila caranya tidak sesuai. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya

(kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama). Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu. Berikan cukup asupan cairan peroral (minum). Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. Segera rujuk bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran untuk primigravida atau 60 (1 jam) meneran pada multigravida.

(e) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu, buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan, pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

(f) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

Lahirnya kepala : 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 agar tidak terjadi defleksi secara cepat. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan

dangkal. 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 bagian atas kepala bayi, jika tali pusat melilit leher secara kuat klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu : setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai : setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

(g) Penanganan Bayi Baru Lahir

Lakukan penilaian BBL sebagai berikut : sebelum bayi lahir, apakah kehamilan cukup bulan? Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur meconium (warna kehijauan). Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan), sambil menempatkan bayi diatas perut ibu, lakukan penilaian (selintas), apakah bayi menangis, bernafas/tidak megap-megap, apakah tonus otot bayi baik / bayi bergerak aktif. Jika bayi cukup bulan, ketuban tidak akan bercampur dengan mekonium, menangis atau bernafas normal/ megap-megap dan bergerak aktif, keringkan tubuh bayi. Jika bayi tidak cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau bayi bernafas megap-megap dan atau bayi lemas lakukan manajemen bayi dengan asfiksia.

Mengeringkan tubuh bayi, keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain kering. Biarkan bayi diatas perut ibu. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi di dalam uterus (bayi tunggal).

Pemotongan dan pengikatan tali pusat, dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

c) Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Kala III

(1) Manajemen Aktif Kala III (MAK III)

- (a) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin). Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal

(ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

(b) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

(c) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

(d) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri).

(2) Mengeluarkan plasenta

(a) Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial)

(b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

(c) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan

tempatkan plasenta pada wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

(3) Rangsangan Taktil (Massase Uterus)

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

(4) Menilai perdarahan

Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

d) Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Kala IV

- (1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (2) Lakukan inisiasi menyusui dini dan biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit dada ibu paling sedikit 1

jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Setelah bayi selesai menyusu dalam 1 jam pertama, beri vitamin K1 1 mg IM di paha kiri dan salep mata antibiotika.

(3) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

(4) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, beri imunisasi hepatitis B di paha kanan. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan. Letakkan kembali bayi pada dada ibu jika bayi belum berhasil menyusu di dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

(5) Evaluasi

Lanjutkan pemantauan kontraksi dan 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. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih serta 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan. Periksa temperature tubuh ibu sekali setiap 1 jam selama 2 jam pasca persalinan. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal. Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. Pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal ($36,5-37,5^{\circ}\text{C}$). jika terdapat nafas cepat, retraksi dinding dada bawah yang berat, sulit bernafas, merintih, lakukan rujukan (lihat MTBM). Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi untuk kontak kulit bayi ke kulit ibunya, selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.

(6) Kebersihan dan Keamanan

- (a) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- (b) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- (c) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

(d) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

(e) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

(f) 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.

(g) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

(7) Dokumentasi

Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang),
periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

7) Partograf

Menurut JNPK-KR (2008 ; 57), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik dan digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam

b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya persalinan lama

c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, pemeriksaan laboratorium , membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medic ibu bersalin dan bayi baru lahir. Pencatatan selama fase aktif persalinan :

d) Informasi tentang ibu

Nama, umur, gravida, para, abortus, nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat.

e) Kondisi janin

(1) DJ, catat setiap 30 menit.

(2) Warna dan adanya air ketuban.

U : Selaput utuh.

J : Selaput pecah

M : Air ketuban bercampur mekonium

D : Air ketuban bercampur darah

K : Tidak ada cairan ketuban atau kering

(3) Penyusupan (molase) kepala Janin.

0 : Sutura terpisah.

1 : Sutura yang tepat atau bersesuaian

2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki.

3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

f) Kemajuan persalinan

Pembukaan serviks dimulai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x). Penurunan bagian terbawah janin, catat dengan tanda lingkaran (o) pada setiap dalam. Pada posisi 0/5 atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis. Garis waspada dan garis bertindak.

g) Jam dan waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan. Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

h) Kontraksi uterus

Catat setiap setengah jam. Lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya setiap kontraksi dalam hitungan detik : Kurang dari 20 detik, antara 20 detik dan 40 detik, lebih dari detik.

i) Obat-obatan dan cairan yang digunakan

Oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan Intra vena (IV) yang diberikan.

j) Kondisi ibu

Nadi setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar. Tekanan darah catat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah. Suhu badan catats etiap 2 jam. Urin (volume, aseton dan protein) catat setiap kali ibu BAK.

b. Induksi Persalinan

1) Pengertian

Persalinan yang dimulai dengan cara-cara artifisial.

2) Indikasi Dilakukan Induksi

a) Indikasi maternal

(1) Ruptura spontan ketuban : jika kehamilan sudah dalam 2 minggu aterm dan persalinan belum mulai setelah 24 jam, maka induksi dengan oxytosin harus dipertimbangkan.

(2) Toksemia gravidarum : polyhidramnion adalah pengumpulan cairan ketuban dalam jumlah yang berlebihan. Keluhan rasa tertekan dan sesak dapat begitu hebat sehingga pasiennya tidak tahan lagi.

(3) Perdarahan antepartum : termasuk disini semua kasus plasenta letak rendah dan solutio plasenta yang ringan, dimana perdarahan tidak bisa diatasi dengan istirahat ditempat tidur atau kalau bayinya sudah meninggal.

(4) Intrauterine fetal death : pada kasus-kasus yang terpilih, persalinan diinduksi untuk meredakan rasa tegang pada ibu yang mengandung janin-mati dan untuk mencegah terjadinya afibrinogenemia.

(5) Kanker : pengakhiran kehamilan bertujuan untuk memungkinkan tindakan pembedahan, radiasi atau terapi dengan bahan-bahan kimia untuk lesi tersebut, atau semata-

mata hanya untuk mengurangi beban yang menimpa daya tahan dan kekuatan diri si penderita.

- (6) Riwayat persalinan cepat : tujuannya adalah untuk menghindari terjadinya kelahiran dirumah atau pada perjalanan menuju rumah sakit.

b) Indikasi fetal

- (1) Diabetes maternal : bayi cenderung menjadi besar dan sering meninggal dalam rahim pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Karena itu, kehamilan harus diakhiri pada saat sekitar minggu ke-37.
- (2) Inkompatibilitas rhesus : kalau janin mengalami sensitisasi atau kalau ada riwayat kematian janin dalam rahim pada kehamilan-kehamilan sebelumnya, induksi dini persalinan kadangkala merupakan indikasi atau diperlukan.
- (3) Reccurent intrauterine death : kematian intrauterin dekat saat aterm pada kehamilan yang lalu merupakan alasan yang rasional untuk melakukan induksi dini persalinan.

3) Syarat Induksi

- a) Presentasi : presentasi harus kepala. Induksi persalinan tidak boleh dilakukan bila ada letak lintang, presentasi majemuk dan sikap ekstensi pada janin, dan hampir tidak boleh dilakukan jika bayi presentasi bokong.

- b) Stadium kehamilan : semakin kehamilan mendekati masa aterm, semakin mudah pelaksanaan induksi.
- c) Stasiun : kepala bayi harus sudah masuk panggul, semakin rendah kepala bayi, semakin mudah dan semakin aman prosedur tersebut.
- d) Kematangan serviks : cerviks harus sudah mendatar, panjangnya kurang dari 1,3 cm (0,5 inchi), lunak, bisa dilebarkan dan sudah membuka untuk dimasuki sedikitnya satu jari tangan dan sebaiknya 2 jari tangan. Cincin ostium internum tidak boleh kaku. Keadaan yang lebih menguntungkan adalah bilamana servik berada dalam garis pusat jalan lahir atau di sebelah anteriornya. Kalau servik di sebelah posterior, kondisi untuk induksi kurang menguntungkan.
- e) Paritas : induksi pada multipara jauh lebih mudah dan lebih aman ketimbang pada primigravida, dan angka keberhasilan meningkat bersama-sama paritas.
- f) Maturitas janin : umumnya semakin kehamilan mendekati 40 minggu, semakin baik hasilnya bagi janin. Kalau kehamilan harus diakhiri sebelum aterm, pengujian maturitas janin harus dilakukan untuk menetapkan sejauh mungkin apakah janin akan dapat hidup diluar kandungan. Test-test ini mencakup pemeriksaan klinis, pengukuran ultrasonografi diameter biparietalis kepala dan sirkumferentia tubuh, serta penentuan

ratio L/S, creatinin, bilirubin dan sel-sel lemak dalam cairan ketuban.

4) Metode Induksi

- a) Metode medis
- b) Metode hormonal
- c) Batang laminaria
- d) Injeksi larutan ecbolic secara intraamniotik

(William R & Oxorn H, 2010 : 558-568)

5) Dampak Induksi

Dikutip dari hasil jurnal penelitian Reni Tri L & Yuniar Wardani yang berjudul “ *Induksi Persalinan Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir*” yang menyatakan bahwa bayi yang dilahirkan dengan induksi persalinan diperkirakan 2,36 kali memiliki risiko asfiksia daripada bayi yang tidak dilakukan induksi pada saat persalinan, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara induksi persalinan dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.

6) Induksi Misoprostol

- a) Penggunaan misoprostol untuk pematangan serviks hanya pada kasus-kasus tertentu misalnya :

(1) Preeklampsia berat/eklampsia dan serviks belum matang sedangkan seksio sesarea belum dapat segera dilakukan atau bayi terlalu premature untuk bisa hidup.

- (2) Kematian janin dalam rahim lebih dari 4 minggu belum inpartu, dan terdapat tanda-tanda gangguan pembekuan darah.
- b) Tempatkan tablet misoprostol 25 mcg di forniks posterior vagina dan jika his tidak timbul dapat diulangi setelah 6 jam.
 - c) Jika tidak ada reaksi setelah 2 kali pemberian 25 mcg, naikan dosis menjadi 50 mcg tiap 6 jam.
 - d) Pemberian tidak boleh lebih dari 50 mcg setiap kali pakai dan tidak boleh lebih dari 4 dosis atau 200 mcg.
 - e) Misoprostol mempunyai risiko meningkatkan kejadian rupture uteri. Oleh karena itu, hanya dikerjakan di pelayanan kesehatan yang lengkap (ada fasilitas operasi).

(Saefuddin, Abdul Bari. 2010)

7) Induksi Oxytocin

- a) Oxytocin digunakan secara hati-hati karena gawat janin dapat terjadi dari hiperstimulasi. Walaupun jarang, ruptura uteri dapat pula terjadi, terutama pada multipara. Senantiasa lakukan observasi ketat pada pasien yang mendapat oxytocin.
- b) Dosis efektif oxytocin bervariasi. Infus oxytocin dalam dekstroser atau garam fisiologik, dengan tetesan dinaikkan secara gradual sampai his adekuat. Pertahankan tetesan sampai persalinan.

- c) Pantau denyut nadi, tekanan darah, dan kontraksi ibu hamil, dan periksa denyut jantung janin (DJJ).
- d) Kaji ulang indikasi.
- e) Baringkan ibu hamil miring ke kiri.
- f) Catat semua pengamatan pada partograf tiap 30 menit, dan selalu langsung setelah kontraksi. Apabila DJJ kurang dari 100 per menit, segera hentikan infus.
- g) Infus oxytocin 2,5 unit dalam 500 cc dekstrose (atau garam fisiologik) mulai dengan 10 tetes per menit.
- h) Naikkan kecepatan infus 10 tetes per menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) dan pertahankan sampai terjadi kelahiran.
- i) Jika terjadi hiperstimulasi (lama kontraksi lebih dari 60 detik) atau lebih dari 4 kali kontraksi dalam 10 menit, hentikan infus dan kurangi hiperstimulasi dengan :
 - (1) Tertabulin 250 mcg IV pelan-pelan selama 5 menit.
 - (2) Salbutamol 5 mg dalam 500 ml cairan (garam fisiologik atau Ringer Laktat) 10 tetes per menit.
- j) Jika tidak tercapai kontraksi yang adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) setelah infus oxytocin mencapai 60 tetes per menit :

- (1) Naikkan konsentrasi oxytocin menjadi 5 unit dalam 500 ml dekstrose (atau garam fisiologik) dan sesuaikan kecepatan infus sampai 30 tetes per menit (15 mlU/ml)
 - (2) Naikkan kecepatan infus 10 tetes per menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) atau setelah infus oxytocin mencapai 60 tetes per menit.
- k) Jika masih tidak tercapai kontraksi yang adekuat dengan konsentrasi yang lebih tinggi :
- (1) Pada multigravida, induksi dianggap gagal, lakukan seksio sesarea.
 - (2) Pada primigravida, infus oxytocin bisa dinaikkan konsentrasinya yaitu :
 - (a) 10 unit dalam 500 ml (atau garam fisiologik) 30 tetes per menit.
 - (b) Naikkan 10 tetes tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat.
 - (c) Jika kontraksi tetap tidak adekuat setelah 60 tetes per menit (60 mlU per menit) lakukan seksio sesarea.

c. Kala I Lama

1) Pengertian Kala I Lama

Persalinan yang berlangsung lebih lama dari 24 jam digolongkan sebagai persalinan lama. (Oxorn H & William R, 2010 : 607)

2) Etiologi

Menurut Mochtar (2011), sebab-sebab terjadinya kala I lama yaitu:

- a) Kelainan letak janin
- b) Kelainan-kelainan panggul
- c) Kelainan his
- d) Janin besar atau ada kelainan kongenital
- e) Primitua
- f) KPD (Ketuban Pecah Dini)

3) Klasifikasi Kala I lama

a) Fase laten memanjang

Adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu (Prawirohardjo. 2008 : 570).

b) Fase aktif memanjang

Adalah fase yang lebih panjang dari 12 jam dengan pembukaan serviks kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan 6 jam rata-rata 2,5 jam dengan laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam pada multigravida (Oxorn, H & William, R. F. 2010 : 607)

4) Akibat Dari Kala I Lama

Dikutip dari jurnal Bidan “ *Midwife Jurnal*” Volume 1, No. 1, Januari 2015. Partus lama memberikan kontribusi sebanyak 2 kasus (3,85%) menyebabkan kematian pada bayi baru lahir. Hal ini sesuai dengan Sulaiman (2010) yang mengatakan bahwa dampak partus lama pada bayi adalah dapat merugikan, apabila panggul sempit dan juga terjadi ketuban pecah lama serta infeksi intra uterus. Infeksi intrapartum bukan saja merupakan penyulit yang serius pada ibu, tetapi juga merupakan penyebab penting kematian janin dan neonatus.

a) Terhadap Janin

- (1) Trauma
- (2) Asidosis
- (3) Kerusakan Hipoksik
- (4) Infeksi
- (5) Peningkatan Mortalitas serta Morbiditas Perinatal.

b) Terhadap Ibu

- (1) Penurunan semangat
- (2) Kelelahan
- (3) Dehidrasi
- (4) Asidosis
- (5) Infeksi
- (6) Resiko Ruptur Uterus

(7) Perlunya intervensi bedah meningkatkan Mortalitas Dan Morbiditas.

5) Penatalaksanaan Kala I Lama

a) Periksa denyut jantung janin selama atau segera setelah his. Hitung frekuensinya sekurang kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif. Jika terdapat gawat janin, lakukan secsio sesaria. Kecuali jika syarat-syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forcep.

b) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah. Pikirkan kemungkinan gawat janin.

c) Jika tidak ada ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin menyebabkan gawat janin.

(1) Perbaiki keadaan umum dengan memberikan dukungan emosional. Bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak, duduk dengan posisi berubah.

(2) Berikan cairan baik secara oral atau parenteral dan upaya buang air kecil.

d) Bila penderita merasakan nyeri yang sangat berikan analgesik : tramadol atau penitidin 25mg dinaikkan samapai maksimum 1 mg/Kg atau morfin 10 mg IM

(Saifudin, abdul bari. 2002: Mk-49)

e) Servix matang, mendatar, lunak dan pembukaan 2,5 hingga 3,0 cm.

(1) Amniotomi.

(2) Oxytocin.

f) Cervix belum matang, berikan terapi suportif. Pasien diberikan makanan bergizi, ditenangkan pikirannya

3. Bayi Baru Lahir

a. Bayi Baru Lahir Normal

1) Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram.(Asuhan kesehatan anak dalam konteks keluarga, 1992 : 93)

2) Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

a) Berat badan lahir 2500 gram – 4000 gram

b) Panjang badan lahir 48-52 cm

c) Lingkar dada 30-38 cm

d) Lingkar kepala 33-35 cm

e) Bunyi jantung dalam menit menit pertama kira-kira 180 x/menit, kemudian menurun sampai 120-140 x/menit

f) Pernafasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80 x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 x/menit.

- g) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi vernik caseosa.
- h) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i) Kuku telah agak panjang dan lemas.
- j) Genetalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki).
- k) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l) Reflek moro sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
- m) Eliminasi, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama. (Asuhan kesehatan anak dalam konteks keluarga, 1992 : 93)

3) Reflek-reflek Bayi Baru Lahir

a) Reflek menghisap (sucking reflex)

Gerakan menghisap dimulai ketika puting susu ibu ditempatkan dalam mulut neonates.

b) Reflek menelan (swallowing reflex)

Neonatus akan melakukan gerakan menelan ketika pada bagian posterior lidahnya diteteskan cairan, gerakan ini harus terkoordinasi dengan gerakan pada refleks menghisap.

c) Reflek moro

Ketika tubuh neonatus diangkat dari boks bayi dan secara tiba-tiba diturunkan, maka kedua lengan serta tungkainya memperlihatkan gerakan ekstensi yang simetris dan diikuti oleh gerakan abduksi, ibu jari tangan dan jari telunjuk akan terentang sehingga menyerupai bentuk huruf C.

d) Rooting reflek

Reflek mencari sumber rangsangan, gerakan neonatus menoleh ke arah sentuhan yang dilakukan pada pipinya

e) Reflek leher yang tonik (tonic neck reflek)

Sementara neonatus dibaringkan dalam posisi telentang dan kepalanya ditolehkan ke salah satu sisi, maka ekstremitas pada sisi hemolateral akan melakukan gerakan ekstensi sementara ekstremitas pada sisi kontralateral melakukan gerakan fleksi.

f) Reflek Babinski

Goresan pada bagian lateral telapak kaki di sisi jari kelingking ke arah dan menyilang bagian tumit telapak kaki akan membuat jari-jari kaki bergerak mengembang ke arah atas (gerakan ekstensi dan abduksi jari-jari)

g) Palmar grasp

Penempatan jari tangan kita pada telapak tangan neonatus akan membuatnya menggenggam jari tangan tersebut dengan cukup kuat sehingga dapat menarik neonatus ke dalam.

h) Stepping reflek

Tindakan mengangkat neonatus dalam posisi tubuh yang tegak dengan kedua kaki menyentuh permukaan yang rata akan memicu gerakan seperti menari atau menaiki anak tangga (stepping)

i) Reflek terkejut (startle reflex)

Bunyi yang keras seperti bunyi tepukan tangan akan menimbulkan gerakan abduksi lengan dan fleksi siku, kedua tangan terlihat mengempal.

j) Tubuh melengkung (trunk incurvature)

Ketika sebuah jari pemeriksa menulusuri bagian punggung neonatus di sebelah lateral tulang belakang, maka badan neonatus akan melakukan gerakan fleksi (melengkung ke depan) dan pelvis berayun ke arah sisi rangsangan.

k) Plantar grasp

Sentuhan pada daerah di bawah jari kaki oleh jari tangan pemeriksa akan menimbulkan gerakan fleksi jari kaki untuk menggenggam jari tangan pemeriksa (serupa dengan palmar grasp)

(Anita Lockhart, 2014 : 52-53)

4) Penanganan Bayi Baru Lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, ialah :

a) Membersihkan jalan napas

Bayi normal akan menangis segera setelah lahir, bila bayi tak segera menangis, maka segera bersihkan jalan nafas dengan cara :

- (1) Letakkan bayi pada posisi terlentang , ditempatkan yang keras dan hangat.
- (2) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu bayi sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk.
- (3) Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- (4) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.

b) Memotong dan merawat tali pusat

Dengan menggunakan klem DTT, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan kedua dengan jarak sekitar 2 cm dari tempat jepitan pertama pada sisi atau mengarah ke ibu. Pegang tali pusat antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali

pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting desinfeksi tingkat tinggi atau steril. Setelah memotong tali pusat, ganti handuk basah dan selimut selimut bayi dengan selimut atau kain yang bersih dan kering. Pastikan bahwa bayi terselimuti dengan baik.

c) Mempertahankan suhu tubuh bayi

(1) Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme pengaturan temperature tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia, sangat berisiko tinggi untuk mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat.

(2) Mekanisme kehilangan panas

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut :

(a) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas.

Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera

dikeringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

(b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, contohnya meja, tempat tidur dan timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan diatas benda-benda tersebut.

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

(d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung)

d) Rangsangan taktil

Mengeringkan tubuh bayi juga merupakan tindakan stimulasi. Untuk bayi yang sehat, hal ini biasanya cukup untuk merangsang terjadinya pernafasan spontan. Jika bayi tidak memberikan respon terhadap pengeringan, rangsangan, dan menunjukkan tanda-tanda kegawatan, segera lakukan resusitasi untuk membantu pernafasan.

e) Memberi Vit K

Semua bayi baru lahir harus diberikan vit K injeksi 1mg secara IM di paha kiri segera mungkin untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. ½ jam setelah lahir di injeksi vit K.

f) Merawat mata bayi

Tetes mata untuk pencegahan infeksi mata dapat diberikan setelah ibu dan keluarga memomong dan bayi diberi ASI. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan salep mata tetrasiklin 1%. Salep antibiotika tersebut harus diberikan dalam waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

g) Identifikasi BBL

Alat pengenal untuk memudahkan identifikasi bayi perlu dipasang segera pasca persalinan. Alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan. (Saefudin, Abdul Bari, 2002 : 35)

h) Pemberian Imunisasi Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Terdapat jadwal pemberian imunisasi hepatitis B, jadwal pertama imunisasi hepatitis B sebanyak 3 kali, yaitu pada usia 0 (segera setelah lahir menggunakan uniject), jadwal kedua imunisasi sebanyak 4 kali yaitu pada usia 0 dan DPT+hepatitis B pada 2,3 dan 4 bulan usia bayi.

b. Ikterus

1) Pengertian

Ikterus adalah salah satu keadaan menyerupai penyakit hati yang terdapat pada bayi baru lahir akibat terjadinya hiperbilirubinemia. Ikterus merupakan salah satu kegawatan yang sering terjadi pada bayi baru lahir, sebanyak 25-50 % pada bayi cukup bulan dan 80% pada bayi berat lahir rendah.

2) Klasifikasi Ikterus

a) Ikterus fisiologis

Adalah ikterus normal yang dialami oleh bayi baru lahir, tidak mempunyai dasar patologis sehingga tidak berpotensi menjadi kern-ikterus. Ikterus fisiologi ini memiliki tanda-tanda berikut :

- (1) Timbul pada hari kedua dan ketiga setelah bayi lahir
- (2) Kadar bilirubin indirect tidak lebih dari 10mg% pada neonatus cukup bulan dan 12,5mg% pada neonatus kurang bulan.
- (3) Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak lebih dari 5mg% per hari.
- (4) Kadar bilirubin direct tidak lebih dari 1mg%
- (5) Ikterus menghilang pada 10 hari pertama.
- (6) Tidak terbukti mempunyai hubungan dengan keadaan patologis.

b) Ikterus patologis

Adalah ikterus yang mempunyai dasar patologis dengan kadar bilirubin mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubinemia. Ikterus patologis memiliki tanda dan gejala sebagai berikut :

- (1) Ikterus terjadi dalam 24 jam pertama.

- (2) Kadar bilirubin melebihi 10mg% pada neonatus cukup bulan atau melebihi 12,5mg% pada neonatus kurang bulan.
 - (3) Peningkatan bilirubin melebihi 5mg% per hari.
 - (4) Ikterus menetap sesudah 2 minggu pertama.
 - (5) Kadar bilirubin direct lebih dari 1mg%
 - (6) Mempunyai hubungan dengan proses hemolitik.
- (Vivian, N. L. D. 2010 : 74-75)

Tabel 2.2 Rumus Kramer

DAERAH	LUAS IKTERUS	KADAR BILIRUBIN (MG%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) badan bagian atas	9
3	Daerah 1,2 (+) badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1,2,3 (+) lengan dan kaki dibawah dengkul	12
5	Daerah 1,2,3,4 (+) tangan dan kaki	16

Sumber : (Vivian, N. L. D. 2010 : 75)

3) Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Ikterus

Berdasarkan jurnal penelitian Heni, A. (2014) yang berjudul “*Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ikterus Pada Neonatal*” diketahui bahwa faktor yang mempengaruhi ikterus pada neonatus adalah sebagai berikut, inkompatibilitas ABO, obat-obatan, kecukupan ASI pada neonatus, infeksi pada neonatus.

Berdasarkan jurnal penelitian Indah, P. R. (2016) yang berjudul “*Hubungan Frekuensi Pemberian ASI Dengan Kejadian Ikterus Pada BBL 2-10 Hari Di BPM N PADANG PANJANG*” diketahui

bahwa dari 40 responden yang sering memberikan ASI terdapat 12 responden mengalami ikterus dan 28 responden yang tidak ikterus. Sedangkan dari 20 responden yang tidak sering memberikan ASI yaitu 18 responden mengalami ikterus dan 2 responden tidak ikterus. Hasil analisa statistic menggunakan uji *chi-square* menghasilkan nilai p value = 0,00, yang artinya H_a diterima atau terdapat hubungan antara frekuensi pemberian ASI dengan kejadian ikterus pada bayi baru lahir 2-10 hari di BPM N Padang Panjang Tahun 2016.

4) Penatalaksanaan

a) Ikterus Fisiologis

- (1) Lakukan perawatan seperti bayi baru lahir normal lainnya.
- (2) Lakukan perawatan bayi sehari-hari seperti : memandikan, melakukan perawatan tali pusat, membersihkan jalan napas, menjemur bayi dibawah sinar matahari pagi, kurang lebih 30 menit.
- (3) Ajarkan ibu cara : memandikan bayi, melakukan perawatan tali pusat, menjaga bayi tidak hipotermi, menjemur bayi dibawah sinar matahari pagi, kurang lebih 30 menit.
- (4) Jelaskan pentingnya hal-hal seperti : memberikan ASI sedini mungkin dan sesering mungkin, menjemur bayi dibawah sinar matahari dengan kondisi telanjang selama 30 menit, 15 menit dalam posisi terlentang dan 15 menit

sisanya dalam posisi tengkurap, memberikan asupan makanan bergizi tinggi bagi ibu, menganjurkan ibu untuk tidak mengkonsumsi jamu.

(5) Apabila ada tanda ikterus yang lebih parah (misalnya feses berwarna putih keabu-abuan dan liat seperti dempul), anjurkan ibu untuk segera membawa bayinya ke tenaga kesehatan.

(6) Anjurkan ibu untuk control setelah 2 hari

b) Hiperbilirubinemia Sedang

(1) Berikan ASI secara adekuat.

(2) Lakukan pencegahan hipotermi.

(3) Letakkan bayi ditempat yang cukup sinar matahari ± 30 menit, selama 3-4 hari.

(4) Lakukan pemeriksaan ulang 2 hari kemudian.

(5) Anjurkan ibu dan keluarga untuk segera merujuk bayinya jika keadaan bayi bertambah parah serta mengeluarkan feses berwarna putih keabu-abuan dan liat seperti dempul.

c) Hiperbilirubinemia Berat

(1) Berikan informed consent pada keluarga untuk segera merujuk bayinya.

(2) Selama persiapan merujuk, berikan ASI secara adekuat.

(3) Lakukan pencegahan hipotermi.

(Vivian, N. L. D. 2010 : 76-77)

4. Nifas

a. Nifas Normal

1) Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung lama kira-kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2006 : 122)

2) Periode Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode :

- a) Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b) Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c) Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau sewaktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

(Handayani, 2011 : 107)

3) Fisiologi Masa Nifas

a) Involusi uteri

Proses involusi pada uterus akan dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

(1) Iskemia miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dan uterus setelah pengeluaran plasenta relative anemia dan menyebabkan serat otot atropi.

(2) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di didalam uterus. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah sampai selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

(3) Efek oksitosin

Oksitosin meyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

(a) Tempat plasenta

Setelah persalinaan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat lika mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus.

(b) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fasia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kadar yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrotleksi. Tidak jarang juga waniat mengeluh “kandunganya turun” setelah melahirkan oleh karena ligamen, fasia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Nanny, 2011:57-58).

(c) Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat

mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak (Nanny, 2011 : 58).

(d) Lokea

Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokia mengandung darah dan sisa jaringan desidua nekrotik dari dalam uterus. Lokia mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina yang normal. Lokia mempunyai bau yang anyir/amis seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokia yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokia mempunyai perubahan karena proses involusi (Ambarwati, 2009 : 78).

Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya: Lokia rubra/ Merah (Kruenta), lokia muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya,

warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/ luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut laguno, sisa mekonium dan sisa darah. Lokia serosa, lokia ini muncul pada hari kelima sampai kesembilan postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lokia ini terdiri dari lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta. Lokia alba, lokia ini muncul lebih dari hari kesepuluh postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan mati.

(e) Perubahan pada vagina dan perenium

Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil dalam 6-8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat sekitar minggu ke 4, walaupun tidak akan menonjol pada wanita nulipara. Pada umumnya rugae akan memimpin secara permanen. Mukosa tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina

terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium (Nanny, 2011 : 59)

(f) Perubahan sistem pencernaan

Nafsu makan, ibu biasanya merasa lapar segera setelah melahirkan sehingga ia boleh mengonsumsi makanan ringan. Setelah benar-benar pulih dan efek analgesia dan keletihan kebanyakan merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai konsumsi cemilan sering ditemukan.

Motilitas, secara khas penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan semula.

Pengosongan usus, buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini dapat disebabkan karena tonus otot menurun selama proses persalinan, edema sebelum melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi.

(Nanny, 2011 : 61-62).

(g) Perubahan sistem urinaria

Peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, trauma akibat kelahiran, dan efek induksi anestesi yang menghambat fungsi neural pada menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun dan lebih rentan untuk menimbulkan distensi kandung kemih, kesulitan buang air kecil dan terjadi infeksi kandung kemih.

Distensia kandung kemih yang timbul setelah ibu melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebihan karena keadaan ini bisa menghambat kontraksi uterus berjalan dengan normal. Statis urinaria juga dapat meningkatkan terjadinya infeksi saluran kemih.

(h) Perubahan sistem endokrin

Hormon plasenta (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 postpartum.

Hormon pituitari, prolaktin darah akan meningkat dengan cepat pada wanita tidak menyusui prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke 3) dan LH tetap rendah sehingga ovulasi terjadi.

Hypotalamik pituitary ovarium, untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron (Nanny, 2011 : 61-62)

Kadar Esterogen, terjadi kadar penurunan kadar esterogen yang bermakna setelah persalinan sehingga aktivitas prolaktin juga sedang meningkat dapat mempegaruhi kelenjar mammae dalm menghasilkan ASI (Sulistyawati, 2009 : 80)

(i) Perubahan Sistem Kardiovaskuker

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasenta kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urin. Hilangnya pengesteran membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama

kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan, vagina kehilangan darah sekitar 200-500ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (Haematokrit).

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitium cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya *haemokonsentrasi* sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini terjadi pada 3-5 hari *post partum* (Sulistyowati, 2009 : 82)

(j) Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi otot segera setelah partus. Pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit (Sulistyowati, 2009 : 79)

(k) Perubahan Tanda-Tanda Vital

Dalam 1 hari (24 jam) *postpartum*, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena

adanya pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak, dan berwarna merah karena banyaknya ASI, bila suhu tidak turun kemudian adanya infeksi pada endometrium.

Denyut nadi normal orang dewasa 60-80 x/menit, denyut nadi ibu postpartum biasanya akan lebih cepat, bila melebihi 100x/menit keadaan ini termasuk abnormal dan keadaan ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

Tekanan Darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan atau yang lainnya. Tekanan darah akan tinggi bila terjadi preeklamsi postpartum.

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan (Sulistiyowati, 2009 : 80-81).

(l) Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah makin meningkat, pada hari pertama postpartum kadar

fibrinogen meningkat dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor tekanan darah. Leukosit yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dengan mencapai 15.000 selama proses persalinan tetapi akan tinggi dalam beberapa hari post partum. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologi jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama.

Pada masa nifas terjadi perubahan komponen darah, misalnya sel darah putih akan semakin banyak. Jumlah sel darah merah dan Hb akan berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan biasanya akan kembali pada keadaan semula. Curah jantung atau jumlah darah yang dipompa oleh jantung akan tetap tinggi pada awal masa nifas dan dalam 2 minggu akan kembali ke keadaan semula(Sulistiyowati, 2009 : 82)

4) Jadwal Kunjungan Pada Masa Nifas

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

Tabel 2.4 Kunjungan Nifas

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

Sumber : Kemenkes, 2015 : 138

5) Adaptasi Masa Nifas

Periode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Periode adaptasi psikologis post partum. Periode ini diuraikan oleh Rubin, terjadi dalam 3 tahap yaitu:

a) Taking In

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

- (2) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- (3) Tidur tanpa gangguan sangat penting bila ibu ingin mencegah gangguan tidur, pusing, dengan proses pengembalian ke keadaan normal
- (4) Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. nafsu makan yang kurang menandakan proses pengembalian kondisi ibu tidak berlangsung normal.

b) Taking Hold

- (1) Berlangsung 2-4 hari postpartum. ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap janin.
- (2) Concern terhadap fungsi-fungsi tubuh seperti eliminasi.
- (3) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong, menyusui, ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasehat dan bidan karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

c) Letting Go

(1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.

(2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi, ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung yang menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan social.

(3) Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum.

6) Infeksi Nifas

a) Pengertian

Infeksi puerperalis adalah infeksi pada traktus genitalia setelah persalinan, biasanya dari endometrium bekas insersi plasenta.

b) Etiologi

Pada umumnya disebabkan oleh bakteri aerob dan anaerob yaitu, *Streptococcus haemolyticus aerobius*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Clostridium welchii*. Infeksi puerperalis dibagi dalam 2 golongan yaitu, infeksi terbatas pada perineum, vulva, vagina, serviks, endometrium dan infeksi menyebar dapat melalui pembuluh darah, limfe, dan permukaan endometrium (tromboflebitis, parametris, salpingitis, dan peritonitis) (Anik, M & Eka, P. S. 2013 : 268)

c) Penatalaksanaan

Pemberian antibiotic dalam pengobatan infeksi puerperalis masih diperlukan beberapa tindakan khusus untuk mempercepat penyembuhan infeksi tersebut. Jika terjadi infeksi dari luar, maka dilakukan kompres dan vulva hygiene yang dilakukan secara rutin (Anik, M & Eka, P. S. 2013 : 272)

7) Kebutuhan Dasar Masa Nifas

a) Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas ibu membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Pada gizi ibu menyusui sangat erat kaitanya dengan produksi air susu, yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi.

(1) Kebutuhan kalori selama menyusui proposionalnya dengan jumlah air susu ibu yang dihasilkan dan lebih tinggi selama menyusui di banding selama masa hamil. Rata-rata kandungan kalori ASI yang dihasilkan ibu dengan nutrisi bayi adalah 70 kalori/ml dan kira-kira 85 kal di perlukan oleh ibu setiap 100 ml yang dihasilkan. Rata –rata ibu harus mengonsumsi 2300-2700 kalori ketika menyusui. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna melakukan aktivitas, metabolisme , cadangan dalam tubuh, proses produksi asi yang akan dikonsumsi oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembanganya.

- (2) Ibu memerlukan tambahan 20 gr protein di atas kebutuhan normal ketika menyusui, protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat di peroleh dari protein hewani dan protein nabati.
 - (3) Nutrisi lain yang diperlukan selama laktasi adalah asupan cairan, ibu menyusui dianjurkan minum 2-3 liter/ hari dalam bentuk air putih, susu dan jus buah. Mineral , air dan vitamin digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan mengatur kelancaran metabolisme di dalam tubuh.
 - (4) Pil zat besi atau Fe harus di minum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
 - (5) Minum kapsul vit A (200.000 unit) sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.
- (Nany, 2011: 71-72)

b) Ambulasi

Perawatan puerperium sangat konservatif, dimana puerperal harus tidur terlentang selama 40 hari. Kini perawatan puerperium lebih aktif dengan dianjurkan untuk menganjurkan melakukan mobilisasi dini

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan yaitu:

- (1) Melancarkan pengeluaran locea, mengurangi infeksi puerperium
- (2) Mempercepat involusio uterus
- (3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- (4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sistem metabolisme
- (5) Ambulasi dini adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (Ibu boleh miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah terjadinya trombositis)

(Nany, 2011: 72-73)

c) Eliminasi

Buang air kecil (BAK). Setelah melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih bila BAK. Keadaan ini kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sebagai akibat persalinan sehingga menderita takut BAK.

Miksi disebut normal bila dapat BAK spontan 3-4 jam. Ibu diusahakan mampu buang air kecil sendiri, bila tidak maka dilakukan tindakan berikut :

- (1) Dirangsang dengan air kran di dekat klien

(2) Mengompres air hangat di atas simpisis.

(3) Saat site bath (berendam air hangat) klien disuruh BAK

Bila tidak berhasil dilakukan dengan kateterisasi. Hal ini dapat membuat klien merasa tidak nyaman dan resiko infeksi saluran kemih. Buang air besar (BAB), defekasi (buang air besar) harus ada dalam 3 hari post partum. Bila ada obstipasi dan timbul koprostase hingga skibala (feses mengeras) tertimbun di rektum, mungkin akan terjadi febris. Bila terjadi dapat dilakukan klisma atau diberi laksan/os (melalui mulut) . Biasanya 2-3 hari postpartum masih susah BAB maka sebaiknya diberikan laksan atau paraffin (1-2 hari post partum).

(Nany, 2011: 73-74)

d) Kebersihan diri dan perineum

(1) Puting susu

Harus diperhatikan kebersihanya dan luka pecah (Rhagade) harus segera diobati karena dapat menyebabkan mastitis.

(2) Partum locea

Locea adalah cairan yang keluar dari vagina pada masa nifas yang tidak lain adalah secret dari rahim. Locea yang berbau amis dan busuk menandakan adanya infeksi jika

locea berwarna merah setelah 2 minggu, ada kemungkinan tertinggalnya sisi plasenta

(3) Perenium

Perenium harus dibersihkan secara rutin dengan sabun minimal 2x sehari. Cairan sabun yang hangat atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah BAB atau BAK. Cara membersihkan perenium dari depan ke belakang, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang kemudian dibersihkan daerah sekitar anus, sarankan ibu mencuci tangan sebelum dan setelah membersihkan kelaminnya.

e) Istirahat

Umumnya wanita sangat lelah saat melahirkan hal ini mengakibatkan susah tidur karena ibu merasa cemas dan beban kerja semakin bertambah. Berikut hal-hal yang dapat dianjurkan pada ibu seperti beristirahat yang cukup dan mencegah kelelahan yang berlebihan serta sarankan ia untuk kembali ke kegiatan yang tidak berat. Kurang istirahat dapat mempengaruhi ibu dalam beberapa hal diantaranya :

- (1) Mengurangi jumlah asi yang diproduksi
- (2) Memperlambat proses involusio uteri dan resiko perdarahan
- (3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi.

(Nany, 2011 : 76)

f) Seksual

Dinding vagina kembali ke keadaan sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisi aman untuk memulai hubungan suami istri. Begitu darah meah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan maka aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti.

Sebaiknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh dapat pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan oleh karena itu bila senggaa tidak mungkin menunggu sampai hari ke 40, suami atau istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling pelayanan KB.

(Nany, 2011 : 77)

8) Kontrasepsi

a) Pengertian

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Saefuddin, Abdul Bari, 2010 : U-46).

b) Ciri-ciri dan Syarat Kontrasepsi

Metode kontrasepsi yang ideal memiliki ciri-ciri di antaranya berdaya guna, aman, murah, estetik, mudah didapat, tidak memerlukan motivasi terus menerus dan efek samping yang minimal.

Selain itu, metode kontrasepsi harus memenuhi syarat berikut ini.

- (1) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
- (2) Tidak ada efek samping yang merugikan.
- (3) Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
- (4) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (5) Tidak memerlukan bantuan medis atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya.
- (6) Cara penggunaannya sederhana.
- (7) Dapat dijangkau oleh pengguna.
- (8) Dapat diterima oleh pasangan.

c) Kontrasepsi Kondom

(1) Pengertian

Kondom merupakan selubung /sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu.

(2) Kelebihan

- (a) Memberikan perlindungan terhadap IMS
- (b) Tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan mudah dibeli secara umum
- (c) Tidak perlu pemeriksaan medis, tidak mengganggu produksi ASI
- (d) Mencegah ejakulasi dini, membantu mencegah terjadinya kanker servik (Handayani, 2010 : 73).

(3) Kekurangan

- (a) Efektivitasnya tidak terlalu tinggi
- (b) Cara penggunaannya sangat mempengaruhi keberhasilan KB
- (c) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)

- (d) Ada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- (e) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum
- (f) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Saifuddin, 2010 : 19).

B. Tinjauan Teori Manajemen

1. Manajemen Kebidanan Pada Ibu Hamil

Manajemen kebidanan merupakan suatu metode atau bentuk pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam member asuhan kebidanan. Langkah-langkah dalam manajemen kebidanan menggambarkan alur pola berpikir dan bertindak bidan dalam pengambilan keputusan klinis untuk mengatasi masalah. Asuhan yang telah dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, dan logis dalam suatu metode pendokumentasian yang dapat mengkomunikasikan kepada orang lain mengenai asuhan yang telah dilakukan dan yang akan dilakukan pada seorang klien, yang didalamnya tersirat proses berpikir yang sistematis seorang bidan dalam menghadapi seorang klien sesuai langkah-langkah dalam proses manajemen kebidanan (Umami, dkk, 2010).

a. Pengumpulan Data

Menurut Umami, dkk, 2010, pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua

sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pengkajian data wanita hamil terdiri atas anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

1) Data Subjektif

a) Identitas klien

Nama, umur, ras/suku, gravida/para, alamat dan nomor telepon, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal anamnesis. Identitas itu digunakan untuk identifikasi (mengenal) penderita dan menentukan status sosial ekonominya yang harus kita ketahui, misalnya untuk menentukan anjuran apa atau pengobatan apa yang akan diberikan. Umur juga hal yang penting karena ikut menentukan prognosis kehamilan. Kalau umur terlalu lanjut atau terlalu muda, maka persalinan lebih banyak risikonya.

b) Alasan datang

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri.

c) Riwayat pernikahan

(1) Nikah atau tidak

(2) Berapa kali menikah

(3) Berapa lama menikah

d) Riwayat penyakit sekarang (berhubungan dengan masalah atau alasan datang).

- (1) Tanggal dan jam terjadinya serangan penyakit.
 - (2) Bentuk serangan penyakit.
 - (3) Alur penyakit sejak serangan, termasuk durasi dan serangan ulang.
 - (4) Lokasi spesifik.
 - (5) Tipe nyeri atau ketidaknyamanan dan intensitasnya.
 - (6) Gejala lain yang berhubungan.
 - (7) Hubungan fungsi tubuh dengan aktivitas.
 - (8) Penjelasan kuantitas (warna, konsistensi) dan kuantitas (banyaknya, volume, atau jumlah).
 - (9) Bantuan kesehatan yang dilakukan dan dari siapa.
 - (10) Efektivitas perawatan dan pengobatan.
- e) Riwayat kesehatan yang lalu
- (1) Penyakit waktu kecil dan imunisasi.
 - (2) Tes laboratorium akhir-akhir ini terhadap penyakit infeksi (misal Hepatitis, HIV) tanggal dan hasilnya.
 - (3) Penyakit berat misalnya pneumonia, hepatitis, demam rematik, difteri dan polio.
 - (4) Masuk rumah sakit oada tanggal dan penyebab masuk.
 - (5) Pembedahan pada tanggal dan penyebab.
 - (6) Kecelakaan: fraktur, luka, dan lain-lain.
 - (7) Transfusi darah: tanggal, penyebab, reaksi.

- (8) Alergi misalnya pada makanan, lingkungan, debu, hewan, dan asma.
 - (9) Alergi obat
 - (10) Kebiasaan merokok, alcohol, kafein (kopi, the, soda, coklat), keselamatan (sabuk pengaman, helm)
 - (11) Pola tidur.
 - (12) Diet.
 - (13) Aktivitas.
 - (14) Risiko dalam pekerjaan: posisi (berdiri, duduk), tarikan (mata, oto), ventilasi, paparan racun kimiawi.
 - (15) Risiko dari lingkungan: udara, air, dan lain-lain.
 - (16) Tes skrining genetic, misalnya sel sabit dan lain-lain juga hasilnya.
 - (17) Penyakit spesifik: diabetes, penyakit jantung, asma, hepatitis.
 - (18) Pengobatan yang didapat.
- f) Riwayat keluarga
- (1) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup/mati)
 - (2) Kanker.
 - (3) Penyakit jantung.
 - (4) Hipertensi.
 - (5) Diabetes.
 - (6) Penyakit ginjal.

- (7) Penyakit jiwa.
- (8) Kelainan bawaan.
- (9) Kehamilan ganda.
- (10) Tuberkolosis.
- (11) Epilepsy.
- (12) Kelainan darah (anemia dan lain-lain).
- (13) Alergi.
- (14) Kelainan genetic.
- (15) Riwayat keturunan kembar.

g) Riwayat menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faat alat reproduksi/kandungan, meliputi hal-hal berikut ini.

- (1) Umur menarche.
- (2) Frekuensi, jarak/siklus jika normal.
- (3) Lamanya.
- (4) Jumlah darah keluar.
- (5) Karakteristik darah (missal bergumpal).
- (6) Haid pertama haid terakhir, lama, dan jumlahnya normal.
- (7) Dismenorea.
- (8) Perdarahan uterus disfungsional, misalnya spotting, menoragia, dan lain-lain.
- (9) Penggunaan produk sanitari (missal celana dalam, pembalut).

(10) Sindrom syok keracunan.

(11) Sindrom premenstruasi.

h) Riwayat obstetric

(1) Gravid/para.

(2) Tipe golongan darah

(3) Kehamilan yang lalu.

(a) Tanggal terminasi.

(b) Usia gestasi.

(c) Tempat lahir.

(d) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi).

(e) Masalah obstetric, medis, dan soaisl yang lain, dalam kehamilan (preeklampsia dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimamna laktasi, dan lain-lain), berat lahir bayi, jenis kelamin bayi. Kelainan konginetal bayi dan komplikasi yang lain seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup/mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya.

i) Riwayat ginekologi

1) Infertilitas.

2) Infeksi vagina.

3) Penyakit menular seksual.

4) Infeksi panggul.

j) Riwayat seksual

Pola hubungan seksual, frekuensi berhubungan, kelainan dan masalah seksual, dan lain-lain.

k) Riwayat KB/Kontrasepsi

Kontrasepsi yang terakhir digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencan menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan.

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

- (1) Kesesuaian penampakan usia.
- (2) Status gizi umum.
- (3) Penampakan staus kesehatan.
- (4) Postur tubuh, gaya berjalan, dan gerakan tubuh.

b) Pemeriksaan fisik

(1) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolic. Perubahan 30 mmHg sistolik dan 15 mmHg diastolic diatas tensi sebelum hamil, menandakan toxaemia gravidarum. (keracunan kehamilan).

(2) Suhu.

(3) Nadi.

(4) Pernapasan.

(5) Tinggi badan.

(6) Berat badan sebelum hamil dan pada saat pemeriksaan.

Walaupun prognosis kehamilan dan persalinan bagi orang gemuk kurang baik dibandingkan dengan orang yang normal beratnya, dalam menimbang seseorang bukan beratnya saja yang penting, tapi lebih penting lagi perubahan berat badan setiap kali ibu memeriksakan diri. Berat badan dalam triwulan ke III tidak boleh tambah lebih dari 11 kg seminggu atau 3 kg sebulan. Penambahan yang lebih dari batas-batas tersebut di atas disebabkan oleh penimbunan (retensi) air tersebut Praeodema.

(7) Kepala dan leher.

(a) Apakah ada edema pada wajah, adakah chloasma gravidarum.

(b) Pada mata: adakah pucat pada kelopak mata bawah, adakah kuning/ikterus pada sclera.

(c) Hidung: adakah pernapasan cuping hidung, adakah pengeluaran secret.

(d) Apakah wajah pucat, kedaan lidah, adakah gigi yang berlubang.

(e) Telinga: ketajaman pendengaran secara umum, luka, dan pengeluaran dari saluran luar telinga (bentuk dan warna).

- (f) Leher: adakah pembesaran kelenjar tiroid, adakah pembesaran pembuluh limfe.

(8) Payudara.

- (a) Memeriksa bentuk, ukuran, dan simetris atau tidak.
- (b) Putting payudara menonjol, datar atau masuk ke dalam.
- (c) Adakah kolostrum atau cairan yang lain dari putting susu.
- (d) Pada saat klien mengangkat tangan ke atas kepala, periksa payudara untuk mengetahui adanya retraksi.
- (e) Pada saat klien berbaring, lakukan palpasi secara sistematis dari arah payudara dan aksila, kemungkinan terdapat: masa atau pembesaran pembuluh limfe.

(9) Abdomen.

- (a) Bentuk pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat, ttampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim.
- (b) Adakah bekas operasi.
- (c) Linea nigra, striae abdomen.
- (d) Ukur tinggi fundus uteri, hitung tafsiran berat janin.
- (e) Letak, presentasi, posisi, dan penurunan kepala janin.
- (f) Denyut jantung janin dan gerakan janin.
- (g) Pembesaran : Pada posisi normal, ibu hamil akan mengalami pembesaran sesuai dengan masa kehamilan.

- (h) Bekas luka/operasi : Menandakan adanya riwayat persalinan yang lalu atau riwayat penyakit sebelumnya.
- (i) Linea : Pada ibu hamil terdapat garis berwarna gelap pada bawah pusat sampai ke symfisis yang disebut linea nigra dan ini bersifat normal.
- (j) Striae : Pada ibu hamil biasanya berwarna putih yang disebut striae albican dan hal ini juga bersifat normal.
- (k) Leopold I : Untuk mengetahui TFU dan mengetahui bagian janin pada fundus. Menentukan umur kehamilan berdasarkan TFU menurut mc donald : $\text{Tinggi Fundus (cm)} \times \frac{2}{7}$ (umur kehamilan dalam bulan)

$\text{Tinggi Fundus (cm)} \times \frac{8}{7}$ (umur kehamilan dalam minggu)

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

- (l) Leopold II :Untuk mengetahui letak punggung janin dan letak bagian terkecil janin.
 - (m) Leopold III :Untuk mengetahui letak terendah janin dan mengetahui apakah letak terbawah janin sudah masuk panggul atau belum.
 - (n) Leopold IV :Untuk mengetahui seberapa jauh janin sudah masuk panggul.
- (10) Ekstermitas.
- (a) Edema.
 - (b) Apakah kuku jari pucat
 - (c) Varises.
 - (d) Suhu/kehangatan.
 - (e) Reflek patella
- (11) Genetalia
- (a) Lihat adanya luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau).
 - (b) Adakah pembesaran kelenjar bartholini atau tidak.
- (12) Pemeriksaan panggul
- Keadaan panggul terutama penting pada primigravida, karena panggulnya belum pernah diuji dalam persalinan, sebaiknya pada multigravida anamnesis mengenai persalinan yang gampang dapat memberikan keterangan yang berharga mengenai keadaan panggul.

Tujuannya untuk mengetahui diagnosis prognosis jalannya persalinan dan keadaan panggul.

b. Interpretasi Data

Menurut Ummi, dkk, 2010, pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

c. Antisipasi

Menurut Ummi, dkk, 2010, pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Selain itu, juga mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

d. Perencanaan

Menurut Ummi, dkk, 2010, rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah

perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, cultural, atau masalah psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena selain bidan, klien juga akan melaksanakan asuhan tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

e. Implementasi

Menurut Umami, dkk, 2010, pada langkah ini, dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ke 6 ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan dilakukan seluruhnya oleh bidan, sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim lainnya. Walau bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk melaksanakan rencana asuhannya (misal memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana).

f. Evaluasi

Menurut Umami, dkk, 2010, pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan

masalah yang telah diidentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

2. Manajemen Kebidanan Pada Ibu Bersalin

Menurut Sulistyawati, 2010, langkah manajemen kebidanan yakni:

a. Manajemen Kebidanan Kala I

S :

1) Biodata

a) Nama

Sebagai identitas dan nama panggilan agar komunikasi bidan dan pasien menjadi lebih akrab.

b) Usia/tanggal lahir

Untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia atau tidak.

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.

d) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat memengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien

terhadap instruksi yang diberikan bidan pada proses persalinan.

e) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.

f) Suku/Bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan.

g) Alamat

Sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.

2) Riwayat pasien

a) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai

darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya.

b) Riwayat kebidanan

Untuk memprediksi jalannya proses persalinan dan untuk mendeteksi apakah ada kemungkinan penyulit selama proses persalinan.

c) Menstruasi

Memberikan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain:

Menarche: usia pertama kali mengalami menstruasi.

Untuk wanita Indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun.

Siklus: jarak antara menstruasi yang di alami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, biasanya sekitar 23-32 hari.

Volume: data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang di keluarkan.

Keluhan: beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi misalnya sakit yang sangat, pening sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak.

3) Gangguan kesehatan alat reproduksi

Data ini sangat penting akan memberikan petunjuk bagi kita tentang organ reproduksinya.

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

5) Riwayat kehamilan sekarang

6) Riwayat kesehatan

Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu kita ketahui adalah apakah pasien pernah menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis, atau anemia.

7) Status perkawinan

Dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan.

Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan.

- a) Usia nikah pertama kali.
- b) Status pernikahan sah/tidak.
- c) Lama pernikahan.
- d) Perkawinan sekarang adalah suami yang ke berapa.

8) Pola makan

Data ini untuk mengetahui bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan.

- a) Kapan atau jam berapa terakhir makan
- b) Makanan yang dimakan.
- c) Jumlah makanan yang dimakan.
- d) Seandainya saat ini makan, apa yang ia inginkan sebelum masuk pada fase persalinan dimana ia tidak akan mungkin atau tidak akan lagi untuk makan.

9) Pola Minum

Data ini akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi.

- a) Kapan terakhir kali minum.
- b) Berapa banyak yang di minum.
- c) Apa yang di minum.

10) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting lagi jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I.

Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien.

- a) Kapan terakhir tidur.
- b) Berapa lama.
- c) Aktivitas sehari-hari.

11) Personal hygiene

Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien, yaitu:

- a) Kapan terakhir mandi, keramas, dan gosok gigi.
- b) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

12) Aktivitas seksual

Data yang kita perlukan berkaitan dengan aktivitas seksual adalah keluhan, frekuensi, kapan terakhir melakukan hubungan seksual.

13) Keadaan lingkungan

Untuk memastikan keadaan kesehatan keluarga antara lain:

- a) Fasilitas MCK (mandi, cuci, kakus)
- b) Letak tempat tinggal dekat dengan kandang ternak atau tidak.
- c) Polusi udara
- d) Keadaan kamar

14) Respons keluarga terhadap persalinan

Adanya respons yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya.

15) Respons pasien terhadap kelahiran bayinya

16) Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung kepada pasien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kehamilan dan kelahirannya.

17) Respons suami pasien terhadap kehamilan ini

Jika suami pasien memberikan respons yang positif terhadap istri dan anaknya maka akan memberikan kemudahan bagi kita untuk melibatkannya dalam pendampingan persalinan dan perawatan pasien dalam masa nifas.

18) Pengetahuan pasien tentang proses persalinan

Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan yaitu mengenai apa yang ia ketahui tentang proses persalinan. Pengalaman atau riwayat persalinannya yang lalu dapat menjadi pertimbangan untuk memberikan asuhan selanjutnya. Karena terdapat perbedaan antara pasien yang sudah berpengalaman dengan yang sama sekali belum tahu tentang persalinan.

19) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan

Untuk mendapatkan data ini diperlukan pendekatan terhadap keluarga pasien, terutama orangtua. Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya.

O :

1) Keadaan Umum

Keadaan umum meliputi:

a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

b) Lemah

Jika pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar).

3) Tanda vital

Meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu.

4) Kepala

Meliputi:

a) Rambut (warna, kebersihan, mudah rontok atau tidak).

b) Telinga (kebersihan, gangguan pendengaran).

- c) Mata (konjungtiva, sklera, kebersihan, kelainan, gangguan penglihatan).
 - d) Hidung (kebersihan, polip, alergi debu).
 - e) Mulut meliputi bibir (warna, integritas jaringan yaitu lembab, kering atau pecah-pecah), lidah (warna, kebersihan), gigi (kebersihan, karies), gangguan pada mulut (bau mulut).
- 5) Leher (pembesaran kelenjar limfe, parotitis)
- 6) Dada
- a) Bentuk
 - b) Simetris/tidak
 - c) Payudara (bentuk, besar masing-masing payudara, seimbang atau tidak, hiperpigmentasi areola payudara, teraba massa/ nyeri atau tidak, kolostrum, keadaan puting yaitu menonjol, datar, atau masuk ke dalam, kebersihan, bentuk Breast Holder (BH).
 - d) Denyut jantung, gangguan pernapasan (auskultasi).
- 7) Perut (bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan Palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ atau Taksiran Berat Janin, DJJ, palpasi kandung kemih/ pemantauan pengosongan kandung kemih.
- 8) Ekstremitas
- a) Atas (gangguan/kelainan, bentuk)

- b) Bawah (bentuk, udem, varises)
- 9) Genital (kebersihan, pengeluaran per vagina, tanda-tanda infeksi vagina, pemeriksaan dalam).
- 10) Anus (hemoroid, kebersihan)
- 11) Data penunjang
 - a) USG
 - b) Laboratorium (kadar Hb, Ht/ hematokrit, kadar leukosit, golongan darah).

A :

1. Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya(jumlah kehamilan), dibedakan menjadi primigravida(hamil pertama kali) dan multigravida(hamil kedua atau lebih).

- 2. Usia kehamilan (dalam minggu)
- 3. Kala dan fase persalinan.
- 4. Keadaan janin.
- 5. Normal atau tidak normal.

P :

- 1. Melakukan pemantauan secara intensif, terutama pada pasien dengan risiko tinggi (jika di rumah sakit)
- 2. Melakukan pemantauan persalinan dengan partograf
- 3. Memberikan dukungan mental dan spiritual pada pasien dan keluarga

4. Memberikan bimbingan latihan nafas dan relaksasi
5. Memberikan bimbingan posisi yang nyaman selama kala I
6. Memberikan bimbingan posisi dan teknik meneran selama kala II
7. Memberikan instruksi kepada pendamping pasien mengenai apa yang harus ia lakukan selama persalinan
8. Pemantauan intake serta output cairan dan nutrisi

b. Manajemen Kebidanan Kala II

S :

Data subjektif yang mendukung bahwa pasien dalam persalinan kala II adalah pasien mengatakan ingin meneran.

O :

1. Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh (body language) yang menggambarkan suasana fisik dan psikologis pasien menghadapi kala II persalinan
2. Vulva dan anus membuka, perineum menonjol
3. Hasil pemantauan kontraksi (durasi lebih dari 40 detik, frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit, intensitas kuat).
4. Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

A :

Seorang P1A0 dalam persalinan kala II normal.

P :

1. Menjaga kebersihan pasien
2. Mengatur posisi
3. Memenuhi kebutuhan hidrasi
4. Melibatkan suami dalam proses persalinan.
5. Memberikan dukungan mental dan spiritual.
6. Melakukan pertolongan pasien

Bidan melakukan pertolongan persalinan normal sesuai dengan APN dengan rincian sebagai berikut.

- a. Pada saat ada his, bimbing ibu untuk meneran.
- b. Saat kepala terlihat di vulva dengan diameter 5-6 cm, pasang handuk bersih di perut pasien untuk mengeringkan bayi.
- c. Buka set partus.
- d. Mulai memakai sarung tangan pada kedua tangan.
- e. Saat kepala turun, tangan kanan menahan perineum dengan arah tahanan ke dalam dan ke bawah, sedangkan tangan kiri menahan kepala bayi agar tidak terjadi defleksi maksimal.
- f. Setelah bayi lahir, bersihkan hidung dan mulut bayi menggunakan kasa steril, lalu periksalah leher bayi apakah ada lilitan tali pusat atau tidak. Jika ada lilitan, kendorkan dan jepit serta gunting tali pusat. Jika tidak ada lilitan lanjutkan pada langkah selanjutnya.

- g. Tempatkan kedua tangan pada bitemporalis bayi untuk melahirkan bahu dengan cara tarik kepala ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan dan tarik kepala ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang.
- h. Pindahkan tangan dominan ke bawah badan bayi, kemudian letakkan bayi diatas perut pasien dengan kepala lebih rendah lalu keringkan badan bayi. Biarkan bayi kontak kulit dengan pasien, kemudian tutup badan bayi menggunakan handuk. Minta pasien untuk memeluk bayinya, dan libatkan suami dalam proses IMD.

c. Manajemen Kebidanan Kala III

S :

- 1. Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir melalui vagina.
- 2. Pasien mengatakan bahwa ari-arinya belum lahir.
- 3. Pasien mengatakan perut bagian bawahnya terasa mules.

O :

- 1. Bayi lahir secara spontan per vagina tanggal....., jam....., jenis kelamin laki-laki/perempuan, normal,/ada kelainan, menangis spontan kuat, kulit warna kemerahan.
- 2. Plasenta belum lahir.
- 3. Tidak teraba janin kedua.
- 4. Teraba kontraksi uterus.

A :

Seorang P₁A₀ dalam persalinan kala III.

P :

1. Melakukan palpasi uterus untuk memastikan ada tidaknya janin kedua.
2. Memberikan suntikan Oksitosin 0,5 cc secara IM di otot sepertiga luar paha dalam waktu kurang dari satu menit setelah bayi lahir.
3. Melibatkan keluarga dalam pemberian minum kepada pasien.
Pemberian minum (hidrasi) sangat penting diberikan untuk mengembalikan kesegaran pasien yang telah kehilangan banyakcairan dalam proses persalinan kala II.
4. Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat.
5. Melakukan PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali)
6. Melahirkan Plasenta.
- 7.

d. Manajemen Kebidanan Kala IV

S :

1. Pasien mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir.
2. Pasien mengatakan perutnya mulas.
3. Pasien mengatakan merasa lelah tapi bahagia.

O :

1. Plasenta telah lahir spontan lengkap pada tanggal, jam
2. TFU berapa jari diatas pusat.
3. Kontraksi uterus: baik/tidak.

A :

Seorang P1A0 dalam persalinan kala IV

P :

1. Melakukan pemantauan pada kala IV.
 - a. Luka/robekan jalan lahir: serviks, vagina, dan vulva; kemudian dilanjutkan dengan penjahitan luka perineum.
 - b. Tanda vital
 - c. Tekanan darah dan nadi
 - d. Respirasi dan suhu
 - e. Kontraksi uterus.
 - f. Lokea.
 - g. Kandung kemih.
2. Melakukan penjahitan luka perineum.

Memantau jumlah perdarahan. Jumlah darah secara pasti tidak akan terukur, maka bidan melakukan perkiraan darah yang keluar serta melihat kondisi umum dan tanda vital sebagai indikator terjadinya syok akibat perdarahan.
3. Memenuhi kebutuhan pada kala IV.
 - a. Hidrasi dan nutrisi.

- b. Hygiene dan kenyamanan pasien.
- c. Bimbingan dan dukungan untuk berkemih.
- d. Pemberian informasi yang sejelas-jelasnya mengenai apa yang terjadi dengan tubuhnya saat ini dan apa yang harus ia lakukan berkaitan dengan kondisinya.
- e. Kehadiran bidan sebagai pendamping.
- f. Dukungan dalam pemberian ASI dini.
- g. Posisi tubuh yang nyaman.
- h. Tempat dan alas tidur yang kering dan bersih agar tidak terjadi infeksi.

3. Manajemen Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Metode pendokumentasian dan perkembangan yang digunakan dalam asuhan kebidanan ibu bersalin menggunakan metode SOAP :

S : Ibu mengatakan :

- a. G..P..A..UK..minggu
- b. Riwayat ANC teratur/tidak
- c. Imunisasi TT sudah dilakukan berapa kali dan kapan dilakukan
- d. Berapa kenaikan BB selama hamil
- e. Keluhan ketika hamil
- f. Penyakit yang diderita selama hamil
- g. Kebiasaan makan dan minum
- h. Riwayat intranatal

O : Data yang mencatat hasil pemeriksaan (Muslihatun, 2011)

KU Bayi., kesadaran., pemeriksaan TTV

N = ...x/ menit, S = ...°C Rr = ...x / menit

Pemeriksaan umum

- 1) Penilaian selintas : tangisan kuat, bayi bernafas spontan, bayi bergerak aktif, warna kulit bayi kemerahan.
- 2) Pernafasan : normal 30-60 x/menit, tanpa retraksi dinding dada dan tanpa suara, tanpa suara merintih. Denyut jantung bayi 120-160x/menit
- 3) Suhu aksiler 36,5°C – 37,5°C
- 4) Antropometri : pengkajian ini meliputi BB lahir (2500-4000 gram), PB (45-50 cm), nilai APGAR (7-10)

Pemeriksaan fisik

- a) Muka : simetris, tidak pucat
- b) Ubun-ubun : tulang tengkorak sudah terbentuk sempurna
- c) Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- d) Hidung : bersih, tidak terdapat sumbatan, tidak ada polip
- e) Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen abnormal
- f) Mulut : bersih, bibir berwarna merah muda,

tidak ada kelainan pada bibir dan
palatum

- g) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar
thyroid dan vena jugularis
- h) Dada : simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak
ada retraksi dinding dada.
- i) Perut : tidak kembung, tidak ada nyeri
tekan, tali pusat nampak basah
terbungkus kassa
- j) Punggung : tidak ada kelainan pada tulang punggung
- k) Kulit : warna kulit kemerahan
- l) Genetalia : testis sudah turun
- m) Anus : lubang anus (+)
- n) Ekstremitas : Atas : tidak ada oedema, tidak ada
kelainan, jumlah jari tangan
kanan dan kiri lengkap
Bawah : tidak ada oedema, tidak ada
kelainan, jumlah jari kaki
kanan dan kiri lengkap.

A : Dikembangkan dari data dasar : interpretasi dari data ke
masalah atau diagnosa khusus yang teridentifikasi (Sudarti,
2010)

By Ny.N..JK..BBLC(Berat Badan Lahir Cukup), CB (Cukup

Bulan), lahir spontan usia..hari/minggu

P : Planning merupakan pendokumentasian implementasi dan evaluasi.

- (1) Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat
- (2) Memfasilitasi dilakukan IMD
- (3) Pencegahan infeksi
- (4) Pemenuhan kebutuhan bayi baru lahir
- (5) Melakukan perawatan mata dengan memberikan obat mata eritromisin 0,5%
- (6) Memberikan identitas pada bayi
- (7) Memberikan vitamin K1
- (8) Memberikan konseling sesuai masalah dan kebutuhan
- (9) Memberikan imunisasi Hb0
- (10) Memastikan bayi dapat menyusu ASI dengan benar

4. Manajemen Kebidanan Pada Ibu Nifas

S : Data subjektif diperoleh dengan cara melakukan anamnesa.

Bagian penting dari anamnesa data subjektif pasien ibu nifas yang meliputi:

- a. Biodata/identitas pasien dan suami pasien
- b. Alasan masuk dan keluhan
- c. Riwayat haid/menstruasi
- d. Riwayat perkawinan

- e. Riwayat obstetric (riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu)
- f. Riwayat persalinan sekarang
- g. Riwayat dan perencanaan keluarga berencana
- h. Riwayat kesehatan (kesehatan sekarang, kesehatan yang lalu, kesehatan keluarga)
- i. Pola kebiasaan (pola makan dan minum, pola emipasi, pola aktifitas dan istirahat, *personal hygiene*)
- j. Data pengetahuan, psikososial, spiritual, dan budaya

O : Data objektif dapat diperoleh melalui pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan fisik meliputi:

- 1) Pemeriksaan keadaan umum pasien
- 2) Kesadaran pasien
- 3) Tanda vital
- 4) Kepala dan wajah (kepala, muka, hidung, dan telinga)
- 5) Gigi dan mulut (bibir, gigi, dan gusi)
- 6) Leher
- 7) Dada
- 8) Payudara
- 9) Abomen
- 10) Ekstermitas (ekstermitas atas dan bawah)

11) Genetalia (vagina, kelenjar bartholini, pengeluaran pervaginam, perineum, dan anus)

A : Diagnosis dapat berkaitan dengan para, abortus, anak hidup, umur ibu dan keadaan nifas. Kemudian ditegakkan dengan data dasar subjektif dan objektif.

P : Rencana asuhan dibuat berdasarkan pertimbangan yang tepat, baik dari pengetahuan, teori yang *up to date*, dan divalidasikan dengan kebutuhan pasien. Penyusunan rencana asuhan sebaiknya melibatkan pasien. Sebelum pelaksanaan rencana asuhan, sebaiknya dilakukan kesepakatan antara bidan dan pasien ke dalam *informed consent*.

- a) Memberikan asuhan pada ibu nifas
- b) Mengatasi masalah yang terjadi pada ibu nifas
- c) Melakukan kunjungan ibu nifas
- d) Memberikan pendidikan kesehatan tentang :
 - (1) Pemberian Vitamin A
 - (2) Perawatan payudara
 - (3) Senam nifas
 - (4) Kebersihan ibu nifas dan lingkungan
 - (5) Kebutuhan nutrisi ibu nifas
 - (6) Kebutuhan istirahat
 - (7) ASI eksklusif dan cara menyusui
 - (8) Tanda bahaya ibu nifas

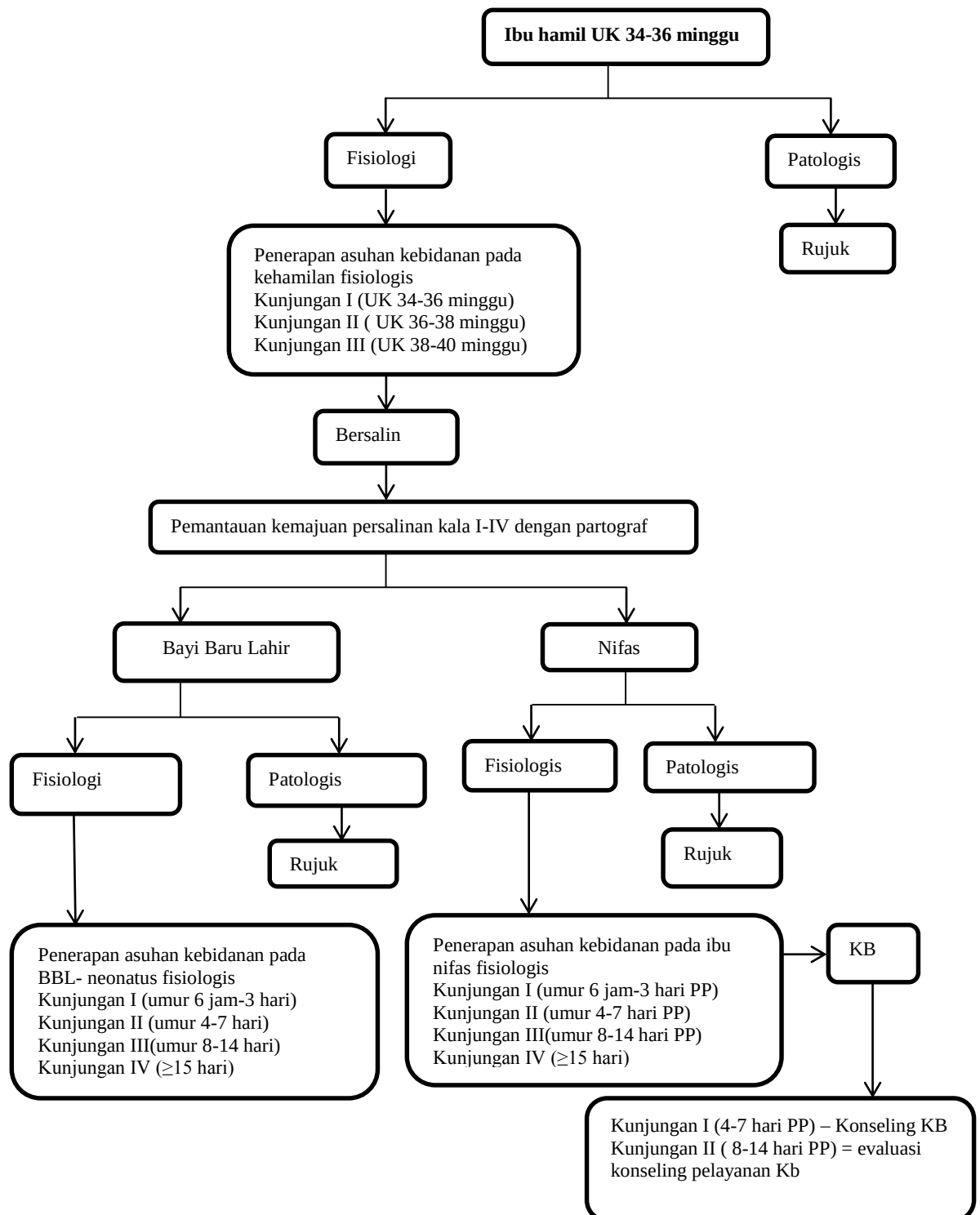
- (9) Tanda bahaya bayi baru lahir
- (10) Perawatan bayi sehari hari
- (11) Pencegahan infeksi pada bayi
- e) Memberikan asuhan penggunaan kontrasepsi sesuai dengan pilihan ibu dengan bimbingan bidan CI

C. Landasan Teori

1. Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

Continuity of midwifery care adalah asuhan berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga professional kesehatan. Maka dari itu untuk mendukung pembangunan kesehatan, penulis ingin melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (continuity of care) pada ibu yang dimulai dari masa hamil, melahirkan, nifas sampai pemilihan KB sebagai upaya untuk mengurangi permasalahan AKI dan AKB di Indonesia (Pratami, 2014).

Gambar 2.2 Alur Asuhan Kebidanan Continuity of Care



Sumber : Internet “Alur Asuhan Kebidanan Continuity of Care”

2. Standar Asuhan Kebidanan

Ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar yang dikelompokkan sebagai berikut :

a. Standar pelayanan umum (2 standar)

Standar 1 : Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat

Standar 2 : Pencatatan

b. Standar pelayanan antenatal (6 standar)

Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Standar 5 : Palpasi abdomen

Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Standar 8 : Persiapan persalinan

c. Standar pertolongan persalinan (4 standar)

Standar 9 : Asuhan saat persalinan

Standar 10 : Persalinan yang aman

Standar 11 : Pengeluaran plasenta dengan penegangan tali pusat

Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomy

d. Standar pelayanan nifas (3 standar)

Standar 13 : Perawatan bayi baru lahir

Standar 14 : Penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan

Standar 15 : Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas.

e. Standar pelayanan kegawatdaruratan obstetrik-neonatal (9 standar)

Standar 16 : Penanganan perdarahan pada kehamilan

Standar 17 : Penanganan kegawatan pada eklampsia

Standar 18 : Penanganan kegawatan pada partus lama/macet

Standar 19 : Persalinan dengan penggunaan vakum ekstraksi

Standar 20 : Penanganan retensio plasenta

Standar 21 : Penanganan perdarahan pascapartum primer

Standar 22 : Penanganan perdarahan pascapartum

Standar 23 : Penanganan sepsis puerperalis

Standar 24 : Penanganan asfiksia neonaturum

(Purwandari, 2006 : 51-53)

3. Manajemen Asuhan Kebidanan

a. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, ketrampilan, dalam rangka tahap-tahap yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus terhadap klien. (Suryani, 2008 : 96)

b. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Proses manajemen terdiri dari tujuh langkah varney, yaitu:

1) Langkah 1 (pertama): pengumpulan data dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun

informasi tentang klien atau orang yang meminta asuhan. Memilih informasi data yang tepat diperlukan analisa suatu situasi yang menyangkut manusia yang rumit karena sifat manusia yang kompleks.

Kegiatan pengumpulan data dimulai dari klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber. Sumber yang dapat memberikan informasi yang akurat dan ekonomis, disebut data primer. Sumber data alternative atau sumber data sekunder adalah data yang sudah ada, praktikan pemeriksaan yang tepat dan benar, melakukan pemeriksaan yang terarah dan berkaitan dengan keluhan pasien.

2) Langkah II (kedua) : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik.

Langkah awal dari perumusan masalah atau diagnose kebidanan adalah pengolahan atau analisa data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data yang satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta.

3) Langkah III (ketiga): Mengidentifikasi atau masalah

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnose atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

4) Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan paien yang paling tepat. langkah ini mencerminka kesinambungan dari proses manajemen kebidanan

5) Langkah V (kelima) : Merencanakan asuhan yang komprehensif atau menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan rencana asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atau antisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dilengkapi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama dietujui bidan atau wanita, dan mendiskusikan rencana

dengan wanita itu begitu juga termasuk penegasan akan persetujuannya.

6) Langkah VI (keenam) : Melaksanakan dan penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana).

7) Langkah VII (ketujuh): Evaluasi

Pada langkah ke tujuh dilakukan evaluasi yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

4. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik Bidan, kewenangan yang dimiliki Bidan meliputi :

a. Pasal (1)

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan;

- 1) Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.
- 3) Surat Tanda Registrasi Bidan yang selanjutnya disingkat STRB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah kepada Bidan yang telah memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 4) Surat Izin Praktik Bidan yang selanjutnya disingkat SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Bidan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik kebidanan.
- 5) Praktik Mandiri Bidan adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan secara perorangan.
- 6) Instansi Pemberi Izin adalah instansi atau satuan kerja yang ditunjuk oleh pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menerbitkan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Pasal 2

Dalam menjalankan Praktik Kebidanan, Bidan paling rendah memiliki kualifikasi jenjang pendidikan diploma tiga kebidanan.

c. Pasal 15

- 1) Bidan dapat menjalankan Praktik Kebidanan secara mandiri dan/atau bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 2) Praktik Kebidanan secara mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Praktik Mandiri Bidan.
- 3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a) Klinik
 - b) Puskesmas
 - c) Rumah sakit dan atau
 - d) Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

d. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

BAB III

METODOLOGI

A. Metodologi Penulisan

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Sedangkan asuhan yang diberikan penulis dalam membuat karya tulis ilmiah ini adalah dengan menggunakan asuhan kebidanan menurut Tujuh Langkah Varney dan pengkajian sampai evaluasi dan data perkembangannya menggunakan SOAP.

B. Sumber Data

Dalam pengumpulan data, penulis menggunakan dua jenis data yaitu data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Data primer diperoleh secara langsung melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi terhadap sasaran / klien.

2. Data Sekunder

Data sekunder yang diperoleh penulis berasal dari data yang ada di Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta dan data dari RSUD SURAKARTA.

C. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Interview (wawancara) adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti atau pewawancara mendapat keterangan secara lisan dari seseorang sasaran peneliti (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoadmojo, 2010).

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi).

3. Observasi (Pengamatan)

Observasi (pengamatan) adalah suatu prosedur yang terencana yang meliputi, melihat dan mencatat fenomena tertentu yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

D. Lokasi Dan Waktu

Penelitian dilakukan di Rumah Ny.N dan Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta pada bulan Februari 2017 sampai dengan bulan Juli 2017

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang dipakai penulis dalam membuat laporan studi kasus ini adalah sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

Berisi tentang gambaran isi kasus kebidanan secara menyeluruh yang meliputi latar belakang masalah, ruang lingkup, metode penulisan dan teknik pengumpulan data serta sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi tentang teori medis yang meliputi pengertian anemia, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, terapi yang digunakan serta prognosis, sedangkan teori manajemen kebidanan menggunakan teori Varney Hellen yang terdiri dari 7 langkah dimulai dari pengkajian, interpretasi data, diagnose potensial, antisipasi, rencana tindakan, penatalaksanaan dan evaluasi.

BAB III METODOLOGI PENULISAN

Bab ini menyajikan metodologi yang berisi jenis studi, lokasi studi kasus, subjek studi kasus, waktu studi kasus, instrument studi kasus, teknik pengumpulan data, dan alat-alat yang dibutuhkan dalam studi kasus.

BAB IV TINJAUAN KASUS

Tinjauan kasus menyajikan laporan kasus yang dimulai dari pengkajian data sampai evaluasi.

BAB V PEMBAHASAN

Pembahasan menyajikan tentang kesenjangan antara teori dan praktek yang penulis temukan di lahan praktik.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan dirumuskan untuk menjawab tujuan dari penulis asuhan kebidanan kompeherensif pada ibu masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan kontrasepsi dan merupakan inti dari pembahasan.

B. Saran

Saran merupakan tanggapan dari simpulan dan merupakan alternative pemecahan masalah yang realistis dan operasional.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Kehamilan

Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Normal Pada Ny.N Usia 20 Tahun

G₁P₀A₀ Umur Kehamilan 26⁺² Minggu

Di Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta

1. PENGUMPULAN DATA

Tanggal masuk : 22 Februari 2017

Jam : 09.30 WIB

Tempat : Puskesmas Sibela Mojosongo

No. Register : 119629

Oleh : Ananda Amalia Oktaria S

a. Data Subjektif

1) Identitas

	Istri	Suami
Nama	: Ny. N	Tn.F
Umur	: 20 tahun	24 tahun
Suku/Bangsa	: Jawa	Jawa
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	:SMP	SMK
Penghasilan	: -	Rp 1.500.000

Pekerjaan : IRT Karyawan Swasta

Alamat : Tawang Sari, rt.01/rw.34, Mojosongo, Surakarta

- 2) Alasan Kunjungan : Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan memeriksakan diri karena ibu mengalami diare.

3) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Warna : Merah segar

Bau : Khas darah menstruasi

Dismenorrhea : Hari pertama menstruasi

Fluor albus : -

HPHT : 21 Agustus 2016

HPL : 28 Mei 2017

b) Riwayat Pernikahan

Usia saat menikah : 18 tahun

Lama pernikahan : 2 tahun

Status pernikahan : Sah

c) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan selama 2 tahun sejak awal menikah hingga ibu dinyatakan hamil, ibu menunda kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi kondom.

d) Riwayat kehamilan sebelumnya

Ibu mengatakan ini adalah kehamilan pertamanya dan belum pernah keguguran.

e) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tanggal lahir	PERSALINAN					NIFAS			
		Umur Kehamilan	Tipe persalinan	Penolong	Asuhan persalinan	Komplikasi	Kejadian	Asuhan	Kejadian	Asuhan
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

f) Riwayat kehamilan sekarang

G₁P₀A₀ Umur kehamilan 26⁺² minggu.

TM I ibu melakukan 3 kali ANC

ANC ke- 1 dan tempat : Bidan

Keluhan : Mual, muntah, pusing

Tindakan : Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi paracetamol, B6

ANC ke- 2 dan tempat : Bidan

Keluhan : Mual, pusing

Tindakan : Berkolaborasi dengan bidan untuk
memberikan terapi paracetamol, B6

ANC ke- 3 dan tempat : Bidan

Keluhan : Kadang mual

Tindakan : Berkolaborasi dengan bidan untuk
memberikan terapi Kalk, B6

TM II ibu melakukan 3 kali ANC

ANC ke- 1 dan tempat : Bidan

Keluhan : Tidak ada keluhan

Tindakan : Berkolaborasi dengan bidan untuk
memberikan terapi tablet Fe, Kalk,

ANC ke- 2 dan tempat : Puskesmas

Keluhan : Nyeri perut bagian bawah

Tindakan : Berkolaborasi dengan bidan untuk
memberikan terapi tablet Fe,
Kalk, Vit C.

ANC ke- 3 dan tempat : Bidan

Keluhan : Tidak ada keluhan

Tindakan : Berkolaborasi dengan bidan untuk
memberikan terapi terapi tablet Fe,
Kalk, Vit C.

ANC ke- 4 dan tempat : Bidan

Keluhan : Nyeri pada perut bagian kiri

Tindakan : Berkolaborasi dengan bidan untuk
memberikan terapi Kalk, Tablet Fe

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan ibu yang lalu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang mempengaruhi atau menjadi penyulit saat kehamilan.

b) Riwayat kesehatan ibu sekarang

Ibu mengatakan sekarang tidak menderita penyakit menahun dan menurun, serta penyakit yang mempengaruhi kehamilan.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan di dalam keluarganya tidak pernah menderita penyakit menahun dan menurun.

d) Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan di dalam keluarganya tidak terdapat riwayat keturunan kembar.

5) Pola Fungsional

a) Pola Makan

Ibu mengatakan dalam satu hari ibu makan 2-3 kali dengan porsi 1 piring nasi, sayur seperti : bayam, kangkung, sawi, dan lauk pauk seperti : tahu, tempe, daging, hati, telur. Dalam sehari ibu biasa minum teh hangat di pagi hari dan 7-8 gelas air putih. Makan terakhir pukul 07.00 WIB, minum terakhir pukul 09.00 WIB.

b) Pola Aktivitas

Ibu mengatakan aktivitas sehari-harinya yaitu setiap pagi membuat makanan untuk suaminya, setelah selesai memasak ibu melanjutkan kegiatan dengan mencuci piring dan mencuci baju, setelah itu ibu istirahat. Aktivitas terakhir mencuci piring.

c) Pola istirahat

Ibu mengatakan di siang hari ibu hanya bias istirahat selama 30 menit sampai 1 jam, dan di malam hari ibu mulai tidur sekitar jam 9 malam dan bangun sekitar jam 4 karena ibu harus membuat makanan untuk suaminya. Istirahat terakhir pukul 20.30 WIB.

d) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan dalam sehari BAK 4-5 kali, cair, berwarna kuning, bau khas urin, dan BAB sehari 1 kali di pagi hari, lunak, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feses. BAK terakhir pukul 09.10 WIB, BAB terakhir pukul 05.30 WIB.

e) Pola Kebersihan

Ibu mengatakan sehari mandi 2 kali pada pagi dan sore hari, dan menggosok gigi sehari 3 kali, pada pagi dan sore hari, dan sebelum tidur.

f) Pola seksual

Ibu mengatakan untuk pola hubungan seksual sebelum hamil 2 kali dalam 1 bulan, dan pola seksual setelah hamil 1 kali dalam 1 bulan.

6) Data psikologi, sosial budaya dan spiritual

a) Psikologi

(1) Jenis kelamin anak yang diharapkan

Ibu mengatakan anak pertama yang diinginkan yaitu laki-laki, tapi ibu tetap menerima semua yang diberi yang diatas asal anaknya lahir dengan selamat dan sehat.

(2) Dukungan suami

Ibu mengatakan suami sangat mendukung atas kehamilan istrinya, karena selama 2 tahun ibu dan suaminya menunda kehamilan.

(3) Dukungan keluarga

Keluarga sangat mendukung kehamilan ibu, karena keluarga sangat mengharapkan kelahiran bayi dari ibu.

b) Sosial budaya

(1) Dukungan lingkungan sekitar

Ibu mengatakan lingkungan sekitar ibu sangat mendukung dan senang ketika mengetahui ibu sudah hamil.

(2) Hubungan dengan lingkungan sekitar

Ibu mengatakan hubungan ibu dengan lingkungan sekitar sangat baik dan rukun.

c) Spiritual

(1) Pola ibadah ibu

Ibu mengatakan melaksanakan ibadah sholat 5 waktu dan setiap habis sholat magrib ibu menyempatkan untuk membaca al-qur'an

(2) Tindakan ibu untuk persiapan persalinan

Ibu mengatakan sudah mempersiapkan apa saja yang sudah dibutuhkan saat persalinan, dan ibu selalu berdo'a agar persalinannya lancar dan diberi kemudahan.

b. Data Objektif

1) Keadaan Umum : Baik

2) Kesadaran : Composmentis

3) Tinggi badan : 158cm

4) Berat badan

Sebelum hamil : 65 kg

Saat hamil : 72 kg

Kenaikan BB : 7 kg

LILA : 28 cm

5) Tanda-tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

Pernapasan : 23 x/menit

Nadi : 84 x/menit

Suhu : 36,8 °C

6) HPHT : 21 Agustus 2016

HPL : 28 Mei 2017

UK : 26⁺² minggu

7) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

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

Muka : Simetris, tidak ada kelainan

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda,
sklera putih

Hidung : Simetris, tidak terdapat polip

Mulut : Bersih, tidak ada caries gigi

Telinga : Simetris, tidak ada srumen
abnormal

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar
tyroid, tidak ada pembesaran vena
jugularis.

b) Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding

Dada, tidak ada nyeri tekan

Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak
ada pembengkakan, putting
menonjol.

c) Ketiak : Tidak ada pembesaran kelenjar

getah bening

d) Abdomen

Palpasi Leopold I : TFU : 2 jari diatas pusat, Bagian teratas teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong),

Palpasi Leopold II : -Bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan, punggung janin.(PUKA)
-Bagian kiri ibu teraba bagian terkecil dari janin (ekstremitas).

Palpasi Leopold III : Bagian terendah teraba bulat, keras, melenting, (kepala).

Palpasi Leopold IV : Kepala belum masuk panggul

TFU : 25cm

Auskultasi puctum max. : Sebelah kanan

DJJ : + 146 x/menit

Gerakan Janin : Aktif

e) Genetalia

(1) Vulva

Oedema : Tidak ada oedema di daerah vulva

Varises : Tidak ada varises di daerah vulva

Pengeluaran pervaginam : Tidak ada pengeluaran pervaginam

Luka : Tidak ada luka di daerah vulva

(2) Anus : Tidak ada hemoroid pada anus,
lubang anus (+)

f) Ekstermitas

Atas : Tidak ada oedema pada ekstremitas atas, tidak ada
kelainan, tidak ada cacat kongenital, jumlah jari
tangan kanan dan kiri lengkap.

Bawah : Tidak ada oedema pada ekstremitas bawah, tidak
ada kelainan, tidak ada cacat kongenital, jumlah
jari kaki kanan dan kiri lengkap, tidak ada varices,
reflek patella (+/+)

2. INTERPRETASI DATA

- Ny. N umur 20 tahun G₁P₀A₀ umur kehamilan 26⁺² minggu dengan diare
- Janin hidup, tunggal, intrauterine, puka, presentasi kepala, kepala belum masuk panggul.

Dasar :

S : Ibu mengatakan

- a. Ingin memeriksakan kehamilannya
- b. Ini adalah kehamilan pertamanya
- c. Mengeluh sakit diare sejak 1 hari yang lalu.

HPHT : 21 Agustus 2016

HPL : 28 Mei 2017

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

VS : TD : 110/80 mmHg S : 36,8 °C

N : 84 x/menit R : 23 x/menit

Palpasi :

Palpasi Leopold I : TFU : 2 jari diatas pusat, bagian
teratas teraba bulat, lunak,
tidak melenting,(bokong)

Palpasi Leopold II : -Bagian kanan ibu teraba keras,
memanjang seperti papan,
punggung janin.(puka)
-Bagian kiri ibu teraba bagian terkecil
dari janin (ekstremitas.)

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

Palpasi Leopold IV : Kepala belum masuk panggul

TFU : 25cm

DJJ : ± 146 x/menit

Gerakan Janin : Aktif

Masalah : Ibu mengatakan sedang sakit diare

Kebutuhan : Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan perbanyak minum air

putih serta sayur yang mengandung serat untuk membantu penyembuhan diare pada ibu.

3. DIAGNOSA POTENSIAL

Ibu mengatakan sedang menderita diare, apabila permasalahan diare pada ibu tidak segera tertangani dengan baik, ibu akan mengalami dehidrasi dan nutrisi yang akan disalurkan pada janin berkurang.

4. ANTISIPASI

Mengkaji penyebab terjadinya diare, dan sejak kapan diare terjadi, memberitahu ibu untuk banyak mengkonsumsi sayuran yang berserat, serta makanan yang bernutrisi serta perbanyak minum air putih untuk membantu penyembuhan.

5. RENCANA TINDAKAN

Tanggal : 22 Maret 2017

Jam : 10.30 WIB

- a. Periksa KU dan VS ibu
- b. Beritahu ibu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
- c. Beritahu ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bernutrisi serta berserat dan banyak minum air putih.
- d. Kolaborasi dengan bidan untuk memberikan ibu terapi oral antacid, tablet Fe, Kalk
- e. Beritahu ibu jadwal kunjungan ulang

6. IMPLEMENTASI

- a. Memeriksa KU dan VS ibu, dengan melihat keadaan umum ibu, memeriksa tanda-tanda vital seperti TD, N, R, S, memeriksa abdomen, dan memeriksa detak jantung janin.
- b. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, dengan memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, seperti hasil pemeriksaan vital sign, dan pemeriksaan palpasi abdomen serta DJJ.
- c. Memberitahu ibu untuk mengonsumsi makanan yang bernutrisi serta berserat dan perbanyak minum air putih, dengan menjelaskan apa saja makanan yang bernutrisi dan berserat, manfaat dari konsumsi makanan bernutrisi dan berserat dan air putih.
- d. Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan ibu terapi oral, dengan memberikan ibu terapi oral : antacid, tablet Fe, Kalk, dan menjelaskan dosis dan cara mengonsumsi obat, kegunaan diberikan obat tersebut.
- e. Memberitahu ibu jadwal kunjungan ulang untuk periksa, dengan menjelaskan kapan waktu untuk melakukan kunjungan ulang dan memberitahu ibu dapat berkunjung apabila mengalami keluhan.

7. EVALUASI

1. KU dan VS ibu sudah diperiksa
2. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan dan ibu merasa lebih tenang

3. Ibu mengerti dan bersedia untuk mengkonsumsi makanan yang bernutrisi serta berserat dan bersedia untuk memperbanyak minum air putih.
4. Ibu sudah diberikan terapi oral
5. Ibu sudah mengerti dan sudah mengetahui kapan jadwal kunjungan ulang untuk pemeriksaan.

a. DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 3 April 2017

Jam: 11.00 WIB

S : Ibu mengatakan :

1. Ibu mengatakan pada tanggal 25 Maret 2017 diare nya sudah sembuh.
2. Khawatir karena pada jalan lahir keluar lendir keputihan kental
3. Merasakan tidak nyaman saat tidur dan merasa tidak nyaman saat beraktifitas.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmetis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 24x/menit

N : 82x/menit S : 36,7°C

Palpasi :

Palpasi Leopold I	: TFU : pertengahan pusat & Px. Bagian teratas teraba bulat, lunak, tidak melenting, (bokong)
Palpasi Leopold II	: -Bagian kanan ibu teraba bagian terkecil dari janin (ekstremitas). -Bagian kiri ibu teraba keras, memanjang seperti papan punggung janin.(puki)
Palpasi Leopold III	: Bagian terendah teraba bulat, keras, melenting(kepala)
Palpasi Leopold IV	: Kepala belum masuk panggul
TFU	: 30cm
DJJ	: ± 144 x/menit
Gerakan Janin	: Aktif

A : Ny.N usia 20 tahun G₁P₀A₀ dengan umur kehamilan 32 minggu.

Janin hidup, tunggal, intrauterine, puki, presentasi kepala, kepala
belum masuk panggul.

P : Tanggal : 3 April 2017

Jam : 11.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, dengan menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital seperti TD, N, R, S, menjelaskan keadaan janin yang ada didalam rahim ibu.

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu, dan ibu merasa lebih tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 24x/menit

N : 82x/menit S : 36,7°C

2. Memberikan penkes ketidaknyamanan pada TM III, dengan menjelaskan apa saja ketidaknyamanan pada kehamilan TM III, serta menjawab pertanyaan yang ibu berikan ketika ibu belum merasa jelas dengan apa yang sudah dijelaskan.

Penkes ketidaknyamanan pada TM III sudah diberikan dan ibu sudah mengerti apa saja ketidaknyamanan pada kehamilan TM III

Penkes Ketidaknyamanan pada TM III :

Konstipasi atau sembelit, edema atau bengkak, insomnia (sulit tidur), nyeri punggung bagian bawah (nyeri pinggang), sering buang air kecil, keluar cairan dari vagina, pernapasan sedikit terganggu

karena paru-paru semakin tertekan oleh uterus yang semakin membesar.

b. DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal : 12 April 2017

Jam: 08.00 WIB

S : Ibu mengatakan :

1. Merasa pusing, mudah capek, lemas sejak 2 hari yang lalu
2. Tidak mengkonsumsi tablet Fe secara rutin sesuai dosis yang dianjurkan karena setiap kali ibu minum tablet Fe akan terasa mual.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/80 mmHg R : 24x/menit

N : 85x/menit S : 36,5°C

BB : 75kg

Hb : 10,5gr/dL

Protein urine : Negatif (-)

Mata : Simetris, konjungtiva pucat, sklera putih.

Palpasi :

Palpasi Leopold I : TFU : pertengahan pusat
& Px, bagian teratas teraba bulat,
lunak, tidak melenting, (bokong)

Palpasi Leopold II : -Bagian kanan ibu teraba bagian
terkecil dari janin (ekstremitas)
-Bagian kiri ibu teraba keras,
memanjang seperti papan,
(punggung janin).

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

Palpasi Leopold IV : Kepala belum masuk panggul

TFU : 32cm

DJJ : ± 148 x/menit

Gerakan Janin : Aktif

A : Ny.N usia 20 tahun G₁P₀A₀ dengan umur kehamilan 34 minggu

dengan anemia ringan.

Janin hidup, tunggal, intrauterine, puki, presentasi kepala, kepala

belum masuk panggul.

P : Tanggal : 12 April 2017

Jam : 08.45 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, dengan memberitahu ibu keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, serta keadaan janin yang ada di dalam perut ibu.

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu merasa tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/80 mmHg R : 24x/menit

N : 85x/menit S : 36,5°C

BB : 75kg

Hb : 10,5gr/dL

Protein urine : Negatif (-)

2. Memberikan penkes tanda bahaya kehamilan TM III, dengan menjelaskan tentang apa saja tanda bahaya kehamilan pada kehamilan pada TM III dan

menjawab pertanyaan ibu ketika ibu merasa belum jelas dengan penjelasan yang sudah diberikan.

Penkes tanda bahaya kehamilan pada TM III sudah diberikan dan ibu

sudah mengetahui apa saja tanda bahaya kehamilan pada TM III

Penkes tanda bahaya kehamilan TM III :

Ibu tidak mau makan dan muntah terus, berat badan tidak naik, bengkak pada tangan, wajah, pusing, dan dapat diikuti kejang, kelainan letak janin, perdarahan, gerakan janin berkurang atau tidak ada, ketuban pecah sebelum waktunya, penyakit ibu yang berpengaruh terhadap kehamilan.

3. Menjelaskan kepada ibu tentang pentingnya mengkonsumsi tablet Fe selama hamil, dengan cara memberikan KIE tentang tablet Fe, manfaat, serta cara mengkonsumsi.

Ibu mengerti dan bersedia untuk kembali mengkonsumsi tablet Fe

4. Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi kepada ibu, bidan menjelaskan manfaat pemberian obat, dosis dan cara mengkonsumsi obat tersebut.

Kolaborasi sudah dilakukan dan ibu sudah diberi terapi sesuai dengan kebutuhan ibu.

5. Memberitahu ibu jadwal kunjungan ulang

Ibu sudah diberitahu kapan harus melakukan kunjungan ulang dan

ibu bersedia datang sesuai jadwal atau apabila ada keluhan.

c. DATA PERKEMBANGAN IV

Tanggal : 20 Mei 2017

Jam: 11.00 WIB

S : Ibu mengatakan :

1. Sudah tidak mudah pusing, tidak mudah capek dan lemas, karena ibu sudah mengonsumsi tablet Fe sesuai dengan anjuran yang diberikan.
2. Pinggangnya terasa pegal dan perut bagian bawah terasa kencang
3. Keluar cairan dari jalan lahir

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/80 mmHg R : 22x/menit

N : 84x/menit S : 36,7°C

BB : 76kg

Palpasi :

Palpasi Leopold I : Bagian teratas teraba bulat, lunak,
tidak melenting, (bokong)

TFU : 3 jari dibawah Px

Palpasi Leopold II : -Bagian kanan ibu teraba keras,

memanjang seperti papan,
punggung janin.(puka)

-Bagian kiri ibu teraba bagian
terkecil dari janin (ekstremitas)

Palpasi Leopold III : Bagian terendah teraba bulat,
keras, (kepala).

Palpasi Leopold IV : Kepala sudah masuk panggul

TFU : 34 cm

DJJ : ± 146 x/menit

Gerakan Janin : Aktif

A : Ny. N usia 20 tahun G₁P₀A₀ dengan umur kehamilan 39 minggu.

Janin hidup, tunggal, intrauterine, puka, presentasi kepala, penurunan

kepala 1/5 bagian.

P : Tanggal : 20 Mei 2017

Jam : 11.45 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, dengan menjelaskan hasil pemeriksaan meliputi keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, dan keadaan janin yang ada di dalam rahim ibu.

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan dan ibu sudah merasa tenang

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/80 mmHg R : 22x/menit

N : 84x/menit S : 36,7°C

BB : 76kg

2. Memberitahu ibu penyebab keluar cairan keputihan dan pinggang terasa pegal, dengan menjelaskan kepada ibu penyebab keluarnya cairan keputihan dan pegal terasa pegal, serta cara mengatasi masalah ibu tersebut.

Ibu mengerti dan sudah mengetahui apa penyebab masalah ibu tersebut dan ibu sudah merasa tenang dan tidak khawatir lagi.

3. Memberitahu ibu untuk banyak istirahat, dengan menjelaskan kepada ibu manfaat dari istirahat dan kerugian apabila ibu tidak istirahat.

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk istirahat.

4. Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi oral kepada ibu, dengan memberitahu ibu obat yang diberikan, cara mengkonsumsi dan dosis yang dikonsumsi.

Terapi oral sudah diberikan kepada ibu dan ibu bersedia untuk mengonsumsi vitamin tersebut.

5. Memberitahu ibu jadwal kunjungan ulang, dengan menjelaskan kapan jadwal kunjungan ulang dan memberitahu ibu apabila mengalami keluhan agar segera datang ke tenaga kesehatan.

Ibu mengerti dan sudah mengetahui kapan harus melakukan kunjungan ulang dan bersedia datang jika ada keluhan.

d. DATA PERKEMBANGAN V

Tanggal : 27 Mei 2017

Jam: 08.00 WIB

S : Ibu mengatakan :

1. Sudah tidak mengeluarkan cairan lagi
2. Pinggangnya masih terasa pegal

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 23x/menit

N : 83x/menit S : 36,6°C

BB : 77kg

Palpasi :

Palpasi Leopold I : Bagian teratas teraba bulat, lunak,
tidak melenting, (bokong)
TFU : 3 jari dibawah Px

Palpasi Leopold II : -Bagian kanan ibu teraba keras,
memanjang seperti papan,
punggung janin.
-Bagian kiri ibu teraba bagian
terkecil dari janin
ekstremitas.

Palpasi Leopold III : Bagian terendah teraba bulat,
keras,(kepala)

Palpasi Leopold IV : Kepala sudah masuk panggul

TFU : 33 cm

DJJ : ± 148 x/menit

Gerakan Janin : Aktif

A : Ny.N usia 20 tahun G1P0A0 umur kehamilan 39⁺⁵ minggu

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

P : Tanggal : 27 Mei 2017

Jam : 08.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, dengan memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan meliputi pemeriksaan keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, dan keadaan bayi yang ada di dalam rahim ibu. Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu merasa tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 23x/menit

N : 83x/menit S : 36,6°C

BB : 77kg

2. Memberitahu ibu tanda-tanda persalinan, dengan menjelaskan kepada ibu apa saja tanda-tanda persalinan dan tindakan apa yang harus dilakukan ketika terdapat salah satu tanda.

Tanda-tanda persalinan sudah diberikan dan ibu sudah mengetahui tanda-tanda persalinan dan bersedia datang ke tenaga kesehatan jika menemukan salah satu tanda

Tanda-tanda persalinan :

Kenceng-kenceng semakin sering dan teratur, menjalar dari perut bagian bawah sampai ke pinggang, keluar lendir bercampur darah, keluar ketuban dari jalan lahir

3. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, dengan menjelaskan manfaat dari nutrisi dan apa saja sumber nutrisi yang harus dikonsumsi.

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

4. Menganjurkan ibu untuk istirahat, dengan menjelaskan kepada ibu manfaat istirahat dan kerugian apabila ibu tidak istirahat.

Istirahat dapat berguna untuk memulihkan tenaga ibu setelah melakukan aktivitas.

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk istirahat

5. Berkolaborasi dengan bidan memberikan terapi oral, dengan menjelaskan kepada ibu obat yang diberikan, cara mengkonsumsi, dan dosis yang harus dikonsumsi.

Terapi oral sudah diberikan kepada ibu dan ibu bersedia untuk mengkonsumsi vitamin tersebut.

6. Memberitahu jadwal kunjungan ulang

Ibu mengerti dan sudah mengetahui kapan harus melakukan kunjungan ulang dan bersedia datang jika ada keluhan.

e. DATA PERKEMBANGAN VI

Tanggal : 31 Mei 2017

Jam: 08.00 WIB

S : Ibu mengatakan :

1. Sudah mengikuti anjuran pada kunjungan sebelumnya untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan kebutuhan istirahat.
2. Sudah merasakan kenceng-kenceng tetapi belum teratur.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 23x/menit

N : 84x/menit S : 36,5°C

BB : 77kg

Palpasi :

Palpasi Leopold I : Bagian teratas teraba bulat, lunak, tidak melenting, TFU : 3 jari dibawah Px

Palpasi Leopold II : -Bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan punggung janin.(PUKA)
-Bagian kiri ibu teraba bagian terkecil dari janin (ekstremitas).

Palpasi Leopold III : Bagian terendah teraba bulat, keras,(kepala)

Palpasi Leopold IV : Kepala sudah masuk panggul
TFU : 32 cm
DJJ : ± 148 x/menit
Gerakan Janin : Aktif

A : Ny.N usia 20 tahun G1P0A0 dengan umur kehamilan 40⁺¹ minggu

Janin hidup, tunggal, intrauterine, puka, presentasi kepala, penurunan kepala 1/5 bagian.

P : Tanggal : 31 Mei 2017

Jam : 08.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, dengan memberitahu dan menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan yang meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, dan keadaan janin di dalam rahim ibu.

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu merasa tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 23x/menit

N : 84x/menit S : 36,5°C

BB : 77kg

2. Memberikan surat rujukan kepada ibu

Ibu sudah diberi surat rujukan dan bersedia datang ke tempat rujukan dengan membawa surat rujukan tersebut.

3. Memberitahu ibu alasan dilakukan rujukan, dengan menjelaskan kepada ibu alasan kenapa ibu dirujuk.

Ibu sudah diberitahu alasan dilakukan rujukan dan ibu sudah mengerti dan bersedia datang ke tempat rujukan untuk memeriksakan kehamilannya.

B. Bersalin

Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Normal Pada Ny.N Usia 20 Tahun G₁P₀A₀

Umur Kehamilan 40⁺⁶ Minggu Di RSUD SURAKARTA

PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 2 Juni 2017

Jam: 19.00 WIB

Tempat : RSUD SURAKARTA

Oleh : Ananda Amalia Oktaria S

1. Data Subjektif

Ibu dan Suami

Istri

Suami

Nama : Ny. N

Tn.F

Umur	: 20 tahun	24 tahun
Suku/Bangsa	: Jawa	Jawa
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	:SMP	SMK
Penghasilan	: -	Rp 1.500.000
Pekerjaan	: IRT	Karyawan Swasta
Alamat	: Tawangsari, rt.01/rw.34, Mojosongo, Surakarta	

2. Alasan Kunjungan

- a. Ibu mengatakan datang ke RS karena mendapat rujukan dari puskesmas pada tanggal 31 Mei 2017, tetapi ibu baru bisa datang ke RS pada tanggal 2 Juni 2017.
- b. Ibu mengatakan pada saat di poliklinik kandungan, pada saat di USG dokter mengatakan terdapat pengapuran plasenta tingkat I, dan menjelaskan keadaan plasenta, berat badan janin 3100 gram, dan kondisi air ketuban yang cukup. Pada saat diperiksa pada vagina, dokter mengatakan belum ada pembukaan.
- c. Dokter menganjurkan ibu untuk rawat inap dan dilakukan tindakan induksi persalinan yang akan dilakukan sekitar pukul 19.00 WIB.

3. Pola Fungsional

a. Pola Makan

Ibu mengatakan dalam sehari ibu makan 2-3 kali dengan porsi 1 piring nasi, sayur seperti : bayam, kangkung, sawi, dan lauk pauk seperti : tahu, tempe, daging, hati, telur. Dalam sehari ibu biasa minum teh

hangat di pagi hari dan 7-8 gelas air putih. Makan terakhir pukul 09.00 WIB, minum terakhir pukul 10.30 WIB.

b. Pola Aktivitas

Ibu mengatakan aktivitas sehari-harinya yaitu setiap pagi membuat makanan untuk suaminya, setelah selesai memasak ibu melanjutkan kegiatan dengan mencuci piring dan mencuci baju, setelah itu ibu istirahat. Aktivitas terakhir mencuci piring.

c. Pola istirahat

Ibu mengatakan di siang hari ibu hanya bias istirahat selama 30 menit sampai 1 jam, dan di malam hari ibu mulai tidur sekitar jam 9 malam dan bangun sekitar jam 4 karena ibu harus membuat makanan untuk suaminya. Istirahat terakhir tanggal 1 Juni 2017 pukul 21.00 WIB.

d. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan dalam sehari BAK 4-5 kali, cair, berwarna kuning, bau khas aceton, dan BAB sehari 1 kali di pagi hari, lunak, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feses. BAK terakhir pukul 10.00 WIB, BAB terakhir pukul 05.00 WIB.

e. Pola Kebersihan

Ibu mengatakan sehari mandi 2 kali pada pagi dan sore hari, dan menggosok gigi sehari 3 kali, pada pagi dan sore hari, dan sebelum tidur. Mandi terakhir pukul 07.00 WIB.

f. Pola seksual

Ibu mengatakan untuk pola hubungan seksual dengan suaminya ibu hanya melakukan 2 kali dalam 1 bulan. Hubungan seksual terakhir ketika ibu hamil 32 minggu.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmetis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 23x/menit

N : 85x/menit S : 36,5°C

HPHT : 21 Agustus 2017

HPL : 28 Mei 2017

UK : 40⁺⁵ minggu

Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

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

Muka : Simetris, tidak ada kelainan

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda,
sklera putih

Hidung : Simetris, tidak terdapat polip

Mulut : Bersih, tidak ada caries gigi

Telinga : Simetris, tidak ada serumen
abnormal

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar

	tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.
2. Dada	: Simetris, tidak ada retraksi dinding dada
Payudara	: Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, putting menonjol.
3. Ketiak	: Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.
4. Abdomen	
Palpasi Leopold I	: TFU : 3 jari dibawah pusat Bagian teratas teraba bulat, lunak, tidak melenting, (bokong)
Palpasi Leopold II	: Bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan bagian punggung janin.(puka) Bagian kiri ibu teraba bagian terkecil dari janin,(ekstremitas).
Palpasi Leopold III	: Bagian terendah teraba bulat, keras (kepala janin).
Palpasi Leopold IV	: Kepala sudah masuk panggul 2/5 bagian
TFU	: 32 cm
TBJ	: $(32-11) \times 155 = 3255 \text{ gram}$

Auskultasi puctum max. : Sebelah kanan bawah
DJJ : + 148 x/menit
Gerakan Janin : Aktif
His : 2x/10 menit durasi 20 detik

5. Genetalia

a. Vulva

Oedema : Tidak ada oedema di daerah vulva
Varises : Tidak ada varises di daerah vulva
Pengeluaran pervaginam : Tidak ada pengeluaran pervaginam
Luka : Tidak ada luka di daerah vulva

VT : Tanggal 2 juni 2017, jam 19.00
WIB, oleh : Bidan RS

Indikasi : Pasien rawat inap

Tujuan : Untuk mengetahui apakah sudah
ada pembukaan atau belum.

Hasil : Pembukaan 2 cm, portio tebal,
lunak, dinding vagina licin, STLD
(-)

b. Anus : Tidak ada hemoroid pada anus,
terdapat lubang anus.

6. Ekstermitas

Atas : Tidak ada oedema pada ekstremitas atas, tidak ada

kelainan, tidak ada cacat kongenital, jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap.

Bawah : Tidak ada oedema pada ekstremitas bawah, tidak ada kelainan, tidak ada cacat kongenital, jumlah jari kaki kanan dan kiri lengkap, tidak ada varices, reflek patella (+/+)

Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Hb : 11 gr/dL

HbSAg : (-)

HIV : (-)

Protein Urine : (-)

Urine reduksi : (-)

b. USG

TBJ : 3100 gram

DJJ : +138 x/ menit

Terdapat pengapuran plasenta grade I

A : Ny.N usia 20 tahun G₁P₀A₀ umur kehamilan 40⁺⁵ minggu belum kala I fase laten dengan pengapuran plasenta.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, letak memanjang, puka, preskep, penurunan kepala 2/5 bagian.

P : Tanggal : 2 juni 2017

Jam : 11.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

KU : Baik

Kesadaran : Composmetis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 23x/menit

N : 85x/menit S : 36,5°C

DJJ : + 148x/menit

His : 2x/10menit durasi 20 detik

VT : pembukaan 0 cm, portio tebal, lunak, dinding vagina licin.

2. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

3. Menganjurkan ibu untuk istirahat

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk istirahat.

4. Melakukan tindakan sesuai dengan advis dokter (induksi misoprostol 1/8 pervaginam) dilakukan oleh bidan RS

Induksi persalinan dilakukan karena terjadi pengapuran plasenta, sehingga induksi dapat membantu sebagai perangsang kontraksi.

Induksi misoprostol sudah disiapkan dan akan masuk pada jam 19.00

WIB

a. DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 01.00 WIB

S : Ibu mengatakan :

1. Merasakan kenceng-kenceng tetapi belum teratur
2. Pada pukul 19.00 WIB sudah diperiksa oleh bidan, pembukaan 2 cm setelah itu bidan memasukkan obat di vagina sebagai perangsang kontraksi.
3. Sudah mengikuti anjuran untuk makan dan minum serta istirahat.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 24x/menit

N : 82x/menit S : 36,5°C

DJJ : 140 x/menit

His : 2x/10 menit durasi 20 detik

VT : Tanggal 3 juni 2017, jam : 01.00 WIB, oleh : Bidan RS

Indikasi : pasien inpartu rawat inap

Tujuan : untuk mengetahui kemajuan persalinan

Hasil : pembukaan 2 cm, portio tebal, lunak, dinding
vagina licin, STLD (-)

A : Ny. N usia 20 tahun GIP0A0 umur kehamilan 40+6 minggu, kala 1 fase
laten dengan pengapuran plasenta.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, letak memanjang, puka, preskep,
penurunan kepala 2/5 bagian.

P : Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 01.10 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah
mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

KU : Baik

Kesadaran : Composmetis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 24x/menit

N : 82x/menit S : 36,5°C

DJJ : + 140x/menit

His : 2x/10 menit durasi 20 detik

VT : Pembukaan 2 cm, portio tebal, lunak, dinding
vagina licin.

2. Melaporkan hasil evaluasi ke dr.SpOG

Hasil evaluasi sudah dilaporkan, terapi lanjut

a. Misoprostol 1/8 tablet pervaginam (II) pada jam 01.30 WIB

b. Evaluasi pada jam 07.30 WIB

3. Berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi misoprostol

1/8 tablet pervaginam (II)

Misoprostol sudah masuk pada jam 01.30 WIB

4. Menganjurkan ibu untuk istirahat

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk istirahat

b. DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 07.30 WIB

S : Ibu mengatakan :

1. Merasakan kenceng-kenceng tetapi belum sering
2. Sudah mengikuti anjuran untuk istirahat
3. Masih bisa pergi ke kamar mandi untuk mandi dan BAK
4. Pada pukul 01.00 WIB ibu diperiksa oleh Bidan dengan hasil pembukaan 2 cm, setelah itu bidan memasukkan obat ke vagina ibu pukul 01.30 WIB.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/90 mmHg R : 23x/menit
N : 80x/menit S : 36,7°C

DJJ : 140 x/menit

His : 2x/10 menit durasi 30 detik

VT : Tanggal 3 juni 2017, jam : 07.30 WIB, oleh : Bidan RS

Indikasi : pasien inpartu rawat inap

Tujuan : untuk mengetahui kemajuan persalinan

Hasil : pembukaan 2-3 cm, portio tebal, lunak, dinding
vagina licin, STLD (-)

A : Ny. N usia 20 tahun G1P0A0 umur kehamilan 40+6 minggu kala 1 fase laten dengan pengapuran plasenta.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, letak memanjang, puka, preskep, penurunan kepala 2/5 bagian.

P : Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 07.40 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

KU : Baik

Kesadaran : Composmetis

Vital Sign : TD : 120/90 mmHg R : 23x/menit

N : 80x/menit S : 36,7°C

DJJ : + 140x/menit

His : 2 x/10 menit durasi 30 detik

VT : Pembukaan 2-3 cm, portio tebal, lunak, dinding vagina licin, STLD (-)

2. Melaporkan hasil evaluasi ke dr.SpOG

Hasil evaluasi sudah dilaporkan, terapi lanjut

a. Misoprostol 1/8 tablet pervaginam (II) pada jam 08.00 WIB

b. Evaluasi pada jam 14.00 WIB

3. Berkolaborasi dengan dr.SpOG untuk memberikan terapi misoprostol 1/8 tablet pervaginam (III)

Misoprostol sudah masuk pada jam 08.00 WIB

4. Menganjurkan ibu untuk istirahat

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk istirahat

5. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

c. DATA PERKEMBANGAN III

Tanggal : 3 juni 2017

Jam: 14.00 WIB

S : ibu mengatakan :

1. Merasakan kenceng-kenceng tetapi belum sering
2. Sudah mengikuti anjuran untuk istirahat, makan dan minum

3. Pada pukul 07.30 WIB ibu diperiksa oleh bidan dengan hasil pembukaan 2-3 cm, setelah itu bidan memasukkan obat ke vagina ibu pada pukul 08.00 WIB.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 23x/menit
N : 82x/menit S : 36,5°C

DJJ : 146 x/menit

His : 2x/10 menit durasi 30 detik

VT : Tanggal 3 juni 2017, jam : 14.00 WIB, oleh : Bidan RS

Indikasi : pasien inpartu

Tujuan : untuk mengetahui kemajuan persalinan

Hasil : pembukaan 4 cm, portio tebal, lunak, KK +
dinding vagina licin, STLD (-)

A : Ny.N usia 20 tahun G1P0A0 umur kehamilan 40⁺⁶ minggu kala 1 fase

aktif dengan pengapuran plasenta

Janin hidup, tunggal, intrauteri, letak memanjang, puka, preskep,

penurunan kepala 3/5 bagian.

P : Tanggal : 3 juni 2014

Jam : 14.20 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 23x/menit

N : 82x/menit S : 36,5°C

DJJ : 146 x/menit

His : 2x/10 menit durasi 30 detik

VT : pembukaan 4 cm, portio tebal, lunak, KK +
dinding vagina licin, STLD (-)

2. Melaporkan hasil evaluasi ke dr.SpOG

Hasil evaluasi sudah dilaporkan, terapi lanjut

- a. Misoprostol stop, lanjut drip oxytosin IV 20 tpm
- b. Evaluasi 4 jam pada jam 18.30 WIB

3. Berkolaborasi dengan dr.SpOG untuk memberikan terapi drip oxytosin IV 20 tpm.

Terapi oxytosin sudah masuk pada jam 14.30 WIB.

4. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Ibu mengerti dan bersedia mengikut anjuran untuk makan dan minum

5. Menganjurkan ibu untuk istirahat

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk istirahat

6. Menganjurkan ibu untuk miring kekiri

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk melakukan miring kiri.

d. DATA PERKEMBANGAN IV

Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 18.30 WIB

S : Ibu mengatakan :

1. Perutnya terasa kenceng-kenceng semakin sering
2. Pada pukul 14.00 WIB bidan melakukan pemeriksaan pada vagina dengan hasil pembukaan 4 cm, setelah itu bidan memberikan obat melalui infus pada pukul 14.30 WIB.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/80 mmHg R : 23x/menit
N : 82x/menit S : 36,5°C

DJJ : 146 x/menit

His : 4x/10 menit durasi 45 detik

VT : Tanggal 3 juni 2017, jam : 18.30 WIB, oleh : Bidan RS

Indikasi : pasien inpartu

Tujuan : untuk mengetahui kemajuan persalinan

Hasil : pembukaan 9 cm, portio tipis, lunak, KK -
dinding vagina licin, air ketuban jernih, penurunan

kepala di hodge III-IV.

A : Ny. N usia 20 tahun G₁P₀A₀ umur kehamilan 40⁺⁶ minggu, inpartu kala 1 fase aktif dengan pengapuran plasenta.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, letak memanjang, puka, preskep, penurunan kepala 3/5 bagian.

P : Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 19.00 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/80 mmHg R : 23x/menit

N : 82x/menit S : 36,5°C

DJJ : 146 x/menit

His : 4x/10 menit durasi 45 detik

VT : pembukaan 9 cm, portio tipis, lunak, KK -

dinding vagina licin, air ketuban jernih, penurunan

kepala 3/5 bagian

2. Menyiapkan partus set, heacting set, dan obat

Partus set, heacting set sudah disiapkan.

3. Menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi

Perlengkapan ibu dan bayi sudah disiapkan

4. Menganjurkan ibu untuk tarik nafas panjang dari hidung dan dikeluarkan dari mulut.

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk tarik nafas panjang.

e. DATA PERKEMBANGAN V

Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 19.30 WIB

S : ibu mengatakan :

1. Merasa kenceng-kencengnya semakin sering
2. Serasa ingin BAB
3. Serasa ingin mengejan

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/80 mmHg R : 23x/menit

N : 82x/menit S : 36,6°C

DJJ : 144 x/menit

His : 5x/10 menit durasi 45 detik

VT : Tanggal 3 juni 2017, jam : 19.30 WIB, oleh : Bidan RS

Indikasi : pasien bersalin

Tujuan : untuk mengetahui kemajuan persalinan

Hasil : pembukaan 10 cm, portio tipis, lunak, KK -
dinding vagina licin, air ketuban jernih, penurunan
kepala 0/5 bagian.

A : Ny. N usia 20 tahun G1P0A0 umur kehamilan 40⁺⁶ minggu inpartu kala
II dengan pengapuran plasenta.

Janin hidup, tunggal, intrauteri, preskep, penurunan kepala 0/5 bagian.

P : Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 19.45 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah
mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/80 mmHg R : 23x/menit

N : 82x/menit S : 36,6°C

DJJ : 144 x/menit

His : 5x/10 menit durasi 45 detik

VT : pembukaan 10 cm, portio tipis, lunak, KK –
dinding vagina licin, air ketuban jernih, penurunan
kepala 0/5 bagian.

2. Mendekatkan partus set, heacting set, dan obat

Partus set, heacting set, dan obat sudah didekatkan

3. Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan APN

- a. Menggunakan APD
- b. Mencuci tangan dengan sabun
- c. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diatas perut ibu
- d. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
- e. Membuka tutup partus set dan memeriksa kelengkapan alat dan bahan.
- f. Memakai sarung tangan pada kedua tangan
- g. Menahan perineum
Setelah tampak kepala bayi, lindungi perineum dengan tangan kanan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering
- h. Melahirkan kepala bayi
Tangan kiri berada di vertek untuk mencegah defleksi maksimal dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- i. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
- j. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan
- k. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi.
- l. Melahirkan bahu depan

Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan lahir

m. Melahirkan bahu belakang

Menggerakkan ke arah atas dan distal sampai bahu belakang lahir

n. Sangga

Memindahkan tangan kanan untuk menyangga samping lateral tubuh bayi.

o. Susur

Memindahkan tangan kiri untuk menyusur pada lengan bayi, dada dan punggung serta bokong, sampai kedua kaki, dianjurkan dengan memegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

p. Menilai bayi

Memposisikan kepala bayi 150 lebih rendah dari badan bayi untuk menilai bayi (apakah bayi menangis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif) dengan cara memegang bayi, tangan kiri diantara kaki bayi dan tangan kanan memegang kepala bayi.

q. Mengeringkan bayi

Meletakkan bayi diatas perut ibu, mengeringkan mulai muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa membersihkan verniks)

r. Melakukan skin to skin contact dan IMD

Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu

Meluruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu.

Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu

Menyelimuti bayi dengan kain hangat dan topi

Telah dilakukan pertolongan persalinan, bayi lahir normal pada jam 20.15 WIB jenis kelamin laki-laki, BB = 3300gram, PB = 52cm, menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, plasenta belum lahir dan belum ada tanda-tanda pelepasan plasenta. TFU setinggi pusat, kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih kosong, perdarahan ± 40 cc

f. DATA PERKEMBANGAN VI

Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 20.15 WIB

S : ibu mengatakan :

1. Merasa lega bayinya sudah lahir

2. Perutnya masih terasa mules

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

1. Bayi lahir spontan pervaginam pada jam 20.15 WIB, jenis kelamin laki-laki, menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan.

2. Kontraksi uterus baik teraba keras, TFU setinggi pusat, belum ada tanda-tanda pelepasan plasenta.

A : Ny.N usia 20 tahun P1A0 inpartu kala III

P : Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 20.16 WIB

1. Melakukan palpasi abdomen

Palpasi abdomen sudah dilakukan dengan hasil janin tunggal.

2. Melihat adanya tanda-tanda pelepasan plasenta

Tanda-tanda pelepasan plasenta

Semburan darah secara tiba-tiba, tali pusat bertambah panjang, uterus globuler

Tanda-tanda pelepasan plasenta sudah dilihat dan sudah ada tanda-tanda pelepasan plasenta.

3. Melakukan pengeluaran plasenta dengan MAK III

a. Menyuntikkan oksitosin di 1/3 paha atas bagian luar

b. Memindahkan klem 5-10 menit dekat vulva dengan terlebih dahulu menekan ujung tali pusat.

- c. Memastikan tanda-tanda pelepasan plasenta : uterus globuler, tali pusat bertambah panjang, semburan darah tiba-tiba.
- d. Saat ada kontraksi lakukan penegangan tali pusat terkendali dan mendorong uterus secara dorsokranial sampai plasenta terlepas dari implantasi.
- e. Minta ibu untuk sedikit meneran sambil menolong menegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir(tetap melakukan dorsokranial)
- f. Tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vulva dengan terlebih dahulu menekan ujung tali pusat dan lahirkan plasenta.
- g. Menangkap plasenta
 - 1) Setelah plasenta tampak divulva, memegang plasenta dengan kedua tangan dan memutar searah jarum jam untuk mengeluarkan plasenta.
 - 2) Melahirkan selaput dengan cara memilin
- h. Melakukan massase uterus

Segara setelah plasenta lahir, melakukan massase uterus dengan telapak tangan secara sirkuler selama ± 15 detik.
- i. Memeriksa kelengkapan plasenta

- j. Tempatkan plasenta pada wadah yang sudah disediakan (klem diambil terlebih dahulu)
- k. Melakukan pemeriksaan vagina dan perineum, untuk memastikan bahwa tidak terdapat laserasi yang menimbulkan perdarahan.
- l. Memeriksa kontraksi dan PPV.
- m. Membereskan alat dan memasukkan ke larutan chlorin 0,5% membuang sampah dan membersihkan tempat tidur.
- n. Membersihkan dan memposisikan ibu dengan meluruskan kaki, menutup bagian genitasi dengan kain bersih.
- o. Membersihkan celemek dengan menyemprotkan larutan chlorin dan mengelap dengan waslap.
- p. Mencuci tangan dalam larutan 0,5% dan lepas handscoon dalam keadaan terbalik.
- q. Mencuci tangan dan melepas APD.

Pengeluaran plasenta dengan MAK III sudah dilakukan, plasenta lahir pada jam 20.20 WIB, kotiledon lengkap, selaput plasenta utuh, panjang tali pusat ± 40 cm.

g. DATA PERKEMBANGAN VII

Tanggal : 3 juni 2017

Jam : 20.20 WIB

S : ibu mengatakan :

1. Merasa lega dan senang bayinya sudah lahir
2. Perutnya masih terasa mules
3. Jalan lahirnya terasa nyeri

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 24x/menit
N : 80x/menit S : 36,5°C

Kontraksi : baik, uterus teraba keras

PPV : ada, lochea rubra ± 45cc

Plasenta lahir pukul 20.20 WIB, kotiledon lengkap, selaput plasenta utuh, panjang tali pusat ±40cm, perdarahan kala III ±40cc, kontraksi uterus baik teraba keras, TFU 2 jari dibawah pusat, terdapat laserasi perineum derajat II

A : Ny.N usia 20 tahun P1A0, inpartu kala IV

P : Tanggal : 3 juni 2014

Jam : 20.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 24x/menit
N : 80x/menit S : 36,5°C

Kontraksi : baik, uterus teraba keras

PPV : ada, lochea rubra $\pm$ 45cc

2. Mengajarkan ibu cara massase uterus

Ibu sudah diajarkan cara massase uterus dan ibu sudah mengerti

3. Mengobservasi KU, VS, kontraksi uterus, kandung kemih, perdarahan pervaginam dan TFU

Observasi dilakukan selama 2 jam setelah persalinan

a. 1 jam pertama setiap 15 menit

b. 1 jam kedua setiap 30 menit

Observasi sudah dilakukan selama 2 jam

4. Berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi

Terapi oral sudah diberikan kepada pasien

Amoxilin 3x1, Asam mefenamat 3x1, Tablet Fe 1x1, Methyl

Egometrin Maleat 2x1, Kalk 1x1, Vit A 1x1

5. Melakukan dokumentasi

Dokumentasi sudah dilakukan dan partograf terlampir

C. Bayi Baru Lahir

Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada Bayi Ny.N

Umur 6 jam Di RSUD Surakarta

PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 4 juni 2017

Jam: 02.30 WIB

Tempat : RSUD SURAKARTA

Oleh : Ananda Amalia Oktaria S

1. Identitas bayi

Nama : Bayi Ny.N

Tanggal lahir : 3 juni 2017

Jam lahir : 20.15 WIB

2. Identitas penanggung jawab

Ibu	Ayah
Nama : Ny. N	Tn.F
Umur : 20 tahun	24 tahun
Suku/Bangsa : Jawa	Jawa
Agama : Islam	Islam
Pendidikan :SMA	SMA
Penghasilan : -	Rp 1.500.000
Pekerjaan : IRT	Karyawan Swasta
Alamat : Tawang Sari, rt.01/rw.34, Mojosongo, Surakarta	

3. Riwayat Kehamilan

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya belum pernah mengalami keguguran (G₁P₀A₀), umur kehamilan 40⁺⁶ minggu.

4. Riwayat ANC

TM II

ANC ke-5 dan tempat	: Puskesmas
Keluhan	: Diare
Tindakan	: Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi Amoxillin, Antasid

TM III ANC sebanyak 7 kali

ANC ke- 1 dan tempat	: Puskesmas
Keluhan	: Jalan lahir keluar lendir
Tindakan	: Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi tablet Fe, Kalk, VitC, dianjurkan untuk istirahat

ANC ke- 2 dan tempat	: Puskesmas
Keluhan	: Tidak ada keluhan
Tindakan	: Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi tablet Fe, Kalk, Vit C

ANC ke- 3 dan tempat	: Puskesmas
Keluhan	: Pusing, pada perut terdapat garis merah
Tindakan	: Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi tablet Fe, Kalk, Vit C,

	diberitahukan penyebab adanya garis merah, pemeriksaan laboratorium
ANC ke- 4 dan tempat	: Puskesmas
Keluhan	: Tidak ada keluhan
Tindakan	: Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi tablet Fe, Kalk, Vit C
ANC ke- 5 dan tempat	: Puskesmas
Keluhan	: Pegal pada pinggang, kenceng pada perut bagian bawah.
Tindakan	: Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi tablet Fe, Kalk, Vit C, penkes ketidaknyamanan TM III
ANC ke- 6 dan tempat	: Puskesmas
Keluhan	: Masih terasa pegal
Tindakan	: Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi tablet Fe, Kalk, Vit C, menganjurkan istirahat, KIE tanda-tanda persalinan
ANC ke- 7 dan tempat	: Puskesmas
Keluhan	: perut kenceng-kenceng tetapi hilang timbul
Tindakan	: Bidan memberikan rujukan.

5. Riwayat persalinan

Tanggal : 3 Juni 2017, 20.15 WIB

Jenis persalinan : Normal dengan induksi

Penolong : Bidan

Komplikasi : Tidak ada komplikasi

6. : Ibu mengatakan :

1. Merasa senang bayinya sudah lahir dengan sehat dan selamat.
2. Bayinya sudah diberikan Vit K1 dan salep mata pada saat setelah lahir oleh bidan RS.
3. Bayinya sudah diberikan imunisasi HB0 pada pukul 21.15 WIB
4. Bayinya sudah dilakukan pengukuran dan pemeriksaan fisik oleh bidan, didapatkan hasil tidak ada kelainan.
5. Bayinya sudah berusaha untuk menyusui.
6. Bayinya sudah BAK dan BAB.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : N : 135 x/menit

R : 45 x/menit

S : 36,5°C

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : simetris, tidak pucat
- b. Ubun-ubun : tulang tengkorak sudah terbentuk sempurna
- c. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

- d. Hidung : bersih, tidak terdapat sumbatan, tidak ada polip
- e. Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen abnormal
- f. Mulut : bersih, bibir berwarna merah muda, tidak ada kelainan pada bibir dan palatum
- g. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
- h. Dada : simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada retraksi dinding dada.
- i. Perut : tidak kembung, tidak ada nyeri tekan, tali pusat nampak basah terbungkus kassa
- j. Punggung : tidak ada kelainan pada tulang punggung
- k. Kulit : warna kulit kemerahan
- l. Genetalia : testis sudah turun, ujung penis berlubang
- m. Anus : lubang anus (+)
- n. Ekstremitas :
- Atas : tidak ada oedema, tidak ada kelainan, jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap
- Bawah : tidak ada oedema, tidak ada kelainan, jumlah jari kaki kanan dan kiri lengkap.

2. Pemeriksaan Reflek

a. Reflek morro : ada, pada saat bayi dikejutkan hasilnya

bayi kaget dan timbul gerakan seperti memeluk.

b. Reflek grasping : ada, saat jari diletakkan di telapak tangan

bayi hasilnya timbul reflek jari menggenggam jari yang diletakkan di telapak tangannya tersebut.

c. Reflek sucking : ada, bayi sudah bisa belajar menghisap puting dengan baik, ASI sedikit keluar dari puting ibu.

d. Reflek Babinski : ada, saat jari digoreskan di telapak kaki bayi maka akan timbul reflek kaki bayi menejak

e. Reflek tonic neck : ada, saat leher bayi diusap dengan telapak tangan, maka seolah-olah bayi menengok ke arah leher yang diusap.

f. Reflek rooting : ada, saat bayi berusaha mencari puting susu ibunya.

3. Antropometri

a. Lingkar kepala : 35 cm

b. Lingkar dada : 34 cm

- c. Lingkar lengan : 11 cm
- d. BB : 3300 gram
- e. PB : 52cm

A : Bayi baru lahir Ny.N umur 6 jam

P : Tanggal : 4 juni 2017

Jam : 03.00 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan pada bayinya

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu, dan ibu merasa lebih tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : N : 130x/menit

R : 46x/menit

S : 36,5°C

BB : 3300 gram

PB : 52cm

LK : 35 cm

LD : 34 cm

LILA : 11 cm

2. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara menyelimuti bayi, mengeringkan tubuh bayi, dan meletakkan bayi ditempat yang kering dan hangat

Suhu bayi sudah dipertahankan dan bayi tidak kedinginan.

3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya on demand

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang sudah diberikan.

4. Memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir

Ibu sudah diberitahu tanda bahaya bayi baru lahir dan ibu sudah mengetahui apa saja tanda bahaya bayi baru lahir, bersedia datang ke tenaga kesehatan bila menemukan salah satu tanda bahaya.

Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir :

Penafasan (Sulit atau lebih dari 60 x/menit), kehangatan (Terlalu panas $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$), warna kuning (terutama 24 jam pertama) biru atau pucat, pemberian ASI (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, rewel, banyak muntah, tinja lembek, sering, warna hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja), tali pusat (merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah), infeksi (suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit), kemih (tidak BAB dalam 3 hari dan BAK dalam 24 jam), aktifitas (menggigil atau nangis yang tidak biasa, rewel, lemes, terlalu mengantuk, lungkai, kejang)

a. DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 9 Juni 2017

Jam : 08.00 WIB

Tempat : Rumah Ny.N

Oleh : Ananda Amalia Oktaria S

S : Ibu mengatakan :

1. Pulang dari RS tanggal 5 Juni 2017 pukul 11.00 WIB.
2. Ibu tidak membangunkan bayinya untuk disusui ketika bayinya tidur
3. Mata bayinya terlihat kuning sejak 2 hari yang lalu

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : R : 46x/menit

N : 138x/menit

S : 36,5°C

BB : 3400 gram

PB : 53 cm

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera kuning

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : Tidak kembung, tidak ada tanda-tanda infeksi, tali pusat sudah lepas.

A : Bayi Ny.N umur 6 hari dengan ikterik fisiologis

P : Tanggal : 9 Juni 2017

Jam : 08.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan dan ibu merasa lebih tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : R : 46x/menit
N : 138x/menit
S : 36,5°C

BB : 3400 gram

PB : 53 cm

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera kuning

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : Tidak kembung, tidak ada tanda-tanda infeksi, tali pusat sudah lepas.

2. Mengajarkan ibu untuk melakukan jemur pagi, dengan menjelaskan cara menjemur yaitu membuka seluruh pakaian bayi kecuali pakaian bawah yang menutupi genetalia, jemur bayi bagian depan selama ± 15 menit, dan bagian belakang selama ± 15 menit.

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk melakukan jemur pagi.

3. Menjaga kehangatan bayi

Kehangatan bayi sudah dijaga dan bayi sudah dalam keadaan hangat.

4. Mengajarkan ibu untuk tetap menyusui bayinya on demand

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang sudah diberikan.

b. DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal : 15 Juni 2017

Jam : 11.00 WIB

Tempat : Puskesmas Sibela Mojosongo

Oleh : Ananda Amalia Oktaria S

S : Ibu mengatakan :

1. Pada tanggal 12 Juni 2017 pukul 09.00 WIB dilakukan pemeriksaan oleh Ananda didapatkan hasil mata bayi sudah tidak kuning
2. Sudah menjaga kehangatan bayinya.
3. Sudah menyusui bayinya sesuai dengan keinginan bayi.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : R : 48x/menit

N : 135x/menit

S : 36,6°C

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Abdomen : tidak kembung, tidak ada nyeri tekan, tali pusat sudah
lepas

Genetalia : testis sudah turun dalam skrotum, ujung penis berlubang

A : Bayi Ny.N umur 12 hari.

P : Tanggal : 15 Juni 2017

Jam : 11.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu, dan ibu merasa lebih tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : R : 48x/menit

N : 135x/menit

S : 36,6°C

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera kuning

Abdomen : tidak kembung, tidak ada nyeri tekan, tali pusat
sudah lepas

Genetalia : testis sudah turun ke dalam skrotum, ujung penis
Berlubang.

2. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan jemur pagi

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk melakukan jemur pagi.

3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya on demand

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk menyusui bayinya secara on demand.

D. Nifas

Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Pada Ny.N Usia 20 Tahun P₁A₀

Di RSUD SURAKARTA

PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 4 Juni 2017

Jam: 02.30 WIB

Tempat : RSUD SURAKARTA

Oleh : Ananda Amalia Oktaria S

Identitas

	Istri	Suami
Nama	: Ny. N	Tn.F
Umur	: 20 tahun	24 tahun
Suku/Bangsa	: Jawa	Jawa

Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	:SMP	SMK
Penghasilan	: -	Rp 1.500.000
Pekerjaan	: IRT	Karyawan Swasta
Alamat	: Tawangsari, rt.01/rw.34, Mojosongo, Surakarta	

S : Ibu mengatakan :

1. Perutnya masih terasa mulas, keluar darahnya sudah tidak sur suran, dan nyeri pada luka jahitan, setelah melahirkan pada tanggal 3 Juni 2017 pada jam 20.15 WIB.

2. Rencana KB setelah nifas : Ibu belum ingin melakukan KB setelah nifas

Rencana beralih KB : Ibu belum berencana beralih kontrasepsi

3. Riwayat persalinan

Ny.N melahirkan bayinya pada tanggal 3 Juni 2017 pada jam 20.15 WIB, dengan umur kehamilan 40+6 minggu di RSUD SURAKARTA ditolong oleh bidan, jenis persalinan normal spontan pervaginam dengan induksi. Plasenta lahir pada jam 20.20 WIB, selaput plasenta utuh, kotiledon lengkap, ada laserasi perineum derajat II.

4. Riwayat nifas sekarang

- a. Status emosional

Ibu mengatakan merasa lega dan senang karena bayinya sudah lahir dengan selamat dan sehat.

b. Pengalaman menyusui

Ibu mengatakan ASI-nya sudah keluar sedikit, dan ibu sedang berusaha untuk menyusui bayinya.

5. Pola Nutrisi

a. Pola makan

Kebiasaan : sehari makan 2-3 kali dengan porsi 1 piring nasi sayur dan lauk-pauk

Setelah bersalin : makan 1 kali dengan porsi 1 piring nasi sayur dan lauk pauk.

b. Pola minum : sehari ibu biasa minum teh hangat di pagi hari dan 7-8 gelas air putih.

Setelah bersalin : 1-2 kali dengan porsi 1 gelas air teh hangat

6. Pola Aktivitas

Ibu mengatakan setelah 6 jam melahirkan ibu sudah bisa miring kanan dan kiri, duduk, berdiri, lalu berjalan ke kamar mandi.

7. Pola istirahat

Kebiasaan : siang : tidur 1-2 jam
Malam : tidur 6-7 jam

Setelah bersalin : sudah bisa istirahat walaupun sebentar

8. Pola Eliminasi

Kebiasaan : BAB : sehari 1 kali lunak, bau khas feses.

BAK : sehari 3-4 kali cair, bau khas urine.

Setelah bersalin : BAB : belum bisa BAB

BAK : Sudah bisa BAK pada pukul 01.00

WIB

9. Pola Kebersihan

Kebiasaan : dalam sehari mandi 2 kali pada pagi dan sore hari.

Setelah bersalin : ibu belum mandi dan membersihkan tubuhnya

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 24x/menit

N : 80x/menit S : 36,5°C

Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

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

Muka : Simetris, tidak ada kelainan

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Hidung : Simetris, tidak terdapat polip

Mulut : Bersih, tidak ada caries gigi

Telinga : Simetris, tidak ada serumen

	abnormal
Leher	: Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.
2. Dada	: Simetris, tidak ada retraksi dinding dada
Payudara	: Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, putting menonjol, ada pembesaran kelenjar mammae, colostrum sudah keluar, areola hiperpigmentasi.
3. Ketiak	: Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
4. Abdomen	: Tidak ada luka bekas sesar, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi teraba keras, kandung kemih kosong.
5. Genetalia	
Vulva	
Oedema	: Tidak ada oedema di daerah vulva
Varises	: Tidak ada varises di daerah vulva
Pengeluaran pervaginam	: Ada, lochea rubra
Luka	: Ada, luka jahitan perineum
Anus	: Tidak ada hemoroid pada anus,

terdapat lubang anus

6. Ekstermitas

Atas : Tidak ada oedema pada ekstremitas atas, tidak ada kelainan, tidak ada cacat kongenital, jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap.

Bawah : Tidak ada oedema pada ekstremitas bawah, tidak ada kelainan, tidak ada cacat kongenital, jumlah jari kaki kanan dan kiri lengkap, reflek patella (+/+)

A : Ny.N usia 20 tahun P1A0 6 jam post partum normal

P : Tanggal : 4 juni 2017

Jam : 11.00 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu, dan ibu merasa lebih tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 24x/menit

N : 80x/menit S : 36,5°C

Kontraksi : Baik, uterus teraba keras

PPV : Ada, lochea rubra, berwarna merah, bau anyir

2. Mengajukan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

3. Memberikan penkes kebutuhan vitamin A pada masa nifas

Penkes vitamin A sudah diberikan dan ibu sudah mengetahui apa itu vitamin A, manfaat serta berapa vitamin yang harus dikonsumsi oleh ibu selama nifas.

Penkes vitamin A :

Menanyakan kepada ibu sebelumnya sudah mengetahui tentang vitamin A pada ibu nifas atau belum, menjelaskan pengertian suplemen vit a ibu nifas, menyebutkan manfaat vit a pada ibu nifas untuk bayi, menyebutkan manfaat vit a pada ibu nifas untuk ibu, menyebutkan dosis pemberian vit a ibu nifas dosis 2 x 200.000µ, menyebutkan cara pemberian vit a pada masa nifas.

4. Memberitahu ibu tentang perubahan fisiologi pada masa nifas

Perubahan fisiologi pada masa nifas sudah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah mengetahui apa saja yang terjadi perubahan selama masa nifas.

Perubahan fisiologi masa nifas : Perubahan sistem reproduksi, perubahan sistem pencernaan, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan tanda-tanda vital, perubahan sistem kardiovaskuler,

perubahan sistem hematologi, perubahan sistem endokrin (Saleha, 2009).

5. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar

Cara menyusui yang benar sudah diajarkan dan ibu sudah mengetahui bagaimana cara menyusui yang benar.

Langkah-langkah : Cuci tangan dan mengajarkan ibu cara cuci tangan yang benar, mempersilahkan ibu duduk pada tempat yang datar dan kaki jangan sampai menggantung, meletakkan leher bayi pada lengkung lengan kiri ibu dan telapak tangan ibu berada di bokong bayi, bayi menghadap ibu sehingga telinga dan lengan bayi berada di garis lurus, perut bayi menempel pada perut ibu, menjelaskan kepada ibu tangan kanan ibu memegang payudara, ibu jari diatas puting susu dan empat jari lainnya berada dibawah, mengajarkan ibu untuk mengeluarkan sedikit ASInya dan dioleskan disekitar puting, merangsang pipi bayi sampai bayi membuka mulut, masukkan puting susu ke mulut bayi sampai areola mammae, menyusui dilakukan secara bergantian antara payudara kanan dan kiri, cara melepas puting susu dari mulut bayi yaitu dengan menekan dagu bayi ke arah bawah atau memasukkan jari kelingking ke mulut bayi, menjelaskan cara menyendawakan bayi (bayi diletakkan di dada ibu dan dagu bayi menempel dipundak ibu, lalu punggung bayi di puk-puk selama 1 menit atau ditengkurapkan di pangkuan ibu dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki bayi), menjelaskan cara

mengkosongkan sisa ASI (menyusukan pada bayi selama 10-15 menit, diperas, dimasukkan ke dalam kulkas), menjelaskan bahwa pemberian ASI tidak perlu dijadwal, menjelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI (tidur nyenyak, tidak rewel, berat badan naik, BAK $\pm$ 5-6 kali dalam sehari), menjelaskan cara memperbanyak ASI (mengonsumsi banyak cairan, istirahat yang cukup, makan makanan yang bergizi), menjelaskan akibat menyusui yang salah (bayi rewel karena tidak kenyang, puting lecet).

a. DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 15 Juni 2017

Jam : 08.00 WIB

Tempat : Puskesmas Sibela

Oleh : Ananda Amalia Oktaria S

S : Ibu mengatakan :

1. Sudah bisa istirahat tetapi kadang tidak nyenyak ketika bayinya rewel
2. Ibu sudah memenuhi kebutuhan nutrisi dan tidak berpantang makan
3. Sudah bisa BAB sejak 3 hari setelah melahirkan.
4. Belum mengetahui dengan jelas tentang gizi saat menyusui
5. Belum mengetahui tentang ASI Eksklusif
6. Ibu ingin mengetahui apa saja tanda bahaya masa nifas

7. Alat kelaminnya terdapat benjolan dan terasa sakit apabila dipegang

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 22x/menit

N : 84x/menit S : 36,6°C

TFU : Sudah tidak teraba

Payudara : Pengeluaran ASI lancar, bersih, tidak ada nyeri tekan

Genetalia : Ada pengeluaran pervaginam, berwarna merah

kecoklatan dan berlendir, terdapat pembesaran kelenjar

bartholini

A : Ny.N usia 20 tahun P₁A₀ post partum 12 hari dengan pembesaran

kelenjar bartholini.

P : Tanggal : 15 Juni 2017

Jam : 08.45 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu, dan ibu merasa lebih tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 110/90 mmHg R : 22x/menit
N : 84x/menit S : 36,6°C

TFU : Sudah tidak teraba

Payudara : Pengeluaran ASI lancar, bersih, tidak ada nyeri tekan

Genetalia : Ada pengeluaran pervaginam, berwarna merah kecoklatan dan berlendir, terdapat pembesaran kelenjar bartholini, pecah, keluar nanah.

2. Memberikan penkes gizi ibu menyusui

Penkes gizi ibu menyusui sudah diberikan dan sekarang ibu sudah mengetahui apa saja gizi ibu menyusui.

Penkes gizi ibu menyusui :

Menanyakan keluhan ibu, menjelaskan pentingnya gizi bagi ibu menyusui, menjelaskan tentang kebutuhan kalori ibu menyusui untuk 6 bulan pertama dan selanjutnya, menjelaskan makanan sumber energy/karbohidrat selama menyusui, menjelaskan fungsi dan jenis makanan sumber protein, menjelaskan fungsi dan jenis makanan sumber mineral, menjelaskan fungsi dan jenis makanan sumber vitamin A, menjelaskan fungsi dan kebutuhan cairan selama

menyusui, menjelaskan fungsi tablet besi, menjelaskan porsi makan ibu menyusui, menjelaskan akibat pantang makan selama menyusui, menjelaskan cara mengolah dan menyajikan makanan serta memberikan contoh menu untuk ibu menyusui

3. Memberitahu ibu tanda bahaya ibu nifas

Ibu sudah mengetahui apa saja tanda bahaya ibu nifas dan bersedia datang ke tenaga kesehatan apabila terdapat salah satu tanda bahaya.

Tanda bahaya ibu nifas :

Perdarahan hebat pada jalan lahir, lochea yang berbau busuk, nyeri hebat pada perut bagian bawah atau pada pelvis, pusing, mata berkunang-kunang, pandangan mata kabur, nyeri ulu hati, kelelahan dan lemas yang berlebihan, suhu tubuh ibu >38 derajat celcius, tekanan darah yang meningkat, mengalami kesulitan atau nyeri pada saat BAB atau BAK atau saat ada pergerakan uterus, menjelaskan tanda-tanda mastitis, bagian yang kemerahan, bagian yang panas, gurat-gurat kemerahan pada payudara, menjelaskan mengenai masalah/gangguan makan dan tidur.

4. Memberitahu ibu untuk banyak istirahat

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk istirahat

5. Memberikan penkes vulva hygiene

Penkes vulva hygiene sudah diberikan dan ibu sudah mengetahui bagaimana cara melakukan vulva hygiene dan bersedia melakukannya ketika dirumah.

6. Memberikan penkes ASI Eksklusif

Ibu sudah mengerti tentang ASI eksklusif

7. Memberitahu ibu tentang kelebihan dan kekurangan kontrasepsi kondom.

Ibu sudah diberitahu tentang kontrasepsi kondom dan ibu sudah mengetahui tentang kontrasepsi kondom, kelebihan dan kekurangan, dan bagaimana cara memakai kondom yang benar.

Kelebihan : Memberikan perlindungan terhadap IMS, tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan mudah dibeli secara umum, tidak perlu pemeriksaan medis, tidak mengganggu produksi ASI, mencegah ejakulasi dini, membantu mencegah terjadinya kanker servik (Handayani, 2010 : 73).

Kekurangan : Efektivitasnya tidak terlalu tinggi, cara penggunaannya sangat mempengaruhi keberhasilan KB, agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung), ada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Saifuddin, 2010 : 19).

8. Berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan terapi oral kepada ibu

Kolaborasi sudah dilakukan dan ibu sudah diberikan terapi oral

a. Amoxilin 3 x 1

b. Asam mefenamat 3 x 1

b. DATA PERKEMBANGAN III

Tanggal : 3 Juli 2017

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Rumah Ny.N

Oleh : Ananda Amalia Oktaria S

S : Ibu mengatakan :

1. Pada tanggal 20 Juni 2017 dilakukan pemeriksaan pada vagina ibu oleh Ananda didapatkan hasil sudah tidak terdapat benjolan pada labia mayora.
2. Sudah bisa istirahat tetapi kadang tidak nyenyak ketika bayinya rewel
3. Ibu sudah memenuhi kebutuhan nutrisi dan tidak berpantang makan
4. Sudah mengikuti anjuran untuk melakukan vulva hygiene setiap hari.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 23x/menit

N : 83x/menit S : 36,5°C

TFU : Sudah tidak teraba

Payudara : Pengeluaran ASI lancar, bersih, tidak ada nyeri tekan

Genetalia : Tidak terdapat pembesaran kelenjar bartholini, luka
jahitan sudah menutup dengan baik

A : Ny.N usia 20 tahun P1A0 post partum 30 hari normal

P : Tanggal : 3 Juli 2017

Jam : 09.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan sudah diberitahukan kepada ibu, dan ibu merasa lebih tenang.

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Vital Sign : TD : 120/80 mmHg R : 23x/menit
N : 83x/menit S : 36,5°C

TFU : Sudah tidak teraba

Payudara : Pengeluaran ASI lancar, bersih, tidak ada nyeri
Tekan.

Genetalia : Tidak terdapat pembesaran kelenjar bartholini,
luka jahitan sudah menutup dengan baik

2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang sudah diberikan

3. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan diri

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk menjaga kebersihan diri selama dirumah.

4. Menganjurkan ibu untuk istirahat

Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran untuk istirahat.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Ibu Hamil

Pada tanggal 22 Februari 2017 jam 09.30 WIB Di Puskesmas Sibela Mojosoongo Surakarta. Didapatkan data sebagai berikut : Ny. N umur 20 tahun, hamil 26⁺² minggu , hamil pertama, belum pernah keguguran, selama 2 tahun ibu menggunakan KB kondom untuk menunda kehamilannya. Pekerjaan Ibu rumah tangga, Alamat : Tawangsari, 1/34, Mojosoongo, Surakarta. Dari hasil anamnesa HPHT 21 Agustus 2016, sehingga didapatkan umur kehamilan 26⁺² minggu, ibu mengatakan sedang mengalami diare sejak satu hari yang lalu.

Berdasarkan data yang didapatkan, dari segi umur Ny.N dalam usia reproduksi sehat yaitu usia 20-35 tahun (Prawirohardjo S, 2010 : 23). Sesuai dengan kartu score Poeji Rohyati (1-4). Sehingga dapat disimpulkan bahwa kehamilan Ny.N tidak termasuk dalam kehamilan resiko tinggi. Hal ini ditunjang oleh riwayat kesehatan dan keadaan fisik Ny.N yang tidak menunjukkan bahwa Ny.N memiliki riwayat penyakit dan keluhan yang mengindikasikan Ny.N mengalami gangguan pada kehamilannya saat ini.

Umur kehamilan serta hari perkiraan kelahiran dihitung menggunakan rumus Naegle dengan dihitung dari hari haid pertama ditambah 7 (tujuh) dan bulannya dikurangi 3 (tiga) dan tahun ditambah 1 (satu) (Marmi, 2011:71). Pada tinjauan kasus pengumpulan data pertama pada tanggal 22 Februari 2017

dan HPHT ibu 21 Agustus 2016 maka usia kehamilan ibu sekarang 26^{+2} minggu dan perkiraan lahir nya pada tanggal 28 Mei 2017, hal ini menunjukkan tidak terdapat kesenjangan dengan teori.

Setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya . oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama periode antenatal (Prawirohardjo, 2010 : N-2) :

1. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
2. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28 minggu)
3. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36)

Selama kehamilan ini Ny.N rutin melakukan kunjungan ANC, hal ini terbukti dari data buku KIA yang menunjukkan ANC ibu pada TM I : 3 kali, TM II : 3 kali, dan TM III : 8 kali. Kunjungan ANC ibu sudah memenuhi standar minimal kunjungan antenatal komprehensif menurut teori (Prawirohardjo, 2010 : N-2) yang menyatakan bahwa kunjungan antenatal pada wanita hamil, satu kali pada trimester pertama (sebelum 14 minggu), satu kali pada trimester kedua (antara minggu 14-28), dua kali pada trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36).

Pemberian imunisasi TT, Ibu mengatakan sudah melakukan imunisasi TT sebanyak 1 kali, dan pada 4 minggu setelah TT₁ ibu tidak disuntik lagi. Dari data buku KIA didapatkan, TT₁ pada saat akan menikah. Berdasarkan data diatas didapatkan bahwa pemberian imunisasi TT terjadi kesenjangan dengan teori (Saefuddin. 2009) yang menyatakan bahwa pemberian TT₁ dengan TT₂

berjarak 1 bulan (4 minggu), kesenjangan tersebut terjadi karena terdapat kebijakan baru dari pemerintah yang menyatakan bahwa pemberian vaksin tetanus sudah diberikan sejak bayi selama 4 kali, dan 1 kali pada saat menikah, sehingga ibu sudah mendapatkan vaksin tetanus sebanyak 5 kali dan itu dapat menjadi perlindungan pada tubuh ibu seumur hidup, tenaga kesehatan mengatasi kesenjangan ini dengan tetap melaksanakan program pemerintah dan memberitahu informasi tersebut dan meyakinkan kepada klien bahwa klien sudah diberikan pelayanan sesuai dengan standar dan pelayanan yang aman bagi klien.

Didapatkan hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TD 110/80 mmHg, N 84x/menit, R 23x/menit, S 36,8°C, dari data tekanan darah tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu tidak mengalami hipertensi pada kehamilan. Hal ini ditunjang oleh keadaan ibu yang tidak pernah mengalami keluhan seperti, sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak pada wajah dan ekstermitas yang termasuk dalam tanda bahaya kehamilan menurut (Walyani, 2015 : 78)

Hasil pemeriksaan LILA 28cm, TFU setinggi pusat, TB 158, BB 67 cm, mengalami kenaikan 1 kg dari kunjungan sebelumnya. Berdasarkan hasil pemeriksaan ini menunjukan bahwa status gizi ibu baik terbukti dari lingkaran lengan atas yang lebih dari standar minimal lingkaran lengan atas pada wanita dewasa 23,5 cm, sesuai dengan teori (Kusmiyati, 2008 : 99). Standar minimal untuk ukuran lingkaran lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm, hal ini ditunjang dengan kenaikan berat badan ibu sebanyak 1

kg dari kunjungan sebelumnya yang menunjukkan bahwa kebutuhan nutrisi ibu semasa hamil ini terpenuhi terbukti dari berat badan yang bertambah.

Berat badan menurut teori ditimbang pada kunjungan awal untuk membuat rekomendasi penambahan berat badan pada wanita hamil dan untuk membatasi kelebihan atau kekurangan berat. Kenaikan berat badan normalnya yaitu antara 11-13 kg (Marmi, 2009:163). Tinjauan kasus pada Ny N bahwa kenaikan berat badan 7 kg. Kenaikan berat badan belum mencapai target karena masih dalam trimester dua, hal ini menunjukkan terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, cara mengatasi kesenjangan tersebut adalah dengan memberikan KIE kepada ibu tentang nutrisi pada saat kehamilan.

Tinggi badan menurut teori jika tubuh yang pendek kurang dari 145 cm dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan berubah seiring dengan peningkatan usia wanita, biasanya tinggi badan diukur pada kunjungan awal (Marmi, 2009 : 163). Tinjauan kasus pada Ny. N memiliki tinggi badan yaitu 158 cm. Hal ini menunjukkan tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan kasus.

Pemeriksaan laboratorium, ibu mengatakan bahwa ibu sudah pernah melakukan pemeriksaan laboratorium pada umur kehamilan 16 minggu, dengan hasil Hb : 12,4 gr%, HbSAG : (-), Protein urin : (-), Urin Reduksi : (-), berdasarkan data yang diperoleh hal ini sesuai dengan teori (Walyani, 2015 : 81-82) yang menyatakan bahwa pemantauan kadar Hb ibu hamil dilakukan pada TM I dan TM III sedangkan protein urine dan reduksi dilakukan atas

indikasi yang merujuk pada tanda gejala hipertensi kehamilan dan diabetes. Namun, berdasarkan keterangan ibu dan pemeriksaan yang dilakukan tidak ditemukan tanda gejala anemia seperti : conjungtiva pucat, wajah pucat, Pusing, berkunang kunang, lemas, mudah ngantuk, dan tanda gejala seperti, bengkak pada muka dan ekstermitas, serta kenaikan berat badan yang berlebihan.

Pada kunjungan pertama, mahasiswa berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan asuhan sesuai kebutuhan ibu dan berdasarkan data yang diperoleh, mahasiswa memprogramkan pemeriksaan Hb pada saat mendekati persalinan, untuk mengetahui kadar hemoglobin sesegera mungkin sebelum proses persalinan, guna memberikan asuhan untuk meminimalkan resiko perdarahan pada ibu hamil yang disebabkan oleh anemia. Sedangkan pemeriksaan urine reduksi dan proterin urine dilakukan pada kunjungan berikutnya karena ibu tidak menunjukkan tanda gejala yang merujuk pada hipertensi kehamilan dan diabetes, dan berkolaborasi dengan bidan puskesmas memberikan terapi oral untuk mengobati diare ibu, dan menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi sayuran yang berserat.

Pada tanggal 3 April 2017, pukul 11.00 WIB, kunjungan kedua umur kehamilan Ny.N 32 minggu, dari hasil anamnesa didapatkan hasil ibu ibu mengeluh jalan lahirnya keluar lendir seperti keputihan, ibu ingin mengetahui apa saja macam-macam KB, setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil TTV dalam batas normal, TD : 110/90 mmHg, R : 24x/menit,

N:82x/menit, S : 36,7°C, dan tidak menunjukkan adanya hipertensi pada kehamilan. Ny.N mengatakan tidak memiliki keluhan, timbang BB 72kg.

Pada pemeriksaan abdomen, Leopold I teraba bulat, lunak, tidak melenting(bokong), pada Leopold II : bagian kanan ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas) dan bagian kiri ibu teraba keras, memanjang seperti papan(punggung), Leopold III teraba bulat, keras, melenting(kepala), Leopold IV kepala belum masuk panggul, TFU : 26 cm, DJJ : 144x/menit, dan pemeriksaan pada vagina dengan hasil terdapat lendir keputihan berwarna putih bening, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2006 : 92) yang menyatakan bahwa pemeriksaan antenatal meliputi anamnesa, pemeriksaan (pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan Leopold, pemeriksaan dalam, pemeriksaan laboratorium).

Pada kunjungan ini, mahasiswa berkolaborasi dengan bidan memprogramkan ibu untuk mengonsumsi vitamin yang sudah diberikan oleh tenaga kesehatan, dan memberitahu ibu tentang ketidaknyamanan pada TM III, dan macam-macam kontrasepsi, serta mempromosikan tentang persalinan normal, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2010 : N-2) menyatakan bahwa sebelum minggu ke 28 informasi yang harus diberikan adalah mendeteksi masalah yang sedang dialami pasien dan menangani masalah tersebut, mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat), memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan menghadapi komplikasi.

Pada kunjungan ketiga tanggal 12 April 2017, pukul 08.00 WIB, umur kehamilan Ny.N 34 minggu, pada hasil anamnesa didapatkan hasil ibu mengeluh pusing dan terdapat garis-garis merah di perutnya, dan Ny.N mengatakan jarang meminum tablet besi karena setiap kali minum ibu akan merasa mual. Dari hasil penelitian Sri Handayani & Triani Yuliastanti yang berjudul "*Analisis Faktor Asupan Gizi Dan Pemakaian Zat Besi Terhadap Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil*" dapat diketahui bahwa faktor pemakaian zat besi dengan kejadian anemia pada ibu hamil terdapat hubungan yang significant antara pemakaian zat besi dan kejadian anemia pada ibu hamil. Dari hasil uji statistik analisis faktor pemakaian zat besi dan kejadian anemia ibu hamil didapatkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga terdapat hubungan yang significant. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet besi merupakan faktor penting dalam menjamin peningkatan kadar hemoglobin ibu hamil. Kepatuhan minum tablet besi adalah apabila ibu hamil mengkonsumsi 90 % dari tablet besi yang seharusnya (Wiknjosastro, 1997). Hal tersebut juga sesuai dengan penelitian Sunesni (2002) ibu hamil yang tidak patuh dalam mengkonsumsi tablet besi 83,3 % mengalami anemia dalam kehamilan. Hal ini menunjukkan kasus yang terjadi sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan yang menyatakan bahwa kepatuhan ibu mengkonsumsi tablet Fe akan mempengaruhi risiko terjadinya anemia.

Setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil TTV dalam batas normal dan tidak menunjukkan adanya hipertensi pada kehamilan. Ny.N

mengatakan tidak memiliki keluhan, timbang BB 75 kg. Hasil pemeriksaan BB : 75kg, mengalami kenaikan 1 kg dari kunjungan sebelumnya. Berdasarkan hasil pemeriksaan ini menunjukan bahwa status gizi ibu baik terbukti dari kenaikan berat badan, kenaikan berat badan ibu sebanyak 1 kg dari kunjungan sebelumnya yang menunjukan bahwa kebutuhan nutrisi ibu semasa hamil ini terpenuhi terbukti dari berat badan yang bertambah, hal ini tidak sesuai dengan teori (Kusmiyati, 2009 : 84) yaitu, kenaikan BB trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu.

Hasil pemeriksaan HB ibu 10,5 gr %, hal ini menyatakan bahwa Ny.N hamil dengan anemia ringan sesuai dengan teori (Proverawati,2011 : 21) yang mengklasifikasikan anemia ringan dengan batas kadar Hb 9-10 gr%. Tetapi pada kehamilan TM III Hb dibawah 11 gr% itu dinyatakan mengalami anemia ringan. Berdasarkan data tersebut ibu termasuk dalam kategori ibu hamil resiko tinggi atas indikasi anemia ringan dengan skor 6 sesuai dengan teori (Poeji Rohyati : 11) yang menyatakan bahwa ibu hamil normal (skor 2), ibu hamil dengan penyakit kehamilan kurang darah (4), dan ibu hamil dengan resiko tinggi apabila skor yang dimiliki lebih dari 4, dan menyatakan bahwa Ibu hamil dengan anemia boleh ditolong oleh bidan tetapi harus diterdapat dokter SpOG seperti klinik, pukesmas ataupun rumah sakit.

Pada kunjungan ini, mahasiswa berkolaborasi dengan bidan untuk memprogramkan ibu untuk mengonsumsi tablet Fe 2x sehari, dan mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti daging merah, kacang-kacangan, sayuran hijau, dan memprogramkan pemeriksaan Hb ulang

sebagai evaluasi asuhan tablet Fe 2x sehari pada ibu anemia pada kunjungan 3-7 hari lagi, berdasarkan teori (Yan, 2011) yaitu kebutuhan cek ulang Hb sebagai evaluasi pemberian terapi dengan cara pemantauan kadar Hb ulang dapat dilakukan 3-7 hari setelah hari pertama pemberian dosis sulfat ferosa. dan pemeriksaan laboratorium lainnya (protein urine dan urine reduksi) sebagai langkah deteksi dini hipertensi dan diabetes pada kehamilan, dan memberitahu tentang perubahan fisiologis yang terjadi pada kehamilan.

Pada kunjungan keempat tanggal 20 Mei 2017, pukul 11.00 WIB, umur kehamilan 39 minggu, didapatkan hasil anamnesa ibu mengeluh pinggangnya terasa pegal dan terasa kenceng-kenceng pada perut bagian bawah, dan terkadang keluar sedikit cairan dari jalan lahir, setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan leopold, didapatkan hasil TTV dalam batas normal, TD : 110/80 mmHg, R: 22x/menit, N:84x/menit, S: 36,7°C, DJJ : 146x/menit, BB : 76kg, pemeriksaan leopold, leopold I : TFU 3 jari dibawah Px, teraba bulat, lunak, tidak melenting(bokong), leopold II : bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan(punggung), bagian kiri ibu teraba bagian terkecil janin(ekstremitas), leopold III : bulat, keras (kepala), leopold IV : kepala sudah masuk panggul, TFU : 34cm,

Pada kunjungan ini mahasiswa berkolaborasi dengan bidan untuk memprogramkan ibu untuk tetap mengkonsumsi vitamin yang diberikan oleh petugas kesehatan, memberitahu ibu tentang penyebab permasalahan yang terjadi pada ibu, menganjurkan ibu untuk banyak istirahat, dan memberitahu ibu jadwal kunjungan ulang untuk periksa, hal ini sesuai dengan teori

(Prawirohardjo, 2010 : N-2) yang menyatakan bahwa pada saat kunjungan antenatal bidan mendeteksi masalah dan mengatasinya, mendorong perilaku hidup sehat, dan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien.

Pada kunjungan kelima tanggal 27 Mei 2017, pukul 08.00 WIB, umur kehamilan 39⁺⁵ minggu, didapatkan hasil anamnesa ibu mengeluh pinggangnya terasa pegal dan terasa kenceng-kenceng pada perut bagian bawah, setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan Leopold, didapatkan hasil TTV dalam batas normal, TD : 120/80 mmHg, R: 23x/menit, N:83x/menit, S: 36,6°C, DJJ : 148x/menit, BB : 77kg, Leopold I : teraba bulat, lunak, tidak melenting(bokong), Leopold II : bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan(punggung), bagian kiri ibu teraba bagian terkecil dari janin(ekstremitas), Leopold III : teraba bulat, keras(kepala), Leopold IV : kepala sudah masuk panggul, DJJ : 148x/menit, TFU : 33cm, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2006 : 92) yang menyatakan bahwa pada pelayanan antenatal meliputi anamnesa, timbang dan tensi, serta pemeriksaan Leopold.

Pada kunjungan ini mahasiswa berkolaborasi dengan bidan untuk memprogramkan ibu untuk tetap mengonsumsi vitamin yang diberikan oleh petugas kesehatan, memberitahu ibu tentang tanda-tanda persalinan, menganjurkan ibu untuk banyak istirahat, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, dan memberitahu ibu jadwal kunjungan ulang untuk pemeriksaan, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2010 : N-2) yang menyatakan bahwa pada saat kunjungan antenatal bidan mendeteksi masalah

dan mengatasinya, mendorong perilaku hidup sehat, dan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien.

Pada kunjungan keenam tanggal 31 Mei 2017, pukul 08.00 WIB di Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta, dengan umur kehamilan 40⁺¹ minggu, didapatkan hasil anamnesa ibu mengeluh pinggangnya terasa pegal dan terasa kenceng-kenceng pada perut bagian bawah, sudah merasakan kenceng-kenceng tetapi belum teratur, setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan leopold, didapatkan hasil TTV dalam batas normal, TD : 110/90 mmHg, R: 23x/menit, N:84x/menit, S: 36,5°C, DJJ : 148x/menit, BB : 77kg, leopold I : teraba bulat, lunak, tidak melenting(bokong), leopold II : bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan(punggung), bagian kiri ibu teraba bagian terkecil dari janin(ekstremitas), leopold III : teraba bulat, keras(kepala), leopold IV : kepala sudah masuk panggul, DJJ : 148x/menit, TFU : 32cm, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2006 : 92) yang menyatakan bahwa pada pelayanan antenatal meliputi anamnesa, timbang dan tensi, serta pemeriksaan leopold.

Pada kunjungan ini bidan memprogramkan ibu untuk tetap mengonsumsi vitamin yang diberikan oleh petugas kesehatan, memberi ibu surat rujukan ke RSUD SURAKARTA, memberitahu ibu alasan kenapa ibu di rujuk (Prawirohardjo, 2010 : N-2) yang menyatakan bahwa pada saat kunjungan antenatal bidan mendeteksi masalah dan mengatasinya, mendorong perilaku hidup sehat, dan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien.

Pada kunjungan ketujuh tanggal 2 Juni 2017, pukul 11.00 WIB di RSUD SURAKARTA, umur kehamilan 40⁺⁵ minggu, hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus yang terjadi, menurut teori (Sinclair, Constance, 2003 : 130) menyebutkan bahwa kehamilan lewat waktu (serotinus) apabila umur kehamilan melebihi 42 minggu, hal ini terjadi pada 10% dari seluruh jumlah kehamilan, tetapi pada kasus yang terjadi menyebutkan bahwa umur kehamilan yang lebih dari 40 minggu sudah dikatakan serotinus. Didapatkan hasil anamnesa ibu mengatakan datang ke RS karena mendapat rujukan dari puskesmas, dan ibu mengeluh pinggangnya terasa pegal dan terasa kenceng-kenceng pada perut bagian bawah, setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan leopold, didapatkan hasil TTV dalam batas normal, TD : 110/90 mmHg, R: 23x/menit, N:85x/menit, S: 36,5°C, DJJ : 138x/menit, BB : 77kg, leopold I : teraba bulat, lunak, tidak melenting(bokong), leopold II : bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan(punggung), bagian kiri ibu teraba bagian terkecil dari janin(ekstremitas), leopold III : teraba bulat, keras(kepala), leopold IV : kepala sudah masuk panggul, TFU : 32cm, pemeriksaan dalam pembukaan 0 cm, pemeriksaan laboratorium, Hb : 11gr%, Urine Reduksi : (-), Protein Urine :(-), dan pemeriksaan USG ditemukan adanya pengapuran plasenta derajat 1, air ketuban cukup, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2006 : 92) yang menyatakan bahwa pada pelayanan antenatal meliputi anamnesa, timbang dan tensi, serta pemeriksaan leopold, pemeriksaan dalam dan laboratorium.

Pada kunjungan ini, dokter memprogramkan ibu untuk rawat inap dan dilakukan induksi persalinan karena hasil USG yang menunjukkan bahwa adanya pengapuran plasenta derajat 1, hal ini tidak sesuai dengan teori (William R & Oxorn H, 2010 : 558) yang menyatakan bahwa indikasi dilakukan induksi persalinan adalah rupture spontan ketuban, toksemia gravidarum, polyhidramnion, perdarahan antepartum, intrauterine fetal death, kanker, riwayat persalinan cepat, sehingga dari pernyataan tersebut menunjukkan bahwa pengapuran plasenta tidak termasuk indikasi dilakukannya induksi persalinan, tetapi pada praktik lahan dilakukan induksi karena dokter SpOG mengkhawatirkan pengapuran plasenta tersebut karena apabila tidak segera dilakukan terminasi kehamilan maka nutrisi yang disalurkan ibu ke janin akan semakin berkurang karena adanya pengapuran plasenta, dan akan berpengaruh buruk terhadap kesejahteraan janin di dalam rahim ibu, cara mengatasi kesenjangan tersebut adalah dengan cara memberikan informasi dan edukasi kepada ibu tentang keadaan ibu saat ini serta memberikan penjelasan dengan tindakan yang akan dilakukan.

B. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

1. Kala I

Pada tanggal 2 Juni 2017 pukul 19.00 WIB, dari hasil anamnesa ibu mengatakan sudah merasakan kenceng-kenceng tetapi belum sering, HPHT tanggal 21 Mei 2016, HPL tanggal 28 Mei 2017, riwayat kontrasepsi ibu memakai kondom selama 2 tahun untuk menunda

kehamilannya, riwayat kesehatan ibu tidak memiliki riwayat penyakit menahun dan menurun, serta penyakit yang mempengaruhi proses persalinan, pola aktifitas ibu sehari-hari selama dirumah adalah mengurus rumah tangganya, dilakukan pemeriksaan oleh bidan, bidan melakukan VT dengan hasil pembukaan 2 cm, portio tebal, lunak, dinding vagina licin, STLD (-), setelah melakukan VT bidan memasukkan induksi misoprostol I 1/8 pervaginam sebagai perangsang kontraksi, TTV dalam batas normal, TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, R : 24x/menit, S : 36,4°C, DJJ : 146x/menit, hal ini sesuai dengan teori (William R & Oxorn H, 2010 : 69-80) yang menyatakan bahwa pada saat pemeriksaan pasien inpartu dilakukan pemeriksaan meliputi inspeksi dan palpasi abdomen, auskultasi jantung janin, pemeriksaan rectal, pemeriksaan vaginal(palpasi serviks, presentasi, kedudukan, ketuban).

Pada pemeriksaan I bidan berkolaborasi dengan dokter dan melakukan tindakan sesuai dengan advis dari dokter yaitu memasang infus RL pada jam 15.00 WIB, memberikan terapi misoprostol I 1/8 pervaginam pada jam 19.00 WIB dan dilakukan evaluasi setiap 6 jam sekali, evaluasi dilakukan pada jam 01.00 WIB, menganjurkan ibu untuk istirahat dan memenuhi kebutuhan nutrisi.

Pada tanggal 3 Juni 2017 pukul 01.00 WIB, dari hasil anamnesa ibu mengatakan merasakan kenceng-kenceng pada perut bagian bawah, dilakukan pemeriksaan oleh bidan, bidan melakukan VT dengan hasil pembukaan 2 cm, portio tebal, lunak, dinding vagina licin, STLD (-), lama

6 jam, TTV dalam batas normal, TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, R : 24x/menit, S : 36,4⁰C, DJJ : 140x/menit, hal ini sesuai dengan teori (William R & Oxorn H, 2010 : 69- 80) yang menyatakan bahwa pada saat pemeriksaan pasien inpartu dilakukan pemeriksaan meliputi inspeksi dan palpasi abdomen, auskultasi jantung janin, pemeriksaan rectal, pemeriksaan vaginal(palpasi serviks, presentasi, kedudukan, ketuban).

Pada pemeriksaan II bidan memberitahu ibu akan dilakukan pemeriksaan, dan memberitahu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, setelah itu melaporkan hasil evaluasi kepada dr. SpOG dan melakukan tindakan sesuai dengan advis dari dokter yaitu, memberikan terapi misoprostol II 1/8 pervaginam pada jam 01.30 WIB, dan dilakukan evaluasi setiap 6 jam sekali, evaluasi dilakukan pada jam 07.30 WIB, menganjurkan ibu untuk istirahat, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2008 : 336) yang menyatakan bahwa dalam pelaksanaan asuhan persalinan bidan harus melakukan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, menjelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarga, anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir, anjurkan ibu untuk ditemani oleh suami atau keluarga.

Pada tanggal 3 Juni 2017 pukul 07.30 WIB, dari hasil anamnesa ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng, dilakukan pemeriksaan oleh bidan, bidan melakukan VT dengan hasil pembukaan 2-3 cm, portio tebal, lunak, dinding vagina licin, STLD (-), KK (+) lama kala 1 fase laten 12 jam 30 menit, hal ini tidak sesuai dengan teori (Yeyeh R, dkk, 2009 : 5) yang

menyebutkan bahwa fase laten berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm), hal ini dapat terjadi karena kondisi dari maternal seperti servik yang belum matang pada awal persalinan, posisi jann yang abnormal, cara dokter dan bidan mengatasi hal tersebut dengan pemberian terapi lanjutan untuk membantu pembukaan serviks, dan memberitahukan tindakan yang dilakukan kepada ibu, TTV dalam batas normal, TD : 120/90 mmHg, N : 80x/menit, R : 23x/menit, S : 36,3⁰C, DJJ : 140x/menit, HIS : 2x/10 menit durasi 30 detik

Pada pemeriksaan III bidan memberitahu ibu akan dilakukan pemeriksaan, dan memberitahu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, setelah itu melaporkan hasil evaluasi kepada dr. SpOG dan melakukan tindakan sesuai dengan advis dari dokter yaitu, memberikan terapi misoprostol III 1/8 pervaginam pada jam 08.00 WIB dan dilakukan evaluasi setiap 6 jam sekali, hal ini sesuai dengan teori (Saefuddin. Abdul Bari, 2010 : P-14) yang menyatakan bahwa jika tidak ada reaksi setelah 2 kali pemberian 25 mcg, naikkan dosis menjadi 50 mcg tiap 6 jam, evaluasi dilakukan pada jam 14.00 WIB, menganjurkan ibu untuk istirahat, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2008 : 336) yang menyatakan bahwa dalam pelaksanaan asuhan persalinan bidan harus melakukan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, menjelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarga, anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir,

anjurkan ibu untuk ditemani oleh suami atau keluarga, menganjurkan ibu untuk minum cairan dan makanan yang ringan bila ia menginginkannya.

Pada tanggal 3 Juni 2017 pukul 14.00 WIB, dari hasil anamnesa ibu mengatakan sudah merasakan kenceng-kenceng tetapi belum teratur, bidan melakukan VT dengan hasil pembukaan 4 cm, portio tebal, lunak, dinding vagina licin, STLD (-), KK (+), TTV dalam batas normal, TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, R : 23x/menit, S : 36,4°C, DJJ : 146x/menit, HIS : 2x/10 menit durasi 30 detik.

Pada pemeriksaan IV bidan memberitahu ibu akan dilakukan pemeriksaan, dan memberitahu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, setelah itu melaporkan hasil evaluasi kepada dr. SpOG dan melakukan tindakan sesuai dengan advis dan kolaborasi dengan dokter yaitu, terapi misoprostol 1/8 pervaginam stop diganti drip oxytosin 1 ampul secara IV melalui infus masuk pada jam 14.30 WIB dan dilakukan evaluasi setiap 4 jam sekali yaitu pada pukul 18.30 WIB, menganjurkan ibu untuk istirahat, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, menganjurkan ibu untuk miring ke kiri, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2008 : 336) yang menyatakan bahwa dalam pelaksanaan asuhan persalinan bidan harus melakukan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, menjelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarga, anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir, anjurkan ibu untuk ditemani oleh suami atau keluarga, menganjurkan ibu untuk minum cairan dan makanan yang ringan bila ia menginginkannya.

Pada tanggal 3 Juni 2017 pukul 18.30 WIB, dari hasil anamnesa ibu mengatakan merasakan kenceng-kenceng semakin sering, bidan melakukan VT dengan hasil pembukaan 9 cm, portio tipis, lunak, dinding vagina licin, STLD (+), KK (-) lama kala 1 23 jam 30 menit, TTV dalam batas normal, TD : 110/80 mmHg, N : 82x/menit, R : 23x/menit, S : 36,5⁰C, DJJ : 146x/menit, HIS : 4x/10 menit durasi 45 detik.

Pada pemeriksaan kelima bidan memberitahu ibu akan dilakukan pemeriksaan, dan memberitahu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, menganjurkan ibu untuk miring ke kiri, bidan menyiapkan partus set, heacting set, dan obat-obatan, bidan menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi, menganjurkan ibu untuk tarik nafas panjang dari hidung dan dikeluarkan melalui mulut, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2008 : 336-337) yang menyatakan bahwa dalam pelaksanaan asuhan persalinan bidan harus melakukan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, menjelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarga, anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir, anjurkan ibu untuk ditemani oleh suami atau keluarga, menganjurkan ibu untuk minum cairan dan makanan yang ringan bila ia menginginkannya, mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik serta bahan-bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

Pada tanggal 3 Juni 2017 pukul 19.30 WIB, dari hasil anamnesa didapatkan ibu mengeluh kenceng-kenceng semakin sering, serasa ingin

BAB dan mengejan, bidan melakukan VT dengan hasil pembukaan 10 cm, portio tebal, lunak, dinding vagina licin, STLD (-), KK (-), lama fase aktif dari pembukaan 4-10 cm (lama kala I fase aktif 5 jam 30 menit), hal ini tidak sesuai dengan teori (Yeyeh R, dkk, 2009 : 6) yang menyatakan bahwa fase aktif : berlangsung selama 6 jam, hal ini disebabkan karena adanya his yang adekuat.

Lama kala 1 fase laten dan fase aktif (24 jam 30 menit), hal ini tidak sesuai dengan teori (Oxorn H & William R. 2010 : 607) yang menyatakan bahwa lama kala 1 persalinan yang normal pada primigravida (fase laten dan aktif digabungkan) adalah 13,3 jam pada primigravida, sedangkan pada multipara, lama maksimal kala I persalinan adalah 7,5 jam, hal tersebut dapat terjadi karena keadaan servik yang belum matang pada awal persalinan, pemberian sedative yang berlebihan, persalinan disfungsional, TTV dalam batas normal, TD : 110/80 mmHg, N : 82x/menit, R : 23x/menit, S : 36,4⁰C, DJJ : 144x/menit, HIS : 5x/10 menit durasi 45 detik.

Pada pemeriksaan keenam bidan memberitahu ibu akan dilakukan pemeriksaan, dan memberitahu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, mendekatkan partus set, heacting set, dan obat-obatan, melakukan 60 langkah asuhan persalinan normal, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2008 : 341) yang menyatakan bahwa dalam pelaksanaan asuhan persalinan bidan harus melakukan asuhan sayang ibu dan sayang

bayi, melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal, pencegahan infeksi.

2. Kala II

Pengkajian kedua dilakukan pada jam 20.15 WIB. Setelah melakukan pemeriksaan dan mendapatkan hasil sebagaimana yang terlampir diatas, bidan memberikan asuhan lebih lanjut sesuai dengan standar APN, tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yang terjadi dilapangan, semua langkah membantu persalinan, dilakukan sesuai teori(Prawiroharjo, 2008 : 341-347) yaitu, melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 60 langkah Asuhan Persalinan Normal.

Bayi baru lahir Ny.N pada tanggal 3 Juni 2017 jam 20.15 WIB, dengan umur kehamilan 40⁺⁶ minggu, persalinan spontan, menangis kuat, gerak aktif, kulit kemerahan hal ini tidak sesuai dengan hasil jurnal penelitian dari Reni Tri Lestari & Yuniar Wardani yang berjudul *“Induksi Persalinan Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir”* yang menyatakan bayi yang dilahirkan dengan induksi persalinan diperkirakan 2,36 kali memiliki resiko asfiksia daripada bayi yang tidak dilakukan induksi pada saat persalinannya, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara induksi persalinan dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.

Dikutip dari Jurnal Bidan *“Midwife Journal”* Volume 1, No. 1, Januari 2015. Partus lama memberikan kontribusi sebanyak 2 kasus (3.85%) menyebabkan kematian pada bayi baru lahir. Dengan demikian, menurut analisis peneliti dampak partus lama pada bayi adalah dapat merugikan,

apabila panggul sempit dan juga terjadi ketuban pecah lama serta infeksi intra uterus. Infeksi intrapartum bukan saja merupakan penyulit yang serius pada ibu, tetapi juga merupakan penyebab penting kematian janin dan neonatus. Hal ini sesuai dengan Sulaiman (2010) yang mengatakan bahwa dampak partus lama pada bayi adalah partus lama dapat merugikan, apabila panggul sempit dan juga terjadi ketuban pecah lama serta infeksi intra uterus. Infeksi intrapartum bukan saja merupakan penyulit yang serius pada ibu, tetapi juga merupakan penyebab penting kematian janin dan neonatus, hal ini menunjukkan tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yang terjadi.

3. Kala III

Pada proses kala III Ny N, berdasarkan inspeksi setelah melakukan jepit potong, tali pusat terlihat memanjang di vagina, belum ada semburan darah, TFU setinggi pusat dan kontraksi keras, berdasarkan data yang diperoleh menyatakan plasenta ibu belum terlepas, hal ini sesuai dengan teori (Ari dan Esti, 2013:157) tentang tanda tanda pelepasan plasenta yaitu : adanya semburan darah, pemanjangan tali pusat, perubahan bentuk uterus, dari diskoid menjadi globular, perubahan dalam posisi uterus, yaitu uterus naik di dalam abdomen. Setelah dilakukan perasat MAK III dalam waktu ± 10 menit terdapat tanda tanda pelepasan plasenta dan plasenta segera dilahirkan. Pada proses kala III Ny N berlangsung selama 5 menit, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo. S, 2014:101). Dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta, berlangsung tidak lebih dari 30

menit. Setelah plasenta lahir segera dilakukan pemeriksaan fisik dan didapatkan hasil, TD : 110/80mmHg , S : 36,7°C, N : 82x/menit , R : 22 x/menit, kontraksi keras. Berdasarkan data yang diperoleh tekanan darah ibu dalam batas normal, kontraksi uterus baik dan tidak terjadi perdarahan. sehingga dapat disimpulkan bahwa ibu tidak mengalami komplikasi pasca persalinan.

4. Kala IV

Pada Kala IV, ibu mengatakan pertunya terasa mules TFU Ny. N 2 jari dibawah pusat, ini sesuai dengan teori (Vivian & Tri, 2011:57), yang menyatakan bahwa ketika plasenta lahir TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, dan terasa perih bagian bagian perineum terdapat laserasi derajat dua pada mukosa, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum. Berdasarkan data yang diperoleh, bidan segera melakukan penjahitan laserasi derajat 2, hal ini sesuai dengan (Permenkes 1465 pasal 10 ayat 2 poin b) yaitu, bidan memiliki wewenang untuk melakukan penjahitan laserasi derajat I dan II.

Pemeriksaan fisik didapatkan hasil, TD : 110/80mmHg, S : 36,5°C, N : 82x/menit, R: 22 x/menit, kontraksi keras. tekanan darah ibu dalam batas normal, sehingga dapat disimpulkan bahwa ibu tidak mengalami tanda tanda penyulit masa nifas, sesuai dengan teori (Kemenkes, 2015 : 144-146) yaitu, penyulit masa nifas antara lain : perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas, demam, pre-eklamsi dan eklamsia, infeksi jalan lahir, infeksi vulva vagina dan endometrium.

Melakukan penjahitan pada jalan lahir dengan tehnik jelujur dan simpul, sesuai dengan teori (Ari dan Esti, 2013 : 185-191) yang menyatakan bahwa tehnik jelujur memiliki keuntungan yaitu mudah dipelajari (hanya perlu belajar satu jenis penjahitan dan satu atau dua jenis simpul), tidak telalu nyeri karena lebih sedikit benang yang digunakan, menggunakan lebih sedikit benang.

Perdarahan kala IV Ny. N ± 100 cc dan total perdarahan selama proses persalinan sebanyak 370 cc, masih tergolong dalam batas normal, sesuai dalam teori (Manuaba, 2010:174) perdarahan yang normal adalah tidak melebihi 400-500 cc. Pada kasus Ny N sudah sesuai dengan teori yang ada, sudah di lakukan pengawasan selama 1-2 jam yang meliputi pemeriksaan KU, kontraksi, TFU, kandung kemih, lochea, dan pengeluaran pervaginam semua dalam batas normal, kala IV Ny. N sesuai dengan teori Manuaba (2010:175) yang menyebutkan kala IV selama 2 jam. Sehingga kala IV ibu terpantau dengan baik dan diharapkan ibu tidak mengalami penyulit pasca persalinan setelah diberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan pelayanan bersalin kala IV.

C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir Ny.N pada tanggal 4 Juni 2017 jam 02.30 WIB umur 6 jam, dengan umur kehamilan 40⁺⁶ minggu, berat lahir 3300 gram, panjang badan 52cm, LD/LK, reflek positif, tanda vital N: 135x/menit, R: 45x/menit, S : 36,5°C, testis sudah turun dalam skrotum, ujung penis berlubang, bayi BAB

1 menit setelah lahir, BAK 2 menit setelah lahir. Berdasarkan data yang diperoleh, dapat disimpulkan bayi Ny.N adalah bayi baru lahir normal sesuai dengan teori (Asuhan kesehatan anak dalam konteks keluarga, 1992 : 93) tentang ciri-ciri bayi baru lahir normal.

Tindakan pencegahan infeksi dan perdarahan meliputi, Vitamin K, tetes mata tetrasiklin 1%, dan Hb-0 satu jam setelah pemberian vit K. Tindakan telah diberikan untuk mencegah terjadinya perdarahan, dan infeksi pada mata bayi baru lahir, dan mencegah bayi terinfeksi Hepatitis B sesuai dengan teori (Vivian, 2009 : 2) pemberian vit neo K secara Intramuskular untuk mencegah perdarahan pada bayi baru lahir, ini sesuai dengan teori (Sairifuddin, 2010 : 32) yang menyatakan semua bayi baru lahir setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui harus diberikan injeksi neo K untuk mencegah perdarahan pada bayi baru lahir. Sehingga diharapkan bayi baru lahir Ny.N terhindar dari perdarahan, infeksi mata dan infeksi Hepatitis B.

Berdasarkan hasil observasi tidak ditemukan tanda tanda : bayi sesak nafas, retraksi dada, malas minum, suhu tubuh terlalu panas dan terlalu dingin, kejang, merintih. Hasil observasi menunjukkan bahwa bayi Ny.N tidak mengalami tanda bahaya pada bayi baru lahir sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2014 : 138) yaitu, tentang tanda bahaya bayi baru lahir.

Pada kunjungan ke II pada tanggal 9 Juni 2017 pukul 08.00 WIB, dari hasil anamnesa ibu mengatakan, pulang dari RS tanggal 5 Juni 2017 pukul 11.00 WIB, mata bayinya terlihat kuning sejak 2 hari yang lalu karena ibu tidak membangunkan bayinya untuk disusui ketika bayinya sedang tertidur,

hal ini sesuai dengan hasil jurnal penelitian Indah, P. R. (2016) yang berjudul “*Hubungan Frekuensi Pemberian ASI Dengan Kejadian Ikterus Pada BBL 2-10 Hari Di BPM N PADANG PANJANG*” diketahui bahwa dari 40 responden yang sering memberikan ASI terdapat 12 responden mengalami ikterus dan 28 responden yang tidak ikterus. Sedangkan dari 20 responden yang tidak sering memberikan ASI yaitu 18 responden mengalami ikterus dan 2 responden tidak ikterus. Hasil analisa statistic menggunakan uji *chi-square* menghasilkan nilai p value = 0,00, yang artinya H_a diterima atau terdapat hubungan antara frekuensi pemberian ASI dengan kejadian ikterus pada bayi baru lahir 2-10 hari di BPM N Padang Panjang Tahun 2016. Didapatkan hasil pemeriksaan, tanda tanda vital N : 120x/menit, RR : 42x/menit, S : 36,6°C, BB : 3300 gram, sklera tampak kuning, kulit kemerahan, tali pusat: sudah kering dan hampir lepas. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut menunjukan bahwa neonatus tidak mengalami tanda bahaya, sesuai dengan teori (Rochmah, 2011: 51-54) yaitu, bayi tampak kuning pada lengan dan kaki pada hari ke-2, tidak mau menyusu, kulit tidak kembali ke bentuk semula setelah 2 detik dilakukan penekanan dan feses hijau berlendir/darah.

Pada kunjungan ke III tanggal 15 Juni 2017 dari hasil anamnesa ibu mengatakan pada tanggal 12 Juni 2017 bayinya diperiksa didapatkan hasil pemeriksaan, mata bayi sudah tidak kuning, dan hasil anamnesa dan pemeriksaan pada tanggal 15 Juni 2017 tidak didapatkan hasil yang perlu diwaspadai pada bayi, tanda tanda vital N : 120x/menit, RR : 42x/menit, S : 36,6°C, BB : 3500 gram, tali pusat: sudah terlepas. Berdasarkan hasil

pemeriksaan tersebut menunjukkan bahwa neonatus tidak mengalami tanda bahaya, sesuai dengan teori (Rochmah, 2011: 51-54) yaitu, bayi tampak kuning pada lengan dan kaki pada hari ke-2, tidak mau menyusu, kulit tidak kembali ke bentuk semula setelah 2 detik dilakukan penekanan dan feses hijau berlendir/darah. Hal ini ditunjang dengan aktivitas menyusu kuat setiap saat oleh neonatus sehingga meningkatkan berat badan bayi sebanyak 200gram dari kunjungan sebelumnya berdasarkan hasil pemeriksaan diatas, hal ini dikarenakan terpenuhinya kebutuhan nutrisi neonatus, yang kemudian membantu proses penyembuhan/lepasnya talipusat dari umbilicus bayi.

D. Asuhan Kebidanan Ibu Nifas

Pada kunjungan pertama masa nifas pada tanggal 4 Juni 2017, didapatkan hasil pemeriksaan TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, tanda vital TD: 120/80 mmHg, S: 36,4°C, N : 80x/menit, R : 24x/menit, lochea berwarna merah 1 pembalut belum penuh, berdasarkan pemeriksaan tersebut dapat disimpulkan bahwa Ny.N tidak mengalami tanda tanda penyulit masa nifas, sesuai dengan teori (Kemenkes, 2015 : 144-146) yaitu, penyulit masa nifas antara lain : perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas, demam, pre-eklamsi dan eklamsia, infeksi jalan lahir, infeksi vulva vagina dan endometrium. Hal ini ditunjang dengan keadaan ibu yang menyatakan, tidak merasakan perdarahan yang sur-sur, pusing berkunang-kunang, mengantuk, dan berdasarkan inspeksi ibu terlihat sudah mampu bercerita dengan keluarga

dan sudah duduk menyusui bayinya dengan baik, serta sudah berjalan ke kamar mandi seorang diri.

Berdasarkan inspeksi yang dilakukan, ibu sudah melakukan mobilisasi dini dengan turun dari tempat tidur, pergi ke kamar mandi dan duduk menyusui bayinya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ibu telah melewati melakukan early ambulation menurut (Kemenkes, 2015 : 139-141) yaitu, kebutuhan ambulasi secepat mungkin, dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidur dalam 24 jam-48 jam postpartum, early ambulation tidak boleh dilakukan kepada ibu postpartum dengan anemia, jantung, paru-paru, demam, dll, teori tersebut juga menyatakan bahwa ibu postpartum harus sudah BAK dalam 6-8 jam, hal ini sesuai karena ibu sudah BAK 3 jam postpartum.

Pada pemeriksaan TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras hal ini sesuai dengan teori menurut (Vivian dan Try, 2013 : 57), yaitu setelah plasenta lahir TFU 2 jari dibawah pusat, berat uterus 750 gr, kontraksi keras. sehingga dapat disimpulkan bahwa involusi uteri ibu sesuai dengan batasan normal teori tersebut.

Pemberian obat, ibu mengatakan sudah meminum vitamin A dan Tablet Fe 1 tablet, yang telah diberikan pada 1 jam setelah melahirkan dan masih satu untuk diminum 24 jam setelah vitamin pertama untuk memenuhi kebutuhan vitamin A pada bayi dan Fe sebagai terapi untuk menambah zat gizi dan mencegah terjadinya anemia pada masa nifas, sesuai dengan teori (Vivian dan Try , 2013:73) yaitu Pil zat besi (Fe) harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pascabersalinan, minum kapul Vitamin A (200.000 unit)

sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi. Sehingga diharapkan setelah memberikan vitamin A kepada ibu, kebutuhan vitamin A bayi baru lahir Ny.N dapat terpenuhi.

Pada kunjungan ini dilakukan pemberian beberapa informasi yang dilakukan oleh bidan RS dan mahasiswa meliputi, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, memberikan penkes vitamin A pada masa nifas, memberitahu perubahan fisiologis pada masa nifas, mengajarkan ibu bagaimana cara menyusui yang benar.

Pada kunjungan kedua tanggal 15 Juni 2017 Ny.N mengatakan alat kelaminnya terdapat benjolan dan terasa sakit apabila dipegang, ASI-nya sudah keluar dengan lancar dan hasil pemeriksaan ASI ibu keluar dengan lancar berwarna putih, dan tidak ada bendungan ASI. Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa jenis air susu ibu yang keluar adalah ASI matur hal ini sesuai dengan teori (Kemenkes, 2015 : 135-136) yang menyatakan pada hari ke 8-11 dan seterusnya jenis ASI yang keluar adalah ASI matur berwarna putih. Banyaknya ASI pada Ny.N ini ditunjang dengan terpenuhinya nutrisi Ny.N sehingga membantu produksi ASI Ny.N menjadi semakin banyak. Setelah itu dilakukan pemeriksaan, didapatkan hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal, TFU sudah tidak teraba, ibu mengatakan darah masih keluar sedikit berwarna coklat kemerahan, terdapat benjolan pada kelenjar bartholini. Berdasarkan data yang diperoleh dapat simpulkan bahwa proses involusi uteri berjalan dengan baik, sesuai dengan teori (Dewi, 2013 : 57) yaitu, setelah uri

lahir TFU setinggi 2 jari dibawah pusat dan satu minggu pertengahan pusat simpisis. Berdasarkan data yang diperoleh ibu baru memasuki hari ke-12 postpartum dan TFU sudah tidak teraba sehingga dapat disimpulkan bahwa proses involusi uteri (pengembalian bentuk uterus) bisa dibilang lebih baik karena proses penyembuhan/pengembalian bentuk uterusnya lebih cepat dari teori. Hal ini ditunjang dengan meningkatnya nafsu makan ibu tanpa ada pantangan sehingga nutrisi ibu pada masa nifas terpenuhi dan mempercepat proses penyembuhan/pemulihan uterus kebentuk semula.

Inspeksi perdarahan dan luka laserasi perineum, dari hasil pemeriksaan perdarahan ibu sedikit berwarna merah kecoklatan, dan laserasi jalan lahir sudah kering dan tertutup dengan rapi, terdapat pembesaran kelenjar bartholini. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu mengalami infeksi masa nifas, sesuai dengan teori (Kemenkes, 2015 : 144-146) yaitu, penyulit masa nifas antara lain, perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas meliputi: suhu $>38^{\circ}\text{C}$, TD meningkat/menurun, pernafasan meningkat/menurun, kesadaran gelisah/koma, terjadi gangguan involusi uterus dan lochea berbau.

Berdasarkan keterangan ibu, ibu mengatakan ingin tetap melanjutkan untuk menggunakan kontrasepsi kondom seperti sebelum hamil, sehingga ibu hanya diberi konseling sesuai dengan standar pelayanan postpartum, dan diberikan lagi konseling tentang KB terutama kontrasepsi kondom.

Pada kunjungan kedua ini mahasiswa berkolaborasi dengan bidan memprogramkan untuk memberikan asuhan meliputi memberitahu ibu hasil

pemeriksaan yang sudah dilakukan, memberitahu ibu gizi ibu menyusui, memberitahu tanda bahaya pada masa nifas, memberikan penkes tentang ASI eksklusif, memberitahu ibu untuk banyak istirahat, memberitahu ibu untuk melakukan vulva hygiene agar ibu terhindar dari infeksi, memberitahu ibu tentang kelebihan dan kekurangan dari kontrasepsi kondom, berkolaborasi dengan bidan puskesmas untuk memberikan terapi oral untuk mengobati nyeri pada alat kelamin ibu.

Pada kunjungan ke-3 pada tanggal 3 Juli 2017 (09.00 WIB), hasil anamnesa ibu mengatakan alat kelaminnya sudah tidak terdapat benjolan dan tidak terasa sakit bila dipegang, didapatkan hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal, TFU sudah tidak teraba, perdarahan sudah berhenti pada hari ke 25, dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa proses involusi uteri ibu sudah sesuai dengan masa nifas berdasarkan teori (Dewi, 2013 : 57) yaitu, pada minggu kedua dan seterusnya uterus sudah tidak teraba diatas simpisis. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi penyulit pada proses involusi uterus.

Hasil pemeriksaan, tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg, N: 83x/menit, R : 23x/menit, S : 36,5°C. berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa tanda-tanda vital ibu dalam batas normal dan tekanan darah ibu tidak menunjukkan adanya tanda hipertensi pada postpartum. Hal ini didukung dengan keadaan fisik ibu dan keterangan bahwa ibu tidak memiliki keluhan.

Pada kunjungan ini mahasiswa berkolaborasi dengan bidan untuk memberikan informasi meliputi memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang

sudah dilakukan, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, menganjurkan ibu untuk istirahat, serta memberitahu ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri.

BAB VI

PENUTUP

Pada akhir penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.N Di Puskesmas Sibela Mojosoongo Surakarta. Penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Studi kasus mengenai asuhan kebidanan komprehensif mampu memberikan kemampuan penulis dalam melakukan asuhan kebidanan yang berkesinambungan, dari masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan kontrasepsi, karena penulis berhadapan langsung dengan realita yang terjadi dalam masyarakat.
2. Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah diberikan, penulis dapat memperoleh data subjektif dan objektif dari hasil anamnesa pasien yang dapat digunakan sebagai data dasar untuk menegakkan diagnosa. Setelah ditegakkan diagnosa masalah, penulis dapat melakukan asuhan yang sesuai dengan permasalahan yang ada.
3. Terdapat kesenjangan asuhan pada persalinan, dilakukan tindakan induksi persalinan atas indikasi pengapuran plasenta. Berdasarkan teori indikasi induksi menyatakan bahwa indikasi dilakukannya induksi adalah ruptura spontan ketuban, toksemia gravidarum, polyhydramnion, perdarahan

antepartum, intrauterine fetal death, kanker, riwayat persalinan cepat (Oxorn H & William R. 2010 : 558).

B. Saran

Berdasarkan simpulan diatas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Bidan Puskesmas

Diharapkan bidan di puskesmas lebih mampu melakukan deteksi dini dan antisipasi segera sehingga dapat merencanakan secara tepat dan cepat asuhan kebidanan komprehensif kepada klien.

2. Bagi STIKES 'Aisyiyah Surakarta

Diharapkan agar meningkatkan mutu pendidikan dalam proses pembelajaran baik secara teori maupun praktik, agar mahasiswa mampu meningkatkan pengetahuan, wawasan dan pengalaman tentang teori-teori asuhan kebidanan komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta : Mitra Cendikia
- Anita Lockhart. 2014. *Asuhan Kehamilan Fisiologis & Patologis*. Yogyakarta : Bina Rupa Aksara Publisher
- Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Chanty, Y. 2015. *Gambaran Penyebab Kematian Bayi Di Rsud Banjar Provinsi Jawa Barat Tahun 2014*. Jurnal Bidan “Midwife Journal” Volume 1, No. 1, Januari 2015
- Constance, S. 2010. *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Dewi, V. N. L & Tri, S. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Kota Surakarta. 2016. *Laporan AKI dan AKB*. Surakarta : DKK Surakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2016). Profil Kesehatan Jawa Tengah. Tersedia dalam : <http://dinkesjatengprov.go.id> (diakses pada tanggal : 22 Mei 2017)
- Edukia. 2013. Materi Pembelajaran Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta : WHO tersedia dalam : www.edukia.org/web/kbibu/2-1-3-sistem-dan-cara-rujukan/ (diakses pada tanggal 20 Juli 2017)
- Endjun, J. J. 2007. *Ultrasonografi Dasar Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Handayani, S. 2011. *Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing

- Harsono. 2013. *Permasalahan Kehamilan Yang Sering Terjadi*. Jakarta : EGC
- Henny, A. 2014. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ikterus Pada Neonatal*. Bandar Lampung : Kebidanan Stikes Aisyiyah
- Jenny, J, S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jawa Timur: Erlangga
- Indah, P. R. 2016. Hubungan Frekuensi Pemberian ASI Dengan Kejadian Ikterus Pada BBL 2-10 Hari Di BPM N Padang Panjang. Bukit tinggi : Stikes Prima Nusantara.
- Indah, R & Allania, H. 2015. “*Dampak Anemia Kehamilan Terhadap Perdarahan Post Partum*”. *Jurnal Volume 6 No. 3 Agustus 2015* 57-67
- JPNKR-KR. 2008. APN. Jakarta : YBP Prawirohardjo
- Kementrian Kesehatan RI. 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta : Kemenkes
- Vivian, N. L. D. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kusmiyati, Y. 2008. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Fitramaya
- Manuaba, I. B. G. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta : EGC
- Manuaba, I. B. G. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta : EGC
- Marmi, 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Marmi & Rahardjo. 2015. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita Anak Usia Prasekolah*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Mochtar, R. 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC

Muslihatun. 2011. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Fitramaya

Nanny, V & Sunarsih, T. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas* . Jakarta : Salemba Medika

Naviri, 2011. *Buku Pintar Ibu Hamil*. Jakarta : PT. Elex Medika Komputindo

Pantikawati, 2010. *Asuhan Kebidanan I*. Jakarta : Nuha Medika

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28. 2017. *Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Indonesia : Permenkes RI

Prawirohardjo, S. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohadjo, S. 2008. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka Prawirohardjo

Prawirohadjo, S. 2010. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Reni, T & Yuniar, W. 2013. *Induksi Persalinan Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Akademi Kebidanan Yogyakarta.

Saifuddin, A. B. 2002. *Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saifuddin, A. B. 2009. *Pelayanan Kebidanan Maternal Neonatal*. Jakarta : Bina Pustaka

Saefuddin, A. B, 2010. *Buku Panduan Praktik Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saleha, S. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika

Sri, H & Triani, Y. *Analisis Faktor Asupan Gizi Dan Pemakaian Zat Besi Terhadap Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil*. Boyolali : Estu Utomo Boyolali

Sudarti. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi Dan Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika

Sulistyawati. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta : CV. Andi Offise

Sulistyawati, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika.

Walyani, E, S. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Barupes

Wiknjosastro & Hanifa. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

William, R & Oxorn, H. 2010. *Ilmu Kebidanan : Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta : ANDI Yogyakarta & Yayasan Essentia Medica Yogyakarta

Yeyeh, R, Yulianti. L. & Susilawati, L. 2009. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan)*. Jakarta : CV. Trans Info Media

Yuliaswati. 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan III (Nifas)*. Surakarta



KARTU BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

STIKES 'AISYIYAH SURAKARTA

2017

NAMA : Ananda Amalia Oktaria S

NIM : A2014004

JUDUL : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.N Di

Puskesmas Sibela Mojosongo Surakarta

PEMBIMBING : Winarni, S.SiT, M.PH

NO	TANGGAL	KEGIATAN	KETERANGAN	TANDA TANGAN
1	11 April 2017	Konsultasi persiapan soca kehamilan		
2	15 April 2017	Konsultasi persiapan soca kehamilan		
3.	3 Juni 2017	Konsultasi persiapan soca persalinan		
4.	6 Juni 2017	Konsultasi persiapan soca persalinan		
5.	13 Juni 2017	Konsultasi persiapan soca nifas		
6.	18 Juni 2017	Konsultasi persiapan soca nifas		

Surakarta, Juli 2017
Pembimbing


Winarni, S.SiT, M.PH

7.	20 Juni 2017	Konsultasi BAB 1, 2, 3	- Revisi latar belakang - Topografi penulisan	
8.	23 Juni 2017	Konsultasi revisi BAB 1, 2, 3.	- Revisi latar belakang - Format penulisan - Penambahan teori pada tinjauan kasus.	
9.	7 Juni 2017	Konsultasi BAB 1, 2, 3, 4, 5, 6	- revisi bab 4 a. Topografi penulisan b. format penulisan - revisi bab 5 penambahan teori untuk kerengangan	
10.	10 Juni 2017	Konsultasi - Cover, - Bab 5 - Bab 6 - Lembar persetujuan - Lembar pengesahan	- Revisi cover, lembar persetujuan, pengesahan - Bab 5 revisi pemberian jurnal dan sumber buku untuk teori - Bab 6 revisi penambahan teori kerengangan dgn praktik.	
11.	22 Juli 2017	Konsultasi KTI	KTI ACC	

PENAPISAN IBU BERSALIN

DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

	Ya	Tidak
1. Riwayat bedah sesar	☐	☒
2. Perdarahan pervaginam	☐	☒
3. Kehamilan kurang bulan	☐	☒
4. Ketuban pecah dengan mekonium kental	☐	☒
5. Ketuban pecah lama (>24 jam)	☐	☒
6. Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan	☐	☒
7. Ikterus	☐	☒
8. Anemi berat	☐	☒
9. Preeklamsi berat	☐	☒
10. Tinggi fundus uteri >40cm (makrosomi, kehamilan kembar)	☐	☒
11. Demam (>38°C)	☐	☒
12. Gawat janin	☐	☒
13. Presentasi bukan belakang kepala	☐	☒
14. Tali pusat menumbung	☐	☒
15. Kepala janin masih tinggi / pada pemeriksaan : 5/5	☐	☒
16. Kehamilan dengan presentasi majemuk	☐	☒
17. kehamilan Gemelli	☐	☒
18. Ibu dalam keadaan shock	☐	☒

BAGAN 2
PERSALINAN KALA 1

CATATAN PERSALINAN:

- Tanggal: 3-6-2017
- Nama bidan:
- Tempat persalinan:
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☒ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☐ Lainnya: RGO SURAKARTA
- Alamat tempat persalinan: RGO SURAKARTA
- Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk:
 - ☐ bidan
 - ☐ teman
 - ☐ suami
 - ☐ dukun
 - ☐ keluarga
 - ☐ tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - ☐ Gawatdarurat
 - ☐ Perdarahan
 - ☐ HDK
 - ☐ Infeksi
 - ☐ PMTCT

KALA I

- Partogram melewati garis waspada: Y ☒ 1
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tsb:
- Hasilnya:

KALA II

- Episiotomi:
 - ☒ Ya, Indikasi: perineum kaku
 - ☐ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - ☒ suami
 - ☐ teman
 - ☐ tidak ada
 - ☐ keluarga
 - ☐ dukun
- Gawat janin:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - ☒ Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
- Distosia bahu:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - ☒ Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

KALA III

- Inisiasi Menyusui Dini:
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasannya:
- Lama kala III: 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im?
 - ☒ Ya, waktu: 5 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan:
- Penjepitan tali pusat:
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - ☐ Ya, alasan:
 - ☒ Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan:

KALA IV

- Masase fundus uteri?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan:
- Piasenta lahir lengkap (Intact) Ya / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
- Piasenta tidak lahir >30 menit:
 - ☒ Tidak
 - ☐ Ya, tindakan:
- Laserasi:
 - ☒ Ya, dimana: Mukosa vagina, komisura posterior, perineum, otot perineum
 - ☐ Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1 2 3 4
 - Tindakan:
 - ☒ Persejitan, dengan tanpa anestesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan:
- Atoni uteri:
 - ☐ Ya, tindakan:
 - ☒ Tidak
- Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 1500
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

KALA IV

- Kondisi ibu: KU: Baik TD: 120/80 mmHg Nadi: 88 /mnt Napas: 23
- Masalah dan penatalaksanaan masalah:

BAYI BARU LAHIR:

- Berat badan: 3300 gram
- Panjang badan: 52 cm
- Jenis kelamin: P
- Penilaian bayi baru lahir: baik ada penyulit
- Bayi lahir:
 - ☒ Normal, tindakan:
 - ☒ mengeringkan
 - ☒ menghangatkan
 - ☒ rangsangan taktil
 - ☒ memastikan IMD atau alami menyusu segera
 - ☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
 - ☐ mengeringkan
 - ☐ bebaskan jalan napas
 - ☐ rangsang taktil
 - ☐ menghangatkan
 - ☐ bebaskan jalan napas
 - ☐ lain-lain, sebutkan:
 - ☐ pakalan selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan:
 - ☐ Hipotermi, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - ☒ Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan:
- Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah
1	20.45	130/80	80	36.4	2 jari & pusat	Keras	Kosong	± 25 cc
	21.00	130/80	82		2 jari & pusat	Keras	Kosong	± 20 cc
	21.15	120/80	82		2 jari & pusat	Keras	Kosong	± 20 cc
	21.30	120/80	82		2 jari & pusat	Keras	Kosong	± 15 cc
2	22.00	120/90	80	36.5	2 jari & pusat	Keras	Kosong	± 10 cc
	22.30	120/90	84		2 jari & pusat	Keras	Kosong	± 10 cc

Gambar 2-5. Halaman Belakang Partogram

PARTOGRAF

a. Register
b. Puskesmas

Nama Ibu: Ny. N / Tn. F

Umur: 20th/24t

G: 1

P: 0

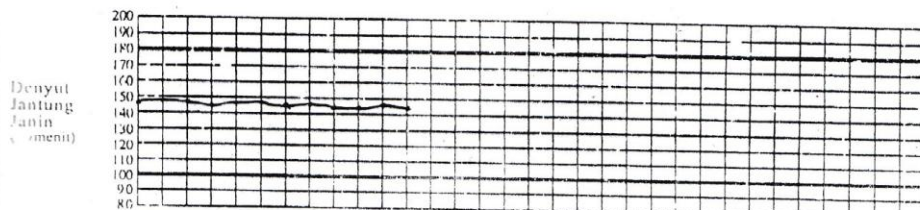
A: 0

Tanggal: _____

Jam: _____

ketuban Pecah sejak jam _____

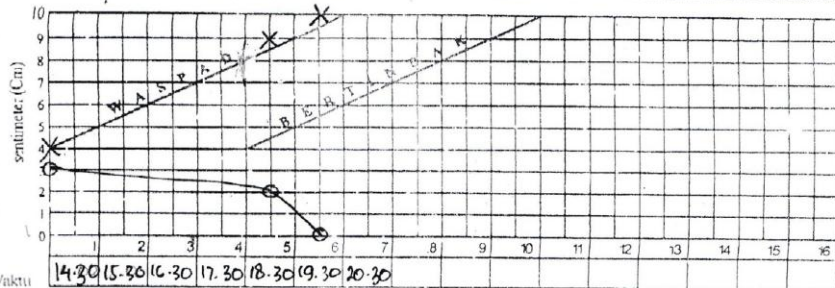
Mules sejak jam 14.00 WIB



Air ketuban penyusutan

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Penurunan serviks (cm) bertanda X
Tumanya Kepala bertanda O



Waktu (jam)



frekuensi U/L
teles/menit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

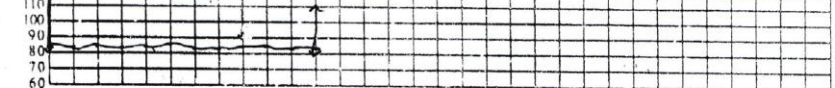
Obat dan Cairan IV

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nadi



Tekanan darah



Suhu °C

36.4																	
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Urin
Protein
Aseton
Volume

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Makan : terakhir 1 porsi 1 piring nasi sayur dan lauk pauk

Minum : terakhir porsi 1 gelas air teh hangat

Gambar 2-4: Partograf (halaman depan)

INFORMED CONSENT
&
PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Selamat Pagi/Siang/Sore

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

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

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

Saya setuju dan ikut serta dalam penelitian ini.

Nama Ibu : NOFI PUJI ASTUTI

Nama suami : FATAR IRAWAN

Alamat : TANJUNGPINANG RT 01 RW 34

No Hp :

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

Mahasiswa

Yang Menyetujui



(Aranda Amalia O.S.)



(Nofi Puji Astuti)

Nomor Reg : Nomor Urut : 105/2016

Menerima Buku KIA

Tanggal :

Nama tempat pelayanan :

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny. NDI Puji ARTATI

Tempat/Tgl Lahir : 20 B Agama : Islam

Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*

Golongan Darah :

Pekerjaan : KONFERENSI

Nama Suami : TAN FAJAR IRWAN

Tempat/Tgl Lahir : 24 B Agama : Islam

Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*

Pekerjaan : KARYAWAN

Alamat rumah : TANJUNGPINANG RT 01/34

Kecamatan :

Kabupaten/Kota :

No. telepon :

Nama Anak :

Tempat/Tgl Lahir :

* Lingkari yang sesuai

DIISI OLEH PETUGAS KESEHATAN

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal : 21 - 8 - 2016

Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 28 - 5 - 2017

Lingkar Lengan Atas : 30 cm Tinggi Badan : 158 cm

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini:

Riwayat Penyakit yang diderita ibu :

Riwayat Alergi :

Tgl.	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin / Menit
21/16	mulas	130/80	70	6 ^g	-	-	-
24/16	Mual, Pusing	130/70	66	9	-	-	-
21/16	Kadang Mual	120/80	65,5	13	-	-	-
19/16	t.a.k	110/80	65,5	17 ⁻¹	-	-	+
28 DEC 2016	kekurangan	120/80	67,5	18 ^g	-	-	-
18/17	Nyeri perut bagian bawah	120/70	67	21 ⁺¹	-	Multit	-
15/17	Nyeri pd Perut bagian Kiri	120/70	69	25 ⁺²	-	Balot+	+
22/17	Diare	100/60	69,5	26 ⁺²	-	Balot+	+
10/17	Keputihan	110/60	70	29 ⁺³	23	3	+
24/17	Vagina gatal	110/70	72	30 ⁺³	25	3	+
8 APR 2017	del	110/80	74	33 ^{mg}	28	3	(+)

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Hamil ke : 1 Jumlah persalinan : 0 Jumlah keguguran : 0
 Jumlah anak hidup : Jumlah lahir mati :
 Jumlah anak lahir kurang bulan : anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir :
 Status imunisasi TT : Imunisasi TT terakhir : [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir :
 Cara persalinan terakhir** : [] Spontan/Normal [] Tindakan :

** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (Terapi: TT/Fe Rujukan, Umpan Balik)	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+	-	asmb pne	darurat drg v and	A	Kontrol 1 m
-/+	-	asmb mi dkt	myd drg v and	A	Kontrol 1 m
-/+	-	Vitonal Calcitar B6		f	Kontrol 1 b/n
-/+	-	Stimul Pre	P. B. B. P. B. B.	A	Kontrol 1 m
-/+	Hb: 12.4 Hb: 12.4 PEP (-) HIV (-)	As - Rdt - papalium 301		puu	1 b/n
-/+	-	Sp. magit pne	Asmb BPH	A	Kontrol 1 m
0/+	-	Erleade singo	M. susu. Banyar sayur dan lisan	Q	Kontrol 1 b/n
0/+	-	Amox. Pct Amoxicid, ppu	2 M Air Putih	Q	Kontrol 2 mg
0/+	-	Asmb pne	Endup ut mnd	A	Kontrol 2 s
0/+	-	Sangotnik Erkade Glovan		f	Kontrol 2 mgg
0/+	-	Asmb pne	1. K. L.	puu and	2 y

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Tgl.	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin / Menit
12 APR. 2017		110/80	75	34	29	3	(+)
22 APR. 2017		120/70	76	35+2	30	3	(+)
06 MAY 2017		110/80	76 kg	36 ^{ts} mg	34 cm	3	(+)



"Bidan, dokter dan petugas kesehatan lainnya jangan lupa mengingatkan ibu untuk mengurus akte kelahiran setelah bayi lahir."

Diisi oleh Dokter Obstetri & Ginekologi

02 JUN 2017

dr. Bima Supriantara, Sp. OG
Spesialis Kebidanan & Kandungan

TD : 142/80 N : 117
UK : 40^{ts} mg

Ref
ACG
e@31048

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (Terapi: TT/Fe Rujukan, Umpun Balik)	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+	Hb=10,5 p ⊖ . t ⊖		obat Cangkru	S	2 mg
-/+		R/ Ferolat tab x x x Calc	X X	2x1 Muthmainnah NIP. 19791125 200501 2 011	2 mg
-/+		Vit C	X	2x1	1 mg

1 3 MAY 2017

BB: 76.1 T: 110/70 Kel: TAK H: 37mg⁺⁶ . TFU=34 cm .
Dak: E . D3 ⊖ R/ Fe
Calc } 2x1
Vitc

2 20 MAY 2017

BB: 77 kg T: 110/80 TFU: 34 E
Uk: 39
Ken Kenang D
NIP. 19810511 200501 2 012

2 7 MAY 2017

BB: 77 kg T: 110/70 TFU: 33 Saran Rabu R/ 31/5 kontrol
Uk: 39⁺⁵ KE = fundus posalam
- Cara menghirup
gelekan jaman.

3 1 MAY 2017

H: 40 mg⁺¹ BB: 77 kg T: 110/80
Kel: kenceng ? TFU: 32 cm E
RJK RSD a/ serotinus .

Dwi Purwanti
NIP. 19790929 200501 2 013

CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

Ibu Bersalin

Tanggal Persalinan : 3 Juni 2017 Pukul :
Umur Kehamilan : 40⁺6 minggu
Penolong persalinan: Dokter/Bidan/lain-lain *
Cara Persalinan: Normal/Tindakan *
Keadaan ibu: Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/Lokhia berbau/
Lain-lain.....)/Meninggal*
Keterangan tambahan:

* Lingkari yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1
Berat Lahir : 3300 gram
Panjang Badan : 52 cm
Lingkar Kepala : 35 cm
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *

Keadaan bayi saat lahir **:

☒ Segera menangis [] Anggota gerak kebiruan
[] Menangis beberapa saat [] Seluruh tubuh biru
[] Tidak menangis [] Meninggal
☒ Seluruh tubuh kemerahan

Asuhan Bayi Baru Lahir **:

☒ Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
☒ Suntikan Vitamin K1
☒ Salep mata antibiotika profilaksis
☒ Imunisasi HB0

Keterangan tambahan:

* Lingkari yang sesuai

** Beri tanda [☒] pada kolom yang sesuai

KETERANGAN LAHIR

KETERANGAN LAHIR

No:

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa
Pada hari ini Sabtu, tanggal 3 Juni 2017, Pukul 20.15 WIB
telah lahir seorang bayi

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
Jenis Kelahiran : tunggal/kembar 2/ kembar 3/ lainnya*
Kelahiran ke : 1
Berat lahir : 3300 gram
Panjang badan : 52 cm

di rumah/Rumah Bidan/Polindes/Rumah Bersalin/Puskesmas/Rumah Sakit*

alamat : RSUD SURAKARTA

Diberi nama :

ARDIANSYAH PUTRA IRAWAN

Dari Orang tua :

Nama Ibu : Nofi Puji Astuti Umur : 20 tahun
Pekerjaan : IRT
KTP No. :
Nama Ayah : Fajar Irawan Umur : 24 tahun
Pekerjaan : Swasta
KTP No. :
Alamat : Tawang Sari, 1/34, Mojosoongo, Surakarta
Kecamatan : Mojosoongo
Kab/Kota : Surakarta

Surakarta tgl 3 Juni 2017

Saksi 1

Saksi 2

Penolong Persalinan

**

Bidan

* Lingkari yang sesuai

** Tanda tangan, nama lengkap, no induk pegawai, nama instansi

Lembar sebagai arsip



**PEMERINTAH KOTA SURAKARTA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS SIBELA**

Jl. Sibela Timur 1 Perumnas Mojosongo. Telp. (0271) 854252
SURAKARTA 57127



FORMULIR HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PUSKESMAS

Dokter / Pengirim :
No. Register :
Nama : L / P
Umur : 19 th
Alamat :

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SAT
HEMATOLOGI			
Haemoglobin	12.9	L : 14 - 18 P : 12 - 16	gr%
Hit. Eritrosit		L : 4,5 - 5,5 juta P : 4 - 5 juta	/mm3
Hit. Trombosit		200.000 - 500.000	/mm3
Hit. Lekosit		5.000 - 10.000	/mm3
LED		L : 0 - 10 P : 0 - 15	mm/jam
Hematokrit		L : 40 - 48 P : 37 - 43	%
HITUNG JENIS LEKOSIT			
Eosinofil		1 - 3	%
Basofil		0 - 1	%
Net. Batang		2 - 6	%
Net. Segmen		50 - 70	%
Limfosit		20 - 40	%
Monosit		2 - 8	%
URINALISA			
Makroskopis			
- Warna		kuning	
- Kejernihan		jernih	
- Bau			
pH			
Berat Jenis			
Protein	⊖	negatif	
Glukosa	⊖	negatif	
Bilirubin		negatif	
Urobilirubin		negatif	
Keton		negatif	
Nitrit		negatif	
Lekosit		negatif	
Eritrosit		negatif	
Mikroskopis :			
- Eritrosit		0 - 1/LPB	
- Lekosit		0 - 3/LPB	
- Epitel		negatif	
- Kristal		negatif	
- Silinder		negatif	
- Jamur		negatif	
- Spermatozoa		negatif	

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SAT
IMUNOLOGI			
- Glukosa Sewaktu		Bukan DM: <110 Belum Pasti DM: 110-199 DM: >200	mg/dL
- Glukosa Puasa		<110 110-125 >126	mg/dL
- Glukosa 2 PP		<140 140-200 >200	mg/dL
- SGOT		L : < 40 P : < 40	mg/dL
- SGPT		L : < 45 P : < 34	mg/dL
- Asam Urat		L : 3,5 - 7,2 P : 2,6 - 6,0	mg/dL
- Ureum		L : 13 - 43 P : 13 - 43	mg/dL
- Kreatinin		L : 0,8 - 1,3 P : 0,6 - 1,2	mg/dL
- Trigliserida		< 150	mg/dL
- Kolesterol		< 200	mg/dL
LAIN-LAIN			
BTA			
GO			

Dokter/ Penanggungjawab

Surakarta,

Pemeriksa

21 DEC 2018



PEMERINTAH KOTA SURAKARTA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS SIBELA

Jl. Sibela Timur 1 Perumnas Mojosongo. Telp. (0271) 854252
SURAKARTA 57127



FORMULIR HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PUSKESMAS

Dokter / Pengirim :
No. Register :
Nama : L / P
Umur : th
Alamat :

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SAT
HEMATOLOGI			
Haemoglobin	10.5	L : 14 - 18 P : 12 - 16	gr%
Hit. Eritrosit		L : 4,5 - 5,5 juta P : 4 - 5 juta	/mm ³
Hit. Trombosit		200.000 - 500.000	/mm ³
Hit. Lekosit		5.000 - 10.000	/mm ³
LED		L : 0 - 10 P : 0 - 15	mm/jam
Hematokrit		L : 40 - 48 P : 37 - 43	%
HITUNG JENIS LEKOSIT			
Eosinofil		1 - 3	%
Basofil		0 - 1	%
Net. Batang		2 - 6	%
Net. Segmen		50 - 70	%
Limfosit		20 - 40	%
Monosit		2 - 8	%
URINALISA			
Makroskopis			
- Warna		kuning	
- Kejernihan		jernih	
- Bau			
pH			
Berat Jenis			
Protein	2	negatif	
Glukosa	2	negatif	
Bilirubin		negatif	
Urobilirubin		negatif	
Keton		negatif	
Nitrit		negatif	
Lekosit		negatif	
Eritrosit		negatif	
Mikroskopis :			
- Eritrosit		0 - 1/LPB	
- Lekosit		0 - 3/LPB	
- Epitel		negatif	
- Kristal		negatif	
- Silinder		negatif	
- Jamur		negatif	
- Spermatozoa		negatif	
- Trichomonas		negatif	

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SAT
IMUNOLOGI			
- Glukosa Sewaktu		Bukan DM Belum Pasti DM DM <110 / 110-199 / >200	mg/dL
- Glukosa Puasa		<110 / 110-125 / >126	mg/dL
- Glukosa 2 PP		<140 / 140-200 / >200	mg/dL
- SGOT		L : < 40 P : < 40	mg/dL
- SGPT		L : < 45 P : < 34	mg/dL
- Asam Urat		L : 3,5 - 7,2 P : 2,6 - 6,0	mg/dL
- Ureum		L : 13 - 43 P : 13 - 43	mg/dL
- Kreatinin		L : 0,8 - 1,3 P : 0,6 - 1,2	mg/dL
- Trigliserida		< 150	mg/dL
- Kolesterol		< 200	mg/dL
LAIN-LAIN			
BTA			
GO			

Dokter/ Penanggungjawab Surakarta, 12 APR 2017
Pemeriksa

(Etty Parwatiningsih)



**PEMERINTAH KOTA SURAKARTA
DINAS KEPENDUDUKAN DAN PENCATATAN SIPIL**

Jl. Jend Sudirman No. 2 Surakarta, Telp. (0271) 639554; (0271) 642020 psw 552, 553
Fax. (0271) 644808 Surakarta - 57111

website: <http://dispendukcapil.surakarta.go.id> email: dispendukcapil@surakarta.go.id

SURAT KETERANGAN

Nomor: 3372/SKT/20161206/00182

Yang bertanda tangan di bawah ini adalah :

Nama : Drs. SUWARTA, S.H., M.M.
NIP : 196803241993121001
Jabatan : KEPALA DINAS KEPENDUDUKAN DAN PENCATATAN SIPIL
Alamat : JL. JEND. SUDIRMAN NO.2, SURAKARTA

Menerangkan bahwa :

NIK : 3372044707970007
Nama : NOFI PUJIASTUTI
Tempat/Tanggal Lahir: SURAKARTA, 07-07-1997
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Alamat : TAWANGSARI
RT/RW : 001/034
Kel/Desa : MOJOSONGO
Kecamatan : JEBRES
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA
Kewarganegaraan : WNI



Put

Penduduk tersebut di atas benar-benar sudah melakukan perekaman KTP-el dan penduduk yang bersangkutan telah terdata dalam Database Kependudukan Kota Surakarta.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat sebagai pengganti KTP-el, dipergunakan untuk kepentingan Pemilu, Pemilukada, Pilkadaes, Perbankan, Imigrasi, Kepolisian, Asuransi, BPJS, Pernikahan, dan lain-lain, dan kepada yang berkepentingan agar menjadi maklum.

Surat Keterangan ini berlaku selama 6 (enam) bulan sejak diterbitkan.

Surakarta, 6 Desember 2016

KEPALA DINAS KEPENDUDUKAN DAN
PENCATATAN SIPIL KOTA SURAKARTA



Drs. SUWARTA, S.H., M.M.
NIP. 196803241993121001



0b28010392cccd10ef358786c517bd

CP



No. K 33720691628

KARTU KELUARGA

No. 3372043011160008

Nama Kepala Keluarga
Alamat
RT/RW
Kode Pos

FAJAR IRAWAN
TAWANGSARI
001034
57127

Desa/Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten/Kota
Provinsi

MOJOSONGO
JEBRES
KOTA SURAKARTA
JAWA TENGAH

No	Nama Lengkap (1)	NIK (2)	Jenis Kelamin (3)	Tempat Lahir (4)	Tanggal Lahir (5)	Agama (6)	Pendidikan (7)	Jenis Pekerjaan (8)
1	FAJAR IRAWAN	3372041303930022	LAKI-LAKI	SURAKARTA	13-03-1993	ISLAM	SLTP/SEDERAJAT	KARYAWAN SWASTA
2	NOFI PUJASTUTI	3372044707970007	PEREMPUAN	SURAKARTA	07-07-1997	ISLAM	SLTP/SEDERAJAT	KARYAWAN SWASTA
3	ARDANSYAH PUTRA IRAWAN	3372040306170001	LAKI-LAKI	SURAKARTA	03-06-2017	ISLAM	TIDAK/BLM SEKOLAH	BELUM/TIDAK BEKERJA
4	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-

No.	Status Perkawinan (9)	Status Hubungan Dalam Keluarga (10)	Kewarganegaraan (11)	Dokumen Imigrasi No. Paspor (12)	No. KITAP (13)	Nama Orang Tua Ayah (14)	Ibu (15)
1	KAWIN	KEPALA KELUARGA	WNI	-	-	NGADYOHNO	MARYANI
2	KAWIN	ISTRI	WNI	-	-	SARIYO	MULYATI
3	BELUM KAWIN	ANAK	WNI	-	-	FAJAR IRAWAN	NOFI PUJASTUTI
4	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-

Dikeluarkan Tanggal : 12-06-2017
LEMBAR : I. Kepala Keluarga
II. RT
III. Desa/Kelurahan
IV. Kecamatan

KEPALA KELUARGA

FAJAR IRAWAN
Tanda Tangan/Cap Jempol



KEPALA DINAS KEPENDUDUKAN DAN
PENCATATAN SIPIL
Dinas Kependudukan dan
Pencatatan Sipil
KOTA SURAKARTA
JAWA TENGAH
NIP. 196803241993121001





PEMERINTAH KOTA SURAKARTA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS SIBELA

Jl. Sibela Timur 1 Perumnas Mojosongo. Telp. (0271) 854252
SURAKARTA 57127



KARTU TANDA PENGENAL



NAM

NOVI PUJI ASTUTI

ALA

Perempuan, 07-07-1997, 19 thn.

NO.

FAJAR IRAWAN
TAWANGSARI 1/34
PKM Sibela Umum

119629

SETIAP BEROBAT HARAP DIBAWA