

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/351811815>

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (CONTINUITY OF CARE)

Book · May 2021

CITATIONS

6

READS

3,918

1 author:



[Setiawandari Setiawandari](#)

Universitas PGRI Adi Buana Surabaya

56 PUBLICATIONS 52 CITATIONS

SEE PROFILE



ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

CONTINUITY OF CARE

SEBAGAI PANDUAN LAPORAN TUGAS AKHIR MAHASISWA KEBIDANAN



SETIAWANDARI, SST., M.Kes



**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE*)
SEBAGAI PANDUAN LAPORAN TUGAS AKHIR MAHASISWA KEBIDANAN**

Penulis : Setiawandari, SST.,M.Kes
Design sampul : Adi Buana University Press
Layout : Adi Buana University Press

Diterbitkan oleh:

Adi Buana University Press
Universitas PGRI Adi Buana Surabaya
Jl.Ngagel Dadi III-B/37 Surabaya, 60245
Telp. : 031-5041097
Fax. : 031-5042804
Website : www.unipasby.ac.id
E-mail : unipasby@gmail.com

ISBN : 978-979-8559-81-5

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
(*CONTINUITY OF CARE*)
SEBAGAI PANDUAN LAPORAN TUGAS AKHIR
MAHASISWA KEBIDANAN**



Setiawandari, SST.,M.Kes

Adi Buana University press
Universitas PGRI Adi Buana Surabaya
Jl. Ngagel Dadi III-B/37 Surabaya, 60245 telp.031-5041097 fax.031-5042804
www.unipasby.ac.id
©2016

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE*)
SEBAGAI PANDUAN LAPORAN TUGAS AKHIR
MAHASISWA KEBIDANAN**

Penulis : Setiawandari, SST.,M.Kes
Editor : Yefi Marliandiani, SST.,M.Kes
Design sampul : Adi Buana University Press
Layout : Adi Buana University Press

Diterbitkan oleh :
Adi Buana University Press
Universitas PGRI Adi Buana Surabaya
Jl.Ngagel Dadi III-B/37 Surabaya, 60245
Telp. : 031-5041097
Fax. : 031-5042804
Website : www.unipasby.ac.id
E-mail : unipasby@gmail.com

ISBN : 978-979-8559-81-5

Hak cipta dilindungi Undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku dalam bentuk apapun, secara elektronis maupaun mekanis, termasuk memfotocopi, merekam atau dengan teknik perekam lainnya, tanpa izin tertulis dan penerbit.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga dengan izin-Nya dapat menyelesaikan pembuatan buku ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity of Care*).

Buku ini disusun sebagai panduan mahasiswa Kebidanan untuk mengerjakan Laporan Tugas Akhir, yaitu melakukan pendampingan satu ibu hamil mulai dari trimester III Kehamilan sampai dengan 40 hari post partum. Selain itu buku ini juga dilengkapi contoh kasus mulai dari Asuhan Kehamilan *Antenatal Care*, Asuhan Kebidanan *Intranatal Care*, Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan *Postnatal Care*, dan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana dengan pendokumentasian SOAP.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran serta kritik yang bersifat membangun dari pembaca untuk kesempurnaan buku ini.

Wassalamu'alaikum wr.wb

Surabaya, Oktober 2016

Setiawandari, SST.,M.Kes

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	vii
BAB 1 Asuhan Kebidanan Komprehensif (<i>CONTINUITY OF CARE</i>)	8
BAB 2 Asuhan Kebidanan	8
2.1 Asuhan Kebidanan Antenatal Care	8
1) Konsep Dasar Kehamilan	8
2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III	10
2.2 Asuhan Kebidanan Intranatal Care	35
1) Konsep Dasar Persalinan	35
2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan	37
2.3 Asuhan Kebidanan Postnatal Care	50
1) Konsep Dasar Masa Nifas	50
2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Masa Nifas	51
2.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	63
1) Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	63
2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	65
2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	79
1) Konsep Dasar Keluarga Berencana	79
2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	88
BAB 3 Contoh Kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif	58
BAB 4 Pembahasan Hasil Asuhan Kebidanan	128
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Ketidaknyamanan Berhubungan Dengan Adaptasi Maternal Selama Trimester Tiga	15
Tabel 2.2 Bantu Skrining Status T WUS Jawa Timur	18
Tabel 2.3 Ukuran TFU Menurut Satuan Mc. Donald Berdasarkan Usia Kehamilan Tiap Minggu	29
Tabel 2.4 Pemeriksaan Umur Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri Menurut Spiegelberg	29
Tabel 2.5 TFU menurut Penambahan per-Tiga Jari	30
Tabel 2.6 Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri	30
Tabel 2.7 Hasil Pemeriksaan Hb Dengan Sahli	32
Tabel 2.8 Hasil Pemeriksaan Urine Albumin	33
Tabel 2.9 Hasil Pemeriksaan Urine Reduksi	33
Tabel 2.10 Taksiran Berat Badan Janin Berdasarkan Umur Kehamilan	42
Tabel 2.11 Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlindungan	43
Tabel 2.12 Rumusan Diagnosis Kebidanan dan Masalah Pada Ibu Bersalin	45
Tabel 2.13 Perbedaan Lamanya Kala I, II, III, IV Pada Primigravida dan Multigravida	46
Tabel 2.14 Tinggi Fundus Uteri Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi	58
Tabel 2.15 Kunjungan Masa Nifas	61
Tabel 2.16 Ukuran Diameter Kepala Bayi	74
Tabel 2.17 Ukuran Lingkaran Kepala Bayi	75
Tabel 2.18 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar (Interval Minimal 1 Bulan)	78

BAB 1

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE*)

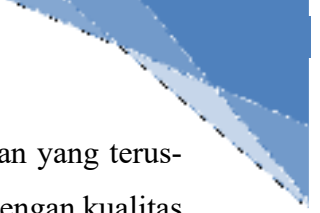
1.1 Latar Belakang

Sesuai dengan arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2015-2019 yang merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025, dimana sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi 24 per 1.000 kelahiran hidup (2019), menurunnya Angka Kematian Ibu menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup (2019), menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita.

Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015, meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh antara lain kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum. Penyebab ini dapat diminimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik.

Dari data Kemenkes RI, 2015 dalam 5 tahun terakhir, Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1000 kelahiran, sementara untuk Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15/1000 menjadi 13/1000 kelahiran hidup, angka kematian anak balita juga turun dari 44/1000 menjadi 40/1000 kelahiran hidup. Adapun Penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh Intra Uterine Fetal Death (IUFD) sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%, ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya. Sehingga tantangan ke depan adalah mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil dan melahirkan dan menjaga agar terjamin kesehatan lingkungan yang mampu melindungi bayi dari infeksi.

Potensi dan tantangan dalam penurunan kematian ibu dan anak adalah jumlah tenaga kesehatan yang menangani kesehatan ibu khususnya bidan sudah relatif tersebar ke seluruh wilayah Indonesia, namun kompetensi masih belum memadai. Karena itulah kompetensi Bidan dalam memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity of care*) telah masuk dalam kurikulum pendidikan kebidanan sebagai Laporan Tugas Akhir dalam menyelesaikan masa studinya.



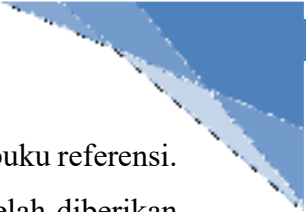
Continuity of care adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum (Evi Pratami, 2014). Bidan diharuskan memberikan pelayanan kebidanan yang kontinyu (*Continuity of Care*) mulai dari ANC, INC, Asuhan BBL, Asuhan postpartum, Asuhan Neonatus dan Pelayanan Keluarga Berencana yang berkualitas.

Penguatan manajemen fisiologis sebagai ciri khas bidan. Seorang Bidan yang baik dan profesional harus memahami filosofi Kebidanan bahwa hamil dan melahirkan bukan penyakit. Seorang bidan harus mampu mempraktekan pendekatan fisiologis yang paling tepat., menerapkan model praktik bidan, mengembangkan model praktik bidan, mempertahankan praktik mandiri, memahami lingkup praktik bidan berdasarkan *Evidence Based Practice*.

Laporan Tugas Akhir mahasiswa Diploma III Kebidanan merupakan karya tulis ilmiah yang disusun mahasiswa semester VI untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan. Laporan Tugas Akhir mahasiswa bersifat *continuity of care* dalam bentuk asuhan kebidanan kepada ibu dan bayi mulai saat kehamilan sampai masa nifas. Dengan sedini mungkin mahasiswa calon Bidan terpapar dengan *continuity of care* dalam pembuatan Laporan Tugas Akhirnya, diharapkan lulusan Bidan telah kompeten dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif, sehingga berkontribusi dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Indonesia.

Frekuensi pemberian asuhan kebidanan dilakukan mahasiswa sebanyak 12-14 kali kunjungan, dengan diawali kunjungan pertama pada ibu hamil dengan usia kehamilan 36 minggu. Sehingga rincian kunjungan asuhan kebidanan adalah: Ibu hamil Trimester III (3 x kunjungan), Bersalin (1 x kunjungan), Nifas (4 x kunjungan), Neonatus (4 x kunjungan) dan KB (2 x kunjungan) dengan tetap mendapatkan pendampingan dari instruktur klinik dan dosen pembimbing. Pada konsep dasar asuhan kebidanan, mahasiswa menggunakan manajemen Varney/ kompetensi bidan/ Keputusan Menteri Kesehatan RI No.938/Menkes/SK/VII/2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan. Sedangkan pada pelaksanaan Asuhan Kebidanan di dokumentasikan menggunakan dokumentasi SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa dan Penatalaksanaan).

Di dalam pembahasan, akan dituangkan antara teori, fakta dan opini dari mahasiswa. Apakah ada kesenjangan antara standar asuhan kebidanan dengan asuhan yang diberikan kepada



ibu dan bayi, beserta bukti-bukti yang didapat dari hasil penelitian orang lain dan buku referensi. Dari sinilah mahasiswa dituntut untuk dapat menganalisa apakah asuhan yang telah diberikan telah dilaksanakan secara komprehensif.

BAB 2

ASUHAN KEBIDANAN

2.1 Asuhan Kebidanan *Antenatal Care*

1) Konsep Dasar Kehamilan

a) Pengertian Kehamilan.

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 (Prawirohardjo, 2009).

Kehamilan adalah bertemunya sel telur/ovum wanita dengan sel benih/spermatozoa pria yang berimplantasi pada dinding saluran reproduksi (lapisan endometrium dinding kavum uteri), bertumbuh dan berkembang menjadi bakal individu baru (Sukarni dan Margareth, 2013).

b) Proses Kehamilan.

Proses kehamilan dimulai dari bertemunya sel telur dengan sel sperma (konsepsi), fertilisasi, implantasi, plasentasi dan perkembangan buah kehamilan sampai lahirnya janin yang berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari).

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Agar terjadi kehamilan sebaiknya senggama dilakukan sebelum tepat di hari wanita ovulasi karena sperma dapat hidup sampai tiga hari di dalam vagina (Sulistyawati, 2009).

Fertilisasi merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu sperma bertemu dengan ovum, terjadi penyatuan sperma dengan ovum sampai dengan terjadi perubahan fisik dan kimiawi ovum-sperma hingga menjadi buah kehamilan (Sulistyawati, 2009).

Implantasi (Nidasi) adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi kedalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai, disebut *trofoblast*, yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan (Sulistyawati, 2009).

Pertumbuhan embrio terjadi dari *embryonal plate* yang selanjutnya terdiri atas tiga unsur lapisan, yakni sel-sel *ectoderm*, *mesoderm*, dan *entoderm*. Sementara itu, ruang amnion tumbuh dengan cepat dan mendesak *eksoselom*, akhirnya dinding ruang amnion mendekati korion. *Mesoblas* antara ruang amnion dan embrio menjadi padat, dinamakan *body stalk*, dan merupakan hubungan antara embrio dan dinding trofoblast. *Body stalk*, menjadi tali pusat (Sukarni dan Margareth, 2013).

Di tali pusat sendiri yang berasal dari *body stalk*, terdapat pembuluh-pembuluh darah sehingga ada yang menamakannya *vascular stalk*. Dari perkembangan ruang amnion dapat dilihat bahwa bagian luar tali pusat berasal dari lapisan amnion. Didalamnya terdapat jaringan lembek, selain *Wharton*, yang berfungsi melindungi arteria umbilikalis yang berada di talipusat. Satu arteri dan satu vena tersebut menghubungkan satu system kardiovaskuler janin dengan plasenta (Sukarni dan Margareth, 2013).

Septa plasenta ini membagi plasenta dalam beberapa maternal *cotyledon*, umunya ditemukan 15 sampai 20 buah maternal *cotyledon*. *Foetal cotyledon* adalah suatu kelompok besar *vili korialis* yang bercabang-cabang seperti pohon. Pada plasenta aterm diperkirakan terdapat 200 *foetal cotyledon*. Dari tiap-tiap cabang *villi korialis* terdapat sistem vena serta arteria yang menuju ke vena umbilikalis dan arteria umbilikalis. Sebagian besar cabang-cabang pohon itu tergenang di dalam ruangan *intervillier* yang berisi darah ibu dan mengandung banyak zat makanan dan zat asam bagi janin. Darah ibu dan darah janin dipisahkan oleh dinding pembuluh darah janin dan lapisan *korion* (Sukarni dan Margareth, 2013).

Dengan demikian, terbentuklah plasenta yang berfungsi menghubungkan peredaran darah ibu ke janin serta penyalur nutrisi dari ibu dan janin.

2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

1. Pengkajian.

1) Data Subjektif

(1) Biodata.

- a. Nama Istri/ Suami : Memudahkan mengenali ibu dan suami serta mencegah kekeliruan.
- b. Umur : untuk menentukan prognosis (Manuaba, 2007). Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Bila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi sehat (20-35 tahun), kecil kemungkinan untuk mengalami komplikasi dibanding wanita yang hamil dibawah usia reproduksi ataupun diatas usia reproduksi. Kondisi fisik ibu hamil dengan usia lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya. Pada proses pembuahan, kualitas sel telur wanita pada usia ini telah menurun jika dibandingkan dengan sel telur pada perempuan dengan usia reproduksi sehat (20-35 tahun) (Marmi, 2011).
- c. Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat intelektual pasien dan tingkat poendidikannya karena mempengaruhi sikap dan prilaku kesehatan (Depkes RI, 2005).
- d. Pekerjaan : Untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi pasien sesuai, serta untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu akan mengganggu kehamilannya atau tidak. Pengkajian pekerjaan dilakukan untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, Karena ini berpengaruh juga terhadap gizi klien (Ambarwati, dkk. 2009).
- e. Agama : informasi ini dapat menuntun ke suatu diskusi tentang pentingnya agama dalam kehidupan klien, tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin tenaga kesehatan dan pada beberapa kasurpenggunaan produk darah, serta mengarahkan klien untuk berdoa sesuai agama yang dianutnya (Marmi, 2011).
- f. Alamat : informasi ini diperlukan untuk mengetahui tempat tinggal klien, seperti apa rumahnya, jumlah individu, keamanan lingkungan, dan jika diindikasikan, apakah tersedia cukup makanan di dalam rumah, dan keadaan lingkungan sekitar, diharapkan tetap bersih dan terhindar dari berbagai sumber penyakit (Marmi, 2011).

(2) Alasan Kunjungan

Ibu hamil melakukan kunjungan karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan kehamilannya (Romauli, 2011). Berdasarkan asuhan kebidanan *continuity of care*, maka frekuensi asuhan yang perlu dilakukan pada ibu hamil trimester III yaitu 2 kali kunjungan, meliputi: Kunjungan I (UK 34-36 minggu), Kunjungan II (UK 38-40 minggu).

(3) Keluhan Utama :

Keluhan utama yang dirasakan ibu trimester III adalah:

a. Nocturia (sering berkemih)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *quickening* terjadi. *Quickening* menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menyebabkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011).

b. Hemoroid

Hemoroid selalu didahului dengan konstipasi, oleh sebab itu semua hal yang menyebabkan konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga berperan dalam menyebabkan terjadinya relaksasi dinding vena dan usus besar, pembesaran uterus juga menyebabkan peningkatan tekanan pada dinding vena dan usus besar (Marmi, 2011).

c. Leukorea (keputihan)

Leukorea merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang dimulai dari trimester pertama, sebagai bentuk dari hiperplasi mukosa vagina. Leukorea dapat disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang dicurigai sebagai penyebab terjadinya leukorea adalah perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil *Doderlein* (Marmi, 2011).

Keputihan yang patologis disebut juga sebagai keputihan tidak normal. Jenis keputihan ini adalah termasuk jenis keputihan penyakit. Keputihan patologis dapat menyebabkan berbagai efek dan hal ini akan sangat

mengganggu bagi kesehatan wanita hamil, khususnya kesehatan daerah kewanitaan. Keputihan patologis memiliki cirri-ciri yaitu cairannya bersifat kental, cairan yang keluar memiliki warna putih seperti susu atau berwarna kuning atau sampai kehijauan. rasa gatal, cairan yang keluar memiliki bau yang tidak sedap, biasanya menyisakan bercak-bercak yang terlihat pada celana dalam wanita, jumlah cairan yang keluar sangat banyak.

d. Konstipasi

Konstipasi biasanya terjadi pada trimester kedua dan ketiga. Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011).

e. Kram tungkai

Kram merupakan kontraksi tiba-tiba pada otot betis. Disebabkan oleh penurunan kadar kalsium ter-ionisasi dalam serum dan peningkatana kadar fosfat (Davis, 1996 dalam Bobak, 2011). Untuk mengurangi risiko terjadinya kram di malam hari, bidan dapat menganjurkan ibu untuk melakukan latihan peregangan tungkai sebelum tidur. Penyesuaian diet dengan mengurangi asupan susu, minuman ringan dan makanan siap santap. Ketika mengalami kram tungkai, ibu dianjurkan untuk menekuk kaki ke arah yang berlawanan (Bobak, 2011).

f. Sesak nafas

Nafas dangkal, terjadi pada wanita 50 % yang hamil. Ekspansi diafragma terbatas karena pembesaran uterus, dimana rahim membesar mendesak diafragma ke atas (Hutahaeen , 2013).

g. Nyeri Pinggang.

Sendi pelvic pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahan dan peningkatan berat badan wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke

depan. Inilah yang menyebabkan rasa nyeri pada pinggang ibu (Wiknjosastro, 2008).

h. Nyeri Punggung dan ligamen

Wanita yang pernah mengalami nyeri punggung sebelum kehamilan beresiko tinggi mengalami hal yang sama ketika hamil, oleh karena itu penting sekali untuk dapat membedakan nyeri punggung yang terjadi akibat kehamilan dengan nyeri punggung yang terjadi akibat penyebab lain. Nyeri punggung pada kehamilan dapat terjadi akibat pertumbuhan uterus yang menyebabkan perubahan postur, dan juga akibat pengaruh hormon relaksin terhadap ligamen. Saran yang dianjurkan kepada ibu adalah mempertahankan postur yang baik, menggunakan posisi yang tepat ketika mengangkat sesuatu yang berat, dan tidak berdiri terlalu lama. Instruksi untuk latihan panggul dan disertai dengan korset maternitas (Davies, 1996), lakukan diet sehat dan latihan fisik teratur seperti berjalan atau berenang.

Pertumbuhan uterus yang sejalan dengan perkembangan kehamilan mengakibatkan teregangnya ligamentum penopang yang biasanya dirasakan ibu sebagai spasme menusuk yang sangat nyeri yang disebut dengan “nyeri ligamen”. Saran yang bidan berikan kepada ibu adalah menghindari peregangan, mandi air hangat dan masase area tersebut.

i. Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini biasanya timbul pada akhir trimester kedua sampai trimester ketiga. Hal ini disebabkan karena adanya refluks atau regurgitasi (aliran balik esophagus yang menyebabkan timbulnya rasa panas seperti terbakar di area tersebut dengan retrosternal timbul dari aliran balik asam gastrik kedalam esophagus bagian bawah). Faktor penyebab terjadinya hal tersebut adalah produksi progesteron yang meningkat, relaksasi spingter esopagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang spingter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal yang menurun dan relaksasi spingter cardia yang meningkat, serta karena pergeseran lambung akibat pembesaran uterus (Marmi, 2011).

j. Edema

Terjadi pada trimester kedua dan ketiga. Disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal, kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, serta tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka dan tangan, dan disertai dengan proteinuria serta hipertensi, maka waspadai preeklampsia atau eklampsia (Marmi, 2011). Penyuluhan mengenai penyebab harus diberikan kepada ibu yaitu : sering meninggikan tungkai, penggunaan bangku bersandaran ketika duduk, latihan fisik untuk membantu mobilisasi cairan, ibu tidak perlu membatasi cairan tetapi mempertahankan asupan untuk meningkatkan fungsi ginjal (Linda, 2008).

k. Sakit kepala

Biasanya terjadi pada trimester kedua dan ketiga. Disebabkan oleh kontraksi otot atau spasme otot (leher, bahu, dan penegangan pada kepala), dan kelelahan, serta karena tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah. Bila sakit kepala bertambah berat atau berlanjut, disertai dengan hipertensi dan proteinuria, serta penglihatan mata kabur, maka waspadai terjadinya preeklampsia atau eklampsia (Marmi, 2011).

Tabel 2.1 Ketidaknyamanan Berhubungan Dengan Adaptasi Maternal Selama Trimester Tiga

Masalah	Fisiologi	Asuhan Kebidanan
Sesak napas dan dispnea terjadi pada 60% wanita hamil	Ekspansi diafragma terbatas karena uterus membesar, diafragma terangkat sekitar 4 cm, beberapa ibu merasa lebih lega setelah terjadi <i>lightening</i>	1 Postur tubuh yang baik 2 Saat tidur, tambahkan bantal 3 Hindari makan terlalu kenyang 4 Berhenti merokok 5 Rujuk ke rumah sakit jika gejala memburuk untuk menyingkirkan kemungkinan anemia, emfisema dan asma
Imsonia (pada minggu-minggu akhir kehamilan)	Gerakan janin, kram otot, sering berkemih, sesak napas atau ketidaknyamanan lain	Tenangkan klien, lakukan relaksasi : pijat punggung atau sffleurage, topang bagian-bagian tubuh dengan bantal, minum susu hangat atau

		mandi air hangat sebelum beristirahat
Respon psikososial : perubahan mood, perasaan bercampur aduk, cemas meningkat	Adaptasi metabolik dan hormonal, perasaan dalam menghadapi pengalaman bersalin, melahirkan dan menjadi orang tua	Ketenangan dan dukungan dari orang-orang yang dekat, perbaiki komunikasi dengan pasangan, keluarga dan orang lain
Gingivitis dan epulis (hiperemia, nyeri tekan)	Peningkatan vaskularisasi dan proliferasi jaringan ikat akibat stimulasi estrogen	Diet seimbang yang mengandung protein, buah-buahan, dan sayur-sayuran segar, sikat gigi dengan perlahan dan jaga kebersihan gigi, hindari infeksi.
Sering berkemih dan keinginan untuk berkemih kembali terasa	Pembengkakan vaskular perubahan fungsi kandung kemih akibat pengaruh hormon, kapasitas kandung kemih menurun akibat pembesaran uterus dan bagian presentasi janin	Latihan kegel, batasi masukan cairan sebelum tidur, gunakan pelapis perineum, rujuk ke nakes jika ibu merasa nyeri atau terbakar
Rasa tidak nyaman dan tekanan di perinium	Tekanan akibat pembesaran uterus terutama saat berdiri atau berjalan, kehamilan kembar	Istirahat, lakukan relaksasi dan rujuk ke dokter untuk dikaji dan diobati jika terdapat nyeri.
Kontraksi Braxton Hicks	Intensifikasi kontraksi uterus sebagai persiapan persalinan	Tenangkan klien, istirahat, ubah posisi, lakukan teknik bernapas saat kontraksi mengganggu, efflurage, singkirkan kemungkinan akan bersalin
Kram tungkai (spasme gastro knemius), terutama saat berbaring	Kompresi saraf yang mempersarafi ekstremitas bawah akibat pembesaran uterus, penurunan kadar kalsium serum, faktor-faktor yang memperberat : kelelahan, sirkulasi perifer yang buruk, berpijak pada kaki saat meluruskan kaki atau saat berjalan, minum lebih dari 1 lt susu setiap hari	Singkirkan kemungkinan adanya bekuan darah dengan melakukan tanda Homans, lakukan masase dan kompres hangat pada otot yang kram, dorsofleksi kaki sampai spasme hilang, berdiri diatas permukaan yang dingin, beri suplemen tablet kalsium laktat atau kalsium karbonat per oral, gel aluminium hidroksida 1 ons, setiap kali makan fosfor hilang melalui absorpsi
Edema di mata kaki (bukan <i>pitting</i>) sampai tungkai	Edema menjadi lebih berat bila berdiri lama, duduk, postur buruk, kurang latihan, pakaian ketat (misalnya, ikat kaos kaki), atau jika cuaca panas	Banyak minum air untuk memperoleh efek diuretik alami, kenakan kaos kaki penopang sebelum bangkit, istirahat secara periodik dengan tungkai dan pinggang ditinggikan, latihan ringan, rujuk ke dokter jika timbul edema, diuretik dikontraindikasikan.

Sumber : Bobak (2013)

(4) Riwayat Menstruasi

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery* - EDD) yang sering disebut taksiran partus. Hal ini memungkinkan bidan untuk memperkirakan usia kehamilan pada saat itu. Perhitungan Naegele dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama pendarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang daripada normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi pendarahan. Dan tentang haid meliputi : menarche, haid teratur atau tidak dan siklus, lamanya haid, banyaknya darah, sifatnya darah (cair atau berbeku-beku, warnanya,baunya) serta haid nyeri atau tidak dan kapan haid terakhir (Marmi, 2011).

Menurut Manuaba (2007), keterangan tentang menstruasi penting untuk dapat memperkirakan faal alat genital normal atau jika terdapat penyimpangan, meliputi :

- a. Menarche : usia pertama kali menstruasi. Wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarche sekitar usia 13 – 15 tahun.
- b. Siklus: jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Normalnya sekitar 23-36 hari.
- c. Volume : seberapa banyak darah yang dikeluarkan saat menstruasi. Untuk mendapatkan data yang valid, dikaji berapa kali mengganti pembalut dalam sehari.
- d. Keluhan : keluhan yang dirasakan saat menstruasi, misalnya dismenorea, sakit kepala sampai pingsan.

(5) Riwayat Obstetri Lalu

Menurut Manuaba (2007) masalah ini ditanyakan dengan tujuan untuk membedakan klasifikasi kehamilan, yaitu kehamilan dengan resiko rendah, meragukan atau resiko tinggi. Menggolongkan kehamilan berdasarkan resiko

diperlukan untuk mengetahui jenis pertolongan yang adekuat, cepat dan tepat untuk setiap kasus.

Riwayat obstetri lalu menurut Marmi (2011) adalah sebagai berikut :

- a. Kehamilan : Adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang berlebihan, toxoplasma gravidarum. Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi pada saat itu. Ketika menggambarkan kehamilan yang berakhir sebelum minggu ke 20, bedakan antara aborsi spontan, elektif, terapeutik dan kehamilan ektopik.
- b. Persalinan : Spontan atau buatan, aterm atau premature, perdarahan, ditolong oleh siapa (bidan, dokter). Tipe persalinan (spontan, anjuran dan tindakan).
- c. Nifas : Adanya febris atau perdarahan pada masa nifas sebelumnya serta kondisi laktasi.
- d. Anak : Jenis kelamin, hidup atau tidak, jika meninggal usia berapa dan sebab meninggalnya, berat badan waktu lahir.

(6) Riwayat Kehamilan Sekarang

Sangat penting ditanyakan untuk menentukan prognosis kehamilan dan rencana pertolongan persalinan.

- a. Klien mengatakan bahwa ini adalah kehamilan yang ke... dengan UK 28-40 minggu.
- b. Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada UK 18-20 minggu pada primi grvida atau pada UK 14-16 minggu pada multigravida lamanya sampai saat ini. Saat memasuki trimester ketiga, pemantauan gerakan janin dilakukan minimal 2 kali dalam sehari, yaitu saat pagi (dimana bayi biasanya tidak terlalu aktif), dan saat malam (biasanya janin aktif bergerak). Dalam waktu 1 jam biasanya ibu hamil akan merasakan 10 x gerakan janin. Jika tidak merasakan gerakan janin setelah menunggu selama 2 jam, maka segera kontak dengan dokter untuk memastikan kehamilannya baik-baik saja (Marmi, 2011).
- c. Imunisasi TT

Bagi WUS yang lahir sebelum tahun 1973, pertanyaan hanya pada riwayat CPW (C), Saat Hamil (D), dan Kampanye/ Akselerasi MNTE/ Ori Difteri (E).

Tabel 2.2 Bantu Skrining Status T WUS Jawa Timur.

No.	Riwayat Imunisasi TT		Pernah/Tidak Diimunisasi DPT / DPT-HB / DT / TT / Td ?	Kesimpulan Status TT
1	2		3	4
A	Riwayat Imunisasi DPT / DPT-HB Saat Bayi			
	Bagi yang lahir mulai tahun 1990 Status T-nya dihitung T2			
B	RIWAYAT BIAS			
	1	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1973 s/d 1976		
		a. Kelas 6 (2 dosis)		
	2	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
		a. Kelas 1 (2 dosis)		
		b. Kelas 6 (2 dosis)		
	3	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1988		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 5		
		c. Kelas 6		
	4	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1989		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 4		
		c. Kelas 5		
		d. Kelas 6		
	5	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1990		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 3		
		c. Kelas 4		
		d. Kelas 5		
		e. Kelas 6		
	6	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1991		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 2		
		c. Kelas 3		
		d. Kelas 4		
	7	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1992 s/d sekarang		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 2		
		c. Kelas 3		
C	Saat Calon Pengantin (CPW)			
D	Saat Hamil			
		a. Hamil 1		
		b. Hamil 2		
		c. Hamil 3		
		d. Hamil 4		

E	Lain-lain (Kegiatan Kampanye/Ori Difteri) Contoh: Saat SMA Tahun 2003-2005 & Akselerasi WUS di Bangkalan & SUMenep (2009-2010), Ori Difteri 2011, SUB PIN Difteri 2012		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DI DAPATKAN			

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2014

Keterangan:

1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977 – sekarang
2. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 lk+peremp (DT2 ds) & klas 6 peremp (TT 2 ds)
3. Vaksinasi anak SD/MI DT dan TT tahun 1998-2000 = kelas 1 (DT) s/d kelas 2-6 (TT)
4. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT 2001-sekarang = kelas 1, 2 & 3
5. Vaksinasi CPW/CATIN & BUMIL TT 2 dosis dimulai 1984-2000, **TH 2001-sekarang HRS Diskrining Lebih Dulu**
6. Interval *minimal* pemberian : TT1 ke TT2 – 4 mg, TT2 ke TT3 = 6 bln, TT3 ke TT4 = 1 th, TT4 ke TT5 = 1 th
7. Masa perlindungan terhadap Tetanus Toxoid = T1= 0 th, T2=3 th, T3= 5 th, T4= 10th, T5= seumur hidup

d. Kebiasaan saat hamil

a) *Travelling*

Kematian ibu akibat cedera/ kecelakaan merupakan penyebab paling umum kematian janin (Crosby, 1983) dalam Bobak (2012) . Penyebab yang kedua ialah separasi plasenta. Karena plasenta kurang dapat menyesuaikan diri akibat kekuatan benturan. Oleh karena itu ibu hamil yang bepergian, gunakan sabuk pengaman di pinggang (disekitar pangkal paha) maupun di bahu (diatas rahim dan dibawah leher untuk menghindari cedera). Ibu duduk dengan posisi tegak, sandaran kepala harus dipakai untuk menghindari cedera benturan. Selain itu ibu harus menghindari kelelahan dengan cara sering melakukan gerakan bebas selama 15 menit setiap satu jam dan beristirahat. Sambil duduk ibu dapat melakukan latihan napas dalam, memutar-mutar kaki dan secara bergantian mengencangkan dan melemaskan otot. Karena duduk diam di kursi untuk waktu yang lama dapat meningkatkan resiko tromboflebitis superfisial atau tromboflebitis dalam (Bobak, 2012).

b) Penggunaan Obat-Obatan

Penggunaan obat pada saat ini dan pada waktu yang lalu perlu dikaji. Apakah ibu menggunakan obat-obatan baik legal (obat-obatan bebas, tembakau, obat

yang diresepkan, rokok, kafein, alkohol) maupun ilegal (mariyuana, kokain). Banyak substansi menembus plasenta dan dapat menimbulkan efek merugikan pada janin yang berkembang. Skrining toksinologi urine periodik dilakukan pada wanita hamil yang memiliki riwayat menggunakan obat-obatan ilegal (Bobak, 2012).

c) Merokok

Merokok atau terus-menerus menghirup asap rokok, dikaitkan dengan retardasi pertumbuhan janin dan peningkatan mortalitas dan morbiditas bayi dan perinatal, yaitu meningkatkan frekuensi persalinan prematur, ketuban pecah dini, abrupsi plasenta, plasenta previa dan kematian janin (McDonal, Amstrong, Sloan, 1992) dalam Bobak (2012). Hasil penelitian mengindikasikan kadar PO₂ yang rendah, baik pada ibu maupun pada janin. Merokok juga bisa menyebabkan jumlah air susu menurun selama masa menyusui dan bahan-bahan berbahaya ditransfer ke bayi melalui air susu. Asuhan yang diberikan adalah membahas dengan ibu, metode yang dapat dipilih untuk membantunya menghentikan kebiasaannya, atau jika ibu tidak bisa berhenti merokok, bidan bisa menawarkan cara untuk menurunkan jumlah rokok yang dihisap (Bobak, 2012).

(7) Riwayat Kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi hari perkiraan persalinan dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan. Ketika seseorang wanita menghabiskan pil berisi hormonal dalam tablet kontrasepsi oral, periode selanjutnya akan mengalami disebut “*withdrawal bleed*”. Dan terkadang ada kalanya kehamilan terjadi ketika IUD masih terpasang. Apabila ini terjadi, lepas IUD jika talinya tampak. Prosedur ini dapat dilakukan selama trimester I, tetapi lebih baik dirujuk ke dokter bila kehamilan sudah berusia 13 minggu. Pelepasan IUD menurunkan resiko keguguran, sedangkan membiarkan IUD terpasang meningkat aborsi septic pada pertengahan trimester. Riwayat penggunaan IUD terlebih dahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik. Dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan (Marmi, 2011).

(8) Riwayat Kesehatan Klien

Ibu hamil dengan riwayat penyakit, baik sebelum hamil maupun selama hamil sebaiknya dilakukan kerjasama dengan ahli penyakit dalam supaya pengobatannya tepat guna. Penyakit tersebut adalah sebagai berikut :

a. Hipertensi

Hipertensi disertai kehamilan adalah hipertensi yang telah ada atau sebelumnya kehamilan. Apabila dalam kehamilan disertai dengan proteinuria dan oedem maka disebut pre-eklampsia yang tidak murni atau superimposed pre-eklampsia. Penyebab utama hipertensi pada kehamilan adalah hipertensi esensial dan penyakit ginjal (Marmi, 2011).

b. Penyakit Jantung.

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Jantung yang normal dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan system jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan, yaitu dorongan diafragma oleh besarnya hamil sehingga mengubah posisi jantung dan pembuluh darah dan terjadi perubahan dari kerja jantung. Komplikasi serius dapat terjadi peningkatan beban kerja jantung yang lemah/ sakit untuk keperluan janin yang sedang tumbuh akan oksigen dan zat-zat makanan bertambah dalam berlangsungnya kehamilan yang harus dipenuhi melalui darah ibu sehingga jantung harus lebih bekerja berat (Marmi, 2011).

c. Paru-paru.

Sikap bidan dalam menghadapi kehamilan dengan penyakit tuberculosis paru sebaiknya adalah melakukan konsultasi ke dokter untuk memastikan penyakitnya. Pada penyakit batuk menahun atau tuberculosis yang tenang bidan dapat melanjutkan pengawasan hamil sampai persalinan setempat, sedangkan pada penyakit asma pada kehamilan, kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak pengaruhnya terhadap kehamilan (Marmi, 2011).

d. Diabetes Mellitus.

Penyakit DM merupakan kelainan hereditas dengan ciri insufisiensi atau absennya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi, dan berkurangnya glikoneogenesis. Diabetes dalam kehamilan menimbulkan banyak kesulitan. Penyakit ini akan menyebabkan perubahan –perubahan metabolik dan hormonal pada penderita yang juga dipengaruhi oleh kehamilan. Sebaliknya diabetes akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan. Frekuensi penyakit ini 0,3-0,7% (Sofian, 2011).

Menurut Sofian (2011) kemungkinan diabetes dalam kehamilan lebih besar bila, umur sudah mulai tua, multiparitas, gemuk (obesitas), ada anggota keluarga sakit diabetes (hereditas), anak lahir dengan berat badan besar (di atas 4kg), ada sejarah lahir mati dan anak besar, sering abortus, glukosuria.

Menurut Sofian (2011) pengaruh diabetes melitus terhadap kehamilan adalah: abortus dan partus prematurus, hidramnion, pre-eklampsia, kesalahan letak janin, insufisiensi plasenta.

e. Hepatitis.

Demam tinggi yang menetap hingga 2 minggu yang kemudian diikuti dengan ikterus disertai pula dengan mual muntah, pusing, nafsu makan menurun, defisit cairan dan diare. Pada ibu hamil yang menderita penyakit hepatitis dapat menularkan pada janinnya melalui transplasental, ASI, dan kontak langsung (Sarwono Prawihardjo, 2010).

f. HIV/AIDS.

Penyakit ini ditandai dengan gangguan kekebalan tubuh sehingga mudah terinfeksi oleh mikroorganisme oportunistik dan timbulnya tumor spesifik. Transisi dari ibu ke janin dapat terjadi secara transplasental saat persalinan dan melalui ASI (Sarwono Prawihardjo, 2010).

g. Toksoplasma.

Disebabkan oleh toksoplasma gondii dan toksoplasmosis kronik pada orang dewasa kadang-kadang tidak memberikan gejala klinik yang spesifik. Infeksi pada kehamilan muda dapat menyebabkan abortus sedangkan pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan kelainan kongenital (hidrosefalus) (Sarwono Prawihardjo, 2010).

(9) Riwayat Kesehatan Keluarga.

Riwayat keluarga, meliputi penyakit menurun seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, asma; penyakit menular seperti tubercolosis, hepatitis; riwayat kelainan obstetri yang bermakna, mencakup riwayat kehamilan kembar, kelainan kongenital dan hereditas, baik dalam keluarga ibu maupun ayah serta riwayat kelainan kongenital pada kelahiran sebelumnya, berguna untuk mengidentifikasi risiko penyakit keturunan terhadap janin.

(10) Pola Kebiasaan sehari-hari selama hamil

Pola kebiasaan sehari-hari ibu hamil trimester III adalah sebagai berikut :

a. Pola Nutrisi.

Status nutrisi seorang wanita hamil memiliki efek langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin. Pada trimester ketiga (usia kehamilan 28-40 minggu) nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan yang terlalu manis (seperti gula) dan terlalu asin (seperti garam, ikan asin, telur asin, tauco, dan kecap asin) karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya preeklampsia atau eklampsia (Marmi, 2011).

b. Pola Eliminasi.

Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama saat lambung kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Sering buang air kecil juga keluhan yang sering dirasakan ibu hamil trimester 3. Hal ini terjadi karena pembesaran janin yang menyebabkan desakan pada kandung kemih (Sulistyawati, 2011).

c. Pola Istirahat/Tidur

Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang baik dan nyaman saat tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki

kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri. Wanita hamil dianjurkan untuk menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Rata-rata lama tidur malam yang normal $\pm$ 6-8 jam dan tidak semua wanita memiliki kebiasaan tidur siang. Lama istirahat/tidur siang $\pm$ 1 jam (Sulistyawati, 2011).

d. Pola aktivitas

Aktivitas sehari-hari klien menggambarkan tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persaliann prematur (Sulistyawati, 2011).

e. Personal Hygiene

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembabpan kulit dan memungkinkan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Jika tidak dibersihkan maka ibu hamil akan sangat mudah terkena penyakit kulit. Bagian tubuh lain yaitu daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran sekret vagina yang berlebihan. Mengganti celana dalam secara rutin minimal 2 kali sehari sangat dianjurkan (Sulistyawati, 2011).

f. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan. Namun koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat abortus berulang, ketuban pecah, dan serviks telah membuka (Sulistyawati, 2011).

g. Status Emosional

Sejumlah ketakutan muncul pada trimester akhir dalam kehamilan, yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti : apakah bayinya nanti lahir abnormal, terkait dengan persalinan (nyeri persalinan). Sekitar 2 minggu sebelum kelahiran, sebagian wanita mulai mengalami perasaan senang. Reaksi calon ibu terhadap persalinan tergantung pada persiapannya dan persepsinya terhadap kehamilan (Marmi, 2011).

h. Psikologis

Jika kehamilan tidak diharapkan, secara otomatis ibu akan sangat membenci kehamilannya, sehingga tidak ada keinginan untuk melakukan hal-hal positif yang akan meningkatkan kesejahteraan bayinya. Pada kasus ini kita waspada akan adanya keguguran, prematur, dan kematian janin. Pada kehamilan diluar nikah, hampir dapat dipastikan bahwa pasangan masih belum siap dalam hal ekonomi. Selain itu kekurangsiapan ibu dalam merawat bayinya juga perlu diwaspadai agar tidak terjadi *postpartum blues* (Marmi, 2011).

2) Data Objektif.

(1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum: Baik, jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati, 2011).
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tinggi Badan; Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari rata-rata (kurang dari 145 cm) kemungkinan panggulnya sempit (Wiknjosastro, 2005).
- d. Berat Badan; Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan pada trimester 2 dan 3 yaitu 0,5 kg per minggu. Total kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil hingga akhir kehamilan sekitar 18 kg (Manuaba, 2010).
- e. LILA (Lingkar Lengan Atas); Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi Ibu kurang atau buruk. Sehingga dia beresiko untuk melahirkan BBLR (Kusmiyati,dkk, 2009)
- f. Tanda-Tanda Vital :
 - a) Tekanan Darah.

Tekanan darah yang normal 100/70-120/80 mmHg. Menurut Sarwono Prawirohardjo (2010), Jika terjadi peningkatan tekanan darah pada usia kehamilan > 20 minggu, maka dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Jika kenaikan tekanan diastolik 15 mmHg atau > 90 mmHg dalam 2 pengukuran berjarak 1 jam atau tekanan diastolik sampai 110 mmHg, tidak disertai proteinuria, maka klien mengalami hipertensi dalam kehamilan.

2. Jika kenaikan tekanan diastolik 15 mmHg atau > 90 mmHg dalam 2 pengukuran berjarak 1 jam atau tekanan diastolik sampai 110 mmHg, disertai proteinuria 1+, maka klien mengalami preeklampsia ringan.
3. Jika tekanan diastolik > 110 mmHg, disertai proteinuria 2+, oliguria, hiperrefleksia, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, maka klien mengalami preeklampsia berat.
4. Jika hipertensi disertai kejang, maka klien mengalami eklampsia.

b) Nadi.

Frekuensi nadi normal adalah 60-90 kali per menit. Takikardi bisa terjadi pada keadaan cemas, hipertiroid, dan infeksi. Nadi diperiksa selama 1 menit penuh untuk dapat menentukan keteraturan detak jantung (Trisnawati, 2012).

c) Pernapasan.

Pernapasan normal pada ibu hamil trimester III adalah 16-24 x/menit. Takipnea terjadi karena adanya infeksi pernafasan atau penyakit jantung (Trisnawati, 2012)

d) Suhu.

Suhu normal selama hamil adalah $36,2-37,6^{\circ}\text{C}$. Peningkatan suhu menandakan terjadi infeksi dan membutuhkan perawatan medis (Trisnawati, 2012).

(2) Pemeriksaan Fisik.

a. Wajah.

Normalnya tidak pucat, tidak bengkak. Apabila wajah ibu terlihat pucat, kemungkinan anemi dan apabila wajah ibu bengkak, kemungkinan terjadi pre eklampsia.

b. Mata.

Normalnya sklera putih, konjungtiva merah muda, fungsi penglihatan baik. Apabila sklera ibu kuning kemungkinan ibu menderita hepatitis. Apabila konjungtiva ibu pucat, kemungkinan anemia. Apabila terdapat gangguan penglihatan mata kabur disertai dengan hipertensi maka waspadai terjadinya preeklampsia.

c. Mulut.

Normalnya mukosa bibir lembab, tidak pucat, tidak ada karies sebelum atau saat hamil. Apabila mukosa bibir ibu kering, menandakan dehidrasi dan apabila pucat menandakan anemia. Terdapatnya karies pada gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis, hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi.

d. Leher.

Normalnya tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Kelenjar tyroid sedikit membesar selama masa hamil akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularitas. Namun perubahan anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan perlu diteliti. Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karena banyak gejala hipotiroidisme yakni keletihan, penambahan berat, dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan. Pembengkakan limfe kemungkinan terjadi infeksi dan metastase keganasan (jarang terjadi). Bendungan vena jugularis kemungkinan terjadi gangguan aliran darah akibat penyakit jantung atau aneurisma vena (Marmi, 2011).

e. Payudara.

Payudara harus diperiksa untuk mendeteksi setiap massa mungkin ganas dan setiap kondisi yang dapat mengganggu proses menyusui. Pastikan memeriksa puting dengan cermat, keadaan puting menonjol, datar atau masuk kedalam, terutama jika klien berkeinginan menyusui bayinya. Tes “protaktitas” harus menjadi bagian pemeriksaan payudara pada wanita yang sebelumnya tidak mampu menyusui dengan baik (Marmi, 2011)

f. Abdomen.

Menurut Manuaba (2010), pemeriksaan abdomen pada ibu hamil trimester III, meliputi :

a) Inspeksi;

(a)Pembesaran : membujur.

(b) Bekas SC: tidak ada bekas SC, apabila ada bekas SC menandakan ibu sudah pernah dilakukan pembedahan rahim dan berpotensi untuk kembali dilakukan SC pada kehamilan ini. Jika jarak antara anak sebelumnya dan sekarang kurang dari 5 tahun maka potensi terjadi robekan bekas SC. Pada ibu primi gravida tidak perlu dikaji adanya bekas SC

(c) Gerakan anak : aktif.

b) TFU Mc. Donald (dalam cm):

Hubungan antara TFU (Tinggi Fundus Uteri) dan tuanya kehamilan: $\text{TFU (dalam cm)} / 3,5 \text{ cm} = \text{Tuanya kehamilan (dalam bulan)}$. Contoh TFU 33 cm, maka usia kehamilan 9 bulan. TBJ (Tafsiran Berat Janin) dapat dihitung dengan rumus Johnson-Tausak yaitu $(\text{Tinggi Fundus Uteri dalam cm} - 12) \times 155 = \text{taksiran berat janin (TBJ) dalam cm}$.

Tabel 2.3 Ukuran TFU Menurut Satuan Mc. Donald
Berdasarkan Usia Kehamilan Tiap Minggu

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
28 minggu	26,7 cm
30 minggu	29,5-30 cm
32 minggu	29,5-30 cm
34 minggu	31 cm
36 minggu	32 cm
38 minggu	33 cm
40 minggu	33 cm

Sumber : Varney, 2007

Tabel 2.4 Pemeriksaan Umur Kehamilan Berdasarkan
Tinggi Fundus Uteri Menurut Spiegelberg

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri	Taksiran Berat Janin
34 minggu	31 cm di atas simpisis	2146 gr
36 minggu	32 cm di atas simpisis	2622 gr
38 minggu	33 cm di atas simpisis	3083 gr
40 minggu	37,7 cm di atas simpisis	3364 gr

Sumber : Varney, 2007

c) Palpasi (Pemeriksaan Leopold) :

Leopold I.

Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang terletak di fundus uteri. Ukuran TFU menurut satuan WHO menjelang 9 bulan TFU 3 jari di bawah PX (*Proximus Xypoides*) dan pada usia 10 bulan TFU sama dengan kehamilan 8

bulan. Sedangkan menurut satuan Mc. Donald pada UK 38 minggu TFU 33 cm dari atas simpisis dan pada UK 40 minggu 37,7 cm dari atas simpisis.

Tabel 2.5 TFU Menurut Penambahan per-Tiga Jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis.
16	pertengahan pusat-simfisis.
20	3 jari dibawah pusat.
24	setinggi pusat.
28	3 jari diatas Pusat.
32	pertengahan pusat- <i>prosesus xiphoideus</i>
36	3 jari di bawah <i>prosesus xiphoideus</i>
40	pertengahan pusat- <i>prosesus xiphoideus</i>

Sumber: Sulistyawati (2009)

Tabel 2.6 Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
1/2 di atas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4 cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : Manuaba, dkk (2010)

Leopold II.

Menetapkan bagian yang terletak di sebelah kanan/ kiri perut ibu atau menentukan letak punggung janin. Pada persalinan fisiologis teraba keras, memanjang dan datar seperti papan (punggung) di sebelah kanan/ kiri perut ibu.

Leopold III.

Menetapkan bagian apa yang terdapat di atas simfisis pubis. Untuk mengetahui bagian terendah janin. Pada persalinan fisiologis teraba bagian bulat, keras, dan melenting yaitu kepala.

Leopold IV.

Menetapkan seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk dalam PAP. Bila konvergen berarti bagian terendah janin belum masuk PAP. Bila divergen berarti bagian bagian terendah janin sudah masuk PAP. Bila sejajar berarti separuh bagian terendah janin sudah masuk PAP.

d) Auskultasi

DJJ (terdengar jelas pada): atas/bawah umbilikalis, dilakukan dengan funandoskop atau dengan doppler, terletak di bagian *punctum maksimum*, tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat pada presentasi kepala dan terdapat sejajar atau diatas *umbilicus* pada presentasi bokong. Cara menghitung DJJ dilakukan selama 1 menit penuh. Frekuensi DJJ normal antara 120-160 kali per menit (Marmi, 2011).

g. Genetalia

Normalnya tidak oedem, tidak varises, tidak ada *kondiloma talata* maupun *akuminata*, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pembesaran kelenjar *bartholini*, tidak ada pengeluaran darah maupun cairan pervaginam (Mansjoer, 2009).

h. Anus

Normalnya tidak ada pembesaran hemoroid. Pembesaran hemoroid dapat meningkatkan ketidaknyamanan dan perdarahan, pemeriksaan rektovaginal dapat menunjukkan kelemahan dinding rektovaginal, jaringan parut, dan/atau fistula (Mansjoer, 2009).

i. Ekstrimitas.

Ekstremitas atas: Normalnya tida ada edema. Edema dapat mengindikasikan penyakit kardiovaskular.

Ekstremitas bawah: Normalnya tida ada edema dan refleks patella positif. Pada ibu hamil sering oedem pada salah satu tungkai, disebabkan tekanan uterus yang membesar pada vena femoralis. Timbulnya varises pada sebelah atau kedua tungkai dapat meningkatkan risiko flebitis dalam kehamilan. Pemeriksaan refleks patella dengan mengetuk tendon patella menggunakan patella harmer. Seharusnya refleks tetap positif, refleks yang negatif

disebabkan oleh hipovitaminosis B₁ atau penyakit saraf. Refleks yang makin aktif dapat berkaitan dengan gestosis.

(3) Pemeriksaan Khusus.

Pemeriksaan khusus menurut Marmi (2011), yaitu pemeriksaan Laboratorium: Hb, golongan darah, urine reduksi, urine albumin.

- a. Pemeriksaan darah (Hb): minimal dilakukan 2x selama hamil, yaitu pada trimester I dan III. Hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Tabel 2.7 Hasil Pemeriksaan Hb Dengan Sahli

HB	Hasil
11 gr %	Tidak Anemia
9-10 gr %	Anemia Ringan
7-8 gr %	Anemia Sedang
< 7 gr %	Anemia Berat

Sumber: Hanifa, Wiknjastro (2005)

Batas terendah untuk kadar Hb dalam kehamilan adalah 11 gr/100 ml. Wanita yang memiliki Hb kurang dari 11 gr/100ml baru disebut anemia dalam kehamilan. Wanita dengan Hb antara 10-12 gr/100 ml tidak dianggap patologik, tetapi anemia fisiologik atau psedoanemia.

- b. Golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil sebagai perencanaan pencegahan penyakit, apabila suatu saat ibu membutuhkan transfusi darah sudah diketahui golongan darah ibu dan sudah mendapatkan darah salah satu anggota keluarga yang sama dengan darah ibu untuk menggantikan darah yang sudah ditransfusikan.

- c. Pemeriksaan Urine Albumin.

Untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine. Pemeriksaan dilakukan pada kunjungan pertama dan pada setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan. Daftar hasil pemeriksaan Urine Albumine dapat dilihat pada **Tabel 2.8**

Tabel 2.8 Hasil Pemeriksaan Urine Albumin

Hasil	Keterangan
Negatif (-)	Urine tidak keruh
Positif 2 (++)	Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan halus
Positif 3 (+++)	Urine lebih keruh dan ada endapan yang lebih jelas terlihat
Positif 4 (++++)	Urine sangat keruh dan disertai endapan menggumpal

Sumber: Wiknjosastro (2005)

Jika positif 1, maka gejala preeklampsia ringan. Jika positif 2, maka gejala preeklampsia berat.

d. Pemeriksaan Urine Reduksi

Tabel 2.9 Hasil Pemeriksaan Urine Reduksi

Hasil	Keterangan
Negatif (-)	Warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh
Positif 1 (+)	Hijau kekuning-kuningan dan agak keruh
Positif 2 (++)	Kuning keruh
Positif 3 (+++)	Jingga keruh
Positif 4 (++++)	Merah keruh

Sumber: Wiknjosastro (2005)

Bila terdapat glukosa dalam urine maka harus dianggap sebagai gejala diabetes mellitus, kecuali kalau dapat dibuktikan hal-hal lain penyebabnya.

2. Analisis

G_P_____ UK 34 – 40 minggu T/H/ Intra uterine, letak kepala, kesan jalan lahir normal (jika primigravida)/ keadaan (jika multigravida) jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik (Varney, 2007).

Menurut Rustam Mochtar (1998) diagnosa kebidanan harus dapat menjawab pertanyaan, meliputi :

- (1) G_P_____
- (2) Primi/ multipara
- (3) Tuanya kehamilan (umur kehamilan 34 – 40 minggu)
- (4) Anak hidup
- (5) Anak tunggal

(6) Latar anak, situs bujur, presentasi kepala

(7) Anak intra uterine

(8) Keadaan jalan lahir

(9) Keadaan umum penderita dengan masalah keluhan utama

Dalam asuhan kebidanan pada ibu primigravida / multigravida trimester III, maka diagnosa kebidanan yang muncul adalah: Primigravida/ multigravida/ grandegravida, usia kehamilan 34 - 40 minggu, tunggal, intra uterine, hidup, presentasi kepala, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin.

1) Masalah.

Masalah yang terjadi pada trimester III (Saminem, 2009) yaitu :

- a. Sering kencing sehubungan dengan tekanan pada *vesica urinaria* oleh bagian terendah janin
- b. Nyeri pada kaki karena adanya varises
- c. Nyeri pinggang karena spasme otot-otot pinggang akibat lordose yang berlebihan dan pembesaran uterus
- d. Obstipasi sehubungan dengan penekanan bagian terendah janin dan kurangnya gerak/ aktivitas
- e. Mudah kram sehubungan dengan kelelahan dan pembesaran uterus
- f. Sesak nafas sehubungan dengan pembesaran uterus mendesak diafragma
- g. Oedema sehubungan dengan penekanan uterus yang membesar pada *vena femoralis*.

4. Perencanaan.

Perencanaan yang diberikan menurut Prawirohardjo (2010), sebagai berikut :

- 1) Jelaskan pada ibu mengenai kondisi kehamilannya.
- 2) Jelaskan HE tentang :
 - (1) Nutrisi : peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang)
 - (2) Jelaskan tentang P4K yaitu : tempat bersalin, penolong, pendamping, transportasi, biaya, pendonor, dan pengambil keputusan
- 3) Jelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan agar ibu mencari pertolongan pada petugas kesehatan jika hal itu terjadi. Tanda-tanda bahaya itu meliputi :

perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, gangguan penglihatan, bengkak pada muka dan tangan, nyeri abdomen yang hebat, pergerakan janin tidak seperti biasanya.

5. Pelaksanaan

Pelaksanaan disesuaikan dengan rencana tindakan dan mengacu pada masalah klien. Dalam tahap ini bidan melakukan observasi sesuai dengan evaluasi yang telah direncanakan.

6. Evaluasi.

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses kebidanan yang menandakan seberapa jauh diagnosis kebidanan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

2.2 Asuhan Kebidanan *Intranatal Care*

1) Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan.

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 2008).

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

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Praworihardjo 2009).

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) janin dan plasenta atau hasil konsepsi yang dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir (vagina) dengan bantuan atau tanpa bantuan. Proses kelahiran ini normal jika usia kehamilannya melebihi usia 37 minggu.

b. Etiologi Persalinan

Beberapa teori mengemukakan etiologi dari persalinan, meliputi:

1) Teori Penurunan Hormon.

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistyawati, 2010).

2) Teori Penurunan Progesteron.

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi koriales* mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi (Sumarah, dkk, 2009).

3) Teori Plasenta Menjadi Tua.

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorialis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus (Sulistyawati, 2010).

4) Teori Distensi Rahim.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu (*striae*). Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Lailiyana dkk, 2012).

5) Teori iritasi mekanik.

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (*fleksus frankenhauser*), bila ganglion ini tergeser dan tertekan oleh bagian terbawah janin misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus (Lailiyana dkk, 2012).

6) Teori Oksitosin.

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior (bagian belakang hipofisis). Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitifitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan menyebabkan oksitosin dapat meningkatkan aktivitas otot rahim, sehingga persalinan terjadi (Sulistyawati, 2010).

7) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis.

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus (Sulistyawati, 2010).

8) Teori prostaglandin.

Kadar prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan (Lailiyana dkk, 2012).

9) Induksi Persalinan.

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010) persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan :

- (1) Gagang Laminaria: beberapa laminaria dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frans ken hauser.
- (2) Amniotomi: pemecahan ketuban.
- (3) Oksitosin Drips: pemberian oksitosin drips menurut tetesan infuse permenit.

2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

1. Pengkajian.

1) Data Subjektif.

Pasien MKB pada tanggal:..... Pukul.....WIB.

- (1) Identitas meliputi nama, usia, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa dan alamat.
- (2) Keluhan Utama.

Menurut Asrinah (2010), keluhan yang dapat terjadi pada ibu bersalin, yaitu:

- a. Kala 1.
 - a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, sifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar.

- b) Nyeri semakin hebat bila untuk aktifitas (jalan) dan tidak berkurang bila dibuat tidur.
- c) Mengeluarkan lendir darah melalui vagina.
- d) Keluar banyak cairan dari jalan lahir akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek.

b. Kala 2.

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan vagina.

(3) Pola kebiasaan dan kebutuhan sehari-hari.

a. Kebutuhan nutrisi.

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat sangat menurun. Hal ini ditambah dengan penurunan sekresi getah lambung selama persalinan, membuat pencernaan menjadi benar-benar berhenti sehingga waktu pengosongan lambung sangat lama. Cairan tidak terpengaruh dan meninggalkan lambung dalam waktu seperti biasanya. Makanan yang dikonsumsi sesaat sebelum persalinan atau fase laten persalinan kemungkinan akan tetap berada di lambung sepanjang proses persalinan. Mual muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai berakhirnya kala I persalinan (Kriebs dan Gegor, 2010). Kaji kebutuhan makan ibu, ibu terakhir kali makan dengan porsi sedang dan nafsu makan baik.

b. Eliminasi.

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Hal ini mungkin akibat lebih lanjut dari peningkatan curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal (Kriebs dan Gegor, 2010).

Kandung kemih harus dikosongkan secara berkala sepanjang proses persalinan, minimal setiap 2 jam. Bila ibu tidak mampu berkemih dan kandung kemihnya menjadi distensi, turunnya kepala janin ke pelvis dapat terganggu. Kandung kemih yang penuh dapat dipalpasi tepat di bawah pubis (Sondakh, 2013).

c. Istirahat.

Istirahat sangat diperlukan klien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting lagi jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I. (Sulistyawati, 2010).

d. Aktivitas.

Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring kiri atau merangkak (JNPK-KR, 2007).

2) Obyektif.

(1) Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum.

Sadar dan mampu melakukan komunikasi. Tidak tampak sakit. Tidak terdapat kelainan bentuk tubuh yang dapat mengganggu jalannya persalinan (Manuaba, 2007).

b. Kesadaran

Menurut Latief dkk (2000), penilaian kesadaran dinyatakan *Komposmentis*: pasien sadar sepenuhnya dan memberi respons yang adekuat terhadap stimulus yang diberikan.

c. Tanda-tanda vital:

a) Tekanan darah.

Meningkat selama kontraksi dengan tekanan sistolik meningkat rata-rata 10-20 mmHg dan tekanan diastolik meningkat rata-rata 5-10 mmHg. Di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tekanan sebelum persalinan. Perubahan posisi ibu dari terlentang ke posisi miring mengurangi perubahan tekanan darah selama kontraksi. Nyeri, rasa takut dan khawatir akan semakin meningkatkan tekanan darah (Kriebs dan Gegor, 2010).

b) Nadi

Normalnya 80-100x/menit, terjadi perubahan mencolok selama kontraksi, menurun pada saat puncak kontraksi hingga mencapai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi nadi di antara kontraksi (Kriebs dan Gegor, 2010).

c) Pernapasan

Pada saat persalinan, pernapasan normal antara 18-24x/menit (Kriebs dan Gegor, 2010).

d) Suhu

Normalnya antara 36,5-37,5° C, sedikit meningkat selama proses persalinan, paling tinggi selama dan sesaat setelah kelahiran. Suhu dianggap normal jika peningkatannya tidak lebih dari 0,5-1°C. Peningkatan ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang sedang terjadi selama persalinan.

(2) Pemeriksaan Fisik

a. Wajah.

Tidak pucat, tidak bengkak. Apabila wajah ibu terlihat pucat, kemungkinan anemi dan apabila wajah ibu bengkak, kemungkinan terjadi pre eklamsi. Apabila saat persalina terjadi anemia pada ibu maka potensial terjadi perdarahan dan jika terdapat tanda – tanda preeklamsi potensial terjadi kejang/ eklamsi (Wahyuningsih, 2009).

b. Mata.

Konjungtiva merah muda tidak pucat, jika pucat menunjukkan tanda – tanda anemia. Sedangkan warna sklera putih, jika sklera berwarna kuning maka menunjukkan ibu menderita penyakit hepatitis (Manuaba, 2007).

c. Mulut.

Mukosa bibir lembab, tidak pucat. Apabila mukosa bibir ibu kering, menandakan dehidrasi dan apabila pucat menandakan anemia.

d. Leher.

Tidak ada bendungan vena di leher (Wirakusumah, 2011) yang kemungkinan adanya gangguan aliran darah akibat penyakit jantung atau aneurisma vena (Manuaba, 2007), tidak ada pembesaran kelenjar gondok atau pembesaran kelenjar limfe (Wirakusumah, 2011) yang kemungkinan infeksi, metastasis keganasan (jarang) (Manuaba, 2007).

e. Payudara.

Menurut Manuaba (2007), pemeriksaan payudara pada ibu bersalin, meliputi:

- a) Puting susu: bersih dan menonjol (puting susu datar atau tenggelam membutuhkan perawatan payudara untuk persiapan menyusui).
- b) Kolostrum: sudah keluar (adanya kolostrum karena prolaktin yang tinggi, menyebabkan pembentukan kolostrum lebih awal, terjadi perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesterone, oksitosin dan prolaktin mengakibatkan dikeluarkannya kolostrum dan merupakan tanda bahwa ASI akan banyak).

f. Abdomen.

Menurut Wirakusumah (2011) pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin, meliputi:

a) Leopold I.

- 1) Mengetahui umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri
- 2) Menentukan bagian janin pada fundus uteri, normalnya pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunat dan tidak melenting, maka itu adalah bokong.
- 3) Variasi dari leopold I = Pemeriksaan Knebel.
Menentukan letak kepala/bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.
- 4) Menentukan TFU menurut satuan Mc. Donald
- 5) Menentukan taksiran berat janin (TBJ).

Menurut Mansjoer (2009), Taksiran berat janin ditentukan berdasarkan rumus Johnson Toshack, yaitu:

$$\text{TBJ} = [\text{TFU (cm)} - \text{N}] \times 155 \text{ gram.}$$

Keterangan:

N=13 (bila kepala belum melewati pintu atas panggul)

N=12 (bila kepala masih berada di atas spina ischiadika))

N=11 (bila kepala masih berada di bawah spina ischiadika)

Tabel 2.10 Taksiran Berat Badan Janin Berdasarkan Umur Kehamilan

Umur Kehamilan	Taksiran Berat Janin
34 minggu	2146 gr
35 minggu	2383 gr
36 minggu	2622 gr
37 minggu	2859 gr
38 minggu	3083 gr
39 minggu	3288 gr
40 minggu	3364 gr
41 minggu	3597 gr
42 minggu	3686 gr

Sumber. Varney, 2008

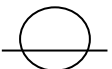
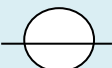
b) Leopold II.

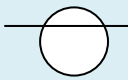
Mengetahui bagian-bagian janin yang berada pada bagian samping kanan dan kiri uterus (Mandriawati, 2008). Normalnya teraba panjang, keras seperti papan maka bagian tersebut adalah punggung dan bagian lainnya merupakan bagian kecil janin.

c) Leopold III.

Menentukan bagian janin yang berada di bawah uterus, dan apakah bagian janin pada bawah uterus sudah masuk atau belum masuk PAP (Mandriawati, 2008:91). Normalnya teraba bulat keras, tidak dapat digoyangkan (sudah masuk PAP), pada kala I kepala berada pada hodge I – III dan pada kala IV kepala berada pada hodge IV.

Tabel 2.11 Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlindungan

Pemeriksaan Luar	Pemeriksaan Dalam	Keterangan
 =5/5		Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan, Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =3/5	H II- III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =2/5	H III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul

	=1/5	H III-IV	Kepala di dasar panggul
	=0/5	H IV	Di Perinium

Sumber. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan (2004)

d) Leopold IV.

1. Memastikan bagian terendah janin sudah masuk PAP dan seberapa banyak bagian terendah janin sudah masuk PAP (Mandriwati, 2008): jika tangan konvergen, berarti hanya bagian kecil dari kepala yang turun ke dalam panggul.
2. Jika kedua tangan sejajar, berarti separuh dari kepala telah masuk ke rongga panggul.
3. Jika kedua tangan divergen, berarti bagian terbesar dari kepala telah masuk ke rongga panggul dan ukuran terbesar kepala sudah melewati PAP (Wirakusumah, 2011).

e) Auskultasi (DJJ).

Terdengar jelas di bagian *punctum maksimum*, tempat ini di kiri/kanan bawah pusat pada presentasi kepala. Jumlah DJJ normal antara 120-160x/menit (Manuaba, 2005).

g. Genetalia.

Bersih, tidak oedem, tidak varises, tidak ada *kondiloma talata* maupun *akuminata*, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pembesaran kelenjar *bartholini*, terdapat pengeluaran lender bercampur darah (Manuaba, 2005).

h. Anus : Haemorroid tidak menonjol.

(3)Pemeriksaan khusus.

a. Pemeriksaan Dalam/ Vagina Toucher (VT).

Menurut Manuaba (2005), yang diperhatikan saat VT adalah:

a) Perabaan serviks.

Penipisan dan pembukaan serviks. Pada kala satu fase laten pembukaan serviks dimulai dari 1- 3 cm, fase aktif dimulai dari pembukaan 4 – 10 cm

- b) Ketuban : Utuh/ sudah pecah
- c) Presentasi : Normalnya teraba kepala
- d) Denominator : Normalnya teraba UUK depan kanan atau kiri
- e) Penurunan kepala : Hodge I-IV
- f) Normalnya tidak ada caput dan bagian yang menumbung.
- b. Pemeriksaan penunjang.
Normalnya tidak dilakukan

2. Analisis

1) Diagnosa.

G_P_{APIAH} UK 37-42 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, letak, kesak/ keadaan jalan lahir, keadaan ibu dan janin, Inpartu Kala I Fase Laten/ Fase Aktif/ Kala II/ Kala III/ Kala IV.

2) Masalah.

Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya. Rumusan Diagnosa Kebidanan dan Masalah Pada Ibu Bersalin dapat dilihat pada **Tabel 2.12**

Tabel 2.12 Rumusan Diagnosis Kebidanan dan Masalah Pada Ibu Bersalin

No.	Diagnosa Kebidanan	Masalah
1.	Kala I Fase Laten	1) Takut dengan gambaran rasa sakit selama proses persalinan. 2) Bingung dengan apa yang harus dilakukan selama proses persalinan.
2.	Kala I Fase Aktif	Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi
3.	Kala II	1) Merasa tidak percaya diri dengan kemampuannya meneran. 2) Bingung memilih posisi meneran.
4.	Kala IV	1) Kecewa dengan jenis kelamin bayinya 2) Tidak kooperatif dengan proses IMD. 3) Cemas

Sumber : Analisa Pribadi, 2009

3. Perencanaan.

Menurut JNPK-KR (2008), asuhan yang dilakukan saat persalinan meliputi :

Kala I

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
- 2) Anjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin bila ibu ingin berkemih.

- 3) Observasi tanda-tanda vital, HIS, dan pantau DJJ janin.
- 4) Anjurkan ibu untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara:
 - Ajarkan pada ibu teknik relaksasi.
 - Ajarkan teknik bernapas panjang dengan cara menarik napas panjang kemudian dikeluarkan saat terasa kontraksi.
- 5) Ajarkan ibu untuk melakukan penekanan pada lutut.
- 6) Anjurkan ibu untuk berjalan-jalan dengan didampingi seseorang untuk menemani.
- 7) Anjurkan ibu untuk miring ke kiri atau memilih posisi yang nyaman.
- 8) Anjurkan ibu untuk tetap makan dan minum selama proses persalinan.
- 9) Siapkan partus set dan obat-obatan yang diperlukan
- 10) Observasi sesuai partograf.

Dengan menggunakan partograf, kemajuan persalinan dapat diketahui dan komplikasi dapat dideteksi sesegera mungkin. Partograf adalah suatu grafik yang menggambarkan kemajuan persalinan kala I fase aktif dengan merekam kemajuan pembukaan serviks, penurunan bagian terendah janin, keadaan his, kondisi ibu dan janin (Lailiyana dkk, 2012).

- 11) Libatkan keluarga dan suami dalam proses persalinan.

Tabel 2.13 Perbedaan Lamanya Kala I, II, III, IV Pada Primigravida dan Multigravida

Kala	Primigravida	Multigravida
I	13-14 jam	6-7 jam
II	1,5 jam	0,5-1 jam
III	6-15 menit	6-15 menit
IV	2 jam	2 jam

Sumber : Asrinah, dkk (2010)

Kala II

- 1) Jaga kebersihan klien
- 2) Atur posisi meneran

Jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero-plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu

kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Winkjosastro, 2008).

3) Penuhi kebutuhan hidrasi

4) Ajari ibu teknik meneran yang benar

Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (Winkjosastro, 2008).

5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu

Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan (Winkjosastro, 2008).

6) Lakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah asuhan persalinan normal

Kala III:

(1) Periksa uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

(2) Manajemen Aktif Kala III

- Injeksi oksitocin 10 unit/ I.M
- Penegangan tali pusat terkendali (PTT)
- Masase uterus

Keterangan :

Pada saat melakukan PTT, yang harus diperhatikan adalah tanda-tanda pelepasan plasenta. Menurut Sarwono Prawirohardjo (2010), tanda-tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut :

1) Abdomen : *Uterus berbentuk lebih bulat dan letak uterus bertambah tinggi.* Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh (diskoid) dan tinggi fundus biasanya turun hingga di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus menjadi bulat dan fundus berada di atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

2) Genitalia : *tali pusat bertambah panjang.* Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld). *Terdapat semburan darah*

mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu gaya gravitasi. Semburan darah yang tiba-tiba menandakan bahwa darah yang terkumpul di antara tempat melekatnya plasenta dan permukaan maternal plasenta (darah retroplasenter), keluar melalui tepi plasenta yang terlepas.

Adapun teknik pelepasan plasenta menurut Lailiyana dkk (2012), meliputi :

- a) Teknik Schultze, pelepasan plasenta dimulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti dengan pengeluaran darah.
- b) Teknik Duncan, pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti dengan pelepasan plasentanya dan teknik Kombinasi.

Menurut Lailiyana dkk (2012), untuk membuktikan plasenta telah lepas dapat dilakukan pemeriksaan :

- 1) Perasat Kustner : tali pusat diregangkan atau ditarik sedikit, tangan lainnya ditekan di atas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali, berarti plasenta belum lepas. Perasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas dapat terjadi perdarahan hebat.
- 2) Perasat Strassman : tali pusat diregangkan, ditarik sedikit sambil tangan lainnya mengetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tidak terasa getaran, berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.
- 3) Perasat Klein : klien diminta mengedan, sehingga tali pusat ikut turun dan memanjang. Bila klien berhenti mengedan dan tali pusat ikut masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

Kala IV

- 1) 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.
- 2) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan. Derajat laserasi pada perineum dibagi menjadi 4 kategori, menurut Lailiyana dkk (2012), meliputi :
 - 1) Derajat pertama, laserasi yang mengenai mukosa dan kulit perineum.

- 2) Derajat kedua, laserasi yang mengenai mukosa vagina, kulit, dan jaringan perineum.
- 3) Derajat ketiga, laserasi yang mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum, dan sfingter ani.
- 4) Derajat keempat, laserasi yang mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum, dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa rektum.
- 3) Melakukan prosedur pascapersalinan, pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam :
 - 1) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - 2) Setiap 15 menit pada satu jam pertama pascapersalinan
 - 3) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
- 4) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini dan biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 5) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 6) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 7) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 8) Dekontaminasi tempat bersalin dan alat-alat dengan larutan klorin 0,5%.
- 9) Dokumentasi, lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

4. Penatalaksanaan

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuannya adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi *koping* (Sulistyawati, 2010).

5. Evaluasi.

Evaluasi pada kasus ini, yaitu ibu bersedia istirahat cukup, ibu merasa tenang karena tahu kondisinya, bayi telah lahir normal, menangis kuat, gerak aktif. dapat melakukan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, melakukan observasi 2 jam post partum, asuhan yang diberikan telah tercatat dalam rekam medik dan partograf (Sulistyawati, 2010).

2.3 Asuhan Kebidanan *Postnatal Care*

1) Konsep Dasar Masa Nifas.

a. Pengertian Masa Nifas.

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

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Praworihardjo, 2010).

b. Fisiologi Masa Nifas.

Setelah kelahiran plasenta dan selaput janin, uterus secara spontan berkontraksi keras dengan isi yang sudah kosong. Normalnya, pada saat bayi selesai dilahirkan, rongga uterus hampir terobliterasi dan organ ini berupa suatu massa otot yang hampir padat, dengan tebal beberapa sentimeter di atas segmen bawah yang lebih tipis. Fundus kemudian berada di bawah batas ketinggian umbilikus dan terus mengalami penyusutan ukuran uterus dan selalu disertai dengan pengurangan bidang tempat implantasi plasenta (Sarwono, 2009).

c. Tahapan Fisiologi Masa Nifas

Proses masa nifas, dibagi menjadi 3, yaitu *puerperium dini*, *puerperium intermedial* dan *remote puerperium*.

1. *Puerperium Dini*. Suatu masa kepulihan di mana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
2. *Puerperium Intermedial*. Suatu masa di mana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu
3. *Remote Puerperium*. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil/waktu persalinan mengalami komplikasi.

(Sulistyawati, 2009)

2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.

1. Pengkajian.

1) Data Subyektif

- (1) Keluhan utama.

Menurut Depkes RI (2004), keluhan utama yang dirasa ibu nifas, yaitu mules karena proses involusi, nyeri pada luka jahitan perineum, payudara sudah/ belum keluar ASI nya.

(2) Riwayat persalinan.

Jenis persalinan, penolong, dan penyulit persalinan dapat mempengaruhi masa nifas ibu (Manuaba, 2007).

(3) Riwayat nifas.

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti pendarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea punulenta, lochea statika, infeksi intra uterin, rasa nyeri berlebih memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2007).

(4) Riwayat KB.

Konstrasepsi yang bisa digunakan oleh ibu pasca salin adalah suntikan, implant, AKDR, pil KB, untuk yang kontap syaratnya usia ibu harus > 35 tahun, jumlah anak > 2, selain itu bisa menggunakan kondom, jelly atau tissue (Manuaba, 2007).

(5) Pola kebiasaan sehari-hari.

a) Nutrisi.

Menurut Saifuddin (2006), ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air setiap air (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui), pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya.

b) Personal hygiene.

Menurut Saifuddin (2006), pola personal hygiene ibu nifas, yaitu anjurkan kebersihan seluruh tubuh, mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang, baru membersihkan daerah sekitar anus, nasehatkan pada ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai BAK/ BAB, sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2x sehari, sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya, jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

c) Perawatan payudara.

Menurut Saifuddin (2002), perawatan payudara yang perlu dilakukan oleh ibu nifas, yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama puting, menggunakan bra yang menyokong payudara, apabila puting susu lecet, oleskan asi pada sekitar puting setiap selesai menyusui, jika lecet berat, istirahatkan 24 jam. ASI di keluarkan dan di minumkan dengan sendok, untuk menghilangkan nyeri, ibu dapat minum parasetamol 1 tablet tiap 4-6 jam.

d) Istirahat.

Kebutuhan istirahat pada ibu nifas menurut Saifuddin (2002), antara lain anjurkan agar ibu istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi tidur, kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal.

e) Eliminasi.

BAK: harus BAK dalam waktu 6 jam post partum, bila 8 jam post partum belum BAK, dirangsang dengan air mengalir, kompres hangat dan lain-lain. Bila tidak bisa dilakukan kateterisasi.

BAB: supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila ini tidak berhasil dalam hari 2-3 belum BAB, berikan laksansia (Sulistyawati, 2009).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa nyeri (Saifuddin, 2006).

g) Latihan

Delapan jam post partum ibu harus tidur terlentang untuk mencegah terjadinya pendarahan post partum. Setelah 8 jam boleh miring ke kiri ke kanan untuk mencegah trombosis lalu duduk, berjalan dan latihan-latihan senam (Wiknjosastro, 2006).

h) Senam nifas

Senam yang dilakukan pada masa nifas, tujuan senam nifas menurut Wiknjosastro (2006), antara lain:

- (a) Memulihkan kekendoran otot sesudah kehamilan dan persalinan
- (b) Memperkuat otot-otot yang mengendor waktu kehamilan
- (c) Memperlancar pengeluaran lochea
- (d) Mempercepat involusi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam senam nifas menurut Wiknjosastro (2006), antara lain:

- (a) Ibu nifas cukup sehat berdasarkan pemeriksaan dokter
- (b) Ibu tidak mempunyai komplikasi (post SC, infeksi puerperalis)
- (c) Dimulai dari yang amat ringan, misal: menarik nafas panjang, miring kiri dan miring kanan

(6) Sosial budaya.

Kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan menurut Saifudin (2002), yaitu:

- a) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/ telur, karena ibu menyusui perlu tambahan kalori sebesar 500 kalori/ hari.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.

- d) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam pertama setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk memulai menyusui.

(7) Keadaan psikologis.

Menurut (Bahiyatun, 2009) periode adaptasi psikologis masa nifas diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap, Antara lain:

a) *Taking in.*

- (a) Terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Pada umumnya ibu pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- (b) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- (c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.
- (d) 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.*

- (a) Berlangsung 2-4 hari postpartum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap janin.
- (b) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (mis., eliminasi).
- (c) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

c) *Letting go.*

- (a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- (b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang

menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.

2) Data objektif.

(1) Pemeriksaan umum.

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Kompos mentis
- c. Tanda-tanda vital.

a) Tekanan darah.

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partum. Tetapi ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan tanpa pengobatan (Bahiyatun, 2009).

b) Nadi.

Nadi antara 60-80 kali/menit. Denyut nadi di atas 100 kali/menit pada masa nifas kemungkinan adanya infeksi. Salah satu akibatnya adalah proses persalinan sulit atau kehilangan darah yang berlebihan. Jika takikardia tidak disertai panas, kemungkinan disebabkan oleh adanya vitium kordis. Beberapa ibu post partum kadang-kadang mengalami bradikardia puerperal, yang denyut nadinya mencapai 40 sampai 50 kali/menit. Beberapa penyebab yang mungkin telah diketahui, namun belum ada penelitian yang membuktikannya sebagai kelainan (Bahiyatun, 2009).

c) Suhu.

Peningkatan suhu tubuh masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi akibat keluarnya cairan pada waktu melahirkan. Selain itu, disebabkan oleh istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Pada umumnya, suhu tubuh kembali normal setelah 12 jam post partum. Peningkatan suhu mencapai $> 38^{\circ}\text{C}$ mengarah ke tanda infeksi (Bahiyatun, 2009).

d) Pernafasan.

Pernafasan harus berada dalam rentang normal (20-30 kali/menit). (Bahiyatun, 2009).

(2) Pemeriksaan fisik.

a. Mata.

Konjungtiva merah muda, sclera putih (Manuaba, 2007)

b. Payudara.

Payudara akan menjadi lebih besar, lebih kencang dan mula-mula lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal serta dimulainya laktasi (Farer, 2001).

Penurunan kadar estrogen pada saat bayi dilahirkan mendorong naiknya kadar prolaktin. Naiknya kadar prolaktin ini, mendorong produksi Air Susu Ibu (ASI). Maka dengan naiknya kadar prolaktin tersebut, mulailah aktivitas produksi Air Susu Ibu (ASI) berlangsung. Ketika bayi mulai menyusu pada ibunya, aktivitas bayi menyusu pada mammae ini menstimulasi terjadinya produksi prolaktin yang terus menerus secara berkesinambungan (Suherni, 2010).

Pelepasan Air Susu Ibu (ASI) berada di bawah kendali neuro-endokrin. Rangsangan sentuhan pada payudara (ketika bayi menghisap) akan merangsang produksi oksitosin yang menyebabkan kontraksi sel-sel mioepitel. Proses ini disebut refleksi *let down* atau pelepasan Air Susu Ibu (ASI) dan membuat Air Susu Ibu (ASI) tersedia bagi bayi (Bahiyatun, 2009).

c. Abdomen.

Setelah placenta lahir TFU $\pm$ 2 jari bawah pusat (Sarwono, 2006). Perubahan dalam uterus meliputi involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses ketika uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot 60 gram (Bahiyatun, 2009). Menurut Sarwono (2006), involusi disebabkan oleh:

a) Pengurangan estrogen plasenta.

Pengurangan estrogen menghilangkan stimulus ke hipertropi dan hiperplasia uterus.

b) Iskemia miometrium.

Miometrium terus berkontraksi dan berinteraksi setelah kelahiran, mengkonstriksi pembuluh darah dan mencapai haemostasis pada sisi plasenta. Iskemia menyebabkan atrofi pada serat-serat otot.

c) Otolisis miometrium.

Selama kehamilan, estrogen meningkatkan sel miometrium dan kandungan protein (aktin dan miosin), penurunan estrogen setelah melahirkan menstimulasi enzim proteolitik dan makrofag untuk menurunkan dan mencerna (proses autolisis) kelebihan protein dan sitoplasma intra sel, mengakibatkan pengurangan ukuran sel secara menyeluruh. Jaringan ikat dan lemak biasanya ditelan, dihancurkan dan dicerna oleh jaringan makrofag.

Tabel 2.14 Tinggi Fundus Uteri Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Plasenta Lahir	Dua Jari Bawah Pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan Pusat Simfisis	500 gram
2 Minggu	Tidak Teraba Diatas Simfisis	350 gram
6 Minggu	Bertambah Kecil	50 gram
8 Minggu	Sebesar Normal	30 gram

Sumber: Varney, 2007

d. Genitalia.

Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil, tetapi jarang kembali ke ukuran nullipara. Kadang-kadang pada persalinan lama, ditemukan edema dan memar pada dinding vagina. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Hymen muncul sebagai jaringan kecil yang selama proses sikatrisasi diubah menjadi karunkulae mirtiformis yang merupakan ciri khas wanita yang pernah melahirkan (Bahiyatun, 2009). Lochea yang timbul pada masa nifas hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum adalah lochea rubra, yaitu cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding

Rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium (Sulistiyawati, 2009).

Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut:

- a) *Lochea rubra* (Cruenta), muncul pada hari 1-2 pasca persalinan, berwarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dari decidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium.
- b) *Lochea sanguinolenta*, muncul pada hari 3-7 pasca persalinan, berwarna merah kuning dan berisi darah lendir.
- c) *Lochea serosa*, muncul pada hari 7-14 pasca persalinan, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
- d) *Lochea alba*, muncul sejak 2-6 minggu pasca persalinan, berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.
- e) *Lochea purulenta*, terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
- f) Lochiostatis, lochea yang tidak lancar keluarnya.

Umumnya jumlah lochea lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240-270 ml.

e. Ekstremitas .

Sesudah melahirkan terdapat resiko thrombosis vena dan emboli pulmoner yang nyata tetap kecil kemungkinannya terjadi. Bagian betis harus diperiksa setiap hari untuk menemukan gejala nyeri tekan serta panas di daerah tersebut dan kepada ibu diminta untuk melaporkan setiap perasaan tidak enak pada tungkai.

f. Terapi yang didapat:

Pil zat besi 40 tablet dan Vitamin A 200.000 unit (Saifuddin, 2002).

2. Analisa Masalah

1) Diagnosa.

PAPIAH Post partumjam/ hari ke.....

2) Masalah.

Masalah aktual yang umumnya terjadi pada ibu nifas, meliputi masalah nyeri, infeksi, cemas, perawatan perineum, payudara, ASI eksklusif, KB, gizi, tanda bahaya, senam, serta masalah menyusui. Identifikasi diagnosa potensial dan masalah potensial.

3. Perencanaan.

Rencana asuhan pada masa postpartum yang dapat dilakukan antara lain sebagai berikut:

1) Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga (Kemenkes RI, 2011).

2) Memberikan KIE tentang:

(1) Nutrisi.

Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi, tinggi kalori dan protein serta tidak pantang makan.

(2) Personal hygiene:

a. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari.

b. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

c. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

(3) Istirahat

a. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

b. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

(4) Perawatan payudara, yaitu:

a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama putting.

b. Menggunakan BH yang menyokong payudara.

- c. Apabila puting susu lecet, oleskan ASI pada sekitar puting setiap selesai menyusui.
- d. Jika lecet berat, istirahatkan 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan sendok.
- e. Untuk menghilangkan nyeri, ibu dapat minum parasetamol 1 tablet tiap 4-6 jam.
- f. Menurut Saifuddin (2002), jika payudara bengkak akibat bendungan ASI, lakukan:
 - a) Pengompresan payudara dengan kain basah dan hangat selama 5 menit.
 - b) Urut payudara dari arah pangkal ke putting.
 - c) Keluarkan ASI sebagian sehingga puting susu lebih lunak.
 - d) Susukan bayi tiap 2-3 jam, jika tidak dapat mengisap seluruh ASInya, sisanya dikeluarkan dengan tangan.
 - e) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.
- (5) Observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan TFU.
- (6) Memfasilitasi ibu dan bayinya untuk *rooming in* dan mengajarkan cara menyusui yang benar.
- (7) Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya masa nifas (6 jam PP) yaitu:
 - a. Perdarahan yang lebih dari 500 cc.
 - b. Kontraksi uterus lembek.
 - c. Tanda pre eklamsia.
- (8) Jadwalkan kunjungan ulang, paling sedikit 4 kali kunjungan selama masa nifas.

Tabel 2.15 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	Cegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri
		Deteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan sertalakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
		Berikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
		Anjurkan pemberian ASI awal
		Ajarkan cara mempercepat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir

		Ajarkan cara menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi
		Pantau keadaan ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik
II	6 hari post partum	Pastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal
		Observasi adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
		Pastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
		Pastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
		Pastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda- tanda kesulitan menyusui
		Berikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir
III	2 minggu post partum	Berikan asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum
IV	6 minggu post partum	Tanyakan penyulit- penyulit yang dialami ibu selama masa nifas
		Berikan konseling KB secara dini

Sumber: Saifuddin (2010)

4. Pelaksanaan.

Tahap ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh yang dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada masa postpartum (Walsh, 2008).

5. Evaluasi.

Tujuan dilakukan evaluasi asuhan kebidanan pada ibu nifas, yaitu untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan kebidanan yang dilakukan pada ibu nifas, efektif jika sesuai dengan kriteria hasil menurut Bahiyatun (2009), meliputi:

- Tidak terjadi komplikasi pada ibu nifas
- Kebutuhan fisik dan psikis ibu dapat terpenuhi
- Tidak terjadi infeksi pada ibu nifas
- Pembentukan ASI lancar
- Ibu dapat melakukan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai.

Menurut Rahayu, Akhiriyanti, dan Asiyah (2012), mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana. Contoh evaluasi pada ibu nifas:

- a) Ibu mengerti dan mengetahui tanda dan gejala komplikasi masa nifas
- b) Ibu mau menuruti anjuran sesuai penyuluhan yang diberikan bidan
- c) Ibu berjanji akan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan
- d) Ibu bersedia menghubungi petugas kesehatan jika menemukan tanda dan gejala komplikasi masa nifas.

2.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1) Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.

a. Pengertian.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat badan lahir 2500-4000 gram (Sondakh, 2013).

Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010).

b. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Muslihatun, 2008. Pada bayi baru lahir dibagi dalam beberapa periode. Yaitu :

a) Periode Transisional.

Pada beberapa jam pertama kehidupan bayi, perlu dilakukan beberapa asuhan, antara lain memantau tanda-tanda vital, menimbang berat badan, dan mengukur panjang badan, lingkar kepala dan lingkar dada, melakukan pengkajian usia gestasi bayi dalam 4 jam pertama kehidupan bayi, dilihat dari karakteristik fisik eksternal dan keadaan neuromuskuler bayi.

(a) Periode Reaktifitas I

Periode pertama reaktifitas berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini, antara lain denyut nadi apikal berlangsung cepat dan irama tidak teratur, frekuensi pernafasan mencapai 80 kali per menit dan

pada beberapa bayi baru lahir ada pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur dan adanya retraksi. Terjadi fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis. Tidak ada bising usus dan bayi tidak berkemih. Bayi memiliki sejumlah mucus, menangis kuat. Pada periode ini, mata bayi terbuka lebih lama dari hari-hari sesudahnya, sehingga merupakan waktu yang tepat untuk memulai proses perlekatan, karena bayi dapat mempertahankan kontak mata dalam waktu lama (Saleha, 2009).

(b) Fase Tidur.

Fase ini merupakan interval tidak responsif relatif atau fase tidur dimulai dari 30 menit setelah periode pertama reaktivitas dan berakhir dalam 2-4 jam. Karakteristik pada fase ini adalah frekuensi pernafasan dan denyut jantung menurun kembali ke nilai dasar, warna kulit cenderung stabil, terdapat akrosianosis dan bisa terdengar bising usus (Saleha, 2009).

(c) Periode Reaktifitas II

Periode kedua reaktifitas ini berakhir sekitar 4-6 jam setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini adalah bayi memiliki tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan. Frekuensi nadi apikal berkisar 120-160 kali per menit, frekuensi pernafasan berkisar 30-60 kali per menit. Terjadi fluktuasi warna kulit dari warna merah jambu atau kebiruan ke sianotik ringan disertai bercak-bercak. Bayi sering berkemih dan mengeluarkan mekoneum pada periode ini. Terjadi peningkatan sekresi mukus dan bayi bisa tersedak pada saat sekresi. Refleks menghisap bayi sangat kuat dan bayi sangat aktif (Muslihatun, 2008).

b) Periode Pascatransisional

Pada saat bayi telah melewati periode transisi, bayi dipindah ke ruang bayi normal atau rawat gabung bersama ibunya. Asuhan bayi baru lahir normal umumnya mencakup pengkajian tanda-tanda vital (suhu aksila, frekuensi fisik setiap 8 jam, pemberian ASI on demand, mengganti popok serta menimbang berat badan setiap 24 jam) (Muslihatun, 2008).

2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian.

1) Data Subyektif.

(1) Biodata

a. Biodata Bayi :

Nama, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Anak ke- , dan Alamat

b. Biodata Orangtua

Nama, Umur, Suku/ Bangsa, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, dan Alamat

(2) Riwayat kehamilan dan persalinan

a. Riwayat prenatal.

Riwayat kehamilan yang mempengaruhi bayi baru lahir adalah kehamilan yang tidak ada komplikasi seperti DM, hepatitis, jantung asma, hipertensi dan TBC. Frekuensi ANC dan keluhan selama hamil. Suntikan TT selama hamil, kebiasaan mengkonsumsi jamu-jamuan atau merokok, pola nutrisi ibu dan pantang makanan selama kehamilan (Arief, 2009).

b. Riwayat natal.

Tempat lahir, ditolong oleh, jenis persalinan, lama persalinan, lahir tanggal, BB/PB, penilaian bayi baru lahir, jenis kelamin, cacat bawaan, masa gestasi, resusitasi dan Inisiasi Menyusu Dini.

Tempat lahir : Bidan Praktek Mandiri, Puskesmas, Rumah Sakit, Rumah Bersalin, Klinik dsb

Penolong : Bidan atau Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi

Jenis Persalinan : spontan belakang kepala, ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, atau *Seccio Caesarea*

Lama Persalinan : Kala I.....jam, Kala II.....jam, Kala III.....jam, Kala IV.....jam. Ketuban jernih atau keruh.

Tanggal dan jam bayi lahir, usia kehamilan saat persalinan/ gestasi. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu. Pada penilaian bayi baru lahir, hal yang dinilai adalah kulit kemerahan, bayi menangis kuat atau tidak dan tonus otot baik atau lemah.

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 gram – 4000 gram dan panjang badan 48 cm-52 cm.

c. Riwayat postnatal.

Nilai *Apgar Score*, bayi sudah BAB dan BAK keluar dalam 24 jam pertama kelahiran dan mekonium berwarna kecoklatan dan imunisasi.

(3) Pola kehidupan.

Menurut Arief dan Kristiyanasari (2009), pola kehidupan yang perlu dikaji pada neonatus, yaitu:

a. Pola Nutrisi.

Setelah lahir bayi segera disusukan pada ibunya. Jangan dibatasi 2-3 jam atau 4 jam sekali. Jika terpaksa diberikan susu formula, berikan sesuai dengan kebutuhan. Kebutuhan minum bayi adalah :

- (a) Hari pertama 60 cc/kg BB/24 jam
- (b) Hari kedua 90 cc / kg BB/ 24 jam
- (c) Hari ketiga 120 cc/kg BB/24 jam
- (d) Hari ke-empat 200 cc/kg BB/24 jam
- (e) Sampai 2 minggu 200 cc/kg BB/24 jam

(Wafinur, 2010).

b. Pola Eliminasi.

Proses pengeluaran, defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir adalah 20-300 cc/24 jam atau 1-2 cc/kg BB/jam.

c. Pola istirahat

Pada keadaan fisiologis bayi lebih banyak tidur sekitar 16-20 jam.

d. Pola aktivitas.

Pola aktivitas bayi seperti menangis dengan keras bila lapar, BAB dan BAK, memutar kepala dan mencari puting susu bila hendak disusui ibunya.

2) Data objektif

(1) Pemeriksaan umum

a. Kesadaran.

Menurut (Lissauer, 2009), status kesadaran seorang bayi dapat dikelompokkan (skala Prechtl) :

- a) Status 1: Mata tertutup, pernapasan regular, tidak ada pergerakan.

- b) Status 2: Mata tertutup, pernapasan iregular, tidak ada pergerakan kasar.
- c) Status 3: Mata terbuka, tidak ada pergerakan kasar.
- d) Status 4: Mata terbuka, terdapat pergerakan kasar, tidak menangis.
- e) Status 5: Mata terbuka atau tertutup, menangis.

b. Tanda-tanda vital

a) Suhu.

Suhu BBL normal adalah antara 36,5°C-37,5°C (Kosim dkk, 2010). Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2010). Suhu aksila pada bayi baru lahir berkisar antara 33°C-36°C . Hipertermia (suhu tubuh > 41°C) adalah keadaan berbahaya sehingga perlu penurunan suhu tubuh dengan segera (Latief dkk, 2000). Hipertermia dapat ditemukan pada dehidrasi, gangguan serebral, infeksi, atau kenaikan suhu lingkungan (Kosim dkk, 2010). Hipotermia (suhu tubuh <35°C) juga dapat berakibat fatal, terutama pada bayi prematur (Latief, 2000).

Pada periode pertama yaitu 15 menit pertama kelahiran suhu tubuh cepat menurun dan mudah mengalami hipotermi. Setelah memasuki periode relative atau satu jam setelah kelahiran suhu tubuh tidak menurun.

b) Pernapasan.

Laju napas normal neonatus berkisar antara 40-60 kali permenit. perhitungan harus dilakukan satu menit penuh karena sering terdapat *periodic breathing*, yaitu pola pernapasan pada neonatus, terutama prematur, yang ditandai dengan henti napas yang berlangsung kurang dari 20 detik, dan terjadi secara berkala. Perhatikan juga tipe pernapasan neonatus (Latief, 2000).

c) Nadi.

Nadi apikal dapat berfluktuasi dari 110 sampai 180 dpm. Tekanan darah 60-80 mmHg (sistolik), 40-45 mmHg (diastolik) (Latief, 2000).

(2)Pemeriksaan fisik.

a. Kulit.

Kulit neonatus ditutupi oleh zat seperti lemak (*vernix caseosa*) berfungsi sebagai pelumas serta isolasi panas. Lanugo (rambut halus yang terdapat pada punggung bayi) lebih banyak pada bayi kurang bulan dan makin berkurang pada bayi cukup bulan (Latief, 2000).

b. Kepala.

Pada kelahiran spontan letak kepala sering terlihat tulang kepala tumpang tindih karena Perhatikan adanya kelainan yang disebabkan trauma lahir, seperti kaput suksedaneum, hematoma sefal, perdarahan subaponeurotik, atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan juga kelainan kongenital, seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes, atau hidrosefalus (Latief, 2000).

c. Muka.

Wajah neonatus sering tampak asimetris oleh karena posisi janin intrauterin. Kelainan wajah yang khas terdapat pada beberapa sindrom, seperti sindrom down atau sindrom Pierre-Robin. (Latief, 2000).

d. Mata.

Konjungtiva merah muda, sclera putih. Perhatikan adanya sekret mata. Konjungtivitis oleh kuman gonokok cepat menjadi panoftalmia dan menyebabkan buta (Latief, 2000).

e. Hidung.

Neonatus bernapas melalui hidung. Bila bernapas melalui mulut, harus dipikirkan kemungkinan adanya obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung, atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring. Pernapasan cuping hidung menunjukkan adanya gangguan paru. Lubang hidung sering tersumbat oleh mucus (Latief, 2000).

f. Mulut.

Dengan inspeksi, dapat terlihat adanya labio dan genatoskisis, adanya gigi atau ranula, yaitu kista lunak berasal dari dasar mulut. Perhatikan lidah apakah membesar, seperti pada sindrom Beckwith, atau selalu bergerak, seperti pada sindrom Down. Neonatus dengan edema otak atau tekanan intrakranial meninggi seringkali lidahnya keluar masuk (tanda *Foot*). Secara palpasi, dapat dideteksi adanya *high arch palate*,

palatoskisis, dan baik atau tidaknya refleks isap. Saliva bayi biasanya sedikit. Bila terdapat hipersalivasi, perlu dipikirkan kemungkinan atresia esofagus dengan atau tanpa fistula trakeoesofagus (Latief, 2000).

g. Telinga.

Pada neonatus cukup bulan telah terbentuk tulang rawan, sehingga bentuk telinga dapat dipertahankan. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada neonatus dengan sindrom Pierre-Robin. Bila terdapat tanda-tanda infeksi, periksalah membran timpani (Latief, 2000).

h. Leher

Leher neonatus tampak pendek, tetapi pergerakan baik. Bila terdapat keterbatasan pergerakan, perlu dipikirkan kelainan tulang leher. Trauma leher pada persalinan sulit, dapat menyebabkan kerusakan pleksus brakialis, sehingga terjadi paresis pada tangan, lengan, atau diafragma. Dapat terjadi perdarahan m. sternokleidomastoideus yang bila tidak ditangani dengan baik, dapat menyebabkan tortikolis. Perhatikan terdapatnya *webbed neck* yang terdapat pada beberapa kelainan kongenital, seperti sindrom Turner (Latief, 2000).

i. Dada.

Bentuk dada neonatus seperti tong. Pada respirasi normal dinding dada bergerak bersama dengan dinding perut. Bila terdapat gangguan pernapasan terlihat pernapasan paradoksial dan retraksi pada respirasi. Gerakan dinding dada harus simetris, bila tidak, harus dipikirkan kemungkinan pneumotoraks, paresis diafragma, atau hernia diafragmatika. Kelenjar payudara, baik wanita atau lelaki, kadang tampak membesar dan sering disertai sekresi air susu akibat pengaruh hormon ibu. Kadang ditemui puting susu berlebih (*supernumary nipples*). Dengan palpasi dapat menemukan fraktur klavikula serta meraba iktus kordis untuk menentukan posisi jantung (adanya dekstrokardia atau dektoposisi). Laju jantung dihitung selama satu menit penuh dengan stetoskop. Laju jantung normal adalah 120-160 x/menit

dan dipengaruhi oleh aktivitas bayi. Terdapatnya bising usus di daerah dada menunjukkan adanya hernia diafragmatika (Latief, 2000).

Pada periode pertama yaitu 15 menit setelah bayi lahir, detak jantung cepat, tidak teratur dan suara jantung keras. Pernapasan menjadi cepat dan dangkal disertai adanya ronchi.

j. Abdomen.

Dinding perut neonatus lebih datar dari pada dinding dadanya. Bila perut sangat cekung. Perut yang membuncit mungkin disebabkan hepatosplenomegali, tumor lainnya, atau cairan di dalam rongga perut. Bila perut kembung, teliti kemungkinan enterokolitis nekrotikans, perforasi usus, atau ileus. Hati biasanya teraba 2-3 cm di bawah arkus kosta kanan. Limpa sering teraba 1 cm di bawah arkus kosta kiri, karena masih terjadi hematopoeisis ekstrasmedular. Kadang hati dan limpa sedemikian besar, sehingga batas bawahnya berada di abdomen bagian bawah, misalnya pada eritroblastosis fetalis (Latief, 2000).

Pada periode pertama yaitu 15 menit setelah kelahiran tali pusat masih berdenyut.

k. Genitalia.

Pada bayi perempuan cukup bulan, labia minora tertutup oleh labia mayora. Lubang uretra terpisah dari lubang vagina. Bila hanya terdapat satu lubang, berarti ada kelainan. Kadang tampak sekret berdarah dari vagina, disebabkan oleh pengaruh hormon ibu (*withdrawal bleeding*). Pada bayi laki-laki sering terdapat fimosis. Ukuran penis berkisar antara 3-4 cm (panjang) dan 1-1,3 cm (lebar). *Hipospadia* adalah kelainan berupa defek di bagian ventral penis. *Epispadia* yaitu defek pada dorsum penis. Skrotum biasanya besar dan mempunyai banyak *rugae*. Hidrokel sering ditemukan dan harus dibedakan dari hernia inguinalis. Testis biasanya sudah turun ke dalam skrotum pada bayi cukup bulan. Pada bayi kurang bulan, tidak jarang terdapat *kriptorkismus*, yaitu testis yang belum turun ke dalam kantong skrotum. Torsi testis dapat terjadi *in utero* dan dapat dilihat saat lahir berupa testis yang membesar dan keras (Latief, 2000).

l. Anus.

Pemeriksaan anus untuk mengetahui ada tidaknya atresia ani. Perhatikan adanya anus imperforata dengan memasukkan termometer ke anus. Pengeluaran mekonium biasanya terjadi dalam 24 jam pertama. Bila setelah 48 jam mekonium belum keluar, perlu dipikirkan kemungkinan *mekonium plug syndrome*, megakolon, atau obstruksi saluran pencernaan (Latief, 2000).

m. Punggung.

Neonatus diletakkan dalam posisi tengkurap, tangan pemeriksa meraba sepanjang tulang belakang untuk mencari adanya skoliosis, meningokel, spina bifida, spina bifida okulta, atau sinus pilonidalis (Latief, 2000).

n. Ekstremitas.

Perhatikan pergerakan ekstremitas. Bila ada asimetri, kemungkinan adanya patah tulang atau kelumpuhan saraf. Kelumpuhan pada lengan mungkin disebabkan oleh fraktur *humerus* atau kelumpuhan *Erb* (kerusakan yang terjadi pada saraf servikal 5 & 6). Kelumpuhan pada tangan dapat disebabkan oleh paralisis *Klumpke* (kerusakan pada saraf servikal 7 dan torakal 1). Paralisis kedua tungkai dapat disebabkan oleh trauma berat atau kelainan bawaan di tulang belakang. Hipotonia umum (*floppy infant*) biasa disebabkan oleh kelainan susunan saraf pusat. Keadaan jari-jari tangan dan kaki apakah ada polidaktili, sindaktili, *claw-hand*, atau *clew-feet* (Latief, 2000).

(3) Pemeriksaan refleks/Neurologis.

a. Refleks *Rooting*

Diperiksa dengan menyentuhkan ujung jari atau puting di sudut mulut bayi, maka bayi akan menengok ke arah rangsangan dan berusaha memasukkan ujung jari tersebut ke mulutnya (Latief dkk, 2000). Sulit atau tidak mungkin menghasilkan refleks ini jika bayi telah diberi minum. Jika lemah atau tidak ada, pertimbangkan adanya prematuritas atau kelainan neurologis. Refleks hilang setelah 3 atau 4 bulan, tetapi dapat menetap sampai usia 1 tahun (Bobak, 2005).

b. Refleks *Sucking*

Refleks sucking atau refleks isap terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan (Saifuddin, 2010).

c. Refleks Menjulurkan Lidah

Sentuh atau tekan ujung lidah, maka bayi akan menjulurkan lidah keluar. Refleks hilang pada usia empat bulan (Bobak, 2005).

d. Refleks *Moro*

Gendong bayi dalam posisi setengah duduk, biarkan kepala dan badan bayi jatuh ke belakang dengan sudut 30° atau tempatkan bayi pada permukaan yang rata lalu hentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi (Bobak, 2005). Reaksinya bayi akan kaget, lengan direntangkan dalam posisi abduksi ekstensi simetris dan tangan terbuka disusul dengan gerakan lengan adduksi dan fleksi. Pada bayi prematur, setelah ia merentangkan lengan, tidak selalu diikuti oleh gerakan fleksi. Bila tidak ada reaksi merentangkan lengan sama sekali atau rentangan lengan asimetris (Latief, 2000), kemungkinan cedera pada pleksus brakialis, klavikula, atau humerus. Dalam keadaan normal, akan tetap ada sampai usia 3-4 minggu, hilang pada usia enam bulan. Respons yang menetap setelah enam bulan kemungkinan kerusakan otak (Bobak, 2005).

e. Refleks *Tonic Neck* atau *Fencing*

Bayi diletakkan dalam posisi telentang, kepala di garis tengah dan ekstremitas dalam posisi fleksi, kemudian kepala ditengokkan ke kanan, maka akan terjadi ekstensi pada ekstremitas sebelah kanan, dan fleksi pada ekstremitas sebelah kiri. Yang selalu terjadi adalah ekstensi lengan, sedangkan tungkai tidak selalu ekstensi, dan fleksi pada ekstremitas kontralateral juga tidak selalu terjadi. Setelah selesai, ganti kepala dipalingkan ke kiri (Latief dkk, 2000) dan ekstremitas akan mengambil postur yang berlawanan. Respons lengkap akan hilang pada usia 3-4 bulan; respons sebagian mungkin masih terlihat sampai usia 3-4 tahun. Setelah enam minggu respons yang menetap merupakan tanda kemungkinan serebral palsy (Bobak, 2005).

f. Refleks *Withdrawal*

Pemeriksaan dilakukan dengan jarum untuk merangsang telapak kaki, maka akan terjadi fleksi pada tungkai yang dirangsang dan terjadi ekstensi pada tungkai kontralateral (Latief, 2000).

g. Refleks Babinski.

Pada telapak kaki, dimulai pada tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Reaksinya semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi, dicatat sebagai hasil positif. Jika refleks ini tidak ada, perlu dilakukan pemeriksaan neurologis. Harus hilang setelah usia satu tahun (Bobak, 2005)

h. Refleks *Plantar Graps*.

Tempatkan jari pada telapak kaki, maka akan terjadi fleksi jari-jari kaki (Latief, 2000). Respons telapak kaki berkurang pada usia 8 bulan (Bobak, 2005).

i. Refleks *Palmar Graps*

Tempatkan jari pada telapak tangan, maka jari-jari bayi akan menggenggam jari pemeriksa. Respons telapak tangan menurun pada usia 3-4 bulan (Bobak, 2005).

j. Refleks *Glabellar (Myerson's)*

Ketuk dahi, batang hidung, atau maksila bayi yang matanya sedang terbuka. Bayi akan mengejapkan mata pada 4-5 ketukan pertama. Kedipan yang terus-menerus pada ketukan berulang menunjukkan adanya gangguan ekstrapiramidal (Bobak, 2005).

(4) Pengukuran antropometri.

a. Berat badan.

Berat neonatus cukup bulan antara 2500 sampai 4000 gram (Latief dkk, 2000). Penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan lahir menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2006).

b. Panjang badan

Panjang neonatus cukup bulan 45 sampai 54 cm (Latief, 2000).

c. Lingkar kepala

Lingkaran kepala 33 sampai 37 cm (Latief, 2000).

d. Ukuran diameter kepala

Tabel 2.16 Ukuran Diameter Kepala Bayi

(a)	Diameter <i>Occipito Mentalis</i>	Nilai normal $\pm 13,50$ cm (Wiknjosastro, 2006).
(b)	Diameter <i>Occipito Frontalis</i>	Diameter anteroposterior yang terbentuk antara <i>protuberantia occipitalis externa</i> dan <i>glabella</i> , panjangnya 11,0 cm (Hakimi, 2010) sampai 11,75 cm Wiknjosastro, 2006).
(c)	Diameter <i>Suboccipito Bregmatica</i>	Diameter anteroposterior diukur dari bawah <i>occiput</i> ke <i>bregma</i> , ukurannya 9,5 cm (Verralls, 2003).
(d)	Diameter <i>Submento Bregmatica</i>	Diameter diukur dari bawah dagu ke <i>bregma</i> , besarnya 9,5 cm (Verralls, 2003).
(e)	Diameter <i>Mento Verticalis</i>	Diameter yang turun diukur dari <i>mentum</i> (dagu) ke <i>vertex</i> , besarnya 13 cm (Verralls, 2003) sampai 13,5 cm (Hakimi, 2010).
(f)	Diameter <i>Biparietal</i>	Diameter transversal diukur dari kedua <i>eminentia parietalis</i> , besarnya 9,5 cm (Verralls, 2003).
(g)	Diameter <i>Bitemporal</i>	Diameter transversal di antara <i>os temporalis</i> , jaraknya 8 cm (Hakimi, 2010).

e. Ukuran lingkaran kepala

Tabel 2.17 Ukuran Lingkaran Kepala Bayi

a)	Sirkumferensia <i>Occipitomentalis</i>	Diukur mengelilingi kepala melewati os oksipitalis sampai titik mentalis, besarnya ± 35 cm (Wiknjosastro, 2006).
b)	Sirkumferensia <i>Occipitofrontalis</i>	Diukur mengelilingi kepala melewati <i>fontanella posterior</i> , <i>eminentia parietalis</i> , dan <i>margo supraorbitalis</i> , besarnya 33 cm (Verralls, 2003) sampai 34 cm (Wiknjosastro, 2006).
c)	Sirkumferensia <i>Suboccipito Bregmatica</i>	Diukur mengelilingi kepala melewati <i>protuberantia occipitalis</i> , <i>eminentia parietalis</i> , dan <i>bregma</i> , besarnya 30 cm (Verralls, 2003) sampai 32 cm (Wiknjosastro, 2006).
d)	Sirkumferensia <i>Submento Bregmatica</i>	Diukur mengelilingi kepala melewati bawah dagu ke <i>bregma</i> , besarnya ± 32 cm (Wiknjosastro, 2006).
e)	Sirkumferensia <i>Montoververticalis</i>	Diukur melingkar melewati dagu ke atas sampai <i>vertex</i> , besarnya 38 cm (Verralls, 2003).

f. Lingkar dada.

Lingkar dada biasanya 2 cm lebih kecil dari lingkaran kepala. Panjang lingkar dada 30-38 cm (Latief, 2000).

g. Lingkar lengan.

Pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan bayi (Wahyuni, 2011).

2. Analisa

Neonatus Aterm usia (hari), gestasi..... (minggu) fisiologis.

Masalah pada bayi baru lahir adalah :

Menurut Marmi dan Kukuh Rahardjo (2012), masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah:

- 1) Bentuk kelainan karena trauma persalinan, seperti caput suksedaneum, merupakan benjolan yang terletak pada kepala pada waktu bayi lahir. Kelainan ini timbul akibat tekanan yang keras pada kepala ketika memasuki jalan lahir sehingga terjadi pembendungan sirkulasi kapiler dan limfe disertai pengeluaran cairan tubuh ke jaringan ekstrasvasa.
- 2) Asfiksia neonatorum, adalah keadaan bayi dimana bayi tidak dapat bernapas spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini disertai dengan hipoksia, hiperkapnia, dan berakhir dengan asidosis.
- 3) Ikterus, adalah warna kuning yang dapat terlihat pada sklera, selaput lendir, kulit, atau organ lain akibat penumpukan bilirubin.
- 4) Perdarahan tali pusat dapat terjadi sebagai akibat dari trauma pengikatan tali pusat yang kurang baik atau kegagalan proses pembentukan trombus normal.
- 5) *Hypotermi*, adalah bayi dengan suhu badan di bawah normal. Adapun suhu normal bayi adalah 36, 5-37, 5°C. Suhu normal pada neonatus 36, 5-37, 5°C (suhu ketiak).
- 6) *Hypertermi*, adalah suhu tubuh yang tinggi dan bukan disebabkan oleh mekanisme pengaturan panas hipotalamus.

3. Perencanaan.

Pada bayi baru lahir dalam masa transisi awal.

Asuhan segera yang diberikan pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek-aspek penting asuhan segera bayi baru lahir menurut Marmi dan Kukuh Rahardjo (2012) adalah:

- a. Memantau pernapasan dan warna kulit bayi setiap 5 menit sekali.

- b. Jaga agar bayi tetap kering dan hangat dengan cara ganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut serta pastikan kepala bayi telah terlindung dengan baik.
 - c. Identifikasi bayi: Merupakan alat pengenalan bayi agar tidak tertukar.
 - d. Periksa telapak kaki bayi setiap 15 menit: Jika telapak bayi dingin, periksa suhu aksila bayi. Jika suhu kurang dari 36, 5°C segera hangatkan bayi.
 - e. Kontak dini dengan bayi. Berikan kepada ibunya secepat mungkin untuk kehangatan yaitu untuk mempertahankan panas serta untuk ikatan batin dan pemberian ASI.
 - f. Jangan pisahkan ibu dengan bayi dan biarkan bayi bersama ibunya paling sedikit 1 jam setelah persalinan.
 - g. Berikan vitamin K 1 mg secara *intra muscular* untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi.
 - h. Berikan salep mata tetracyclin 1% untuk mencegah terjadinya infeksi
- Menurut Wafi (2010), Asuhan dan perencanaan selanjutnya pada neonatus, meliputi:

1) Kunjungan I (umur 6 jam – 3 hari)

- (1) Observasi TTV, BAB, dan BAK.
- (2) Memberikan nutrisi, yaitu pemberian ASI.
- (3) Memandikan bayi setelah 6 jam persalinan.
- (4) Merawat tali pusat.
- (5) Menjaga kehangatan dengan membedong bayi.
- (6) Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir, meliputi: 1) hipotermi/ hipertermi; 2) malas minum; 3) tidak berkemih setelah 24 jam; 4) mekonial belum keluar setelah 3 hari pertama kelahiran; 5) tali pusat menunjukkan tanda – tanda infeksi; 6) rewel dan menangis terus; 7) warna kulit sianosis; 8) feces hijau/ berlendir/ berdarah; 9) sulit bernapas.
- (7) Melakukan rawat gabung.
- (8) Menjadwalkan kunjungan ulang neonatus.

2) Kunjungan II (umur 4-7 hari)

- (1) Observasi TTV, BAB, dan BAK.
- (2) Mengevaluasi pemberian nutrisi, yaitu pemberian ASI.

- (3) Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya pada neonatus
 - (4) Menjadwalkan kunjungan ulang neonatus.
- 3) Kunjungan III (umur 8-14 hari)
- (1) Observasi TTV, BAB, dan BAK.
 - (2) Memberikan imunisasi BCG.
 - (3) Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya neonatus, meliputi:
 - (4) Menjadwalkan kunjungan ulang neonatal.
- 4) Kunjungan IV (umur ≥ 15 hari)
- (1) Observasi TTV, BAB, dan BAK.
 - (2) Memastikan bahawa bayi sudah bisa menyusu dengan baik, minimal 2-4 jam sekali menyusu, berkemih 6-8 x/hari, dan gerakan bayi aktif.
 - (3) Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya neonatus, meliputi:
 - (4) Menjadwalkan kunjungan neonatal dan mengingatkan pada ibu jadwal imunisasi selanjutnya.

Pemberian imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan (imunitas), bila terpajan antigen/kuman penyakit. Tujuan imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat *penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi* (PD3I). Jadwal pemberian imunisasi dasar dapat dilihat pada

Tabel. 2.18

Tabel. 2.18 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar (Interval Minimal 1 Bulan)

Kontak (Umur)	Bayi Lahir di Rumah	Bayi Lahir di Fasilitas Pelayanan Imunisasi
I (< 7 hari)	HB0	HB0, BCG, Polio 1
II (2 bulan)	BCG, DTP-HB1, Polio 1	DTP-HB1, Polio 2
III (3 bulan)	DTP-HB2, Polio 2	DTP-HB2, Polio 3
IV (4 bulan)	DTP-HB3, Polio 3	DTP-HB3, Polio 4
V (9 bulan)	Campak, Polio 4	Campak

Sumber : Sondakh, Jenny J.S. 2013

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuannya adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah

ditetapkan, yang, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi *koping* (Nursalam, 2001).

5. Evaluasi.

Tujuan dilakukan evaluasi asuhan kebidanan pada neonatus, yaitu untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan kebidanan yang dilakukan pada neonatus, efektif jika sesuai dengan kriteria hasil. Menurut Sudarti (2010), bayi dapat beradaptasi dengan kehidupan di luar uterus, dan tidak terjadi infeksi.

2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1) Konsep Dasar Keluarga Berencana.

a. Pengertian Keluarga Berencana.

Keluarga berencana (KB) merupakan suatu upaya yang dilakukan manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum dan moral pancasila untuk kesejahteraan keluarga (Dewi Maritalia, 2012).

Keluarga Berencana adalah upaya untuk mewujudkan keluarga berkualitas melalui promosi, perlindungan, dan bantuan dalam mewujudkan hak-hak reproduksi serta penyelenggaraan pelayanan, pengaturan dan dukungan yang diperlukan untuk membentuk keluarga dengan usia kawin yang ideal; mengatur jumlah, jarak dan usia ideal melahirkan anak; pengaturan kehamilan dan melahirkan anak; pengaturan kehamilan dan membina ketahanan dan kesejahteraan keluarga (BKKBN Prov. Jatim, 2013).

b. Klasifikasi dan Proses Kerja Keluarga Berencana

Menurut Saifuddin, AB (2003), metode KB yang cocok bagi ibu nifas, terdiri dari :

- 1) Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL sebagai kontrasepsi bila:
 - (1) Menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari
 - (2) Belum haid
 - (3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

Cara kerja: Penundaan/penekanan ovulasi.

Keuntungan kontrasepsi:

- (1) Efektivitas tinggi
- (2) Tidak mengganggu senggama
- (3) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (4) Tidak perlu obat atau alat
- (5) Tanpa biaya
- (6) Tidak berpengaruh pada produksi ASI

Keterbatasan:

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- (2) Tidak melindungi terhadap IMS.

Cara pemakaian:

- (1) Bayi disusui menurut kebutuhan bayi
- (2) Biarkan bayi menghisap sampai melepaskan sendiri hisapannya.
- (3) Bayi terus disusukan walau ibu atau bayi sedang sakit.
- (4) Ketika mendapat haid pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai metode KB lainnya.

2) PIL Progestin.

Cocok untuk ibu menyusui, tidak menurunkan produksi ASI, dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

Efek samping:

Gangguan perdarahan (perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur).

Cara kerja:

Menekan ovulasi, Rahim tidak bisa menerima hasil pembuahan, Mengentalkan lendir servik, Mengganggu transportasi sperma.

Keuntungan:

- (1) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (2) Tidak mempengaruhi ASI.
- (3) Kesuburan cepat kembali.
- (4) Dapat dihentikan setiap saat.

Keterbatasan:

- (1) Mengganggu siklus haid.
- (2) Peningkatan atau penurunan berat badan.
- (3) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
- (4) Bila lupa 1 pil saja kegagalan menjadi lebih besar.
- (5) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dan timbul jerawat.

Cara pemakaian:

- (1) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid.
- (2) Diminum setiap hari pada saat yang sama.
- (3) Bila lupa 1 atau 2 pil minumlah segera pil yang terlupa dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan.
- (4) Bila tidak haid, mulailah paket baru 1 hari setelah paket terakhir.

3) Suntik Progestin

Profil :

- (1) Sangat efektif dan aman.
- (2) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- (3) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.
- (4) Cocok untuk masa menyusui, karena tidak menekan produksi ASI.

Cara kerja :

Mencegah ovulasi, Mengentalkan lendir servik, Menghambat transportasi sperma.

Keuntungan :

- (1) Sangat efektif
- (2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- (3) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai pre menopause.
- (4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah

Keterbatasan :

- (1) Gangguan siklus haid.
- (2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
- (3) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat

Cara pemakaian :

- (1) Setiap saat selama siklus haid, asal tidak sedang hamil.
- (2) Mulai hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid
- (3) Selama 7 hari setelah suntikan pertama tidak boleh melakukan hubungan seksual
- (4) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intra muskuler dalam didaerah pantat. suntikan diberikan setiap 90 hari.

4) Kontrasepsi Implan

Profil :

- (1) Efektif selama 5 tahun, untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Indoplant, dan Implanon.
- (2) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- (3) Pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan.
- (4) Kesuburan segera kembali setelah implant di cabut.
- (5) Aman dipakai saat laktasi.

Cara Kerja:

Lendir serviks menjadi kental, Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, Mengurangi transportasi sperma, Menekan pembentukan sel telur

Keuntungan:

- (1) Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)
- (2) Pengembalian tingkat kesuburan cepat setelah pencabutan.
- (3) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- (4) Bebas pengaruh estrogen.
- (5) Tidak mengganggu senggama.
- (6) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (7) Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan

Keterbatasan:

- (1) Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak flek-flek, haid lebih sering, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta tidak haid.

- (2) Timbul keluhan-keluhan seperti: nyeri kepala, nyeri dada, perasaan mual, pening/ pusing kepala, peningkatan/ penurunan berat badan.
- (3) Membutuhkan tindak pembedahan minor.

Cara Pemakaian:

- (1) Setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7, atau 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan, pasca keguguran.
- (2) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal atau AKDR dan ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat.
- (3) Daerah pemasangan atau insersi pada lengan kiri atas bagian dalam (sub kutan).
- (4) Daerah insersi harus tetap kering dan bersih selama 48 jam pertama (untuk mencegah infeksi pada luka insisi)
- (5) Balutan penekan tetap ditinggalkan selama 48 jam, sedangkan plester dipertahankan hingga luka sembuh (biasanya 5 hari).
- (6) Setelah luka sembuh daerah tersebut dapat disentuh dan dicuci dengan tekanan wajar.
- (7) Bila ditemukan adanya tanda-tanda infeksi seperti demam peradangan, atau bila ada rasa sakit menetap selama beberapa hari, segera kembali ke klinik.
- (8) Setelah masa pemakaian habis, implan harus segera dilepas.

5) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Profil :

- (1) Sangat efektif, reversibel, dan berjangka panjang.
- (2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
- (3) Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan
- (4) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi
- (5) Tidak boleh dipakai oleh wanita yang terpapar Infeksi Menular Seksual
- (6) Ada beberapajenis : CuT-380A, NOVA-T, LípezLoops.

Cara Kerja :

- (1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- (2) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri.

- (3) Mencegah sperma dan ovum bertemu atau membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- (4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

Keuntungan :

- (1) Efektifitas tinggi (0,6-0,8 kehamilan/ 100 wanita dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- (2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- (3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual, dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- (4) Tidak mempengaruhi kualitas dan produksi ASI.
- (5) Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- (6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- (7) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.

Kerugian :

- (1) Efek samping yang umum terjadi : perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan spotting antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
- (2) Komplikasi lain : merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan perforasi dinding uterus, perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia.
- (3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- (4) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti-ganti pasangan.

Cara Pemakaian :

- (1) Setiap waktu dalam siklus haid, dan dipastikan klien tidak hamil.
- (2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
- (3) Segera setelah melahirkan (4 minggu pasca persalinan) dan setelah 6 bulan dengan metode MAL.

- (4) Setelah abortus (bila tidak ada gejala infeksi)
- (5) Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi
- (6) AKDR dipasang di dalam rahim.
- (7) Kembali memeriksakan diri setelah 4-6 minggu setelah pemasangan.
- (8) Selama bulan pertama pemakaian AKDR, periksa benang secara rutin terutama setelah haid.
- (9) Segera kembali ke klinik apabila: tidak dapat meraba benang AKDR, merasakan bagian yang keras dari AKDR, AKDR terlepas, siklus haid terganggu atau meleset, terjadi pengeluaran cairan vagina yang mencurigakan, adanya infeksi.
- (10) Setelah masa pemakaian habis, AKDR harus segera dilepas.

6) Tubektomi

Profil :

- (1) Sangat efektif dan permanen.
- (2) Tindak pembedahan yang aman dan sederhana
- (3) Tidak ada efek samping.
- (4) Konseling dan *informed consent* (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan.

Cara Kerja :

Dengan mengikat dan memotong atau memasang cincin, sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

Keuntungan :

- (1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- (2) Tidak mempengaruhi proses menyusui.
- (3) Tidak bergantung pada factor sanggama.
- (4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius.
- (5) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal.
- (6) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
- (7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon indung telur).

Kerugian :

- (1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.
- (2) Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum).
- (3) Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (4) Dilakukan oleh dokter yang terlatih .
- (5) Tidak melindungi diri dari IMS.

Yang dapat Menjalani Tubektomi, yaitu :

- (1) Usia > 26 tahun
- (2) Anak > 2
- (3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- (4) Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius.
- (5) Setelah melahirkan
- (6) Setelah keguguran
- (7) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

c. Konseling KB.

Dalam melakukan asuhan kebidanan pada pelayanan KB, sangat penting pemberian konseling guna menemukan pilihan metode kontrasepsi yang tepat sesuai kebutuhan pasien atau pasangan usia subur. Langkah-langkah konseling menggunakan **SATU TUJU**, yaitu:

1) **SA:** Sapa dan Salam.

Berikan salam, mengenalkan diri dan membuka komunikasi dengan sopan.

2) **T :** Tanya.

Tanyakan kepada ibu tinformasi tentang dirinya. Bantu ibu untuk berbicara mengenai pengalaman KB dan Kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarga. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh ibu. Berikan perhatian kepada ibu, apa yang disampaikan oleh ibu sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya.

3) **U :** Uraikan.

Uraikan kepada ibu mengenai pilihannya, dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi.

4) **TU**: Bantu.

Bantulah ibu menentukan pilihannya. Bantulah ibu berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Ajukan pertanyaan untuk mendorong ibu menunjukkan kinginannya dan jika ibu bertanya tanggapilah secara terbuka.

5) **J** : Jelaskan.

Jelaskan cara menggunakan kontrasepsi pilihan ibu, jika perlu tunjukkan alat atau obat kontrasepsinya.

6) **U** : Kunjungan Ulang.

Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian, kapan ibu akan kembali untuk melakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi. Anjurkan ibu untuk datang kembali jika ada keluhan.

2) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Pengkajian Data

1) Data subjektif

- (1) Identitas meliputi nama, usia, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat
- (2) Keluhan utama: Ibu ingin menjarangkan kehamilan
 Berbagai efek samping kontrasepsi menurut Niken Meilani (2012) dalam buku *Pelayanan Keluarga Berencana*, meliputi :
 - a. Kondom : alergi terhadap bahan karet kondom atau alergi terhadap spermisida.
 - b. Pil : tidak haid (amenorea), mual, pusing, muntah, perdarahan pervaginam/spotting, nyeri tekan payudara, fluktuasi berat badan
 - c. Suntik : amenorea, mual, pusing, muntah, perdarahan, spotting
 - d. AKDR : amenorea, kejang, perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur, benang hilang, pengeluaran cairan pervaginam
 - e. Implan : amenorea, spotting, ekspulsi, infeksi daerah insersi, berat badan naik/turun.

f. Tubektomi : infeksi luka, demam pascaoperasi, hematoma, nyeri pada lokasi pembedahan, perdarahan superficial

g. Vasektomi : perdarahan, infeksi

(3) Riwayat menstruasi.

Amenorea, menarche, siklus haid, dismenorea, HPHT, HPL.

(4) Riwayat KB.

Ibu sebelumnya menggunakan KB hormonal maupun non hormonal dapat menggunakan KB suntik 3 bulan, pil, AKDR, Implan, Tubektomi, Vasektomi, Kondom, Kalender, MAL, Diafragma (Saifudin, 2006).

(5) Status Pasangan Terhadap KB

Suami mendukung dan menyetujui penggunaan kontrasepsi (Saifudin, 2006).

(6) Status Kehamilan Saat Ini

Ibu dalam keadaan tidak hamil (Saifudin, 2006).

(7) Riwayat Kesehatan Ibu.

Riwayat kesehatan ibu menurut Abdul Bari Saifuddin (2006) sebagai berikut :

- a. KB Suntik 3 bulan : Ibu umumnya tidak mempunyai penyakit DM disertai komplikasi, kankerpayudara/riwayat kanker payudara, kejang, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- b. KB Pil Progestin : Ibu umumnya tidak mempunyai penyakit kanker payudara/riwayat kanker payudara, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, TBC, epilepsi, mioma uteri, stroke.
- c. Implan : Ibu tidak mempunyai penyakit DM, kanker payudara/ riwayat kanker payudara, TBC, mioma uterus, stroke, jantung, epilepsi, hepatitis, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- d. AKDR : Ibu umumnya tidak mempunyai penyakit vaginitis, salpingitis, endometritis, penyakit radang panggul, miom submukosum, riwayat kehamilan ektopik, penyakit trofoblas ganas, penyakit tuberkulosis panggul, kanker payudara, stroke, jantung, tumor jinak atau ganas pada hati, hepatitis

- e. Tubektomi : Ibu umumnya tidak mempunyai penyakit jantung, penyakit radang panggul, obesitas, diabetes, perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).

(8) Data Psikososial.

Ibu mendapat dukungan suami dan keluarga dalam penggunaan kontrasepsi (Saifudin, 2006).

2) Data objektif

(1) Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum: *komposmentis*, yaitu pasien sadar sepenuhnya dan memberi respons yang adekuat terhadap stimulus yang diberikan (Latief, 2013).
- b. Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan darah. Tekanan darah rata-rata 110/70-120/80 mmHg (Potter dan Perry, 2005). Kontrasepsi progestin boleh digunakan oleh wanita pada tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2010).
 - b) Nadi. Normalnya antara 60 – 100 x/menit
 - c) Suhu. Normalnya antara 36 – 37,5⁰ C
 - d) RR. Normalnya antara 16 – 22 x/menit
 - e) Berat Badan. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering dari kontrasepsi progestin. Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat badan 1-2 kg dapat saja terjadi (Saifuddin, 2010). Terjadi peningkatan berat sebesar rata-rata 2,7 kg untuk tahun pertama, 4 kg setelah 2 tahun, dan 7 kg setelah 4 tahun pemakaian. Namun, pada studi-studi kecil melaporkan tidak terjadi penambahan berat badan pada tahun pertama pemakaian (Cunningham, 2006). Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh, bukan karena retensi cairan tubuh (Hartanto, 2013). Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain (Saifuddin, 2010).

(2) Pemeriksaan fisik

- a. Mata : Sklera warna putih, konjungtiva tidak pucat (Mandriwati, 2012).

- b. Payudara : Bentuk simetris, putting susu menonjol (Mandriwati, 2012); tidak ada keganasan pada payudara, ASI telah keluar. (Saifuddin, 2010).
- c. Abdomen : Bila terjadi nyeri abdomen bawah yang berat kemungkinan gejala kehamilan ektopik terganggu (Saifuddin, 2010).
- d. Genetalia:
 - a) Penggunaan KB AKDR kemungkinan terjadi fluor albus dimana jika kebersihannya kurang, dapat menyebabkan infeksi, tidak ada pembengkakan kelenjar skene dan bartholini. Pada pemakaian jangka panjang dapat menyebabkan kekeringan pada vagina.
 - b) Pada Pengguna AKDR : tidak ada perdarahan pervaginam, tidak ada kelenjar bartholini dan kelenjar skene, tidak ada sersivitis, tidak ada gonorea.
 - c) Pada pengguna Implan : tidak ada perdarahan pervaginam
- e. Ekstremitas. Normalnya tidak terdapat edema. Edema dapat mengindikasikan penyakit kardivaskular (Walsh, 2008). Pada akseptor KB suntik 3 bulan yang mempunyai bakat varises akan menimbulkan varises karena pengaruh hormonal

2. Analisis

1) Diagnosa.

P_____ dengan pro akseptor baru/akseptor lama KB _____

2) Masalah.

Normalnya Tidak ada

- 1) Amenorea adalah keadaan tidak adanya haid untuk sedikitnya 3 bulan berturut-turut. (Winkjosastro, 2010). Waspada terjadi kehamilan dan jika tidak jelaskan efek samping (Saifudin, 2010).
- 2) Perubahan berat badan, informasikan perubahan berat badan 1-2 kg adalah normal. Kaji jika pertambahan hingga 2 kg (Saifudin, 2010).
- 3) Spotting, terjadi pada perdarahan ringan pada tahun pertama. Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun. Bila klien tidak mengeluh pemakaian dapat dilanjutkan, jika mengeluh anjurkan ganti cara (Saifudin, 2010).
- 4) Pusing dan sakit kepala.

- 5) Mual dan muntah, pastikan tidak ada kehamilan. Bila tidak informasikan bahwa akan hilang dalam waktu dekat (Saifudin, 2010)

3. Perencanaan

Menurut Kemenkes RI (2011), perencanaan yang dilakukan pada ibu nifas untuk persiapan KB, yaitu:

- 1) Kunjungan I (4-7 hari post partum).
 - (1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu dan keluarga.
 - (2) Memberikan KIE tentang macam-macam metode kontrasepsi pascapersalinan.
 - (3) Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.
- 2) Kunjungan II (8-14 hari post partum)
 - (1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu dan keluarga.
 - (2) Mengevaluasi konseling tentang pelayanan KB pada ibu nifas.
 - (3) Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

4. Pelaksanaan.

Tahap ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh yang dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada masa postpartum (Wildan dan Hidayat, 2008).

5. Evaluasi.

Tujuan dilakukan evaluasi asuhan kebidanan pada ibu akseptor KB, yaitu untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan kebidanan yang dilakukan pada ibu akseptor KB, efektif jika sesuai dengan kriteria hasil menurut BKKBN (2009), yaitu:

- 1) Tidak terjadi kehamilan tidak diinginkan.
- 2) Didapatkannya kehamilan yang memang diinginkan
- 3) Interval diantara kehamilan dapat diatur
- 4) Waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan umur suami dan istri dapat terkontrol.

5) Dapat diaturnya jumlah anak dalam keluarga

Evaluasi asuhan kebidanan ini ditulis dalam bentuk SOAP.

BAB 3

CONTOH KASUS ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

3.1. Asuhan Kebidanan *Antenatal Care*

3.1.1. Asuhan Kebidanan *Antenatal Care* Kunjungan ke-1

Tanggal Pengkajian : 10-04-2015 Jam : 09.45 WIB
 Tempat Pengkajian : Poli KIA Puskesmas “X” Surabaya
 No Registrasi : 01-5197
 Oleh : Mahasiswi “X”
 Pengkajian Data :

1. Data Subyektif.

1) Identitas.

Nama Istri	: Ny “I”	Nama Istri	: Tn “I”
Umur	: 23 tahun	Umur	: 27 tahun
Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia	Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Karyawan PTC	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Rusun Randu D	Alamat	: Rusun Randu D

Kunjungan ibu ke : 7 (Tujuh).

Alasan Kunjungan : Kunjungan ulang, ibu ingin memeriksakan kehamilannya.

Keluhan utama : Ibu mengatakan akhir-akhir ini sering kencing pada malam hari

2) Riwayat haid.

Menarche : 12 tahun.
 Siklus : 28 hari
 Lama haid : 5-7 hari
 Sifat darah : encer sedikit menggumpal
 Banyak darah : 3x ganti pembalut.
 Dismenorrhoe : ya
 Kapan : satu hari sebelum menstruasi
 Flour Albus : ya setelah menstruasi selesai, selama 3 hari
 Warna : putih jernih, tidak berbau,
 Konsistensi : encer.

3) Riwayat obstetri yang lalu.

Tabel 3.1. Riwayat Obstetri Yang Lalu.

Hamil No	Perkawinan No	Kehamilan		Persalinan				Nifas Penyulit	Anak					KB	Ket.
		TT	Penyulit	UK	Penolong	Jenis	Penyulit		BBL	L/P	Hidup Umur	Mati Umur	Lama meneteki		
1	1	2x	-	9 bln	Bd	Spt.B	-	-	3550 gr	P	2 th, 3 bln	-	1 th	Suntik 3 bl	1,5 th
2	Hamil Ini														

4) Riwayat kehamilan sekarang :

Ibu hamil ke-2

- (a) HPHT : 22-07-2014 TPL : 29-04-2015
- (b) Pergerakan janin pertama kali dirasakan usia kehamilan $\pm$ 4 bulan
- (c) Tanda-tanda bahaya : -
- (d) Keluhan umum pada :
- Trimester I : mual muntah, tidak nafsu makan, pusing.
- Trimester II : tidak ada keluhan.
- Trimester III : tidak ada keluhan.
- (e) Obat-obatan yang dikonsumsi : tablet Fe, tablet Kalk.
- (f) Imunisasi TT : 6x
- (g) Penyuluhan yang pernah didapatkan dari petugas puskesmas:
- Nutrisi untuk ibu hamil
 - Keteraturan ANC
 - Kegiatan yang dilakukan ibu hamil
 - Senam hamil.
 - Personal hygiene
 - Tanda bahaya kehamilan

5) Riwayat kesehatan keluarga :

- (a) Ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan Diabetes Mellitus yaitu dari orang tua perempuan suami
- (b) Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan, seperti : asma, hipertensi.
- (c) Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular seperti PMS, HIV/AIDS, hepatitis dan penyakit lainnya, serta tidak memiliki keturunan kembar.

6) Riwayat kesehatan yang lalu :

Tidak pernah di rawat di RS/ mengalami tindakan operasi dan tindakan lainnya serta tidak pernah memiliki penyakit menurun, penyakit menahun, dan penyakit menular.

7) Riwayat psikososial spiritual

(a) Dukungan keluarga : semua anggota keluarga mendukung kehamilan ibu.

(b) Pengambilan keputusan dalam keluarga : berdiskusi dengan suami.

8) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 bulan selama $\pm$ 2 tahun.

Keluhan : tidak menstruasi, kemudian ganti pil. Kehamilan saat ini tidak direncanakan sebelumnya, dikarenakan ibu lupa minum pil KB.

9) Pola kehidupan sehari-hari

(a) Pola nutrisi/cairan : ibu makan 3-4x/hari dengan menu sehat gizi seimbang (nasi putih, ikan, sayur sup, daging, tahu/tempe, buah dan minum 8 gelas/ hari (6 gelas air putih, 1 gelas teh hangat dan 1 gelas susu).

(b) Pola hidup sehat : kadang-kadang minum jamu beras kencur, tidak merokok, tidak minum obat tanpa resep dokter.

(c) Pola eliminasi : BAB 1x/ hari, konsistensi lembek dan BAK 7-8x/ hari, warna kekuningan.

(d) Pola aktifitas : Ibu rumah tangga dengan aktifitas bekerja sebagai karyawan, menyapu lantai dan memasak serta mengurus anak

(e) Pola istirahat : Ibu tidak pernah tidur siang, tidur malam $\pm$ 7-8 Jam

(f) Pola personal hygiene : Ibu mandi 2-3 x/hari, gosok gigi 2x/hari, ganti pakaian dalam 2-3x, ganti pakaian 2-3x/hari.

(g) Pola seksual : Ibu melakukan hubungan seks dengan suami terakhir 1 bulan yang lalu, ibu mengatakan akhir-akhir ini

badan sering cepat lelah, sehingga tidak mau jika diajak berhubungan seksual dengan suami.

2. Data Obyektif.

1) Pemeriksaan Fisik

- a. Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg, Suhu : 36,5°C
Nadi : 80x/mnt, RR : 22x/mnt.
- b. Keadaan umum : baik Kesadaran : composmentis
- c. BB sebelum hamil : 55 kg BB selama hamil : 70 kg
- d. TB : 156 cm LILA : 28 cm
- d. Keadaan emosional : stabil
- e. Muka/ wajah : oedem (-), pucat (-)
- f. Mata : konjungtiva pucat, sklera mata putih, kelopak mata tidak oedem
- g. Telinga : pengeluaran sekret (-)
- h. Hidung : pengeluaran sekret (-)
- i. Mulut, bibir dan gigi : mukosa bibir lembab, *caries* (+) pada gigi geraham kanan bawah, stomatitis (-)
- j. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan vena jugularis.
- k. Ketiak : kelenjar limfe tidak ada pembesaran
- l. Payudara : simetris, terdapat pembesaran, puting susu menonjol, bersih, tidak teraba massa, colostrum (-).
- m. Abdomen (Inspeksi, Palpasi, dan Auskultasi)
 - Inspeksi : tidak ada bekas operasi (SC, *apendiktomi*, *miomektomi* atau lain-lain)
 - Palpasi : (a) Leopold I : TFU 1 jari di bawah *prosesus xiphoideus* (TFU 37 cm), teraba kurang bulat, lunak, tidak melenting (bokong)
(b) Leopold II : bagian kanan teraba bagian kecil janin, bagian kiri ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung kanan)

(c) Leopold III : bagian bawah teraba bulat, keras, dapat digoyangkan (kepala)

(d) Leopold IV : kepala belum masuk PAP (*convergen*)

McD TFU 37 cm, TBJ : $(37-12) \times 155 = 3.875$ gram

Auskultasi (*doopler*) : DJJ positif 140x/menit, teratur.

- n. Genitalia : oedem (-), kondilomatalata (-), kondiloma acuminata (-), varies (-).
- o. Anus hemoroid/ wasir (-).
- p. Ekstremitas
 - Bagian atas : telapak tangan merah muda, kuku merah muda
 - Bagian bawah : varieses (-), oedem (-), refleks patella +/+

2) Pemeriksaan Penunjang (Lab, USG, X-Ray, dll)

- a. Pemeriksaan laboratorium di Puskesmas "X" tanggal 23-09-2015
 - Hb : 10,2 gr%dl.
 - RH : positif
 - Albumine Urine : negative
 - Reduksi Urine : negative
 - Golongan Darah : O
- b. Pemeriksaan USG : tidak dilakukan

2. Analisa Data/Diagnosa Masalah.

G₂P₁₀₀₀₁ Uk 37-38 minggu, tunggal/ hidup/ intrauterin, letak kepala U, kesan jalan lahir normal, dengan anemia ringan.

3. Penatalaksanaan.

Tanggal: 10/04/2015

Jam: 10.00 WIB

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu.

E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan dan merasa senang karena kondisinya baik.

- 2) Memberikan KIE mengenai tanda bahaya kehamilan lanjut (demam/infeksi yang menyertai, pandangan mata kabur, pusing kepala yang hebat, bengkak wajah dan tangan, gerakan janin berkurang, nyeri perut yang hebat, keluar cairan/ darah dari jalan lahir).

E/ Ibu memahami dan dapat mengulangi kembali penjelasan petugas.

- 3) P4K (Program perencanaan pertolongan dan pencegahan komplikasi), pendamping persalinan, tempat bersalin, donor darah, pengambilan keputusan, dll.

E/ Ibu memilih untuk bersalin di Puskesmas “X” Surabaya, dan akan mendiskusikan hal-hal lainnya dengan suami dan keluarga.

- 4) Membahas penyebab kekurangan darah ringan pada ibu, kemungkinan dari aktivitas ibu yang bekerja, kurang istirahat dan asupan nutrisi ibu yang kurang.

E/ Ibu berusaha untuk menambah jam istirahat dengan segera mengajukan cuti

- 5) Menyarankan kepada ibu untuk mengurangi asupan karbohidrat dengan tetap mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan

E/ Ibu bersedia mengurangi konsumsi nasi dan memperbanyak makan buah dan sayur

- 6) Memberikan terapi pada ibu dan mengingatkan kembali cara minum vitamin yang benar

- FE 2x1 (10 tablet)
- Kalk 1x1 (10 tablet)

E/ Ibu telah menerima obat dan bersedia meminumnya.

- 7) Menyepakati kunjungan ulang 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 21-04-2015 atau sewaktu-waktu bila ibu ada keluhan.

E/ Ibu bersedia datang kontrol ulang pada tanggal yang telah ditentukan

- 8) Memberitahu ibu untuk pemeriksaan HB ulang pada saat kunjungan berikutnya

E/ Ibu bersedia diperiksa ulang HB nya pada kunjungan berikutnya

3.1.2. Asuhan Kebidanan *Antenatal Care* (Kunjungan ke-2)

Tanggal : 21-04-2015

Jam 09.00 WIB

Tempat : Poli KIA Puskesmas “X”

Data Subyektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

Data Obyektif

1) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum	baik	Kesadaran : composmentis
Pemeriksaan tanda-tanda vital	tekanan darah : 120/70 mmHg, S : 36,5 °C, N : 80 x/menit, RR: 19 x/menit	
BB	70 kg	
Muka	pucat (-), Oedem (-)	
Mata	konjungtiva merah muda, sklera putih.	
Abdomen	TFU 1 jari dibawah <i>prosesus xiphoideus</i> (35 cm), teraba bokong, punggung kiri, letak kepala, penurunan kepala 1/5 McD TFU 37 cm, TBJ : (37-11) x 155 = 4.030 gram DJJ : 143 x/menit.	
Ekstremitas	Bagian atas : oedem (-/-), telapak tangan merah muda, kuku merah muda Bagian bawah : oedem (-/-), varises (-/-)	

2) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium di Puskesmas "X" Surabaya, tanggal 21-04-2015

- Hb	12,2 gr%dl
- Albumine Urine	negative
- Reduksi Urine	negative.

b. Pemeriksaan USG tanggal 21-04-2015

Janin tunggal, hidup, intra uterin, letak membujur, presentasi kepala, Bpd : 9,54 cm, 39 minggu 1 hari, EDD: 11-05-2015, perkiraan jenis kelamin perempuan

Analisis : G₂P₁₀₀₀₁ UK 39 minggu, tunggal/ hidup/ intra uterin, letak kepala, ⊕ , kesan jalan lahir normal

Penatalaksanaan :

Tanggal 21-04-2015

Jam : 09.30 WIB

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu
E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan dan merasa senang karena kondisinya baik.
- 2) Mendiskusikan dengan ibu tentang tanda-tanda persalinan (keluar lendir dan darah dari vagina, kencing-kencing yang semakin lama semakin sering dan semakin kuat, keluar cairan ketuban seperti kencing dari kemaluan ibu) dan menganjurkan ibu untuk segera datang ke puskesmas bila menemui tanda-tanda tersebut.
E/ Ibu dapat mengulang kembali tanda-tanda persalinan
- 3) Mengevaluasi pelaksanaan P4K (Program perencanaan pertolongan dan pencegahan komplikasi), pendamping persalinan, tempat bersalin, donor darah, pengambilan keputusan, dll.
E/ Ibu memilih untuk bersalin di Puskesmas “X” Surabaya, pengambilan keputusan oleh suami, didampingi oleh keluarga/suami dan pendonor darah dari keluarga.
- 4) Membahas sejauh mana mengenai persiapan persalinan dan pencegahan adanya penyulit persalinan dengan ibu.
E/ Ibu ingin bersalin di Puskesmas “X” Surabaya, apabila terjadi penyulit saat persalinan ibu bersedia menggunakan mobil ambulance puskesmas untuk kendaraan merujuk.
- 5) Menyepakati kunjungan ulang yaitu pada tanggal 28-04-2015 atau sewaktu-waktu bila ibu ada keluhan
E/ Ibu bersedia datang kontrol ulang sesuai dengan tanggal kesepakatan

3.1.3. Asuhan Kebidanan *Antenatal Care* (Home Care Kunjungan ke 3)

Tanggal : 28-04-2015 Jam 08.45 WIB

Tempat : Rumah Pasien Rusun Randu

Data Subyektif

Ibu mengatakan sering kencing terutama pada malam hari dan perut kadang-kadang terasa kontraksi, gerak anak aktif.

Data Obyektif

- 1) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : baik,

Kesadaran : composmentis

- Tanda-tanda vital : TD : 120/70 mmHg S : 36,5 °C N : 80 x/ menit RR : 20 x/menit
- b. BB : 70 kg
 - c. Muka : oedem (-), pucat (-).
 - d. Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih
 - e. Payudara : putting susu menonjol, bersih, colostrum (+/+)
 - f. Abdomen : TFU 2 jari dibawah px (34 cm), teraba bokong, punggung kiri, penurunan kepala 2/5
McD TFU 36 cm, TBJ : (36-11) x 155 = 3875 gram
DJJ : 143 x/menit
 - g. Ekstremitas : Bagian atas oedem (-/-), telapak tangan merah muda, kuku merah muda
Bagian bawah oedem (-/-), varises (-/-)

Analisis : G₂P₁₀₀₀₁ UK 40 minggu, tunggal/hidup/intra uterin, letak kepala, U^{-} , kesan jalan lahir normal

Penatalaksanaan :

Tanggal 28-04-2015 Jam : 09.00 WIB

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu.
E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan.
- 2) Mendiskusikan dengan ibu untuk sering menghitung gerakan bayinya saat di rumah, yaitu 10 kali gerakan dalam 1 jam, jika dalam 2 jam ibu tidak merasakan gerakan bayinya, ibu diminta untuk segera datang periksa.
E/ Ibu dapat menjelaskan kembali cara menghitung gerakan bayinya di rumah
- 3) Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan, yaitu : perut kontraksi, keluar lendir bercampur darah dan jika keluar air ketuban sewaktu-waktu segera datang ke puskesmas.
E/ Ibu dapat menjelaskan kembali tanda-tanda persalinan dan dapat menyebutkan perbedaan antara air ketuban dengan air kencing
- 4) Memberikan terapi : Kalk 1x1/hari (10 tablet), Fe 1x1/hari (10 tablet), B1 1x1/hari (10 tablet)
E/ Ibu bersedia melanjutkan minum obat.

- 5) Mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang yaitu pada tanggal 05-05-2015 atau sewaktu-waktu bila ibu ada keluhan.

E/ Ibu bersedia datang kontrol ulang ke Puskesmas “X”

3.1.4. Asuhan Kebidanan *Antenatal Care* (Kunjunga ke-4)

Tanggal : 05-05-2015

Jam 09.15 WIB

Tempat : Puskesmas “X”

Data Subyektif

Ibu mengatakan sudah 2 hari ini perut kenceng-kenceng, belum ada pengeluaran lendir bercampur darah dari vagina

Data Obyektif

1) Pemeriksaan fisik

- | | | |
|----------------------|--|-----------------------------|
| a. Keadaan umum | : baik, | Kesadaran : composmentis |
| b. Tanda-tanda vital | : TD : 115/70 mmHg | S : 36,5 °C N : 80 x/ menit |
| | RR : 20 x/menit | |
| c. BB | : 71 kg | |
| d. Muka | : oedem (-), pucat (-) | |
| e. Mata | : konjungtiva merah muda, sklera putih | |
| f. Payudara | : puting susu menonjol, bersih, colostrum (+/+) | |
| g. Abdomen | : TFU 2 jari dibawah (TFU 34 cm), bokong, punggung kiri, presentasi kepala, penurunan kepala 2/5 | |
| | McD TFU 36 cm, TBJ : $(36-11) \times 155 = 3875$ gram | |
| | DJJ 147 x/menit | |
| h. Ekstremitas | : Bagian atas oedem (-/-), telapak tangan merah muda, kuku merah muda. | |
| | Bagian bawah oedem (-/-), varises (-/-) | |

Analisis : G₂P₁₀₀₀₁ UK 41 minggu, tunggal/hidup/intra uterin, letak kepala, U₁, ~~trans~~ jalan lahir normal

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu.

- E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Mengevaluasi HE pada kunjungan minggu lalu tentang cara menghitung gerakan bayinya
- E/ Ibu mengatakan rutin menghitung gerakan bayinya, bayi aktif bergerak 4-6 gerakan dalam 3 jam
- 3) Menjelaskan kembali tanda-tanda persalinan
- E/ Ibu mengatakan merasakan kontraksi setiap $\pm$ 1-2 jam sekali, tapi belum mengeluarkan apa-apa dari kemaluan
- 4) Memberikan ibu vitamin dan menyarankan ibu untuk meminum obat sesuai dosis yang dianjurkan (vitamin B1 sebagai tambahan 2x1 tab)
- E/ Ibu bersedia minum obat dari petugas kesehatan
- 5) Menganjurkan kepada ibu untuk datang kembali sewaktu-waktu jika kontraksi semakin sering atau mengeluarkan darah bercampur lendir, dan jika dalam 3 hari ibu belum melahirkan ibu harus segera datang kontrol kembali untuk USG
- E/ Ibu bersedia menuruti anjuran bidan

3.2. Asuhan Kebidanan *Intranatal Care*

MKB tanggal : 06 Mei 2015 Jam: 15.20 WIB
 Pengkajian tanggal : 06 Mei 2015 Jam: 15.25 WIB
 Tempat : VK Bersalin Puskesmas "X" Surabaya

Data Subyektif :

Ibu datang diantar suami, mengatakan merasakan perut mules sejak tanggal 06 Mei 2015 jam 10.30 WIB, keluar darah lendir jam 13.45 WIB, gerak anak aktif.

Data Obyektif:

- 1) Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan umum : baik Kesadaran : composmentis
 Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg S : 37,2 °C N : 84 x/ menit
 RR : 20 x/menit
 - b. Muka : oedem (-), pucat (-).
 - c. Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih
 - d. Payudara : putting susu menonjol, bersih, colostrums (+/+)

- e. Abdomen : TFU 3 jari dibawah *proxesus xiphoides* (33 cm), teraba bokong, punggung kiri, kepala U , penurunan kepala 3/5.
McD : TFU 36 cm, TBJ : (36-11) x 155 = 3875 gram
DJJ : 146 x/menit.
His : 2 x 10' (30-35")
- f. Genetalia : Keluar lendir darah
- g. Ekstremitas : Bagian atas oedem (-/-), telapak tangan dan kuku merah muda
Bagian bawah oedem (-/-)
- 2) Pemeriksaan khusus : VT Ø 3 cm eff 25 % ketuban (+), ubun-ubun kecil
Jam 15.30 WIB kanan depan, kepala Hodge III U , molase (-), tidak ada bagian kecil janin disamping kepala bayi.

Analisis :

GII P100001, UK 41-42 minggu, tunggal/ hidup/ intra uterin, presentasi kepala U , inpartu kala I fase latent.

Penatalaksanaan :

Tanggal 06-05-2015 Jam : 15.35 WIB

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
E/ Ibu dan keluarga merasa senang dengan keadaan bayinya yang sehat, keduanya menandatangani format *inform consent*
- 2) Meminta suami untuk selalu mendampingi dan memberikan semangat kepada istri
E/ Suami selalu berada disamping ibu
- 3) Menjelaskan kepada ibu untuk mobilisasi aktif
E/ Ibu jalan-jalan di sekitar ruangan
- 4) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum
E/ Ibu makan roti dan minum air putih
- 5) Menyarankan ibu untuk tidak menahan kencing jika ingin BAK
E/ Ibu bersedia untuk sewaktu-waktu kencing jika terasa ingin kencing
- 6) Melakukan observasi CHPB sesuai dengan partograf

E/ Hasil observasi terlampir

Catatan Perkembangan tanggal 06-05-2015 jam : 19.30 WIB

Data Subyektif :

Ibu mengatakan kontraksi masih belum sering sekali, gerak anak aktif

Data Obyektif :

1) Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : baik Kesadaran : composmentis
- Tanda-tanda vital : TD : 115/80 mmHg S : 36,7 °C N : 88 x/ menit
- RR : 18 x/menit
- b. Abdomen : His : 2 x 10' (30-35")
- DJJ : 155 x/menit
- c. Genetalia : Blood slem (+)

- 2) Pemeriksaan khusus : VT Ø 5 cm eff 25 % ketuban (+), ubun-ubun kecil
- Jam 19.32 WIB : depan, kepala Hodge III U , molase (-), tidak ada bagian kecil janin disamping kepala bayi.

Analisis : GII P100001, UK 41-42 minggu, tunggal/ hidup/ intra uterin, presentasi kepala ⊕ , inpartu kala I fase aktif.

Penatalaksanaan :

Tanggal 06-05-2015 Jam : 19.35 WIB

- 1) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
- E/ Ibu mengerti keadaan kehamilannya
- 2) Evaluasi penyebab tidak majunya pembukaan cerviks
- E/ Kontraksi yang tidak adikuat
- 3) Mengajari ibu untuk menstimulasi puting susu
- E/ Ibu terlihat jalan-jalan disekitar kamar sambil menstimulasi puting susu
- 4) Menyiapkan alat-alat untuk persalinan
- E/ Alat-alat telah disiapkan
- 5) Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
- E/ Ibu makan roti dan minum susu

Catatan Perkembangan tanggal 06-05-2015 jam : 23.30 WIB

Data Subyektif :

Ibu mengatakan kontraksi semakin sering dan kuat.

Data Obyektif :

1) Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : baik Kesadaran : composmentis
Tanda-tanda vital : TD : 115/80 mmHg S : 36,7 °C N : 88 x/ menit
RR : 18 x/menit
- b. Abdomen : His : 4 x 10' (40-45'')
DJJ : 158 x/menit
- c. Genetalia : Blood slem (+)

- 2) Pemeriksaan khusus : VT Ø 8 cm eff 50 % ketuban (+), ubun-ubun kecil
Jam 19.32 WIB depan, kepala Hodge III U , molase (-), tidak ada bagian kecil janin disamping kepala bayi.

Analisis : GII P100001, UK 41-42 minggu, tunggal/ hidup/ intra uterin, presentasi kepala $\neg$, inpartu kala I fase aktif.

Penatalaksanaan :

Tanggal 06-05-2015 Jam : 23.40 WIB

- 1) Menjelaskan kepada ibu dan suami hasil pemeriksaan
E/ Ibu mengerti penjelasan dari bidan dan merasa senang karena ada kemajuan pembukaan jalan lahirnya.
- 2) Menganjurkan ibu untuk miring kiri atau kanan
E/ Ibu tidur dengan posisi miring kiri
- 3) Mengajari ibu cara mengatur pernafasan
E/ Ibu bisa mempraktekkan dengan benar cara bernafas saat kontraksi
- 4) Mengajari ibu posisi meneran yang benar
E/ Ibu bisa mempraktekkan posisi meneran yang benar
- 5) Melakukan observasi kemajuan pembukaan 2 jam kemudian (jam 01.40)

Catatan Perkembangan Kala II

Tanggal 07-05-2015

Jam : 01.35 WIB

Data Subyektif :

Ibu mengatakan merasa ingin meneran

Data Obyektif :

1) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : baik Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital : Nadi 88 x/ menit

b. Abdomen : His : 5 x 10' (40-45")

DJJ : 155 x/menit

c. Genetalia : Blood slem (+), vulva membuka, anus menonjol

2) Pemeriksaan khusus : VT Ø 10 cm eff 100 % ketuban (+), ubun-ubun kecil

Jam 20.33 WIB depan, kepala Hodge IV—U , molase (-), tidak ada bagian kecil janin disamping kepala bayi.

Analisis : Inpartu kala II

Penatalaksanaan :

Tanggal 07-05-2015

Jam : 01.40 WIB

1) Menjelaskan kepada ibu dan suami bahwa ibu sudah waktunya untuk meneran

E/ Ibu siap untuk meneran

2) Memecah air ketuban

E/ Ketuban berwarna putih keruh ± 300 cc

3) Mengajari ibu cara mengatur pernafasan

E/ Ibu mengatur pernafasan sesuai dengan yang diajarkan

4) Mengajari ibu posisi meneran yang benar

E/ Ibu meneran dengan kedua tangan memegang pergelangan kaki, telapak kaki sejajar dengan pantat ibu

5) Memimpin persalinan

E/ Ibu melahirkan spontan belakang kepala (spontan B) jam 02.15 WIB, bayi menangis kuat AS : 7-8, perempuan, BBL 3800 gr, PB 52 cm

Catatatan Perkembangan Kala III

Tanggal 07-05-2015

Jam : 02.17 WIB

Data Subyektif :

Ibu merasa lega dan senang karena bayinya sudah lahir

Data Obyektif :

- 1) Abdomen : tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi keras, bayi berada diatas perut ibu
- 2) Genetalia : tali pusat nampak didepan vulva, perdarahan ada tapi tidak aktif

Analisis : Inpartu Kala III

Penatalaksanaan :

- 1) Melaksanakan Manajemen Aktif Kala III (MAK III)
- 2) Mengecek apakah ada bayi ganda, kemudian memberikan injeksi uterotonika
E/ Tidak ada bayi ganda, ibu diinjeksi oksitosin 10 unit/IM
- 3) Melakukan penegangan tali pusat terkendali, kemudian melahirkan plasenta
E/ Setelah dilakukan PTT selama 15 menit, plasenta belum lepas
- 4) Memberikan injeksi ulang uterotonika ke-2, melakukan PTT ulang
E/ Memberikan injeksi oksitosin 10 unit/IM yang ke-2, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah, uterus globuler. Plasenta lahir spontan jam 02.45 WIB, lengkap, berat $\pm$ 500 gram, panjang tali pusat $\pm$ 50 cm, insersi sentral, ketebalan $\pm$ 3cm
- 5) Melakukan masase uterus
E/ Uterus teraba keras, TFU 1 jari dibawah pusat, perdarahan tidak aktif
- 6) Membantu bayi untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
E/ Bayi berada diatas perut ibu

Catatan Perkembangan Kala IV

Tanggal 07-05-2016

Jam. 02.50 WIB

Data Subyektif

Ibu mengatakan merasa senang karena bayi dan plasentanya sudah lahir semua, mules (+), dan merasa nyeri pada vagina.

Data Obyektif

- 1) Tanda-tanda vital : TD 110/75 mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 37 C RR : 16x/menit

- 2) Abdomen : tinggi fundus uteri satu jari dibawah pusat, kontraksi keras
- 2) Genetalia : nampak luka perinium mulai dari mukosa vagina, kulit dan otot perinium, perdarahan aktif

Analisis : Inpartu Kala IV dengan ruptur perinium derajat II

Penatalaksanaan :

- 1) Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penjahitan pada robekan di periniumnya
E/ Luka perinium derajat II sudah dilakukan penjahitan
- 2) Melakukan observasi tanda-tanda vital dan perdarahan sampai dengan 2 jam postpartum
E/ Hasil observasi terlampir di partograp
- 3) Mengajari ibu untuk melakukan masase pada uterusnya
E/ Ibu bisa melakukan masase uterus dengan benar, kontraksi uterus keras, perdarahan ± 100 cc
- 4) Membersihkan ibu dan membereskan alat-alat
E/ Ibu sudah merasa nyaman dan alat-alat sudah didekontaminasi serta di bersihkan
- 5) Membantu ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya
E/ Kolostrum sudah keluar, ibu bisa menyusui bayinya
- 6) Melakukan pendokumentasian
E/ Status pasien dan Partograp sudah terisi semua

Catatan Perkembangan 2 jam *postpartum*

Tanggal 07-05-2015 Jam 04.50 WIB

Data Subyektif

Ibu mengatakan perut terasa mules, teraba keras, merasa keluar darah dari vaginanya.

Data Obyektif

- 1) Tanda-tanda vital : TD 120/70 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,7 C
RR : 18x/menit
- 2) Abdomen : tinggi fundus uteri satu jari dibawah pusat, kontraksi keras
- 2) Genetalia : perdarahan ± 175 cc

Analisis : 2 jam *postpartum*

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan
E/ Ibu dan suami mengerti penjelasan dari Bidan
- 2) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini seperti miring kanan dan miring kiri
E/ Ibu sudah miring kanan dan kiri
- 3) Memberikan HE kepada ibu untuk memberikan bayinya hanya ASI saja sampai usia 6 bulan
E/ Ibu bersedia memberikan hanya ASI pada bayinya
- 4) Memindahkan ibu dengan bayinya ke ruang nifas untuk rawat gabung setelah 2 jam *postpartum*
E/ Ibu dan bayi sudah rawat gabung

3.3. Asuhan Kebidanan *Postpartum Care*

3.3.1. Asuhan Kebidanan 6 jam *Post Partum* (Kunjungan ke-1)

Tanggal : 07 Mei 2015 Jam 09.00 WIB

Tempat : Ruang Bersalin Puskesmas “X” Surabaya.

Data Subyektif

Keluhan ibu : Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan. Ibu sudah BAK, dan belum BAB.
Ibu mengatakan darah yang keluar dari vagina sedikit

Data Obyektif

Keadaan umum	: Baik	Kesadaran : composmentis
Tanda-tanda Vital	: TD : 110/80 mmHg S : 36,5 °C N : 82 x/ menit RR: 20 x/menit	
Payudara	: puting susu bersih dan menonjol, kolostrum +/+.	
Abdomen	: TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras), kandung kemih kosong.	
Genetalia	: <i>lochea rubra</i> ± 25 cc, jahitan bersih, tidak terbuka dan masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi.	
Ekstremitas	: Atas oedem (-), Bawah oedem(-), tidak varises.	

Analisis : P₂₀₀₀₂ 6 jam *postpartum*

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu.
E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan dan senang karena kondisinya baik.
- 2) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi aktif duduk dan jalan-jalan.
E/ Ibu terlihat duduk di tempat tidur.
- 3) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri yaitu dengan masasage fundus uteri.
E/ Ibu dan keluarga mampu melakukan massage uteri.
- 4) Mendiskusikan dengan ibu cara menjaga personal hygiene khususnya daerah perinium
E/ Ibu bersedia untuk menjaga personal hygiene dan dapat mengulang kembali cara cebok yang benar
- 5) Mendiskusikan dengan ibu cara merawat tali pusat di rumah
E/ Ibu bisa mempraktekkan dengan benar cara merawat tali pusat dengan kassa kering
- 6) Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi pada ibu : Tablet Fe 1x1 tablet (7 tablet), Asam Mefenamat 3x500 mg (10 tablet), Amoxicillin 3x500 mg (10 tablet).
E/ Ibu sudah minum obat yang diberikan oleh Bidan

3.3.2. Asuhan Kebidanan 6 hari *Postpartum* (Kunjungan ke-2)

Tanggal : 13 Mei 2015 Jam 08.30 WIB

Tempat : Poli KIA Puskesmas "X" Surabaya.

Data Subyektif

Keluhan Ibu : Ibu mengatakan belum BAB sudah 3 hari ini, Ibu sudah menyusui bayinya tetapi tidak eksklusif, karena kalau malam bayi rewel, ibu merasa ASI nya kurang.

Data Obyektif

Keadaan umum	: Baik	Kesadaran : composmentis
Tanda-tanda Vital	: TD : 115/70 mmHg S : 36,8 °C N : 84 x/ menit RR: 16x/menit	
Payudara	: puting susu bersih dan menonjol, ASI +/-.	

Abdomen	: TFU pertengahan antara pusat-simpisis, kontraksi uterus baik (teraba keras), kandung kemih kosong.
Genetalia	: <i>lochea sanguinolenta</i> $\pm$ 5 cc, jahitan sebagian masih basah, bengkak pada ujung proximal dexstra, merah (-), panas (-)
Ekstremitas	: Atas oedem (-), Bawah oedem(-), tidak varises.

Analisi : P₂₀₀₀₂ *postpartum* fisiologis hari ke-6.

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu.
E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan dan senang karena kondisinya baik.
- 2) Melakukan observasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
E/ Ibu dalam keadaan normal, tidak ditemukan demam, tanda infeksi atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu menyusui dengan baik
E/ Ibu menyusui bayinya dalam sehari kurang lebih 7-8 kali, bayi kurang melekat saat disusui
- 4) Memberikan HE pada ibu untuk mengatasi sebagian luka perinium yang masih basah, yaitu dengan tetap menjaga kebersihan perinium, makan bernutrisi, dan cara duduk dengan benar.
E/ Ibu bersedia melaksanakan nasihat Bidan
- 5) Memberikan konseling pada ibu makan makanan yang mengandung serat tinggi dan minum air putih hangat segera setelah bangun tidur pagi untuk mengatasi konstipasi.
E/ Ibu bersedia mematuhi saran Bidan dan bisa menyebutkan kembali jenis makanan yang mengandung serat tinggi diantaranya kacang-kacangan, sayur bayam, gandum, buah-buahan, dll.
- 6) Mendiskusikan dengan ibu manfaat ASI dan kerugian susu formula
E/ Ibu bersedia akan memberikan ASI saja kepada bayinya
- 7) Menyepakati dengan ibu untuk kontrol kembali tanggal 21 Mei 2015
E/ Ibu bersedia datang kontrol sesuai tanggal kesepakatan

8) Mengecek obat ibu

E/ Ibu telah minum obat dan vitamin sesuai anjuran

3.3.3. Asuhan Kebidanan 2 Minggu *Postpartum* (Kunjungan ke-3)

Tanggal : 20 Mei 2015

Jam 10.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien Rusun Randu.

Data Subyektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu sudah BAB lancar, Ibu mengatakan sudah mampu menyusui bayinya hanya dengan ASI saja, kadang-kadang merasa pusing dan lelah

Data Obyektif

Keadaan umum	: baik	Kesadaran : composmentis
Tanda-tanda Vital	: TD : 120/70 mmHg S : 36,3 °C N : 84 x/ menit RR: 16x/menit	
Payudara	: puting susu bersih dan menonjol, ASI lancar +/+.	
Abdomen	: TFU tidak teraba, kandung kemih kosong	
Genetalia	: <i>lochea sanguinolenta</i> ± 20 cc, jahitan bersih, tertutup dan masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi.	
Ekstremitas	: atas oedem (-), bawah oedem(-), tidak varises.	

Analisis : P₂₀₀₀₂ *postpartum* fisiologis minggu ke-2.

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu.
E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan dan senang karena kondisinya baik
- 2) Mendiskusikan kepada ibu pentingnya istirahat cukup bagi ibu postartum
E/ Ibu mengatakan akan berusaha istirahat sesuai kebutuhan
- 3) Mengevaluasi ibu tekhnik menyusui dengan baik
E/ Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik dan tidak ada kesulitan
- 4) Mendiskusikan dengan ibu rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan
E/ Ibu berencana akan menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan

- 5) Menyepakati dengan ibu untuk kontrol kembali tanggal 11 Juni 2015 dan jika sewaktu-waktu ada keluhan

E/ Ibu bersedia datang lagi sesuai dengan kesepakatan

3.3.4. Asuhan Kebidanan 6 minggu *Postpartum* (Kunjungan ke-4)

Tanggal : 11 Juni 2015 Jam 08.00 WIB

Tempat : Poli KIA Puskesmas "X" Surabaya.

Data Subyektif

Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan baik dari dirinya sendiri, maupun bayinya. Ibu sudah bisa membagi waktu, dan beristirahat sesuai kebutuhannya.

Data Obyektif

Kedadaan umum	: Baik	Kesadaran : composmentis
Tanda-tanda Vital	: TD : 120/70 MmHg S : 36,3 °c N : 84 X/ Menit RR: 16 X/Menit	
Payudara	: Putting susu bersih dan menonjol, asi 106ancer +/-.	
Abdomen	: Tfu tidak teraba, kandung kemih kosong	
Genetalia	: Lochea (-), jahitan sudah tidak ada keluhan.	
Ekstremitas	: Atas oedem (-), bawah oedem(-), tidak varises.	

Analisis : P₂₀₀₀₂ *postpartum* fisiologis minggu ke-6

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu.
E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan dan senang karena kondisinya baik.
- 2) Menjelaskan kepada ibu tentang macam-macam alat kontrasepsi dan efek samping
E/ Ibu dapat menjelaskan kembali beberapa alat kontrasepsi dan efek sampingnya.
- 3) Mendiskusikan dengan ibu pengambilan keputusan penggunaan alat kontrasepsi
E/ Ibu dan suami sudah memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan
- 4) Membuat jadwal kunjungan ulang
E/ Ibu bersedia datang kontrol sesuai jadwal kesepakatan

3.4. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

3.4.1. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Masa Transisi 1 jam (Kunjungan ke-1)

Tanggal : 07 Mei 2015 Jam 03.30 WIB

Tempat : Ruang Bersalin Puskesmas “X” Surabaya

Data Subyektif

1) Biodata Bayi

Nama : Bayi Ny.”I”
 Tanggal Lahir : 07 Mei 2015
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Anak ke- : 2 (dua)
 Alamat : Rusun Randu Blok.A No. 12 Sidotopo Wetan Surabaya

2) Riwayat Prenatal

Ibu mengatakan selama kehamilannya yang kedua ini ibu mengalami keluhan-keluhan biasa seperti kehamilan anak pertamanya, yaitu pada trimester I ibu mual dan muntah, trimester II ibu tidak ada keluhan, dan trimester III ibu mengeluh sering kencing. Ibu juga mengatakan tidak ada keturunan penyakit jantung, asma, kehamilan kembar, tetapi ada keturunan kencing manis. Ibu rutin memeriksakan kehamilannya lebih dari 8 kali, ibu tidak pernah mengonsumsi jamu-jamuan, tidak merokok dan tidak minum-minuman keras.

3) Riwayat Natal

Ibu melahirkan di Puskesmas “X” Surabaya, ditolong oleh Bidan, secara spontan belakang kepala tanggal 07 Mei 2015 jam 01.40 WIB, dengan lama persalinan : 1) Kala I = 8 jam; 2) Kala II = 25 menit; 3) Kala III = 15 menit; 4) Kala IV = 2 Jam
 Berat badan bayi 3800 gram dengan panjang badan 52 cm perempuan. Usia kehamilan ibu 40-41 minggu, tidak ada cacat bawaan, bayi langsung menangis dan bergerak aktif. Kemudian bayi diletakkan diperut ibu untuk IMD.

Data Obyektif

Keadaan umum : Baik,
 Tanda-tanda vital : HR : 134 x/menit S: 36,5 °c RR : 48 x/menit
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Cacat Bawaan : Tidak ada

Masa Gestasi : 40-41 minggu

Inisiasi : Dilakukan, tetapi belum berhasil

Menyusui Dini

Apgar Score :

Menit	Tanda	0	1	2	Jumlah
Ke-1	Appearance (warna kulita)	() pucat/biru seluruh tubuh	(✓) tubuh merah, ekstremitas biru	() seluruh tubuh kemerahan	8
	Pulse (denyut jantung)	() tidak ada	() < 100	(✓) > 100	
	Grimace (tonus otot)	() tidak ada	(✓) ekstremitas sedikit fleksi	() gerakan aktif	
	Activity (aktivitas)	() tidak ada	() sedikit gerak	(✓) langsung menangis	
	Respiration (pernapasan)	() tidak ada	() lemah/ tidak teratur	(✓) menangis	
Ke-2	Appearance (warna kulita)	() pucat/biru seluruh tubuh	(✓) tubuh merah, ekstremitas biru	() seluruh tubuh kemerahan	9
	Pulse (denyut jantung)	() tidak ada	() < 100	(✓) > 100	
	Grimace (tonus otot)	() tidak ada	() ekstremitas sedikit fleksi	(✓) gerakan aktif	
	Activity (aktivitas)	() tidak ada	() sedikit gerak	(✓) langsung menangis	
	Respiration (pernapasan)	() tidak ada	() lemah/ tidak teratur	(✓) menangis	

Pengukuran : 1) Berat Badan : 3800 gram.

Antropometri 2) Panjang Badan : 52 cm

3) Lingkar Kepala : 33 cm

(1)FOB: 33 cm (N = 33 – 34 cm)

(2)MOB: 35 cm (N = 35 – 36 cm)

(3)SOB : 31 cm (N = 30 – 32 cm)

4) Lingkar Dada : 34 cm (N = 30 – 38 cm)

5) Lingkar Lengan Atas : 10 cm

Kepala	: Bentuk bulat, ubun-ubun besar dan kecil belum menutup, teraba cekung, teraba sutura. Rambut warna hitam dan lebat. Caput succedaneum (-). Cephal hematoma (-)
Muka	: Kemerahan, tidak oedem
Mata	: Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda.
Hidung	: Lubang bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pengeluaran
Mulut	: Warna bibir merah muda, gusi tidak pucat, lidah palatum normal, reflek menghisap baik
Telinga	: Simetris, lubang telinga (+), pengeluaran cairan (-)
Leher	: Kepala bebas berputar, tidak ada <i>webbed neck</i> , reflek menelan baik
Dada	: Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal, bunyi paru-paru normal
Abdomen	: Bentuk normal, terdengar bising usus, keadaan tali pusat baik, masih basah, tidak ada pengeluaran darah, tidak ada massa
Genetalia	: Labia mayora menutupi labia minora, terdapat lubang uretra dan lubang vagina. Bayi sudah BAK 1 X dan belum BAB
Anus	: Lubang anus (+), tidak ada atresia recti
Ekstremitas	: Atas : simetris, jari – jari kanan dan kiri lengkap, tidak ada <i>cyndactyl</i> , <i>polidactyl</i> , pergerakan aktif, akral hangat. Bawah : simetris, jari – jari kanan dan kiri lengkap, tidak ada <i>cyndactyl</i> , <i>polidactyl</i> , pergerakan aktif, akral hangat.
Pemeriksaan Refleks	: 1) Reflek <i>Moro</i> : positif 2) Reflek <i>Rooting</i> : positif 3) Reflek <i>Glabella</i> : positif 4) Reflek <i>Gland</i> : positif 5) Refleks <i>Plantar Graps</i> : positif 6) Refleks <i>Palmar Graps</i> : positif 7) Refleks Tonik Leher : positif

8) Refleks menghisap : positif

Riwayat : Sudah diberikan injeksi vitamin Neo K 0,5 mg/I.M 20 menit setelah pemberian lahir vitamin K

Analisis : Neonatus Aterm Usia 1 Jam Masa Transisi

Penatalaksanaan :

- 1) Memasang identitas bayi dengan menggunakan gelang tangan
E/ Gelang identitas sudah terpasang di tangan kanan bayi
- 2) Memberikan salf mata pada bayi
E/ Bayi sudah diberi salf mata kloramphenikol 1%, ibu sudah diberi tahu tujuan pemberian salf mata dan agar tidak menghapus salf tersebut
- 3) Memberikan vaksin Hepatitis B
E/ Bayi sudah diberikan imunisasi Hepatitis B 0,5 mg/IM di paha kanan
- 4) Merawat tali pusat bayi
E/ Tali pusat bayi dirawat dengan hanya dibungkus dengan kassa kering tanpa alkohol
- 5) Memantau kondisi bayi dan mengamati eliminasi urine dan mekonium
E/ Bayi belum BAK dan BAB
- 6) Mempertahankan suhu tubuh bayi tetap hangat dengan meletakkan bayi disamping tubuh ibu
E/ Bayi di gedong dan dirawat gabung dengan ibu
- 7) Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi
E/ Bayi sudah disusui oleh ibu
- 8) Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital bayi tiap 3 jam

3.4.2. Asuhan Kebidanan BBL Usia 1 Hari (Kunjungan ke-2)

Tanggal : 13 Mei 2015 Jam 19.00 WIB

Tempat : Ruang Bersalin Puskesmas "X" Surabaya.

Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya sudah BAK 5 kali, BAB 1 kali warna hitam, bayi masih disusui beberapa kali dikarenakan bayi masih sering tidur

Data Obyektif

Keadaan umum : Baik

Keaktifan : Bayi bergerak aktif Tangisan : bayi menangis kuat.

Tanda-tanda vital : HR : 140 x/menit S: 36,7 °C RR : 46 x/menit

Berat Badan : 3750 gram Panjang Badan : 52 cm

Mata : Oedem (-), sklera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada

Abdomen : Tali pusat bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus dengan kassa steril kering

Genetalia : BAK (-), BAB (-)

Ektremitas : Atas dan bawah : akral hangat, gerak aktif

Analisis : Neonatus Aterm Usia 1 Hari.

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa bayi dalam kondisi sehat
E/ Ibu senang karena bayinya dalam keadaan sehat
- 2) Membimbing ibu cara menyusui dengan benar (agar isapan bayi baik dan produksi ASI akan meningkat dan lancar) dan menyusui secara *on demand*
E/ Ibu sudah melakukan cara menyusui dengan benar
- 3) Mendiskusikan dengan ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir dan apa yang harus dilakukan
E/ Ibu dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir dan akan segera membawa ke puskesmas jika sewaktu-waktu bayinya mengalaminya
- 4) Membimbing ibu cara merawat tali pusat bayi
E/ Ibu sudah bisa merawat tali pusat bayinya dengan benar
- 5) Mengajari ibu cara merawat bayi sehari-hari
E/ Ibu bisa menyebutkan kembali cara merawat bayi sehari-hari dirumah
- 6) Menjelaskan kepada ibu untuk memantau tanda-tanda hipoglikemi pada bayinya
E/ Ibu bisa menyebutkan tanda-tanda hipoglikemi pada bayinya yaitu jika tangan dan kaki bayi sering tremor/ kejang ringan.

- 7) Menjadwalkan kunjungan ulang dengan ibu, untuk membawa bayinya kontrol ke Puskesmas “X” Surabaya pada tanggal 13 Mei 2015 untuk pemberian imunisasi BCG dan Polio 1

E/ Ibu bersedia datang pada tanggal yang telah disepakati

3.4.3. Asuhan Kebidanan BBL Usia 6 Hari (Kunjungan ke-3)

Tanggal : 13 Mei 2015 Jam 10.00 WIB

Tempat : Poli KIA Puskesmas “X” Surabaya.

Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya akan diimunisasi BCG dan polio, ibu juga mengatakan bayinya kuning. Ibu sudah 3 hari ini memberikan tambahan susu formula kepada bayinya, dikarenakan ibu beranggapan bayinya kuning dikarenakan produksi ASInya kurang. Bayi BAK dan BAB lancar, minum ASI dan PASI kuat.

Data Obyektif

Keadaan umum	: Baik
Keaktifan	: Bayi bergerak aktif Tangisan : bayi menangis kuat.
Tanda-tanda vital	: HR : 136 x/menit S: 37,2 °C RR : 48 x/menit
Pemeriksaan antropologi	Berat badan : 3800 gram
	Panjang badan : 52 cm
	Lingkar kepala : 32 cm
	Lingkar dada : 33 cm
Mata	: Oedem (-), sklera agak kekuningan, konjungtiva merah muda.
Warna Kulit	Kulit nampak ikterus mulai dari kepala, tangan, dan dada bayi
Hidung	: Tidak ada pernafasan cuping hidung
Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada
Abdomen	: Kembung (-), massa (-), turgor kulit baik, tali pusat sudah lepas hari ke-5, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi
Genetalia	: Alat kelamin bersih, tidak ada ruam popok
Ektremitas	: Atas dan bawah bergerak aktif, akral hangat

Analisis : Neonatus Aterm usia 6 hari dengan ikterus neonaturum fisiologis

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, bayinya sehat tetapi mengalami ikterus kramer 2
E/ Ibu mengerti penjelasan yang diberikan oleh Bidan
- 2) Menjelaskan kepada ibu, penyebab kuning pada bayinya bukan karena produksi ASI ibu yang kurang
E/ Ibu memahami dan dapat menjelaskan kembali penyebab kuning pada bayinya
- 3) Menjelaskan kepada ibu bagaimana mengetahui produksi ASI ibu kurang atau tidak
E/ Ibu sudah mengetahui bahwa produksi ASI nya tidak kurang dari berat badan bayinya yang meningkat
- 4) Mendiskusikan dengan ibu cara mengatasi kuning pada bayinya
E/ Ibu dapat menjelaskan bahwa bayinya harus diberikan banyak ASI lagi dan dijemur dibawah matahari pagi antara jam 06.00 – 07.00 dengan cara badan bayi diganti posisinya tiap 10-15 menit, tidak digedong cukup di tutup mata dan alat kelaminnya.
- 5) Menjelaskan kepada ibu manfaat imunisasi BCG dan Polio serta efek sampingnya
E/ Ibu dapat menyebutkan kembali manfaat imunisasi BCG untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit TBC (Tuberculosis) dan imunisasi polio untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit poliomyelitis.
- 6) Memberikan imunisasi BCG dan Polio
E/ bayi sudah diimunisasi BCG 0,05 ml/IC di 1/3 lengan atas kanan bayi, dan imunisasi 2 tetes polio.
- 7) Membuat kesepakatan kunjungan ulang untuk bayinya, yaitu tanggal 04 Juni 2015
E/ Ibu bersedia berkunjung sesuai tanggal yang telah disepakati

3.4.4. Asuhan Kebidanan BBL usia 28 hari (Kunjungan ke-4)

Tanggal : 04 Juni 2015

Jam 09.00 WIB

Tempat : Rumah pasien Rusun Randu Blok. A No. 12 Sidotopo Wetan Surabaya

Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya sudah tidak disusui formula, hanya diberi ASI saja. Bayi tidak rewel, kulit sudah kemerahan, BAB dan BAK lancar. Ibu juga mengatakan bayinya bergerak aktif.

Data Obyektif

Keadaan umum	: Baik	
Keaktifan	: Bayi bergerak aktif	Tangisan : bayi menangis kuat.
Tanda-tanda vital	: HR : 140 x/menit, S : 36,7 °C, RR : 46 x/menit	
Pemeriksaan antropologi	Berat badan	: 3800 gram
	Panjang badan	: 53 cm
	Lingkar kepala	: 33 cm
	Lingkar dada	: 34 cm
Kepala	: Ubun-ubun besar belum menutup	
Mata	: Oedem (-), sklera agak kekuningan, konjungtiva merah muda.	
Warna Kulit	: Kulit nampak ikterus mulai dari kepala, tangan, dan dada bayi	
Hidung	: Tidak ada pernafasan cuping hidung	
Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada	
Abdomen	: Kembung (-), turgor kulit baik	
Genetalia	: Alat kelamin bersih	
Ektremitas	: Atas dan bawah bergerak aktif, akral hangat	

Analisis : Neonatus Aterm Usia 28 Hari.

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan bayi dalam batas normal
E/ Ibu merasa senang dengan perkembangan kondisi bayinya
- 2) Memberikan HE pada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti: kejang, lemah, sesak napas, merintih, tidak mau menyusu, demam atau tubuh terasa dingin, mata bernanah banyak, diare, kulit terlihat kuning. Jika terjadi hal tersebut segera datang ke petugas kesehatan.
E/ ibu dapat menyebutkan kembali tanda bahaya pada bayi dan akan datang kontrol sewaktu-waktu jika bayinya mengalami kelainan.
- 3) Menjelaskan kepada ibu, bahwa bayi hanya diberikan ASI saja sampai dengan usia 6 bulan, tanpa tambahan makanan yang lainnya.
E/ Ibu bersedia memberikan ASI saja sampai bayi usia 6 bulan

- 4) Mendiskusikan dengan ibu untuk memberikan stimulasi pada bayinya, sesuai dengan panduan di buku KIA.

E/ Ibu akan memberikan stimulasi tumbuh kembang sesuai buku panduan KIA

- 5) Menjadwalkan kunjungan ulang pada ibu dan bayinya, 1 bulan kedepan (usia bayi 2 bulan) untuk diimunisasi DPT Pentabio 1 dan polio 2

E/ ibu bersedia datang kembali sesuai dengan tanggal yang telah disepakati

3.5. Asuhan Kebidanan pada Akseptor Keluarga Berencana (KB)

3.5.1. Asuhan Kebidanan Pra Akseptor Baru Keluarga Berencana

Tanggal : 11 Juni 2015

Jam 08.00 WIB

Tempat : Poli KIA Puskesmas "X" Surabaya.

Data Subyektif

Ibu mengatakan bahwa dia dan suaminya sudah memutuskan dan mantap untuk menjadi akseptor KB Suntik 3 bulan, dengan alasan sudah merasa cocok dikarenakan sudah pernah menggunakan alkon tersebut.

Data Obyektif

Keadaan umum	: Baik	Kesadaran : composmentis
Tanda-tanda Vital	: TD : 120/70 mmHg S : 36,3 °C N : 84 x/ menit RR: 16 x/menit	
Payudara	: Putting susu bersih dan menonjol, ASI lancar +/+, massa tidak teraba	
Abdomen	: TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, massa tidak teraba, nyeri tekan (-)	
Genetalia	: Lochea (-), jahitan sudah tidak ada keluhan.	
Ekstremitas	: Atas oedem (-), bawah oedem(-), tidak varises.	

Analisis : Akseptor Baru Keluarga Berencana Suntik 3 Bulan

Penatalaksanaan :

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu, bahwa ibu dalam keadaan baik, tanda-tanda vital dalam batas normal

E/ Ibu memahami penjelasan yang diberikan dan senang karena kondisinya baik

- 2) Menanyakan hasil diskusi ibu dengan suami tentang alat kontrasepsi yang akan digunakan oleh ibu.

E/ Ibu dan suami mendiskusikan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.

- 3) Menjelaskan pada ibu tentang metode KB Suntik 3 bulan yaitu:

Kelebihan : sangat efektif apabila klien kembali tepat waktu, mudah berhenti, tetapi perlu waktu untuk hamil, aman bagi hampir semua ibu terutama aman bagi ibu yang menyusui.

Kelemahan : merubah siklus haid, tidak melindungi terhadap HIV/IMS

Waktu penyuntikan : satu penyuntikan setiap 11 minggu secara intra muskuler sebanyak 1 cc atau 3 cc

Efek samping pasca penyuntikan, biasanya terjadi pada beberapa bulan pertama pemakaian seperti haid tidak teratur dan flek, amenore (tidak haid), perdarahan banyak, dan berat badan naik, sakit kepala ringan, nyeri payudara, suasana hati berubah, mual-mual, rambut rontok, gairah seksual menurun, dan munculnya jerawat.

E/ Ibu memahami dan dapat mengulangi penjelasan yang diberikan, dan ibu tetap memilih metode KB suntik 3 bulan

- 4) Menjelaskan kepada ibu apa yang dilakukan setelah diberikan injeksi suntik KB 3 bulan yaitu : dalam 7 hari kedepan jika ibu dan suami melakukan hubungan suami istri menggunakan alat kontrasepsi darurat.

E/ Ibu bersedia melaksanakan nasehat Bidan

- 5) Melakukan *informed choice* dengan ibu untuk dilakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan

E/ Ibu bersedia untuk dilakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan.

- 6) Melakukan persiapan penyuntikan KB suntik 3 bulan pada pasien

E/ KB suntik 3 bulan sudah disiapkan dan penyuntikan pada pasien telah dilakukan

- 7) Menganjurkan ibu kontrol 1 minggu lagi di Puskesmas “X” Surabaya yaitu tanggal 04-09-2015 atau jika sewaktu-waktu bila ibu ada keluhan.

E/ Ibu bersedia untuk kontrol ulang.

BAB 4

PEMBAHASAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Asuhan Kebidanan *Antenatal Care*

Pada kasus diatas, diperoleh data bahwa orang tua dari suami ibu menderita Diabetes Mellitus, sehingga ibu memiliki faktor resiko GDM (Gestasional Diabetes Mellitus). Pada pemeriksaan penunjang hasil urin reduksi ibu negative. Menurut Bobak (2012), 70% GDM terjadi dalam bentuk asiptomatik, oleh karena itu skrining universal pada semua wanita hamil sangat perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan terapi, terutama pada ibu yang memiliki faktor risiko GDM. *American Diabetes Association* (ADA), 1990, skrining GDM dilakukan pada usia kehamilan antara minggu ke-24 sampai minggu ke-28, dengan cara pemberian 50 gram asupan glukosa oral tanpa memperhatikan makanan sebelumnya. Kadar glukosa 140 mg/dl atau lebih dianggap positif dan harus diikuti dengan tes toleransi glukosa oral tiga jam (GTT). GTT tiga jam dilakukan setelah puasa selama satu malam dan sekurang-kurangnya setelah tiga hari diet tidak ketat (sekurang-kurangnya 150 gram karbohidrat) dan setelah aktivitas fisik. Asupan glukosa 100 gram diberikan, diikuti dengan pengukuran glukosa plasma setelah satu, dua dan tiga jam. Tes dianggap positif jika dua atau lebih nilai dilewat (ADA, 1985;1990) : Puasa 105 mg/dl; satu jam 190 mg/dl; dua jam 165 mg/dl; tiga jam 145 mg/dl. Apabila hanya satu yang meningkat, GTT tiga jam (100 mg) diulang apad usia gestasi 32 minggu. GGT ulang dianjurkan pada usia gestasi 32-34 minggu pada wanita yang terbukti positif pada tes 50 gram glukosa, tetapi memperlihatkan GTT normal dan tidak ada faktor-faktor resiko yang signifikan (Howard, 1992) dalam Bobak (2012).

Ketika ibu hamil terdeteksi menderita Diabetes Mellitus Gestasional, bidan harus melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi. Wanita yang mengalami diabetes gestasional beresiko mengalami preeklamsia, begitu juga bayi dari wanita diabetik gestasional beresiko mengalami makrosomia, hipoglikemia neonatus, hipokalsemia, polisitemia dan hiperbilirubin (ADA, 1990). Oleh karena itu konseling yang harus disampaikan bidan kepada ibu adalah ibu harus melaporkan setiap gejala yang menunjukkan gejala GDM yaitu peningkatan rasa haus, rasa lapar, atau urinasi dan kelemahan. Selain itu asuhan yang diberikan kepada ibu adalah observasi penambahan

berat badan yang berlebihan pada setiap kunjungan, ibu diminta untuk mengurangi asupan karbohidrat dan meningkatkan sayuran serta buah-buahan. Hal ini dikarenakan pada usia kehamilan 37-38 minggu, peningkatan berat badan ibu telah melebihi normal yaitu naik sebesar 15 kg, dari berat badan sebelum hamil 55 kg, menjadi 70 kg pada kunjungan ini. Dan jika ini tidak dikontrol, maka tidak menutup kemungkinan berat-badan ibu akan mengalami peningkatan yang signifikan sehingga mempengaruhi produksi insulin dan akhirnya ibu akan jatuh pada keadaan Diabetes Mellitus Gestasional.

Pada kasus diatas, juga ditemukan kesenjangan dimana ibu mengalami anemia ringan yaitu pada saat kunjungan usia kehamilan 37-38 minggu, didapatkan kadar haemoglobin ibu 10,2 gr%. Berdasarkan ketetapan WHO bahwa anemia ibu hamil adalah bila Hb kurang dari 11 gr%. Dari pemeriksaan Hb dengan alat Sahli, kondisi Hb dapat digolongkan sebagai berikut : Hb 11 gr% (tidak anemia), Hb 9-10 gr% (anemia ringan), Hb 7-8 gr% (anemia sedang), dan Hb <7 gr% (anemia berat) (Manuaba, 2007). Menurut Arias (1993) dalam Bobak (2012) 80% kasus anemia pada masa hamil merupakan anemia tipe defisiensi besi, 20% sisanya mencakup kasus anemia hereditas, anemia defisiensi asam folat, anemia sel sabit dan talasemia. Untuk mencegah kejadian anemia pada kehamilan perlu dilakukan skrining. Skrining yang dilakukan pada semua ibu hamil adalah pemeriksaan darah minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Selain itu juga observasi keluhan ibu yang cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan mual muntah. Seperti pada kasus tersebut diatas, pada pemeriksaan fisik ditemukan konjungtiva ibu pucat. Ibu juga mengeluh badan sering cepat lelah. Kondisi ibu yang hamil dan masih bekerja, bisa mempengaruhi kejadian anemia, dimana tenaga ibu yang keluar tidak seimbang dengan kebutuhan istirahat dan nutrisi yang dikonsumsi. Defisiensi zat besi dapat terjadi dengan cepat atau lambat. Simpanan zat besi tergantung pada asupan zat besi diet, dan absorpsi zat besi tergantung pada kualitas makanan (zat besi heme atau non heme) dan adanya peningkatan atau penghambat absorpsi pencernaan bersamaan dengan makanan mengandung zat besi. Oleh karena itu pendidikan dan konseling nutrisi disampaikan kepada ibu tentang peningkatan kebutuhan zat besi pada kehamilan. Makanan tinggi zat besi meliputi jeroan, daging merah, ikan, kuning telur, gandum, roti dan sereal. Sayuran berdaun hijau tua, legum, aprikot dan buah prem. Ibu diberi tahu untuk mengkonsumsi zat besi dengan makanan mengandung vitamin C atau minuman bersoda untuk meningkatkan absorpsi. Tetapi diet saja tidak dapat mengganti kehilangan besi pada

masa hamil. Nutrisi tidak adikuat, yang tidak diterapi tentu akan menyebabkan anemia defisiensi besi selama masa kehamilan lanjut dan selama masa nifas. Apabila seorang wanita mengalami anemia selama hamil, kehilangan darah pada saat ia melahirkan, bahkan walaupun minimal, tidak ditolerir dengan baik. Oleh karena itu pemberian terapi besi misalnya ferro sulfat 0,3 gram tiga kali sehari membantu ibu mengatasi anemia defisiensi zat besi.

4.2 Asuhan Kebidanan *Intranatal Care*

Pada asuhan *intranatal care* ditemui kesenjangan dimana pada observasi kala I fase latent, pada tanggal : 06-05-2015, jam: 15.30 WIB, setelah dilakukan evaluasi pembukaan 4 jam kemudian mengalami kemacetan pada kemajuan pembukaan. Menurut Sastrawinata (1983) kemajuan pembukaan 1 cm sejam bagi primi dan 2 cm sejam bagi multi, sehingga lama kala I untuk primi 12 jam dan untuk multi 8 jam. Pada kasus diatas ibu mengalami kelambatan dalam pembukaan, dimana hasil pemeriksaan dalam pertama pembukaan cerviks 3 cm, evaluasi empat jam kemudian, pembukaan 5 cm. Begitu juga pada evaluasi empat jam ke-dua, dari pembukaan 5 cm menjadi pembukaan 8 cm. Kondisi pembukaan cerviks ibu yang demikian disebabkan oleh karena his yang belum adikuat, sehingga menyebabkan kemajuan pembukaan berjalan lambat. Salah satu penyebab dari Kala I memanjang adalah inersia uteri, inersia uteri dibedakan menjadi dua yaitu inersia uteri primer dan inersia uteri sekunder. Pada kasus diatas, kontraksi ibu dari awal datang tidak adikuat (inersia primer), beberapa upaya sudah dilakukan diantaranya mobilisasi aktif, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pengosongan kandung kemih dan stimulasi puting susu. Asuhan yang telah diberikan oleh Bidan berhasil membuat kontraksi uterus ibu menjadi adikuat, sehingga kemajuan pembukaan cerviks ibu bertambah, sehingga ibu bisa menjalani proses persalinan dengan normal.

Pada persalinan kala III, Bidan telah melakukan langkah Manajemen Aktif Kala III diantaranya : memberikan injeksi oksitosin 10 Unit/IM dan penegangan tali pusat terkendali, serta masase uterus setelah plasenta lahir dengan tujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III (tiga) persalinan.

Sebuah studi analisis telah dilakukan oleh Begley CM dkk melalui the cochrane colabotrations, sebuah sumber referensi ilmu kedokteran berbasis bukti (Evidence-Based-Medicine) terpercaya. Begley dkk me-review lima buah penelitian yang melibatkan 6486 ibu bersalin. Seluruh penelitian itu bertujuan membandingkan manajemen aktif versus manajemen pasif pada kala III persalinan. Dari hasil penelitian review tersebut, disimpulkan bahwa manajemen aktif kala III terbukti efektif mengurangi risiko perdarahan dan menyelamatkan lebih dari 1 liter darah selama proses persalinan. Pada studi analisis lain, Cotter dkk, juga melalui the cochrane collaboration, juga melakukan review terhadap 14 penelitian yang melibatkan 3000 ibu bersalin. Ke-14 penelitian tersebut bertujuan meneliti manfaat pemberian oksitosin profilaksis pada kala III persalinan. Cotter dkk menyimpulkan bahwa pemberian oksitosin profilaktif pada persalinan terbukti bermanfaat untuk mencegah perdarahan pasca persalinan dan dapat menyelamatkan lebih dari 500 ml darah pada persalinan. Dengan demikian manajemen aktif kala III, termasuk pemberian injeksi oksitosin profilaksis pasca lahirnya bayi, telah terbukti secara ilmiah dapat mencegah perdarahan pasca persalinan (<http://elinecp17.blogspot.co.id/>)

Pada kasus diatas sampai dengan 15 menit setelah bayi lahir, ternyata belum ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Sehingga bidan memberikan injeksi oksitosin 10 unit ke-2. Jam : 02.45 WIB, 10 menit kemudian terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta, dan plasenta dapat dilahirkan dengan spontan. Penyebab plasenta yang tidak segera lepas dari implantasinya bisa disebabkan karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta, atau plasenta adhesive, plasenta akreta, plasenta inkreta atau plasenta perkreta. Bidan dalam memberikan asuhan pada Kala III sudah sesuai dengan SOP MAK III, pemberian oksitosin 10 unit/ IM yang kedua telah dilakukan dengan tujuan untuk membantu kontraksi uterus dalam melepaskan plasenta dari implantasinya.

4.3 Asuhan Kebidanan *Postpartum Care*

Pada asuhan kunjungan 6 hari postpartum, hal yang harus diperhatikan adalah salah satunya “pastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda- tanda kesulitan menyusui”. Dari kunjungan 6 hari postpartum diperoleh data ibu sudah menyusui bayinya tetapi tidak eksklusif. Hal ini disebabkan ibu merasa produksi ASI nya kurang, oleh karena kalau malam bayinya rewel sehingga ibu memberikan tambahan susu formula.

Ibu yang merasa tidak cukup produksi ASInya menyebabkan ibu memberi tambahan susu formula, bayi yang telah mendapatkan tambahan susu formula akan terpuaskan rasa

laparnya sehingga ia akan menyusui lebih sedikit dan bayi lebih sulit melekat pada payudara (bingung puting), sehingga hal ini mengurangi produksi ASI. Biasanya, sekalipun ibu menganggap dirinya tidak punya cukup ASI, nyatanya bayinya mendapatkan semua yang dibutuhkan, hampir semua ibu dapat menghasilkan lebih dari yang bayi perlukan. Kadang seorang bayi tidak mendapat cukup ASI, tapi ini biasanya karena bayi tidak cukup sering menyusui atau tidak menyusui secara efektif, hal ini jarang disebabkan karena ibu tidak cukup memproduksi ASI. Menurut WHO (2011), empat alasan bayi mungkin tidak mendapat cukup ASI adalah dari faktor menyusui, faktor psikologis ibu, kondisi fisik ibu dan kondisi bayi. Dari identifikasi kasus diatas yang merupakan penyebab bayi diberikan ASI dan susu formula adalah dari faktor menyusui yaitu perlekatan yang tidak baik dan bayi yang diberikan susu formula. Pada perlekatan yang tidak baik, bila bayi menyusui secara tidak efektif, ia mungkin tidak mendapat cukup ASI. Sehingga memastikan bayi melekat dengan baik pada payudara segera setelah lahir sangat penting untuk memastikan suplai ASI yang cukup. Begitu juga bayi yang diberi botol akan lebih sedikit menyusui payudara sehingga pasokan ASI menurun. Adapun faktor psikologi ibu salah satunya adalah rasa kurang percaya diri dan rasa kuatir atau stress. Ibu yang kehilangan percaya diri karena perilaku bayi membuat mereka kuatir, sehingga ibu memberi makanan tambahan yang tidak diperlukan. Dan jika ibu stress, maka refleks oksitosinnya untuk sementara tidak bekerja dengan baik.

Beri bantuan dan dukungan kepada ibu untuk lebih sering memberikan ASI nya dan mengurangi pemberian susu formula dengan botol, dengan seringnya ibu memberikan ASI, maka akan lebih banyak ASI yang diproduksi. Yakinkan ibu untuk lebih percaya diri dalam hal menyusui, evaluasi ibu cara menyusui, perlekatan dengan bayi dan konseling tentang kerugian pemberian susu formula. Ajari ibu *brascare* cara merawat payudaranya agar produksi ASI nya lancar dan banyak dan beri pujian jika ibu sudah benar dalam tersebut diatas.

Beritahu kepada ibu bahwa salah satu cara mengetahui produksi ASI ibu kurang atau tidak adalah dari pertambahan berat badan bayi kurang dan mengeluarkan air seni pekat dalam jumlah sedikit (kurang dari 6 kali sehari, warnanya kuning dan baunya tajam).

Pada kasus diatas juga didapati bahwa sebagian luka perinium ibu masih basah, bengkak pada ujung proximal dexstra. Menurut Ethicon, 1994 dalam Linda V. Walsh (2008) proses penyembuhan sangat dipengaruhi oleh usia, berat badan, status nutrisi, dehidrasi, aliran

darah yang adekuat ke area luka, dan status imunologinya. Beberapa prinsip umum yang harus diingat adalah : 1) mempertahankan teknik aseptik yang steril sangat penting untuk menurunkan risiko terjadinya infeksi; 2) terjadinya hemostatis sebelum perbaikan laserasi atau episiotomi penting untuk pencegahan pembentukan hematoma dan untuk visualisasi yang baik; 3) penanganan minimal pada area yang cedera mencegah kerusakan yang lebih parah yang dapat menghambat penyembuhan; 4) batasan luka harus dapat diperkirakan dengan baik untuk menghindari ruang mati yang dapat meningkatkan pertumbuhan bakteri anaerob; 5) jahitan sebaiknya memiliki kekuatan atau tegangan yang tidak terlalu kuat sehingga jahitan tersebut dapat tertarik saat respons peradangan mengakibatkan edema jaringan.

Sebagian luka perinium yang masih basah, bisa disebabkan oleh status nutrisi ibu yang kurang adekuat, atau stres sehingga sistem imunologi ibu menurun. HE yang disampaikan kepada ibu berkaitan dengan hal tersebut adalah ibu disarankan untuk tetap menjaga kebersihan perinium dan makan makanan yang bernutrisi seimbang. Hal ini dikuatkan dengan data bahwa ibu belum BAB sudah 3 hari, karena takut dengan jahitannya. Penyebab ibu belum BAB selama 3 hari, selain ibu takut dengan jahitannya, ibu juga kurang mengonsumsi makanan berserat tinggi.

Sekira 20% ibu yang baru melahirkan dapat menderita sembelit atau konstipasi. Ibu yang tidak dapat buang air besar dalam 2 hari setelah melahirkan masih tergolong normal sepanjang tidak ada gejala lain yang menyertai. Rasa cemas yang berlebihan terhadap bekas jahitan setelah melahirkan atau jika ibu memiliki ambeien, saat melakukan dorongan waktu buang air besar hal ini juga bisa memicu terjadinya sembelit. Jahitan pada jalan lahir pada umumnya tidak akan lepas atau terbuka saat BAB, karena dorongan BAB meregangkan dinding panggul dan bukan area jalan lahir. Kekhawatiran ibu ini justru dapat membuat sembelit makin parah. Namun adakalanya beberapa hal yang berkaitan selama kehamilan dan proses kelahiran memang menyebabkan konstipasi, seperti tingginya hormon progesteron dalam tubuh Ibu, atau melambatnya sistem pencernaan Ibu saat persalinan. Selain itu, obat-obatan pereda nyeri yang dikonsumsi Ibu saat proses persalinan, yang umumnya merupakan obat golongan anestesi, juga dapat memperlambat gerakan saluran cerna Ibu sehingga Ibu mengalami sembelit. Selain itu, konsumsi tablet besi juga dapat menyebabkan Ibu mengalami sembelit. Asuhan kebidanan berkaitan dengan hal tersebut adalah menganjurkan ibu untuk segera mobilisasi aktif, bila Ibu merasa hendak

BAB, janganlah menahannya, segera pergi ke WC, dan duduk dengan posisi yang benar. Menganjurkan ibu makan makanan yang berserat seperti sereal atau roti gandum utuh, brown rice, kacang-kacangan, serta buah-buahan dan sayuran segar seperti bayam. Ibu juga disarankan untuk minum cairan lebih banyak setidaknya 8 gelas sehari, minuman hangat dapat membantu meredakan konstipasi.

4.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Pada kunjungan bayi baru lahir ke-3 berusia 6 hari, ibu mengatakan bayinya tampak kuning. Hasil pemeriksaan fisik pada sklera bayi tampak ikterus. Ikterus tidak hanya tampak pada mata tapi sudah tampak di dada bayi. Menurut riset menunjukkan bahwa jika tingkat ikterus tidak mencapai abdomen atau ekstremitas (zona Kramer I dan 2) maka dugaan hiperbilirubin dapat didingkirkan (Szabo et al., 2004) dalam Lorna Davies (2011). Pada bayi sehat, ikterus terjadi karena hati masih dalam proses pematangan setelah lahir dan belum sepenuhnya mampu memproses bilirubin sirkulasi sampai kira-kira 2 minggu sesudah lahir kemudian menghilang (Lorna Davies, 2011). Kekhawatiran ibu dalam hal tidak dapat memberikan ASI dengan cukup kepada bayinya, mendorong ibu untuk memberikan susu formula sebagai susu tambahan. Hal tersebut menjadikan bayi semakin sedikit menerima asupan nutrisi dari ASI ibu. Cadwell (1998) menyebutkan bahwa status bilirubin bayi dapat menjadi parameter hasil akhir dari kebijakan menyusui, karena bayi yang berhasil disusui dengan baik tidak mungkin mengalami hiperbilirubinemia dibandingkan bayi yang mendapatkan susu formula (Gourley, 2002).

Tradisi dalam masyarakat kita membiasakan pada semua bayi baru lahir dijemur dibawah matahari pagi, sedangkan asuhan yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan kepada orang tua sehubungan dengan ikterus fisiologis pada bayi adalah juga menjemur dibawah matahari pagi selama kurang lebih 30 menit. Hal ini ternyata merupakan tindakan yang berbahaya karena bisa menyebabkan kulit terbakar oleh sinar matahari, juga bisa menjadikan melanoma (kanker kulit) yang dipicu oleh pemajanan kulit dini terhadap matahari. Lorna Davies (2011) dalam bukunya menyampaikan, dua penelitian di Australia (Harrison et al., 2002, 2005), terbukti bahwa sekitar 49% ahli medis menganjurkan cahaya matahari langsung atau filter untuk menangani hiperbilirubinemia, hanya ada 20% ahli medis yang memberikan batasan waktu khusus, berkisar dari 10 hingga 30 menit. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa 42% ibu percaya bahwa dengan menjemur bayi, ikterus akan teratasi, dan ibu-ibu tersebut lebih dari setengahnya memanfaatkan sinar matahari langsung (18%

memanfaatkan sinar matahari melalui jendela) pada bayi yang telanjang. Bayi tersebut mendapat cahaya matahari rata-rata selama 15 menit, berkisar 5 sampai 240 menit perhari. Dari ibu-ibu ini, 78% ibu mengatakan bahwa mereka mendapat anjuran untuk menjemur bayi mereka dari perawat atau bidan. Hasil penelitian tersebut diatas, maka tidak dianjurkan bidan atau perawat untuk mengajarkan kepada orang tua untuk menjemur bayi meski lewat kaca filter.

4.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Keluarga berencana (KB) adalah usaha untuk mewujudkan keluarga bahagia dan sejahtera melalui pengaturan kelahiran anak dengan cara menunda kelahiran anak pertama, menjarangkan kelahiran anak berikutnya, maupun membatasi kelahiran anak selanjutnya melalui penggunaan alat/ obat kontrasepsi setelah melahirkan

Konseling tentang KB dimulai pada saat kunjungan asuhan antenatal (perawatan kehamilan) ke fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan (dokter/ bidan). Dimana pada saat melakukan asuhan antenatal tersebut ibu akan mendapatkan konseling selain konseling KB, juga tentang gizi dan ASI eksklusif, serta konseling tentang persiapan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Efek samping penggunaan masing-masing alat kontrasepsi harus benar-benar disampaikan kepada calon akseptor KB. Pemahaman calon akseptor tentang pilihan alat kontrasepsi yang akan digunakan mendukung keberhasilan akseptor dalam tujuannya untuk menunda, menjarangkan atau membatasi kehamilan. Ketidaktahuan ibu tentang efek samping KB suntik 3 bulan yang menyebabkan amenorhoe, membuat ibu takut tidak subur lagi sehingga ibu mencoba alat kontrasepsi lainnya (pil) yang juga tidak memahami cara minumnya, sehingga terjadilah kegagalan.

Dalam memilih suatu metode, wanita harus menimbang berbagai faktor, termasuk status kesehatan mereka, efek samping potensial suatu metode, konsekuensi terhadap kehamilan yang tidak diinginkan, besarnya keluarga yang diinginkan, kerjasama pasangan, dan norma budaya mengenai kemampuan mempunyai anak. Perasaan dan kepercayaan wanita mengenai tubuh dan seksualitasnya tidak dapat dikesampingkan dalam pengambilan keputusan untuk menggunakan kontrasepsi. Banyak wanita tidak bersedia mengubah siklus normalnya, karena takut bahwa perdarahan yang lama dapat mengubah pola hubungan seksual dan dapat mendorong suami berhubungan seks dengan wanita lain. Siklus yang memanjang atau perdarahan intermiten dapat membatasi partisipasi dalam aktivitas

keagamaan maupun budaya. Atau sebaliknya, ibu yang tidak pernah haid merasa bahwa sudah tidak subur lagi, atau ibu takut jika darah menstruasi yang tidak keluar setiap bulannya akan menjadi penyakit.

Oleh karena itu, pendapat suami mengenai KB cukup kuat pengaruhnya untuk menentukan penggunaan metode KB oleh istri.

GLOSARIUM

<i>Antenatal Care</i>	: Pemeriksaan kehamilan yang diberikan oleh bidan atau dokter kepada ibu selama masa kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan memberikan ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.
Abrupsio Plasenta	: Pemisahan yang terlalu dini atau premature dari plasenta yang tertanam secara normal pada dinding uterus dengan implantasi normal pada kehamilan trimester ketiga
<i>Apgar Score</i>	: Sebuah metode yang diperkenalkan pertama kali pada tahun 1952 oleh Dr. Virginia Apgar sebagai sebuah metode sederhana untuk secara cepat menilai kondisi kesehatan bayi baru lahir sesaat setelah kelahiran
Dispnea	: Sesak napas adalah perasaan sulit bernapas ditandai dengan napas yang pendek dan penggunaan otot bantu pernapasan
Estrogen	: Sekelompok senyawa steroid yang berfungsi terutama sebagai hormon seks wanita
Eklampsia	: Masalah serius pada masa kehamilan akhir yang ditandai dengan <u>kejang tonik-klonik</u> atau bahkan <u>koma</u>
Epulis	: Tumor jinak yang berada pada di atas gingival (interdental papilla) atau gusi
Fertilisasi	: Peleburan dua gamet yang dapat berupa nukleus atau sel-sel bernukleus untuk membentuk sel tunggal (zigot) atau peleburan nukleus. Biasanya melibatkan penggabungan sitoplasma (plasmogami) dan penyatuan bahan nukleus (kariogami).
Gingivitis	: Suatu kelainan berupa peradangan pada gusi
Hidramnion	: Suatu kondisi dimana terdapat keadaan dimana jumlah air ketuban melebihi dari batas normal
<i>Intranatal Care</i>	: Proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit

Implantasi	: Masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi kedalam endometrium
Konstipasi	: Kondisi sulit buang air besar secara teratur, tidak bisa benar-benar tuntas, atau tidak bisa sama sekali
Konsepsi	: Pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan
Kontraksi Braxton Hicks	: Kontraksi rahim tidak beraturan yang terjadi selama kehamilan, tetapi dapat dirasakan terutama menjelang akhir kehamilan
Leukorea	: Leukorea (<i>whiete discharge</i> , fluor albus, keputihan) adalah nama gejala yang diberikan kepada cairan yang dikeluarkan dari alat-alat genitalia yang tidak berupa darah
Nocturia	: Gangguan kesehatan manusia berupa keinginan buang air kecil berulang-ulang ketika tidur
Plasenta Previa	: Plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir
Poliuria	: Merupakan simtoma medis berupa kelainan frekuensi diuresis/buang air kecil sebagai akibat kelebihan produksi air seni
<i>Postpartum Care</i>	: Masa penyesuaian fisik dan fisiologis tubuh kembali mendekati sebelum hamil
Progesteron	: Hormon yang merangsang dan mengatur fungsi-fungsi penting, memainkan peran dalam menjaga kehamilan, mempersiapkan tubuh untuk pembuahan dan mengatur siklus menstruasi bulanan
Proteinuria	: Suatu kondisi dimana terdapat terlalu banyak protein dalam urin yang disebabkan oleh kerusakan ginjal
Preeklampsia	: Gangguan kehamilan yang ditandai oleh tekanan darah tinggi dan kandungan protein yang tinggi dalam urine
<i>Postpartum Blues</i>	: Gangguan psikologis yang terjadi pada masa post partum yang biasanya muncul kira-kira Pada hari ke- 3 dan ke-5

setelah melahirkan, dimana ibu akan mengalami depresi, mudah menangis dan kurang istirahat yang biasanya disebabkan oleh penurunan kadar estrogen dan progesterone yang tiba-tiba

- Quickening* : Persepsi gerakan janin pertama kali (pada multigravida 14 – 16 minggu ; pada primigravida 18- 20 minggu)
- Rooming In* : Satu cara perawatan di mana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan dalam sebuah ruangan, kamar atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh dalam seharinya
- Tromboplebitis : Inflamasi atau pembengkakan pada vena (pembuluh darah balik). Inflamasi ini disebabkan oleh penggumpalan darah yang terjadi dalam vena
- Verniks Kaseosa* : Sejenis substansi lemak yang menyerupai keju. Zat ini berasal dari kelenjar minyak bayi dan terdiri dari sel minyak serta sel kulit yang telah mengelupas

DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- BKKBN, 2009. *Kanwil Propinsi Jawa Tengah. Laporan Umpan Balik Hasil Pelaksanaan Program KB Nasional Propinsi Jawa Tengah*.
- _____, 2013. *KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran*. Jakarta: Direktorat Kelangsungan Hidup Ibu, Bayi dan Anak, BKKBN.
- Bahiyatun. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta : EGC
- Bobak, dkk. 2012. *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2012. *Buku Acuan Persalinan Normal*. Jakarta.
- _____. 2005. *Asuhan Kesehatan Anak dalam Konteks keluarga*. Jakarta: JNPK-KR/POGI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Online Available at: http://15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf [diakses tanggal 03 Maret 2015, 7:54:17 am].
- Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2011. *Analisis Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2010 berdasar data SDKI, Riskesda dan Laporan Rutin KIA*. Bandung: Kementrian Kesehatan RI.
- Davies, L, dkk, 2011. *Pemeriksaan Kesehatan Bayi Pendekatan Multimedia*. Jakarta : EGC.
- FK UNPAD. 1983. *Obstetri Fisiologi*. Bandung : Eleman.
- Hakimi, M. 2010. *Ilmu Kebidanan : Patologi & Fisiologi Persalinan*. Edisi-1. Yogyakarta : ANDI-YE
- Handayani, S. 2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Hani, U, dkk, 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika.

Hutahaean, S. 2013. *Perawatan Antenatal*. Jakarta: Salemba Medika.

JNPK-KR. 2007. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI.

_____. 2008. *Buku Acuan Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal: Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Revisi 5. Jakarta: Depkes RI.

_____. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR.

Kementrian Kesehatan RI, 2010. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta. Online at <http://depkes.go.id> [diakses tanggal 02 Maret 2015, 12:18:35 pm].

_____. 2015. *Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015. <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf>

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 Online Availabale at: http://KMK.No.369_ttg_standar_Profesi_Bidan.pdf [diakses tanggal 10 Maret 2015, 12:49:19 pm].

Kriebs, JM dan Gegor, Carolyn.L. 2009. *Buku Saku Asuhan Kebidanan Varney*. Jakarta: EGC.

Lailiyana, dkk. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: EGC.

Latief, A, dkk. 2000. *Diagnosis Fisik Pada Anak*. Jakarta: PT. SagungSeto.

Mansjoer, Arief. 2009. *Kapita Selektta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius

Manuaba, IBG. 2004. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*. Edisi 2. Cetakan I. Jakarta: EGC.

Manuaba, I. 2008. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.

- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Ed 2. Jakarta: EGC.
- Marmi, 2012. *Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- _____. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mochtar, R. 2011. *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Jilid 1. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Muslihatun, Wafi Nur, 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Oxorn dan William, 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica (YEM).
- Prawirohardjo, S. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Romauli. 2011. *Asuhan Kebidanan I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : NuMedika.
- Rukiyah, dkk. 2009. *Asuhan Kebidanan I (kehamilan)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Saifuddin, AB, dkk [Ed.]. 2009. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saminem, 2010. *Dokumentasi Kebidanan Konsep dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Sondakh, J, 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga.
- Sukarni, dkk, 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sulistiyawati, A, 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.

_____. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.

_____. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika

Sulistiyawati, A., Esti Nugraheny. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

Sumarah, dkk. 2010. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin)*. Jakarta: Fitramaya

Trisnawati, F. 2012. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya

Varney, H., dkk. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Volume 1. Edisi 4. Cetakan I. Jakarta: EGC.

_____. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Wiknjosastro, H., dkk [Ed.]. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Edisi Ketiga. Cetakan Kedelapan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Wirakusumah, Firman F. dkk [Ed.]. 2011. *Obstetri Fisiologi: Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

WHO, 2011. *Buku Peserta Pelatihan Konseling Menyusui Modul 40 jam WHO dan UNICEF*. AIMI Jatim

Walsh, LV. 2008. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC

INDEKS

A

abruptio plasenta, 16
antenatal care, 1, 4, 85, 91, 92, 94, 118
apgar score, 59, 108

D

dispnea, 10

E

eclampsia, 10, 17, 18, 19, 22
epulis, 11
estrogen, 7, 11, 30, 31, 36, 50, 51, 73, 74

F

fertilisasi, 4, 76

G

ginggivitis, 11

H

hidramnion, 18

I

intranatal care, 30, 95, 120
implantasi, 44, 74, 76, 121

K

konstipasi, 105, 123
konsepsi, 2, 4, 5, 30, 32
kontraksi braxton hicks, 11, 31

L

leukorea, 7

P

plasenta previa, 16
poliuria, 33
postpartum blues, 21
postpartum care, 102, 121
progesteron, 7, 8, 9, 19, 30, 31, 36, 123
preeklampsia, 10, 19, 22
proteinuria, 21, 22

Q

quickening, 7

R

rooming in, 54

T

tromboplebitis, 15

V

verniks kaseosa, 61

TENTANG PENULIS



Setiawandari lahir di Kota Surabaya pada tanggal 27 Februari 1975. Pada tahun 2014, penulis menyelesaikan pendidikan S2 Kedokteran Keluarga di Universitas Negeri Surakarta Solo Jawa Tengah, setelah sebelumnya tahun 2011 penulis merampungkan program D-4 Bidan Pendidik di Stikes Insan Unggul Surabaya dan tahun 2009 merampungkan pendidikan D-III Poltekes Surabaya.

Mulai tahun 2014, penulis menjadi staf pengajar di Prodi DIII Kebidanan Universitas PGRI Adi Buana Surabaya selain sehari-harinya mempunyai aktifitas sebagai Bidan Praktek Mandiri