

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY 'N' UMUR 29 THN ,GI P1A0 DENGAN MALARIA TROPIKA DI PUSKESMAS SENTANI

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Kebidanan*



DISUSUN OLEH :

AGNES WAMBRAUW

NIM: PO.71.24.4.16.052

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN JAYAPURA
TAHUN 2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

Proposal Laporan Tugas Akhir dengan judul “ ASUHAN KEBIDANAN
KOMPREHANSIF PADA NY”N” UMUR 29 THN DENGAN MALARIA
TROPIKA DI PUSKESMAS SENTANI

Telah disetujui Untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Laporan Tugas Akhir
Program Studi Diploma III Kebidanan Jayapura

Jayapura,..... 2019

Pembimbing I



Aristy Rian A.P.M.,Tr.,Keb

HALAMAN PENGESAHAN

PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KEPREHANSIF PADA NY..... DI PUSKESMAS/RUMAH SAKIT

Disusun Oleh

AGNES WAMBRAUW

NIM: PO.71.24.4.16.052

Telah Dipertahankan Dihadapan Dewan Penguji Laporan Tugas Akhir Asuhan
Kebidanan Komprehensif

Pada Tanggal..... 2019
Dan Dinyatakan Memenuhi Syarat

Tim Penguji

1. Ketua : Aristy Rian Avinda, S.Tr,Keb.,M.Tr.,Keb (.....)
- :
2. Anggota :Susana Ramandey, S.Sos, M.KeS (.....)

NIP : 19770617 200604 2 002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan

Ka. Prodi D-III Kebidanan Jayapura

Ruth Yogi,S.ST,M.Kes
NIP. 19770617200604 2 002


Muji Lestari,S.Si.T.,M.Kes
NIP. 1976 0608 200312 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena Rahmat dan Karunia-Nyalah, sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal Laporan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny’N’ dengan Malaria Tropika Di Puskesmas sentani” dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Terselesainya proposal Laporan Tugas Akhir ini, atas berkat bantuan dari berbagai pihak. Dengan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr Arwam Hermanus MZ,SE,M.Kes,D,Min selaku Drektur Poltekkes Kemenkes Jayapura.
2. Ruth Yogi.S,ST.M.,Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
3. Muji Lestari, S.Si.T, M.Kes, selaku Ka. Prodi Diploma III Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
4. Aristy Rian Avinda,.S.Tr.Keb,M.,Tr.,Keb selaku Pembimbing Laporan Tugas Akhir.
5. Susana Ramandey, S,Sos,.M.Kes selaku Penguji Laporan Tugas Akhir
6. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

Dengan ini penulis menyadari bahwa dalam pembuatan proposal ini dari segi penyusunan masih jauh dari kesempurnaan dan tidak sepenuhnya menuntaskan masalah yang dihadapi dan dipertanyakan. Untuk itu penulis harapkan saran dan kritik guna untuk perbaikan kedepan.

Semoga proposal Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan berguna bagi penulis. Akhir kata penulis ucapkan terima kasih.

Jayapura,..... 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR ISTILAH.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Landasan Teori.....	7
1. Konsep Dasar Teori.....	7
A. Konsep Dasar Kehamilan	8
Kehamilan trimester III dengan malaria tropika.....	9
B. Konsep Dasar Persalinan	21
C. Konsep Dasar Neonatus	30
D. Konsep Dasar Nifas	39
E. Konsep Dasar KB.....	53

F. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidana	56
B. Standar Asuhan Kebidanan	60
C. Kewenangan Bidan.....	63
D. Kerangka Teori	66
E. Kerangka Konsep	67
BAB III METODE STUDI KASUS ASUHAN KOMPREHANSIF	68
A. Desain Proposal Laporan Tugas Akhir	68
B. Tempat dan Waktu Proposal Laporan Tugas Akhir	68
C. Subjek Proposal Laporan Tugas Akhir	69
D. Instrumen Pada Peoposal Laporan Tugas Akhir.....	69
E. Teknik Peggumpulan Data Primer,Data Sekunder	70
F. Data Sekunder.....	70
G. Triagulasi Data	71
BAB IV PEMBAHASAN DAN HASIL IV	72
1. Pembahasan kasus	75
2. Askeb.....	76
3. Dokumentasi.....	77
BAB V PENUTUP	
a. Kesimpulan	
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) sangat tinggi di dunia, tercatat 800 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan kelahiran anak. Pada tahun 2013 lebih dari 289.000 perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan (WHO, 2014).

Masalah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Hal ini dikarenakan masih tingginya AKI dan angka kematian bayi (AKB) yang ada di Indonesia. AKI dan AKB di Indonesia merupakan yang tertinggi di ASEAN dengan jumlah kematian ibu tiap tahunnya mencapai 450/100 ribu kelahiran hidup (KH) yang jauh diatas angka kematian ibu di Filipina yang mencapai 170/100 ribu KH, Thailand 44/100 ribu KH (Profil Kesehatan Indonesia, 2010).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, AKI tercatat 359/100 ribu KH. Tercatat kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang tercatat 228/100 ribu KH. Berdasarkan kesepakatan global (*Millenium Develoment Goals/MDG's 2000*) untuk tahun 2015, diharapkan AKI menurun dari 228 pada tahun 2007 menjadi 102/100 ribu KH dan AKB menurun dari 34 pada tahun 2007 menjadi 23/1000 KH.

Berdasarkan laporan profil kesehatan, dari 259.320 bayi lahir hidup terdapat 1.970 bayi meninggal sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan angka ini, diperhitungkan AKB di Sumatera Utara hanya 7,6/1.000 KH pada tahun 2012. Rendahnya angka ini mungkin disebabkan karena kasus-kasus yang dilaporkan adalah kasus kematian yang terjadi di sarana pelayanan kesehatan, sedangkan kasus-kasus kematian yang terjadi di masyarakat belum seluruhnya dilaporkan.

Keberhasilan program keluarga berencana (KB) diukur dengan beberapa indikator, diantaranya proporsi peserta KB Baru menurut metode kontrasepsi, persentase KB Aktif terhadap jumlah pasangan usia subur (PUS) dan persentase baru

metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP). Sampai tahun 2012, berdasarkan data pada profil kesehatan kab/kota, jumlah peserta KB baru adalah sebesar 19,44% mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2011 yaitu 14,08%, tahun 2010 yaitu 17,05% dan tahun 2009 yaitu 14,58%.

Kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklampsia), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran. Sedangkan penyebab langsung kematian bayi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan kekurangan oksigen (asfiksia). Penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi baru lahir adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Kondisi geografi serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat) dan 4 terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu rapat jarak kelahiran) (Depkes, 2010).

Keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat keluarga dapat dihindari apabila ibu dan keluarga mengetahui tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta tindakan yang perlu dilakukan untuk mengatasinya di tingkat keluarga. Salah satu upaya penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program dengan menggunakan stiker ini, dapat meningkatkan peran aktif suami (suami Siaga), keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman. Program ini juga meningkatkan persiapan menghadapi komplikasi pada saat kehamilan, termasuk perencanaan pemakaian alat/ obat kontrasepsi pasca persalinan. Selain itu, program P4K juga mendorong ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan, bersalin, pemeriksaan nifas dan bayi yang dilahirkan oleh tenaga kesehatan terampil termasuk skrining status imunisasi tetanus lengkap pada setiap ibu hamil. Kaum ibu juga didorong untuk melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dilanjutkan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan (Depkes, 2010).

Menurut Depkes tahun 2010, Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya percepatan penurunan AKI dan AKB antara lain mulai tahun 2010 meluncurkan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke Puskesmas di Kabupaten/ Kota yang

difokuskan pada kegiatan preventif dan promotif dalam program Kesehatan Ibu dan Anak.

Upaya peningkatan kesehatan ibu dan penurunan angka kematian ibu mustahil dapat dilakukan sendiri oleh Pemerintah, terlebih dengan berbagai keterbatasan sumber daya yang dimiliki – tenaga, sarana prasarana, dan anggaran. Oleh karena itu, mutlak diperlukan kerja sama lintas program dan lintas sektor terkait, yaitu pemerintah daerah, sektor swasta, organisasi profesi kesehatan, kalangan akademisi, serta lembaga dan organisasi kemasyarakatan baik dari dalam negeri maupun luar negeri. Maka dari itu, upaya pemerintah dibuat sehingga bidan sebagai tenaga kesehatan melakukan *continuity care* (Riskesdas, 2013).

Angka kematian ibu merupakan salah satu indikator dalam pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan, selain itu juga sebagai indikator kesejahteraan dan derajat kesehatan masyarakat. Angka kematian ibu menurut angka Survei Demografi & Kependudukan Indonesia (SDKI)

Jumlah kematian ibu dari data rutin yang kami peroleh yakni sebanyak 72 orang, tetapi tidak ada data yang menunjukkan seberapa jumlah kematian ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas. Hasil ini belum bisa dijadikan acuan perhitungan angka kematian ibu (AKI) karena masih terdapat sebanyak 13 Kabupaten yang tidak melaporkan jumlah kematian ibu.

Data angka kematian bayi yang mendekati akurat saat ini hanya bisa didapatkan melalui survei, sedangkan untuk data terlapor hanya kami paparkan pada tabel lampiran. Data kematian dari fasilitas kesehatan hanya memperlihatkan kasus rujukan dan kasus yang tempatnya mudah untuk akses pelayanan kesehatan dan yang tidak terakses pelayanan kesehatan tidak terlapor sehingga kalau angka kematian berdasarkan laporan pasti mempunyai angka bias yang tinggi.

Jumlah kematian bayi dari data rutin yang kami peroleh yakni sebanyak 236 bayi dengan kematian neonatal sebanyak 153 bayi, sedangkan untuk anak balita adalah sebanyak 118 anak. Hasil ini belum bisa dijadikan acuan perhitungan angka kematian bayi (AKB) dan Angka Kematian Anak Balita (AKBA) karena beberapa kabupaten tidak melaporkan jumlah kematian bayi dan anak balita.

Usia Harapan Hidup (UHH) atau yang terkadang juga di sebut Angka Harapan Hidup (AHH) digunakan untuk menilai derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat baik Kabupaten/Kota, provinsi bahkan nasional/negara. Umur harapan hidup juga menjadi salah satu indikator dalam mengukur indeks pembangunan manusia. Adanya perbaikan dalam pelayanan kesehatan dapat diindikasikan dengan adanya peningkatan angka harapan hidup.

Angka harapan hidup Provinsi Papua tidak tinggi tetapi cenderung mengalami peningkatan walau tidak signifikan. Hal ini tentu turut didorong oleh program peningkatan pelayanan kesehatan Dinas kesehatan Provinsi dan Kab/kota sampai ke tingkat kampung. Pada tahun 2014, kabupaten dengan angka harapan hidup tertinggi adalah Mimika yakni 71,87 dan untuk kabupaten terendah adalah Nduga sebesar 53,60.

Berdasarkan hasil survei yang telah saya lakukan kepada ibu Andini dengan usia kehamilan 28 minggu, maka saya tertarik melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity care*) mulai dari masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa interval serta perawatan bayi baru lahir serta melakukan pendokumentasian kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB di Puskesmas/Rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat diidentifikasi masalah “Bagaimanakah Melakukan Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny’N’ dengan malaria tropika Di Puskesmas sentani?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian data ibu hamil, bersalin dan BBL, nifas, neonatus dan pemilihan KB pada Ny 'N' di puskesmas sentani
- b. Menginterpretasikan data dasar untuk menegakan diagnosa kebidanan secara continuity of care pada ibu hamil, bersalin dan BBL, nifas, neonatus dan pemilihan KB pada Ny 'N' Di Puskesmas sentani
- c. Merumuskan Diagnosa potensial berdasarkan data yang diperoleh secara continuity of care ibu hamil, bersalin, dan BBL, nifas, neonatus dan pemilihan KB pada Ny N, Di Puskesmas Sentani
- d. Melakukan identifikasi, Antisipasi dan tindakan segera secara secara continuity of care pada ibu hamil, bersalin dan BBL, nifas, neonatus dan pemilihan KB pada Ny... Di Puskesmas/Rumah sakit.
- e. Merencanakan asuhan kebidanan secara secara continuity of care pada ibu hamil, bersalin dan BBL, nifas, neonatus dan pemilihan KB pada Ny... Di Puskesmas/Rumah sakit.
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan secara secara continuity of care pada ibu hamil, bersalin dan BBL, nifas, neonatus dan pemilihan KB pada Ny... Di Puskesmas/Rumah sakit.
- g. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan ibu hamil, bersalin dan BBL, nifas, neonatus dan pemilihan KB pada Ny... Di Puskesmas/Rumah sakit.

A. Manfaat

1. Bagi Penulis

Untuk meningkatkan pengalaman, wawasan dan pengetahuan mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity care*) pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.

2. Bagi Lahan Praktek

Sebagai bahan masukan/informasi mengenai pengetahuan tentang asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity care*) pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan kajian meningkatkan ilmu pengetahuan bagi peserta didik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan sebagai fertilisais atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi/implantasi (Prawirohardjo,2016:2017). Sedangkan menurut Astuti (2016 :16), kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa *embrio* atau *fetus* didalam tubuhnya.

Proses terjadinya kehamilan karena bertemunya sel telur dan sel *sperma*, maka terjadilah pembuahan. Lebih lanjut dikatakan Manuaba, bahwa kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan *janin intrauterin* mulai sejak *konsepsi* dan berakhir sampai permulaan persalinan (Prawirohardjo, 2012:2014).

Lama kehamilan berlangsung sampai pada masa persalinan *aterm* sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- 1) Kehamilan sampai 28 minggu dengan berat *janin* 1.000gram bila berakhir disebut keguguran.
- 2) Kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut *prematunitas*.
- 3) Kehamilan berumur 37 sampai 42 minggu disebut *aterm*.
- 4) Kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau *postdatism* (*serotinus*) (Prawirohardjo, 2011:2013)

Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan, yaitu :

- a) Trimester pertama : 0 sampai 12 minggu
- b) Trimester kedua : 13 sampai 28 minggu
- c) Trimester ketiga : 29 sampai 42 minggu (Prawirohardjo, 2011:2013)

b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan adalah sebagai berikut :

1) Tanda-tanda dugaan hamil :

a) Berhenti *menstruasi* (*Amenorea*):

- (1). *Konsepsi* dan *nidasi* menyebabkan tidak terjadi pembentukan *volikel de graaf* dan *ovulasi* (Manuaba, 2011:107-108).
- (2). Mengetahui tanggal *haid* terakhir dengan perhitungan *ssrumus naegle* ditentukan perkiraan persalinan.

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*):

- (1). Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan.
- (2). Menimbulkan mual dan muntah terutama pagi hari yang disebut *morning sickness*.
- (3). Gejala ini muncul sekitar 6 minggu setelah mulainya periode *mentruasi* terakhir dan biasanya menghilang spontan 6 sampai 12 minggu kemudian.

c) Ngidam:

Waktu hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

d) *Sinkope*/Pingsan:

- (1) Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala menyebabkan *iskemia* susunan *saraf* pusat.
- (2) Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e) *Payudara* tegang:

- (1) Pengaruh *estrogen* – *progesteron* dan *somatomamotropin* menimbulkan *deposit* lemak, air, dan garam pada *p ayudara*.
- (2) *Payudara* membesar dan tegang
- (3) Ujung syaraf tertekan menimbulkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Manuaba, 2011:107-108).

f) Gangguan kencing:

- (1) Uterus yang sedang membesar mendesak kandung kencing sehingga dapat mengakibatkan kandung kemih cepat terasa penuh sehingga sering kecing.

(2) Pada trimester kedua sudah menghilang tetapi gejala ini muncul kembali pada waktu mendekati akhir kehamilan, ketika kepala bayi turun ke panggul ibu.

g) Konstipasi atau obstipasi:

Pengaruh *progesterone* menghambat *peristaltic* usus menyebabkan kesulitan buang air besar.

h) Pigmentasi kulit

1) Sekitar Pipi : *Doasma gravidarum*.

Keluarnya *melanophore hormone hipofisis anterior* menyebabkan pigmentasi pada kulit.

2) Dinding Perut.

Striae lividae, Striae nigra dan Linea alba makin hitam.

3) Sekitar Payudara

Hiperpigmentasi areola mammae, kelenjar *montgomery* menonjol, pembuluh darah *manifes* sekitar payudara.

i) Epulis / hipertropi gusi, dapat terjadi bila hamil.

j) Varices / penampakan pembuluh darah vena :

(1) Karena pengaruh *estrogen* dan *progesterone* terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat (Manuaba, 2011:107-108).

(2) Terjadi di sekitar *genitalia eksterna*, kaki, betis dan payudara.

(3) Dapat menghilang setelah persalinan (Manuaba, 2011:107-108).

2) Tanda tidak pasti kehamilan :

a) Pembesaran abdomen:

Perubahan bentuk, ukuran dan *konsistensi uterus*.

b) Pada pemeriksaan dijumpai:

(1) Tanda *Hegar : rahim (isthmus uteri)* menjadi lebih panjang dan lunak.

(2) Tanda *Chadwicks : Vulva dan vagina* mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh *estrogen* sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan.

(3) Tanda *Piskaceck* : terjadinya pertumbuhan yang cepat di daerah *implantasi placenta* sehingga *rahim* bentuknya tidak sama.

(4) Kontraksi *Braxton Hicks* : *hormon progesterone* mengalami penurunan dan menimbulkan *kontraksi rahim*.

(5) Teraba *Ballotement* (Man).

c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif sebagian kemungkinan positif palsu (Manuaba, 2011 : 108).

3) Tanda pasti kehamilan :

Tiga tanda pasti kehamilan adalah :

a. Denyut jantung *janin* terpisah dan dapat dibedakan dengan denyut jantung ibu.

b. Persepsi gerakan aktif *janin* dan perabaan bagian – bagian terbesar *janin* oleh pemeriksaan.

Perasaan gerakan *janin*, kadang kala antara 16 sampai 20 minggu setelah mulainya periode *menstruasi* terakhir, wanita hamil biasanya merasakan gerakan – gerakan yang berdenyut di *abdomen* dan secara bertahap bertambah intensitasnya disebut *quickening*

c. Pada kehamilan *Ultrasonografi* dapat dilihat bagian – bagian *janin* (Manuaba, 2011 : 109).

4) Diagnosis banding kehamilan :

Pembesaran perut wanita tidak selamanya suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan *diagnosis* banding diantaranya :

a. Hamil palsu (*pseudocyesis*) atau kehamilan *spuria*.

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggi dan tes biologi tidak menunjukkan kehamilan.

b. Tumor kandungan atau *mioma uteri*

1) Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil.

2) Bentuk pembesaran tidak merata

3) Perdarahan banyak saat menstruasi (Manuaba, 2011:109).

c. *Kista ovarium*

1) Pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil.

- 2) Datang bulan terus berlangsung.
- 3) Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan.
- 4) Pemeriksaan tes *biologis* kehamilan dengan hasil negative.

d. Hematometra

- 1) Terlambat datang bulan yang dapat melampaui umur hamil.
- 2) Perut sakit setiap bulan.
- 3) Terjadi tumpukan darah dalam rahim (Manuaba, 2011:108)
- 4) Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.
- 5) Sebab *himenin perforata*.

e. Kandung kemih yang penuh

Dengan melakukan *kateterisasi*, maka pembesaran perut akan menghilang (Manuaba, 2011:109).

d. Perubahan Anatomi Wanita Hamil

Kehamilan mempengaruhi tubuh ibu secara keseluruhan dengan menimbulkan perubahan *anatomi* dan *fisiologi* ibu, agar tubuh ibu mampu melindungi *embrio/janin* yang sedang berkembang dan memberikan semua yang diperlukan serta beradaptasi menyediakan tempat bagi pertumbuhan *embrio/janin*, hingga pemberian makanannya ketika *janin* lahir (Manuaba dkk, 2011:85).

Perubahan anatomi dan fisiologi dalam kehamilan sebagai berikut :

1. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat Selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 l bahkan dapat mencapai 20 l atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g.

2. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Berbeda kontras dengan korpus, serviks hanya memiliki 10 — 15 % otot polos. jaringan ikat ekstraselular serviks terutama kolagen tipe 1 dan 3 dan sedikit tipe 4 pada membrane basalis. Di antara molekul-molekul kolagen itu, berkatalasi glikosaminoglikan dan proteoglikan, terutama dermatan sulfat, asam hialuronat, dan heparin sulfat. juga ditemukan fibronektin dan elastin di antara serabut kolagen. Rasio tertinggi elastin terhadap kolagen terdapat di ostium interna. Baik elastin maupun otot polos semakin menurun iumlahnya mulai dari ostium interna ke ostium eksterna (Saifudin A. B, 2011 :-186).

3. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel barii juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 - 7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

4. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

5. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang jugs akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada *multipara* selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya (Saifudin A. B, 2011 :175-186).

6. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-veffna di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan te

gak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Kolustrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolaktininhibiting hormone* (Saifudin A. B, 2011 :175-186).

7. Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

8. Sistem Kardiovaskular

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan im terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vaskular sistemik dan perubahan pada aliran pulsasi arterial. Kapasitas vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer (Saifudin A. B, 2011 :175-186).

9. Traktus Digestives

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

akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar

10. *Traktus Urinarius*

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali. Ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate*, dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak. Glukosuria juga merupakan suatu hal yang umum, tetapi kemungkinan adanya diabetes mellitus juga tetap harus diperhitungkan. Sementara itu, proteinuria dan hematuria merupakan suatu hal yang abnormal Saifudin A. B, 2010 :175-186).

11. *Sistem Endokrin*

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar $\pm 135 \%$. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon paratiroid, vitamin D, dan kalsitonin. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormon paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara.

12. *Sistem Muskuloskeletal*

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis

dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Saifudin A. B, 2011 :175-186).

e. Perubahan dan Adaptasi psikologis dalam kehamilan

Menurut Dewi dan Sunarsih dalam bukunya asuhan kehamilan untuk kebidanan (2011:108), bahwa perubahan dan adaptasi psikologis dalam kehamilan dalam pembagian trimester adalah sebagai berikut :

1) Trimester I (1 – 3 bulan)

Segera setelah terjadi *konsepsi* kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali pada awal kehamilan, ibu berharap untuk tidak hamil.

Pada trimester pertama seseorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seseorang ibu untuk mungkin diberitahunya kepada orang lain atau dirahasiakannya. Hasrat untuk melakukan hubungan seks, pada wanita pada trimester pertama ini berbeda-beda. Walaupun beberapa wanita mengalami gairah seks yang lebih tinggi, kebanyakan mereka mengalami penurunan libido selama periode ini. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan. Semua ini merupakan bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama.

2) Trimester II (4-6 bulan)

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan keadaan hormone yang lebih tinggi dan merasa tidak nyaman

karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya, dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

3) Trimester ketiga (7 – 9 bulan)

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan perhatian dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Dewi dan Sunarsih, 2011 : 108-110).

f. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan

1) Faktor Fisik

a) Status kesehatan

Selama kehamilan seorang wanita mengalami perubahan secara fisik seperti uterus akan membesar karena didalamnya telah tumbuh janin, tentunya dengan adanya perubahan tersebut, keadaan kesehatan ibu akan berubah pula karena tubuh ibu dipersiapkan untuk mendukung perkembangan dari kehidupan yang baru dan untuk menyiapkan janin hidup di luar kandungan.

b) Status gizi

Status gizi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kehamilan. Banyak wanita yang tidak mengetahui manfaat ini bagi ibu hamil (diet ibu hamil). Dengan mengikuti anjuran diet atau makanan yang terbaik bahwa wanita hamil akan sangat membantu mendapatkan kehamilan yang nyaman, tidak saja membantu menghindari atau mengurangi rasa mual di pagi hari dan gangguan pada pencernaan. Kebutuhan nutrisi ibu hamil lebih tinggi dibandingkan saat sebelum hamil. Kecukupan gizi ibu hamil dan pertumbuhan kandungannya dapat diukur berdasarkan kenaikan berat badannya.

c) Gaya Hidup

Cara hidup yang serba sibuk dan terburu – buru seperti yang banyak dijalani oleh para wanita pada masa kini dapat memperbesar kemungkinan bahkan kadang – kadang langsung menyebabkan salah satu gejala kehamilan seperti mual muntah, kelelahan dan gangguan pencernaan. Gaya hidup tersebut meliputi:

- 1) Konsumsi alkohol
- 2) Merokok
- 3) Hamil diluar nikah/kehamilan tidak diharapkan, sehingga ibu hamil tidak tulus merawat kehamilannya (Dewi dan Sunarsih, 2011:118-120).

2) Faktor Psikologis

a) Stresor internal dan eksternal

Faktor internal yang mempengaruhi adalah wanita yang mempunyai emosi yang labil dan hubungan personal yang tidak adekuat. Sedangkan faktor eksternal yang mempengaruhi adalah trauma psikologis, kekecewaan yang tidak terselesaikan dan adanya minor disorder, misalnya ras amual dan konstipasi.

b) Dukungan keluarga

Psikologi ibu hamil yang cenderung lebih labil daripada wanita yang tidak hamil memerlukan banyak dukungan dari keluarga terutama suami.

c) Wanita yang memakai obat – obatan.

Banyak wanita secara kimiawi kecanduan akan merasa bersalah karena menggunakan obat-obatan dan takut kalau bayi mereka akan diambil. Dengan

persepsi yang mereka miliki bahwa dengan pemakaian obat dan alkohol pada wanita hamil dapat mengubah kehidupan mereka. Hal ini berarti memberi suatu kehidupan yang utuh kepada ibu dan bayinya, serta mencegah bayi mengalami keterlambatan perkembangan, retardasi, atau bahkan kematian.

d) Kekerasan selama kehamilan

Kekerasan selama kehamilan oleh pasangan dapat terjadi baik secara, fisik, psikis, ataupun seksual sehingga dapat terjadi rasa nyeri dan trauma. Kekerasan yang terjadi sekitar 7-11% dari wanita yang hamil. Efek kekerasan pada ibu hamil dapat berupa langsung maupun tidak langsung. Bentuk langsung antara lain trauma dan kerusakan fisik pada ibu serta bayinya misalnya solusio plasenta, fraktur tulang, ruptur uteri dan perdarahan; sedangkan efek yang tidak langsung adalah reaksi emosional, peningkatan kecemasan, depresi, rentan terhadap penyakit. Trauma pada kehamilan juga dapat menyebabkan nafsu makan yang menurun dan peningkatan frekuensi merokok, serta meminum alkohol (Dewi dan Sunarsih, 2011:118-120).

e) Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

1) Adat istiadat

Berbagai kebudayaan percaya akan hubungan asosiatif antara suatu bahan makanan menurut bentuk atas sifatnya dengan akibat buruk yang ditimbulkannya sehingga menimbulkan kepercayaan untuk memberikan pantangan jenis makanan yang dianggap dapat membahayakan kondisi ibu atau janin yang dikandungnya

2) Fasilitas Kesehatan

Untuk mencapai suatu kondisi yang sehat diperlukan adanya sarana dan prasarana (fasilitas kesehatan) yang memadai. Masalah yang timbul karena faktor keterlambatan, yaitu sebagai berikut.

- a) Keterlambatan dalam pengambilan keputusan dalam mencari pelayanan kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh status ekonomi, status pendidikan, status wanita, dan karakteristik penyakit.
- b) Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan itu, sendiri. Hal ini disebabkan oleh jarak, transportasi, jalan, dan biaya.

c) Keterlambatan dalam menerima penanganan yang tepat dipengaruhi oleh kualitas tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang tersedia (Dewi dan Sunarsih, 2011:118-120).

f) Ekonomi

Aspek finansial ini dapat menjadi masalah jika misalnya ibu hamil yang suaminya belum bekerja, berhenti bekerja, atau dengan penghasilan kurang membuat ibu harus tinggal di rumah kontrakan yang murah dan kumuh sehingga membuat ibu rentan terhadap penyakit (Dewi dan Sunarsih, 2011:121-123).

g. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik dapat dilakukan seperti biasa (tingkat aktivitas ringan sampai sedang), seperti istirahat minimal 15 menit tiap 2 jam. Jika duduk/berbaring dianjurkan kaki agak ditinggikan. Jika tingkat aktivitas berat, dianjurkan untuk dikurangi. Istirahat harus cukup. Olahraga dapat ringan sampai sedang, sebaiknya dipertahankan jangan sampai denyut nadi melebihi 140 kali per menit. Jika ada gangguan/keluhan yang dapat membahayakan (misalnya perdarahan per vaginam), maka aktivitas fisik harus dihentikan.

2) Pekerjaan

Hindari pekerjaan yang membahayakan, terlalu berat, atau berhubungan dengan radiasi/bahan kimia, terutama pada usia kehamilan muda.

3) Imunisasi

Imunisasi yang dibutuhkan oleh ibu hamil yang terutama adalah tetanus toksoid. Imunisasi lain diberikan sesuai indikasi (Dewi dan Sunarsih, 2011 : 124 – 125).

4) Bepergian/mobilisasi

Tidak perlu khawatir bepergian dengan menumpang pesawat, mobil, yang penting adalah memperhatikan posisi duduk, tidak mengangkat barang bawaan yang berat dan menggunakan sepatu yang haknya lebih rendah.

5) Mandi dan cara berpakaian

Mandi cukup seperti biasa. Pemakaian sabun khusus/antiseptik vagina

tidak dianjurkan karena justru dapat mengganggu flora normal vagina. Penggunaan pakaian tidak boleh ketat atau tidak menekan vena, Berpakaian nyaman sebaiknya memungkinkan pergerakan, pernapasan, dan perspirasi yang leluasa dengan jenis pakain yang dapat menyerap keringat.

6) Sanggama atau *koitus*

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, maka harus dihentikan (*abstinentia*). Jika ada, riwayat abortus sebelumnya, koitus ditunda sampai usia kehamilan di atas 16 minggu, di mana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan fungsi yang baik.

7) Perawatan mammae dan abdomen

Jika terjadi papila retraksi, dibiasakan papilla untuk ditarik secara manual dengan pelan. Striae atau hiperpigmentasi dapat terjadi, tidak perlu dikhawatirkan berlebihan (Dewi dan Sunarsih, 2011:124 – 125).

8) Hewan peliharaan

Hewan peliharaan dapat menjadi pembawa infeksi (misalnya bulu kucing/ burung dapat mengandung parasit toksoplasma). Oleh karena itu, dianjurkan untuk menghindari kontak.

9) Merokok/minuman keras/obat-obatan

Harus dihentikan sekurang-kurangnya selama kehamilan dan sampai persalinan, nifas, dan menyusui selesai. Obat-obat depresan adiktif (narkotika dan sebagainya) mendeprasi sirkulasi janin dan menekan perkembangan susunan saraf pusat pada janin, maka sebaiknya dihindari untuk pemakaian obat-obatan selama kehamilan terutama trimester I.

10) Gizi atau nutrisi

Makanan sehari-hari yang dianjurkan adalah yang memenuhi standar kecukupan gizi untuk ibu. hamil. Untuk pencegahan anemia defisiensi, diberi tambahan vitamin dan tablet Fe (Dewi dan Sunarsih, 2011 : 124 – 125)

1. Kehamilan trimester III dengan malaria

Pendahuluan

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit genus *Plasmodium* yang hidup pada nyamuk, dapat bersifat akut maupun kronik. Nyamuk membawa *Plasmodium* dan menularkannya pada manusia melalui gigitannya.

Malaria pada manusia disebabkan oleh lima spesies *Plasmodium*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* dan *P. knowlesi*. Sebagian besar infeksi disebabkan *P. falciparum* atau *P. vivax*, namun infeksi campuran dengan lebih dari satu spesies malaria juga dapat terjadi. Sebagian besar kematian terkait malaria disebabkan oleh *P. falciparum*.

Infeksi malaria pada kehamilan merupakan masalah medis yang serius karena risiko pada janin seperti abortus, kematian janin, pertumbuhan janin terhambat (PJT) dan meningkatnya anemia dan kematian pada ibu.

Prevalensi, Mikrobiologi dan Epidemiologi

Setiap tahun, terjadi kehamilan pada sekitar 50 juta perempuan yang tinggal di daerah endemis malaria, termasuk Indonesia. Diperkirakan 10.000 perempuan dan 200.000 bayi meninggal akibat infeksi malaria selama kehamilan; anemia berat ibu, prematuritas, dan berat lahir rendah berkontribusi terhadap lebih dari setengah dari kematian ini.

Angka kesakitan malaria di Indonesia menurut Riskesdas 2009 adalah 2,89 % yang dihitung berdasarkan hasil positif pemeriksaan darah, dan menurun menjadi 2,4 % pada tahun 2010 (Data sementara Riskesdas, 2010), sehingga tercatat tingkat kejadian malaria 18,6 juta kasus per tahun.

Di daerah endemis malaria, prevalensi malaria lebih tinggi pada primigravida dibandingkan dengan wanita tidak hamil atau multigravida. Infeksi pada kehamilan terutama oleh *P. falciparum* dan menimbulkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada kehamilan. Infeksi *P. vivax* dapat menimbulkan beberapa komplikasi yang sama dengan *P. falciparum*, namun, komplikasinya lebih jarang dan kurang keparahannya. Infeksi oleh *P. knowlesi* relatif jarang pada kehamilan.

Patogenesis

Malaria ditularkan melalui masuknya sporozoit plasmodium melalui gigitan nyamuk betina Anopheles yang spesiesnya dapat berbeda dari satu daerah dengan daerah lainnya. Penularan malaria dapat juga terjadi dengan masuknya parasit bentuk aseksual (trofozoit) melalui transfusi darah, suntikan atau melalui plasenta (malaria kongenital). Patogenesis malaria melibatkan faktor parasit, faktor penjamu, dan lingkungan. Ketiga faktor tersebut saling terkait satu sama lain, dan menentukan manifestasi klinis malaria yang bervariasi mulai dari yang paling berat, yaitu malaria dengan komplikasi gagal organ (malaria berat), malaria tanpa komplikasi, atau yang paling ringan, yaitu infeksi tanpa gejala.

Manifestasi Klinis

Gejala klinis malaria bervariasi sesuai dengan endemisitas yang mendasari daerah. Di daerah-daerah transmisi stabil malaria (daerah holo-endemik), sebagian besar infeksi malaria pada ibu hamil tidak menunjukkan gejala, tapi ibu tetap berisiko untuk anemia dan melahirkan janin dengan berat badan lahir rendah. Bagi perempuan yang tinggal di daerah mesoendemik, atau bagi wanita kembali ke daerah holo-endemik setelah lama tidak tinggal di sana, malaria lebih cenderung mengakibatkan penyakit demam, penyakit gejala yang parah, kelahiran prematur, dan kematian ibu atau janin.

Manifestasi klinis pada malaria ringan dan tanpa komplikasi:

- Demam (dapat periodik)
- Menggigil
- Berkeringat
- Sakit Kepala
- Mialgi
- Lesu
- Mual, Muntah, Diare, Nyeri Perut
- Kulit Pucat
- Perspirasi
- Hepatomegali
- Splenomegali

Dibandingkan dengan perempuan yang tidak hamil, ibu hamil mengalami penyakit malaria yang lebih berat, hipoglikemia lebih berat, dan komplikasi pernapasan (edema paru, sindrom gangguan pernapasan akut) lebih sering terjadi.

Anemia merupakan komplikasi umum dari malaria dalam kehamilan; sekitar 60 persen wanita hamil yang mengalami infeksi malaria mengalami anemia karena parasit menyerang eritrosit.

Tanda dan gejala malaria berat:

- Gangguan kesadaran
- Halusinasi
- Gangguan nafas asidosis (*Acute Respiratory Distress Syndrome*)
- Kejang-kejang
- Hipotensi, Syok
- Perdarahan, *Disseminated Intravascular Coagulopathy*
- Ikterik
- Hemoglobinuri (tanpa G6PD)

Temuan laboratorium pada malaria berat:

- Anemi berat ($Hb < 8\text{gr\%}$)
- Trombositopeni
- Hipoglikemi
- Asidosis ($pH < 7,3$)
- Gangguan fungsi ginjal (oliguria $< 0,4\text{ ml/KgBB/jam}$; kreatinin $> 265\mu\text{mol/l}$)
- Hiperlaktatemi
- Gram negatif septikemia

Untuk membedakan antara kejang pada malaria berat dengan meningitis, perlu dilakukan punksi lumbal untuk menapis meningitis.

Diagnosis:

Tidak ada gejala klinis yang spesifik pada malaria. Pada malaria ringan dapat bermanifestasi seperti flu (*flu like illness*), atau seperti infeksi virus lainnya. Riwayat perjalanan ke daerah endemis malaria harus ditanyakan pada ibu hamil dengan demam yang tidak diketahui sebabnya. Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan apus darah tepi, baik apus tebal maupun apus tipis yakni bila ditemukan parasit dengan mikroskop atau hasil positif pada pemeriksaan *rapid diagnostic test* (RDT).

- Pemeriksaan penunjang :
 - Pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit
 - Jumlah leukosit dan trombosit
 - Gula darah untuk menentukan hipoglikemi
 - Fungsi hati : serum bilirubin, SGOT & SGPT, alkali fosfatase
 - Fungsi Ginjal: albumin/globulin, ureum, kreatinin, natrium dan kalium, analisis gas darah, laktat
 - Urinalisis

Diagnosis malaria harus dipertimbangkan pada setiap ibu hamil yang mengalami demam yang tinggal di daerah malaria, atau melakukan perjalanan ke daerah malaria walaupun hanya sebentar atau hanya transit.

Penatalaksanaan

Ibu hamil sebaiknya dicegah untuk bepergian ke daerah endemis malaria. Apabila tidak mungkin menghindarinya, ibu harus diberi pengobatan pencegahan, yakni klorokuin bila bepergian ke daerah malaria yang sensitif terhadap klorokuin, atau meflokuin untuk daerah malaria yang resisten terhadap klorokuin.

Pada wanita hamil yang tinggal di daerah endemik dan telah mempunyai kekebalan alami (karena kontak yang lama dengan malaria), pemberian kemoprofilaksis terhadap malaria menyebabkan kejadian bayi berat badan lahir rendah dan anemia ibu menurun. Pengobatan Pencegahan Intermiten selama kehamilan (IPTp -*Intermittent Preventive Treatment during pregnancy*) lebih disukai karena efektif dan lebih praktis.

Rekomendasi WHO (2012) untuk IPTp

Semua ibu hamil diberikan IPTp dengan sulfadoksin-pirimetamin (SP) pada kunjungan pemeriksaan antenatal ke-2 dan ke-3 (WHO merekomendasikan empat kunjungan pemeriksaan antenatal standar, yakni kunjungan pertama pada trimester pertama, kunjungan kedua pada 24 hingga 26 minggu kehamilan, kunjungan ketiga pada 32 minggu, dan kunjungan keempat pada 36 sampai 38 minggu).

Setiap dosis dapat menekan atau menghilangkan infeksi asimtomatik pada plasenta dan memberikan profilaksis pasca-pengobatan untuk 6 minggu.

Pengobatan

Malaria dalam kehamilan dapat memiliki konsekuensi buruk bagi ibu dan janin, oleh karena itu ibu hamil dengan malaria harus segera diobati dengan agen antimalaria yang efektif untuk parasit penyebabnya.

Malaria Falsiparum

Tabel 1. Pengobatan Infeksi Malaria Falsiparum Tanpa Komplikasi

	Usia Kehamilan	
1.	Kurang dari 3 bulan	Kina 3x2 tablet selama 7 hari atau 3x10mg/kgBB selama 7 hari ditambah dengan Klindamisin 2x300mg atau 2x10mg/kgBB selama 7 hari
2	Lebih dari 3 bulan	DHP (dihidroartemisinin-piperakuin) 1 x 3 tablet (untuk ibu dengan BB 41-59 kg), DHP 1x4 tablet (BB ibu $\geq$ 60 kg) selama 3 hari, ATAU Artesunat 1 x 4 tablet dan amodiakuin 1 x 4 tablet selama 3 hari.

Ibu hamil dengan infeksi malaria oleh *P. falciparum* yang berat, harus menerima terapi parenteral; rute intravena lebih disukai daripada rute intramuskular. Pilihan terapi adalah artesunate atau *quinine* ditambah klindamisin.

Tabel 2. Pengobatan Parenteral Ibu Hamil pada Malaria Falsiparum Berat

1	Derivat Artemisin	
	<i>Artesunate</i>	2,4 mg/kgBB intravenus sebagai dosis initial, dilanjutkan dengan 2,4 mg/kgBB pada 12 dan 24 jam, diikuti oleh 2,4 mg/KgBB sekali sehari.
2.	Derivat Kina	
	<i>Quinine dihydrochloride</i>	<i>Loading dose</i> : 20mg/kgBB dalam dekstrosa 5% diberikan dalam waktu 4 jam, dilanjutkan dengan 20-30 mg/kgBB perhari dalam dosis terbagi 2-3 kali dalam waktu 2 jam selang 8-12 jam.
	<i>Quinidine gliconate</i>	<i>Loading dose</i> : 20 mg/kgBB dalam NaCL 0,9% diberikan dalam waktu 1-2 jam dilanjutkan dengan 0,02 mg/KgBB/menit sampai 24 jam.
	Ditambah dengan	
	Klindamisin	20mg/kgBB/hari (maksimum 1800 mg) diberikan per oral, dalam dosis terbagi 3 X sehari selama 7 hari

Pada ibu hamil dengan malaria berat, periksa tanda-tanda vital, periksa kesadaran, jalan nafas (*airway*), ada tidaknya kaku kuduk, berikan terapi inisial (*loading dose*), lakukan stabilisasi dan segera rujuk ibu ke fasilitas yang lebih lengkap atau RS yang mempunyai unit fetomaternal /NICU.

Apabila rujukan tidak memungkinkan, pengobatan dilanjutkan dengan pemberian dosis lengkap artesunate atau quinine/quinidine.

Infeksi Malaria bukan oleh *P. falciparum* (misalnya infeksi malaria oleh *P. vivax* , *P. ovale* , *P. malariae* , dan *P. knowlesi*) jarang menyebabkan kematian ,tetapi dapat menjadi penyebab morbiditas yang signifikan dalam kehamilan.

Pengobatan Malaria non falsiparum pada ibu hamil

1.	Usia kehamilan < 3 bulan	Kina 3 x 2 tablet selama 7 hari atau 3 x 10mg/kgBB selama 7 hari.
2.	Usia kehamilan > 3 bulan	DHP (dihidroartemisin-piperakuin) 1-3 tablet untuk BB ibu 41-59 kg selama 3 hari, ATAU Artesunat 1 x 4 tablet dan amodiakuin 1 x 4 tablet selama 3 hari.

Luaran Persalinan

Morbiditas perinatal yang berhubungan dengan malaria selama kehamilan adalah:

- Abortus (tiga kali lebih tinggi, terutama pada infeksi oleh *P. falciparum* dan *P. vivax*).
- Pertumbuhan Janin Terhambat (berkorelasi kuat dengan malaria plasenta, USG Doppler menunjukkan adanya gangguan sirkulasi plasenta).
- Kelahiran preterm (<37 minggu kehamilan).
- Berat lahir rendah (BBLR, <2500 g saat lahir).
- Kematian perinatal (berkorelasi dengan malaria plasenta; OR 2.19, 95% CI 1,49-3,22).
- Infeksi kongenital, semua jenis malaria dapat ditularkan kongenital, tetapi paling sering dikaitkan dengan infeksi plasenta oleh *P. vivax* dan *P. falciparum*.

Morbiditas Ibu:

Anemi berat dan kematian.

Faktor yang berhubungan dengan peningkatan keparahan infeksi malaria selama kehamilan adalah paritas rendah, usia muda, status imunologi nonimmun, infeksi oleh *P. falciparum* atau

P. vivax, derajat parasitemia dan infeksi plasenta, latar belakang sosial ekonomi pasien, tempat domisili (pedesaan atau perkotaan) dan musim.

Kematian ibu

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa 10.000 kematian ibu setiap tahun berhubungan dengan infeksi malaria selama kehamilan. Malaria merupakan penyebab utama kematian ibu di daerah endemik tidak stabil saat terjadi wabah periodik pada pasien nonimmun. Lebih dari sepertiga kematian ibu terkait malaria, terjadi pada remaja primigravida, terutama berhubungan dengan anemia berat. Sebuah studi yang dilakukan di rumah sakit rujukan utama di Gambia mendapatkan kejadian kematian ibu meningkat 168 persen pada saat wabah malaria dan proporsi kematian akibat anemia meningkat tiga kali. Diperkirakan bahwa malaria berkontribusi pada 93 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.

Usia muda ibu dikaitkan dengan derajat anemi yang lebih parah dan kejadian berat lahir rendah. Remaja di daerah pedesaan yang belum pernah hamil sebelumnya, meningkat risikonya untuk mengalami infeksi malaria dan infeksi ini sangat terkait dengan anemia. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan pengendalian terhadap infeksi malaria harus ditargetkan pada perempuan pedesaan primigravida dengan usia muda.

Pencegahan

Masalah malaria dalam kesehatan masyarakat terus meningkat karena kombinasi berbagai faktor, seperti:

- Meningkatnya ketahanan parasit malaria terhadap kemoterapi
- Meningkatkan daya tahan vektor (nyamuk *Anopheles*) terhadap insektisida
- Perubahan ekologis dan iklim
- Meningkatkan perjalanan wisatawan internasional ke daerah endemis malaria

Anjuran WHO untuk pencegahan malaria dalam kehamilan:

- Hindari bepergian ke daerah endemi malaria.
- Pengobatan pencegahan intermiten pada kehamilan (IPTp) dengan sulfadoksin-pirimetamin (SP).
- Berikan pengetahuan tentang terapi pencegahan (mefloquine), tanda dan gejala malaria.

- Pencegahan terhadap gigitan nyamuk (kelambu, pakaian, obat nyamuk balur kulit, obat semprot nyamuk atau obat nyamuk dalam ruangan).
- Berikan pengetahuan tentang keadaan emergensi dan siapa yang harus dihubungi apabila bepergian ke daerah endemis.
- Semua wanita hamil harus menerima suplemen zat besi dan asam folat sebagai bagian dari perawatan antenatal rutin.

2. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Pengertian

Menurut Sulsityawati dan Nugraheny (2010) persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui seksio sesarea.

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Sukarni dan Margareth, 2013 : 83).

b. Etiologi

Selama kehamilan terjadi *braxton hicks* (kontraksi yang tidak teratur tanpa rasa nyeri), yang mungkin mendekati persalinan berubah menjadi kontraksi yang terkoordinasi disertai rasa nyeri dan sangat efisien untuk membuka *servix uteri*. Sebab lainnya persalinan belum diketahui dengan pasti (Manuaba, 2013 : 167).

Ada dua hormon yang dominan saat hamil sebagai penyebab timbulnya rangsangan kontraksi uterus, yaitu :

a. *Estrogen*

- 1) Meningkatkan sensitivitas otot rahim.
- 2) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis (Manuaba, 2013).

b. *Progesteron*

- 1) Menurunkan sensitivitas otot rahim.
- 2) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis.
- 3) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Perubahan – perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus adalah penurunan kadar *hormone progesterone* dan *estrogen* 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan *okitosin* yang dikeluarkan *hypofisis posterior* menimbulkan kontraksi dalam bentuk *braxton hicks* (Manuaba, 2013 : 167).

c. Klasifikasi

Menurut Mochtar (2011 : 15), klasifikasi persalinan terbagi menurut cara persalinan dan tua (umur) kehamilan

a. Menurut cara persalinan:

- 1) Partus biasa (normal), disebut juga partus spontan, adalah proses lahirnya bayi dengan LBK dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) Partus luar biasa (abnormal) ialah persalinan pervaginam dengan bantuan alat - - alat atau melalui dinding perut dengan operasi caesarea.

b. Menurut tua (umur) kehamilan:

- 1) Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viabel), berat janin di bawah 1000 g, tua kehamilan di bawah 28 minggu.
- 2) Partus prematurus adalah persalinan (pengeluaran) hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu; janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 g.
- 3) Partus maturus atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2500 g.
- 4) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih setelah waktu partus yang ditaksir; janin disebut postmatur.
- 5) Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung sangat cepat, mungkin di kamar mandi, di atas becak, dan sebagainya.
- 6) Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya disproporsi *sefalopelvik*.

d. Pembagian Persalinan

Menurut Manuaba (2013 : 173), persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu :

a. Kala I

Mulai dari saat persalinan dimulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Terbagi dalam 2 fase yaitu fase laten (8 jam) pembukaan *servix* 0-3 cm dan fase aktif (7 jam) pembukaan 4 – 10 cm kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir proses ini bisa berlangsung 2 jam pada primi dan 2 jam pada multi.

c. Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung < 25 menit.

d. Kala IV

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

Menurut Mochtar (2011 : 16), proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu:

- a. Kala I: waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm.
- b. Kala II: kala pengeluaran janin, sewaktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengedan mendorong janin keluar hingga lahir.
- c. Kala III: waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri.
- d. Kala IV: mulai dari lahirnya uri, selama 1-2 jam.

e. **Gambaran Klinik**

Menurut Manuaba (2013 : 173), tanda - tanda persalinan adalah sebagai berikut:

a. Persalinan kala I

1) Terjadinya *his* persalinan

Pinggang terasa nyeri menjalar ke simpisis, sifatnya teratur interval makin pendek kekuatan semakin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

2) Pengeluaran lendir dan darah (*bloody show*)

Pendataran dan pembukaan menyebabkan lendir dikanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3) Pengeluaran cairan

4) Terjadinya proses pembukaan *serviks* yang dibagi dalam 2 fase, antara lain :

a) *Fase laten*

Dari pembukaan 0 cm - 3 cm berlangsung $\pm$ 8 jam, kontraksi uterus ringan, tidak teratur, frekwensi dalam 10 menit atau 1-2 kali dalam datangnya kontraksi, lamanya 10 - 25 detik, lendir warna coklat/merah muda, jumlahnya sedikit.

b) *Fase aktif*

Pembukaan 4 – 10 cm berlangsung lebih cepat, kontraksi uterus kuat bila sudah mendekati pembukaan lengkap disertai rasa ingin mengedandengan kontraksi uterus dengan interval 2-3 menit 1 kali atau 10 menit 3 – 4 kali datangnya kontraksi, sehingga akan membantu penurunan bagian terendah. penampilan ibu gelisah, dahi berkeringat, perasaan ingin meneran, anus teregang dan membuka pada menjelang pembukaan lengkap

Kala I pada primipara berlangsung 14 jam sedangkan pada multipara 8 jam. Pembukaan pada *primipara* terjadi 1 cm/ jam dan pada multipara terjadi 2 cm/jam. (Manuaba, 2013).

b. Persalinan kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir, tandanya :

- 1) His lebih kuat dengan interval 2-3 menit, durasi 50-60 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara spontan.
- 3) Tiap His disertai rasa mencedan karena kepala sudah masuk panggul dan menekan otot-otot dasar panggul dan merasa tekanan pada rectum.
- 4) Perineum menonjol dan anus membuka
- 5) Kepala nampak di vulva
- 6) Suboksiput sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, muka, hidung dan mulut dan dagu.

c. Persalinan kala III atau kala pelepasan uri

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan Nitabusch (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)

Pada kala tiga persalinan, otot *uterus (miometrium)* berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta, karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil

sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Untuk membantu proses pelepasan plasenta, maka diinjeksi oxytocin 10 iu secara intramuskular yang bertujuan untuk mencegah perdarahan dan retensio plasenta (Manuaba, 2013 : 173).

Adapun tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a. *Uterus* menjadi bundar
- b. *Uterus* terdorong ke atas, karena plasenta dilepaskan segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Adanya semburan darah (Manuaba, 2013 : 174).

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan 10 unit oksitosin IM dosis kedua. Periksa kandung kemih. Jika ternyata penuh, gunakan teknik aseptik untuk memasukkan kateter Nelaton disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengosongkan kandung kemih. Ulangi kembali penegangan tali pusat dan tekanan dorso-kranial seperti yang diuraikan di atas. Apabila terjadi retensio plasenta tanpa perdarahan, maka pasien segera di rujuk ke rumah sakit terdekat atau fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih memadai (Prawirohardjo, 2010 : 345).

Akan tetapi, apabila sebelum plasenta lahir dan spontan terjadi perdarahan, maka segera lakukan tindakan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri. Jika pasca tindakan tersebut masih terjadi perdarahan, maka lakukan kompresi bimanual internal/eksternal atau kompresi aorta. Beri oksigen 10 iu dosis tambahan atau misoprostol 600 – 1000 mcg per rektal. Tunggu hingga uterus berkontraksi kuat dan perdarahan berhenti, dan hentikan tindakan kompresi (Prawirohardjo, 2010 : 345).

d. Persalinan kala IV

Persalinan kala IV adalah dimulainya dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

Tanda – tanda persalinan kala IV :

- 1) *Fundus uteri* berkontraksi kuat dan berada di *umbilikus* atau dibawah *umbilikus*.
- 2) Luka robekan pada perineum membutuhkan jahitan.
- 3) Pengeluaran darah tidak lebih dari 500 cc.
- 4) Kandung kemih tidak penuh.
- 5) Kondisi ibu lelah, haus, ibu ingin memegang bayinya (Prawirohardjo, 2010 : 313).

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010 : 10), kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 2 jam, dilakukan observasi tanda – tanda vital (TTV), kontraksi uterus, kandung kemih, perdarahan tidap 15 menit padaj am pertama dan 30 menit pada jam kedua. Terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat kesadaran pasien.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

e. Diagnosa

Diagnosa persalinan ditegakkan apabila terdapat tanda- tanda persalinan. Tiap kala – kala pada persalinan dari kala I sampai kala IV. Tanda-tanda persalinan atau diagnosa persalinan kala I dapat ditemukan melalui :

- 1) Anamnesis didapat; nyeri perut sampai belakang disertai pengeluaran lendir dan darah.
- 2) Pada pemeriksaan fisik ; didapatkan His yang adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 menit).
- 3) Pada pemeriksaan dalam di dapatkan pengeluaran lendir dan darah dari vagina (*bloody show*).

Diagnosa persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di

vulva dengan diameter 5-6 cm dan palpasi kontraksi uterus yang adekuat (Prawirohardjo, 2010 : 310).

Diagnosa persalinan kala III adalah setelah bayi lahir secara spontan melalui vagina. Diagnosa ditegakkan melalui pemeriksaan palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi lain atau tidak.

Diagnosa pada kala IV ditegakkan melalui palpasi ; didapatkan tonus uterus tetap berkontraksi, posisi dibawah umbilicus. Inspeksi : perdarahan tidak berlebihan dibawah 500 cc. bila didapatkan tanda-tanda seperti di atas maka, *involusi* berjalan normal (Prawirohardjo, 2010 : 310).

f. Penanganan

Penanganan yang diberikan pada ibu dalam proses persalinan diberikan sesuai dengan kala – kala dalam persalinan yaitu kala I, II, III, dan IV dalam asuhan sayang ibu (Kemenkes RI, 2012 : 55 - 57).

1) Kala I

a) Pemberian cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengkonsumsi cairan saj anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan.

b) Mengatur Posisi (kenyamanan)

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu. persalinan. Bantu ibu untuk sering berganti posisi selama persalinan. Beritahukan pada ibu untuk tidak berbaring telentang lebih dari 10 menit (Kemenkes RI, 2012 : 56).

c) Dukungan emosional

Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Hargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya.

d) Kamar mandi

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum. Bila memang bukan gejala kala dua persalinan, maka izinkan atau perbolehkan ibu untuk ke kamar mandi.

e) Pencegahan Infeksi

Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya. Hal ini merupakan unsur penting dalam asuhan sayang ibu. Anjurkan ibu untuk mandi pada saat awal persalinan dan pastikan ibu memakai pakaian yang bersih. Cuci tangan sesering mungkin, gunakan peralatan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan gunakan sarung tangan saat diperlukan. Anjurkan anggota keluarga untuk mencuci tangan mereka sebelum dan setelah melakukan kontak dengan ibu dan/atau bayi baru lahir.

f) Mobilisasi ringan

Mobilisasi ringan dilakukan agar mempermudah penurunan kepala ke bawah panggul, sehingga memudahkan proses persalinan seperti menganjurkan ibu berjalan di sekitar ruang bersalin atau melakukan aktivitas ringan seperti buang air besar (BAB) dan BAK bila belum ada indikasi kala II.

g) Masase

Massae dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri. Daerah pijatan umumnya dilakukan pada daerah pinggul, kaki, atau kepal ibu dan tindakan-tindakan bermanfaat lainnya.

h) Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantuan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2012 : 57).

2) Kala II

- a) Memberikan dukungan terus – menerus.
- b) Mengipas dan *masase*.
- c) Menjaga kebersihan diri.
- d) Mengatur posisi ibu
 - (1) Posisi duduk atau setengah duduk, posisi ini adalah gaya grafitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya.
 - (2) Jongkok atau berdiri untuk membantu atau mempercepat kemajuan kala dua persalinan dan mengurangi rasa nyeri.
 - (3) Merangkak atau berbaring miring ke kiri.
- e) Memberikan dukungan mental.
- f) Menjaga kandung kemih tetap kosong.
- g) Memberikan cukup minum.

- h) Memimpin mendedan
- i) Mengatur nafas selama persiapan.
- j) Pemantauan denyut jantung bayi setelah kontraksi setiap 15 menit.
- k) Melahirkan bayi :

Letakkan tangan kiri ke kepala bayi agar defekasi tidak terlalu cepat, menahan perineum dengan tangan kanan dengan memakai duk steril, mengusap muka bayi. Periksa lilitan tali pusat pada leher bayi, Lalu membiarkan kepala mengadakan putaran paksi luar. Melahirkan bahu dan anggota badan seluruhnya, dengan cara kepala dipegang secara biparietal, lakukan tarikan lembut ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan lakukan lembut ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu dilahirkan, tangan kanan menyanggah bahu dan tangan kiri menyusuri punggung sampai pergelangan kaki bayi dan mencekap pergelangan kaki bayi maka lahirlah tubuh bayi seluruhnya. Merangsang bayi dan Nilai Apgar dalam 25 detik pertama (Kemenkes RI, 2012 : 81).

3) Kala III

- 1) Segera jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- 2) Melakukan palpasi pada fundus uteri untuk menentukan adanya anak kedua.
- 3) Memberikan oksitosin 10 UI IM.
 - (a) Oksitosin diberikan 1 menit setelah bayi dilahirkan.
 - (b) Oksitosin 10 UI IM dapat diulang setelah 15 menit jika plasenta masih belum lahir.

3. Konsep dasar Neonatus

a. Pengertian

Bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamilan 37 – 42 minggu, lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan, tanpa gangguan, menangis kuat, nafas secara spontan dan teratur, berat badan antara 2500 – 4000 gram.

Neonatus (Bayi Bayi Lahir) mengalami masa perubahan dari kehidupan di dalam rahim yang serba tergantung pada ibu menjadi kehidupan di luar rahim yang

serba mandiri. Masa perubahan yang paling besar terjadi selama 24 – 72 jam pertama. Transisi ini meliputi hampir semua system organ tetapi yang paling terpenting adalah system pernafasan sirkulasi, ginjal dan hepar. Maka dari itu sangat di perlukan penataan dari persiapan yang matang untuk melakukan suatu anstesi terhadap bayi baru lahir. (Rohan dan Siyoto. 2013;56-66)

b. Ciri - Ciri Bayi Baru Lahir Normal

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 x/m
- 6) Pernafasan kurang lebih 40-60 x/m
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 11) Refleks morrow atau gerak memeluk bila di kagetkan sudah baik
- 12) Refleks graps atau menggenggam sudah baik
- 13) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklata

c. Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

- 1) Asuhan segera pada bayi baru lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi baru lahir :

- a) Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat.
- b) Pastikan bayi tersebut tetap hangat dan kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu

- c) Ganti handuk / kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut dan memastikan bahwa kepala telah terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh

2) Asuhan bayi baru lahir

Adalah asuhan yang diberikan dalam waktu 24 jam. Asuhan yang di berikan meliputi :

- a) Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktifitas
- b) Pertahankan suhu tubuh bayi
- c) Pemeriksaan fisik bayi
- d) Identifikasi bayi
- e) Perawatan tali pusat
- f) Pemberian Vit K
- g) Awasi tanda-tanda bahaya / kesulitan pada bayi(Ambarwati dan Rismintari. 2009,h:89)

d. Refleks Pada Bayi

Refleks : gerakan naluriah untuk melindungi bayi

1) Refleks Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka, bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

2) Refleks Hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusui.

3) Refleks Mencari (rooting)

Menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya : mengusap pipi bayi dengan lembut : bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

4) Refleks Genggam (palmar grasp)

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan : bayi menggepalkan tinjunya.

5) Refleks Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

6) Refleks Moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

7) Refleks Tonik

leher atau “fencing” Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir. (Marmi dan Rahardjo. 2012)

e. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini di sebut juga homeostasis. Bila terdapat gangguan adaptasi, maka bayi akan sakit.

Homeostasis adalah kemampuan mempertahankan fungsi-fungsi vital, bersifat dinamis, dipengaruhi oleh tahap pertumbuhan dan perkembangan intrauterin. Fisiologi neonatus mempelajari fungsi dan proses vital pada neonatus. Di bawah ini akan diuraikan adaptasi fungsi dan proses vital pada neonatus (bayi baru lahir) :

1. Sistem pernafasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernafasan yang pertama kali. Dalam proses pernafasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi telah dipersiapkan lama sejak intrauteri.

Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan tersebut bakal paru-paru terbentuk.

Selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui placenta, setelah bayi lahir pertukaran gas terjadi pada paru-paru (setelah tali pusat dipotong). Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- a) tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
- b) penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- c) rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik)

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan melewati penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian di absorpsi karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivitas napas untuk yang pertama kali.

2. Peredaran darah neonates

Bentuk penyesuaian peredaran darah pada neonatus adalah sebagai berikut :

- a) Penutupan obliterasi sel pirau, foramen oral, duktus venosus, duktus arteriosus
- b) Duktus venosus berfungsi dalam pengendalian tahanan vaskuler plasenta terutama pada saat janin mengalami hypoxia
- c) Duktus venosus menutup beberapa menit pertama setelah lahir dan penutupan anatomis yang lengkap terjadi pada hari ke-20 setelah lahir
- d) Pada neonatus darah tidak bersirkulasi dengan mudah, pada kaki dan tangan sering berwarna kebiru-biruan dan terasa dingin
- e) Duktus arteriosus merupakan peran vaskuler yang penting sirkulasi fetus dan melakukan peran darah dari arteri pulmonalis ke aorta desenden (melalui paru), selama kehidupan fetal tekanan arteri pulmonalis sangat tinggi dan lebih dari tekanan aorta dan penutupan duktus arteriosus disebabkan oleh peningkatan tekanan oksigen dalam tubuh.

3. Saluran pencernaan

Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus tanpaknya sangat berhubungan dengan frekuensi pemberian makan atau minum. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonatus kecuali amilase pankreas, aktifitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai delapan bulan kehamilan.

Pada saat lahir aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan palatum sehingga bayi hanya bernafas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25-50 ml. Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah :

- a) Pada hari ke 10 kapasitas lambung mnejadi 100 cc
- b) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosacarida dan disacarida
- c) Difisiensi lifase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorbsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir
- d) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi kurang lebih 2-3 bulan

4. Hepar

Fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan imatur (belum matang), hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah.

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya ditoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 50 mgt/kg bb/hr dapat menimbulkan grey baby syndrom.

5. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per kg BB akan lebih besar. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih dari hari ke-6, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60 % di dapatkan dari lemak dan 40 % dari karbohidrat.

Energi tambahan yang diberikan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahirdiambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/100 ml. Apabila oleh sesuatu hal misalnya bayi dari ibu yang menderita DM dan BBLR (berat badan lahir rendah) perubahan glukosa menjadi glikogen akan meningkat atau terjadi gangguan pada metabolisme asam lemak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemi.

6. Produksi panas (suhu tubuh)

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat mengalami perubahan suhu diluar uterus. Fluktuasi(naik turunnya) suhu didalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0,6 derajat C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus.

Berikut ini merupakan penjelsan lengkap tentang 4 mekanisme kemungkinan hilangnya panas panas tubuh dari bayi baru lahir :

a) Konduksi

Panas di hantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke obyek lain melalui kontak langsung). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konduksi, ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

b) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak. Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konveksi ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin

c) Radiasi

Panas di pancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara dua obyek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh bayi baru lahir di biarkan dalam ruangan yang ber-AC tanpa di berikan pemanas.

d) Evaporasi

Panas hilang melauli proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi di pengaruhi oleh jumlah panas yang di pakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati. (Marmi dan Rahardjo.2012,h:11-27)

f. Penanganan bayi baru lahir

1) Melakukan penilaian

- a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan
- b) Apakah bayi bergerak dengan aktif
- c) Jika bayi tidak menangi, tidak bernafas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi

2) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- 1) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem
- 2) Ikat tali pusat dengan benang desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lain
- 3) Lepaskan klem dan masukan tali pusat dan plasentanya dalam wadah yang sudah disediakan
- 4) Letakkan bayi agar kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putiing payudara ibu.

- 5) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
Untuk pencegahan kehilangan panas, karena bayi yang kehilangan panas berisiko tinggi untuk jatuh sakit dan meninggal
- 6) Mulai pemberian ASI dini dan eksklusif. Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Pemberian ASI memiliki beberapa keuntungan yaitu
 - 1) Merangsang produksi ASI
 - 2) Memperkuat refleks hisap
 - 3) Mempromosikan hubungan emosional antara ibu dengan bayinya
 - 4) Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolustrum
 - 5) Merangsang kontraksi uterus
- 3) Pencegahan infeksi
Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Saat melakukan penanganan bayi baru lahir pastikan untuk melakukan tindakan pencegahan infeksi. Beri tetes mata atau salep antibiotik harus di berikan dalam waktu 1 jam setelah kelahiran / salep tetrasiklin 1% atau salep eritromisin 0,5 %.
- 4) Pemberian imunisasi
Imunisasi awal yang di berikan adalah hepatitis B

g. Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir

1. Penafasan sulit / lebih dari 60 x/m
2. Kehangatan terlalu panas $> 38^{\circ}\text{C}$ (hypertermi) dapat menyebabkan syok dan kejang / terlalu dingin $> 36^{\circ}\text{C}$ dapat menyebabkan distress pernafasan
3. Refleks pada bayi lemah atau kuat
4. Bayi baru lahir (BBL) resiko tinggi yaitu :
 - a) BBL dari kehamilan resiko tinggi
 - b) BBL dengan BB $< 2500\text{gram}$ dan atau $>$ dari 4000 gram
 - c) BBL dengan usia kehamilan < 37 minggu dan atau > 42 minggu
 - d) Bayi Baru Lahir yang BB lahir kurang dari BB menurut usia kehamilan
 - e) Nilai APGAR SCORE < 7
 - f) Bayi Baru Lahir dengan infeksi intrapartum, trauma lahir, atau kelainan kongenital

g) Bayi Baru Lahir dari keluarga yang memiliki problem social

Tabel Apgar Score

Parameter	0	1	2
A; Appereance Color (warna kulit)	Pucat	Badan merah muda Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P; Pulse (heart rate) Denyut Jantung	Tidak ada	kurang dari 100	Lebih dari 100
G; Grimace Reaksi terhadap Rangsangan	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimace)	Batuk bersin
A; Acitivity (Muscle tone) tonus Otot	Tidak ada	Sedikit fleksi pada ekstrinitas	Gerakan aktif
R; Respiration (respiratory effort) Usaha bernafas	Tidak ada	Temah tidak teratur	Tangisan yang baik

4. Konsep dasar Teori Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2008).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai hingga alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini, yaitu 6-8 minggu (Bahiyatun, 2009).

Masa nifas adalah masa pemulihan alat-alat reproduksi setelah persalinan (dua jam setelah kala IV sampai 6-8 minggu kemudian) (Rita Yulifah, 2009).

Masa nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium di sebut *puerpura*. *Puerperium* (nifas) berlangsung kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu. Jadi masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati & Wulandari, 2010).

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Periode *immediate postpartum*

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

2) Periode *early postpartum* (24 jam – 1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (1 minggu – 5 minggu)

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

c. Program dan Kebijakan Teknis

Paling sedikit ada 4 kali kunjungan masa nifas yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah – masalah yang terjadi dalam masa nifas.

Kunjungan masa nifas terdiri dari :

1. Kunjungan I : (6 – 8 jam setelah persalinan)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b) Pemantauan keadaan umum ibu.

- c) Pengeluaran *lochea rubra* atau *kruenta*, terdiri atas darah segar bercampur sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desidua, sisa – sisa verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium.
- d) Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*Bonding attachment*).
- e) ASI eksklusif.

2. Kunjungan II : (6 hari *post partum*)

- a) Memastikan *involution uterus* berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus uteri $\frac{1}{3}$ jarak antara symphysis ke pusat, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, jahitan perineum normal (tidak ada tanda-tanda infeksi)
- b) Pengeluaran *lochea* sanguinolenta terdiri dari darah bercampur lender.
- c) Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal.
- d) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- e) Ibu dapat melakukan mobilisasi ringan seperti duduk, berdiri dan berjalan.
- f) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

3. Kunjungan III : (2 minggu *post partum*)

- a) Memastikan *involution uterus* berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri sukar diraba di atas symphysis, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- b) Pengeluaran *lochea alba* yaitu *lochea* yang hanya merupakan cairan putih.
- c) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal.
- d) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- e) Memastikan ibu dapat makanan yang bergizi.
- f) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

4. Kunjungan IV : (6 minggu setelah persalinan)

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi (Ambarwati dan Wulandari, 2010 : 4).

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusi

(1) Pengertian

Involusi atau pengerutan *uterus* merupakan suatu proses dimana *uterus* kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekita 60 gram. Proses ini dimulai segera *plasenta* lahir akibat *kontraksi* otot-otot polos *uterus* (Saifuddin, 2008).

(2) Proses involusi *uteri*

Pada akhir kala III persalinan, *uterus* berada digaris tengah kira-kira 2 cm dibawah *umbilicus* dengan bagian *fundus* bersandar pada *promontorium saklaris*. Pada saat ini *uterus* kira-kira sama besar *uterus* sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram. Peningkatan kadar *estrogen* dan *progesterone* bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif *uterus* selama masa hamil. Pertumbuhan *uterus* pada masa prenatal tergantung pada hiperplasia, peningkatan jumlah sel-sel otot dan hipertropi, yaitu pembesaran sel-sel yang sudah ada. Pada masa *postpartum* penurunan kadar hormon-hormon ini menyebabkan terjadi *Autolisis* (Saleha, 2009).

Proses *involusi uterus* adalah sebagai berikut:

a) *Autolysis*

Autolysis merupakan proses penghacuran diri sendiri yang terjadi didalam otot urine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula 5 kali lebar dari semula selama kehamilan. Sitoplasma yang berlebih akan tercernah sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

b) *Atropi jaringan*

Jaringan yang berfoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan *plasenta*. Selain perubahan atrofi pada otot-otot *uterus*, lapisan desidua akan

mengalami atropi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi *endometrium* yang baru.

c) Efek *oksitosin* (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Selama 1-2 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus biasa berkurang dan menjadi teratur. Karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitosin biasanya diberikan secara intravena atau intramuskuler segera setelah kepala bayi lahir. Pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena isapan bayi pada payudara (Sujiatini,dkk 2010).

d) Bagian bekas implantasi *plasenta*.

- (1) Bekas implantasi *plasenta* segera setelah *plasenta* lahir seluas 12 x 5 cm, permukaan kasar, dimana pembuluh darah besar bermuara.
- (2) Pada pembuluh darah terjadi pembentukan thrombosis disamping pembuluh darah tertutup karena *kontraksi* otot rahim.
- (3) Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu kedua sebesar 6 – 8 cm dan pada akhir masa nifas sebesar 2 cm.
- (4) Lapisan *endometrium* dilepaskan dalam bentuk jaringan *nekrosis* bersama dengan *lochea*.

(5) Luka bekas implantasi *plasenta* akan sembuh karena pertumbuhan *endometrium* yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis *endometrium*.

(6) Luka sembuh sempurna pada 6 – 8 minggu *postpartum*(Bahiyatun, 2009).

2. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama *postpartum*, yaitu:

a. Tinggi *fundus uteri*

Involusi *uteri* dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa *fundusuteri* dengan cara:

- 1) Segera setelah persalinan, tinggi *fundusuteri* 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- 2) Pada hari ke dua setelah persalinan tinggi *fundusuteri* 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi *fundusuteri* 2 cm di bawah pusat. Pada hari 5-7 tinggi *fundusuteri* setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi *fundusuteri* tidak teraba.

Bila *uterus* tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa *plasenta*/perdarahan lanjut (Saleha, 2009).

b. *Lochea*

Lochea adalah *eksresi* cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lochea* mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lochea* mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstrusai, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochea* yang berbau tidak sadap menandakan adanya infeksi (Saifuddin, 2008).

Proses keluarnya darah nifas atau *Lochea* terdiri atas 4 tahapan:

- 1) *Lochea Rubra*/Merah (*Kruenta*)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 4 masa *postpartum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa *plasenta*, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

2) *Lochea Sanguinolenta*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 *postpartum*.

3) *Lochea Serosa*

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serumen involusi uterus, *leukosit* dan robekan/laserasi *plasenta*. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 *postpartum*.

4) *Lochea Alba*/Putih

Mengandung *leukosit*, sel desidua, sel epitel, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati. *Lochia alba* bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu *postpartum*.

Lochea rubra yang menetap pada awal periode *postpartum* menunjukkan adanya perdarahan *postpartum* sekunder yang memungkinkan tertinggalnya sisa/selaput *plasenta*. *Lochea serosa* atau *alba* yang berlanjut biasa menandakan adanya endometritis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea purulenta*. Pengeluaran *Lochea* yang tidak lancar disebut dengan *Lochea statis* (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

c. *Cervik/serviks*

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil (Bahiyatun, 2009).

Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cicin. Muara serviks

yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormone estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya *rugae*. *Rugae* akan menghilang kembali pada sekitar minggu ke 4 (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

e. Payudara (*mammæ*)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai 2 mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut.

a. Produksi susu

b. Sekresi susu atau *let down*.

Selama 9 bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormone yang dilahirkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan *prolaktin (hormonelaktogenik)*. Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara mulai bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan rasa sakit. Sel-sel *acini* yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi mengisap puting, reflex saraf merangsang *lobus posteriorpituitary* untuk menyekresi hormone oksitosin. *Oksitosin* merangsang reflex *let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan *ejeksi* ASI melalui sinus *laktiferus* payudara ke *duktus* yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-

sel *acini* terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleks ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Saleha, 2009).

3. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, *haemorroid*, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

4. Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan. Kadang-kadang oedema dari trigonum menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga sering terjadi retensio urine, kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual (normal ± 15 cc). sisa urine dan trauma kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi.. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonurie terutama setelah *partus* yang sulit dan lama disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena kelaparan. Proteinurine akibat dari autolysis sel-sel otot. (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

5. Perubahan tanda – tanda Vital

a) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. sesudah *partus* dapat naik $\pm 0,5$ °C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C. sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 °C mungkin terjadi infeksi pada klien.

b) Nadi dan Pernapasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah *partus*, dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardi dan suhutubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah *partus* kemudian kembali seperti keadaan semula.

c) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Sujiatini,dkk 2010).

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam *haemokonsentrasi* akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah melahirkan *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitium cordial. Untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya *haemokonsentrasi* sehingga volme darah

kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ketiga sampai lima hari postpartum (Saleha, 2009).

e. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

1) *Taking in period*

Terjadinya pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, focus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2) *Taking hold period*

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitive, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

3) *Letting go period*

Dialami setelah tiba ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai seorang ibudan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya (Saleha, 2009).

f. Perawatan Masa Nifas

Perawatan *puerperium* dilakukan dalam bentuk pengawasan sebagai berikut :

1. Rawat gabung

Perawatan ibu dan bayi dalam satu tempat tidur, sehingga ibu lebih banyak memperhatikan bayinya seperti melakukan pencegahan *hipotermi*, melakukan asuhan kasih sayang, memberikan ASI sehingga kelancaran pengeluaran ASI terjamin, memperhatikan bayi BAB dan BAK.

2. Pemeriksaan umum

Keadaan umum, kesadaran penderita, serta keluhan yang terjadi setelah persalinan.

3. Pemeriksaan khusus

- a. Fisik, Tekanan darah, nadi, suhu badan, respirasi.
- b. Tinggi fundus uteri dan kontraksi uterus.
- c. Payudara, putting susu, pembendungan ASI dan pengeluaran ASI.

d. *Lochea*

4. Luka Jahitan, apakah baik atau terbuka, apakah ada tanda-tanda infeksi (Sujiyatini dkk, 2010).

5. Mobilisasi (Ambulasi dini)

Ibu harus istirahat tidur selama 8 jam pasca persalinan, kemudian miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah trombosis dan trombo emboli. Pada hari ke dua boleh duduk, hari ke tiga jalan-jalan dan hari ke-4 atau ke-5 sudah diperbolehkan pulang.

6. Istirahat

Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

7. Gizi

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan. Minum kapsul vitamin A ($200.000 \pm U.3$) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

8. Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan air kran didekat klien atau mengompres air hangat di atas simpisis. Bila tidak berhasil dilakukan kateterisasi. (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

9. Defekasi

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua *post partum*. Jika hari ketiga belum juga buang air besar (BAB), maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal.

10. Perawatan Payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.

- b) Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui.
- c) Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- d) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- e) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

11. *Laktasi*

Bila bayi mulai disusui, usapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis. Produksi ASI akan lebih banyak sebagai efek positif adalah involusi *uteri* akan lebih sempurna, disamping ASI sebagai makanan utama bagi bayi.

12. Cuti hamil dan bersalin

Khusus wanita pekerja, cuti diberi selama 3 bulan, 1 bulan sebelum bersalin ditambah 2 bulan setelah bersalin.

13. Kebersihan diri (*personal hygiene*)

Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, membersihkan daerah kelamin dengan air dan sabun. Dari vulva terlebih dahulu dari atas kebawah kemudian anus. Melakukan perawatan jahitan perineum setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan kelamin

14. Perawatan *perineum*

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air besar dan buang air besar. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jaringan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau *lochea* sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu

untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

15. Imunisasi

Bawalah bayi 1 minggu setelah kontrol ulang untuk mendapatkan imunisasi pertama yaitu imunisasi BCG di RS, Puskesmas, Posyandu atau dokter praktek.

16. KB

Menganjurkan pada ibu agar mengikuti KB sedini mungkin setelah 40 hari atau saat nifas selesai (Bahiyatun, 2009)

17. Nasehat untuk ibu *post partum*

- a. Menjaga perineumnya selalu bersih dan kering.
- b. Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineumnya.
- c. Cuci perineumnya dengan sabun dan air bersih yang mengalir tiga sampai empat kali sehari.
- d. Kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya. Ibu harus kembali lebih awal jika ia mengalami demam atau mengeluarkan cairan berbau busuk dari daerah lukanya atau jika daerah tersebut menjadi lebih nyeri.
- e. Sebaiknya bayi disusui.
- f. Psikhothetapi post natal sangat baik bila diberikan.
- g. Kerjakan Gimnastik (senam nifas) sehabis bersalin.
- h. Sebaiknya ikut KB dan bawalah bayi ke RS, Puskesmas, Posyandu atau dokter praktek (Manuaba, 2010).

18. Pendidikan seksual

Mengingatkan pada ibu bahwa hubungan secara fisik aman setelah berhentinya darah merah atau lochea yang keluar untuk mencegah terjadinya infeksi .

- a. Normalnya respon seksual kembali meningkat setelah 3 bulan pertama
- b. 50% wanita kembali melakukan hubungan seksual pada minggu ke-3
- c. Komplikasi dari hubungan seksual setelah melahirkan adalah :
 - (1) Sakit pada perenium karena luka episiotomi atau laserasi
 - (2) Kelelahan dan tidak bertenaga karena kurang istirahat (bayi dan kondisi ibu sendiri)

- (3) Pengeluaran ASI berlebihan saat melakukan hubungan seksual (Eva, Rangga dan Rismalinda, 2014).

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian

Keluarga berencana adalah suatu usaha yang mengatur banyaknya jumlah kelahiran sedemikian rupa sehingga ibu maupun bayinya dan bagi ayah serta keluarganya atau masyarakat yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kelahiran tersebut (Irianto, 2014).

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. (Sulistyawati, 2011).

Menurut Undang-undang RI No.10 tahun 1992 Program KB Nasional diartikan sebagai upaya peningkatan kependudukan, peran masyarakat melalui pengendalian kelahiran, pembinaan, ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga dalam rangka melembagakan dan membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) (Sibagariang, 2010).

b. Sasaran Program KB

Untuk mencapai tujuan program KB, maka penggarapan program nasional Keluarga Berencana diarahkan pada 2 bentuk sasaran yaitu :

- 1) Sasaran langsung, yaitu : Pasangan Usia Subur (PUS), agar mereka menjadi peserta KB lestari sehingga memberikan efek langsung pada penurunan *fertilitas*.
- 2) Sasaran tidak langsung, yaitu : Organisasi-organisasi dan lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (wanita dan pemuda) yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap proses pembentukan sistem nilai dikalangan masyarakat yang dapat mendukung usaha pelebagaan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (Sibagariang, 2010).

c. Kebijaksanaan Program Keluarga Berencana (KB)

Pola dasar kebijaksanaan program Keluarga Berencana (KB) saat ini adalah :

- 1) Menunda perkawinan dan kehamilan sekurang-kurangnya sampai berusia 20 tahun.

- 2) Menjarangkan kelahiran dengan berpedoman pada catur warga, yaitu keluarga yang terdiri dari Ayah, Ibu dan 2 orang anak.
- 3) Hendaknya besarnya keluarga dicapai selama dalam usia reproduksi sehat, yaitu sewaktu ibu berusia 20-30 tahun.
- 4) Mengakhiri kesuburan pada usia 30-35 tahun (Sibagariang, 2010).

d. Macam – Macam Kontrasepsi

1) Metode Sederhana

a) Tanpa Alat

- (1) Metode kalender (*Ogino – nkaus*)
- (2) Metode suhu basal (*Termal*)
- (3) Metode lendir serviks (*Billffigs*)
- (4) Metode *simpotothermal*
- (5) Metode senggama terputus (*Coitus interruptus*)
- (6) Metode amenorea laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI).

b) Dengan Alat

(1) Metode Barrier

- a. Kondom digunakan pria untuk mencegah sperma membuahi telur.
- b. Diafragma/*Cervikal cup* menutupi uterus sehingga mencegah sperma memasuki uterus.

(2) Kimiawi

- a. *Spermisida*
- b. *Vaginal cream Aerosol* (tablet busa)
- c. *Tablet vagina atau suppositoria*
- d. *Vaginal foam* (Manuaba, 2010)

2) Metode Efektif/Modern

a) Metode hormonal

(a) Pil KB

Pil KB adalah obat kontrasepsi yang diminum setiap hari selama 21 atau 28 hari. Pil KB ada dua macam, yaitu : Pil KB yang mengandung hormon progesteron dan Pil KB yang mengandung hormon estrogen dan progesteron

(kombinasi). Pil adalah tablet mencegah kehamilan yang diminum 1 tablet tiap hari dari rangkaian 20, 21, 22, atau 28 tablet.

Jenis Pil KB : Pil kombinasi dan Mini pil.

(b) Suntikan KB

Suntikan yaitu obat KB yang disuntikkan 1 bulan sekali atau 3 bulan sekali. Untuk yang 1 bulan sekali berisi Estrogen dan Progesteron, dan yang 3 bulan sekali berisi Progesteron saja. Untuk wanita yang menyusui sebaiknya tidak menggunakan yang 1 bulan karena akan mempengaruhi produksi ASI.

Jenis suntikan KB :

- (1) Golongan progestin, misalnya Depoprovera 150 mg isi 1 cc, Depo progestin 150 mg isi 3 cc (disuntikkan tiap 3 bulan).
- (2) Golongan progestin dengan campuran estrogen propionat. Misalnya cyclofem (disuntikkan tiap 1 bulan) (Irianto, 2014).

© KB Susuk/Implan

Kontrasepsi yang ditempatkan dibawah kulit lengan dan mengeluarkan hormon yang mencegah pelepasan ovum.

Jenis KB implan :

(1) Norplant

Terdiri atas enam batang silastik lembut berongga dengan panjang 34 mm dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel. Lama kerjanya lima tahun.

(2) Implanon

Terdiri atas satu batang putih lentur dengan panjang kira– kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya tiga tahun.

(3) Jadena dan Indoplant

Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja tiga tahun (Sulistyawati, 2011).

(c) KB IUD/AKDR (kontrasepsi mekanis)

IUD (Intra Uterine Device) atau AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam ronggarahim, terbuat dari

plastik fleksibel. Beberapa jenis IUD dililit tembaga atau tembaga bercampur perak, bahkan ada yang disisipi hormon progesteron. IUD yang bertembaga dapat dipakai selama 10 tahun (Irianto, 2014).

Jenis KB IUD :

(1) Lippes Loop

(2) Copper T atau Copper Seven

(3) Multiload atau medusa (Medforth, Battersby, Evans, Marsh, Walker, 2014).

(d) Metode Kontrasepsi Mantap

Strerilisasi, atau dikenal dengan Keluarga Berencana (KB) mantap, yaitu secara *vasektomi* dan *tubektomi*. Vasektomi adalah mengikat atau memutuskan saluran *sperma (vas deferens)*, sedangkan *tubektomi* adalah mengikat atau memutuskan *tuba fallopi* (Manuaba, 2013)

6. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

a. Pengertian

Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Muslihatun, dkk, 2009 : 112).

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, *nifas*, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Muslihatun, dkk, 2009 :113).

b. Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko – resiko yang terjadi selama proses persalinan (Saminem, 2010:2) sedangkan menurut Muslihatu, dkk (2009:114) agar pelayanan kebidanana yang diberikan dapat diberikan secara komprehensif dan aman dapat

tercapai.

c. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse Midwives* terdiri dari :

- 1) Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan
- 2) Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar.
- 3) Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- 4) Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- 5) Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- 6) Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- 7) Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- 8) Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- 9) Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan (Muslihatun, dkk, 2009 : 113).

d. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

Langkah 1. Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap.

Langkah 2. Interpretasi data dasar

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan, yaitu diagnosis yang

ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan.

Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

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

Langkah 4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan *prenatal* saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu nifas dengan perdarahan.

Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologis (Muslihatun dkk, 2009 : 113-119).

Langkah 6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Muslihatun dkk, 2009 : 113-119).

e. Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan (Muslihatun, dkk, 2009 : 122-123).

S : (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui *anamnesis*. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

O : (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

A: (Assessment)

Merupakan hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis (Muslihatun dkk, 2009 :123-124).

P :Planning

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data yang bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *Planning*/perencanaan saja, namun dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Dengan kata lain, P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh (Muslihatun dkk, 2011 :123-124

B. STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan .mulai dari pengkajian,perumusan diagnosa dan/atau masalah kebidanan,perencanaan,implementasi,evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

1. STANDAR I : Pengkajian.

a. pernyataan standar.

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

b. Kriteria pengkajian.

1. Data tepat,akurat dan lengkap
2. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa ;bbiodata,keluhan utama,tiwayat obstetric ,riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
3. Data objektif(hasil pemeriksaan fisik,pisikologis dan pemeriksaan penunjang).

2. STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan Masalah Kebidanan.

1. Pernyataan Standar.

Bidan menganalisis data yang di peroleh pada pengkajian menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat

2. Kriteria Perumusan Diagnosa dan Masalah Kebidanan.

- 1) Diagnosa sesuai dengan monevklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- 3) Dapat di selesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri kolaborasi dan rujukan.

3. STANDAR III : Perencanaan.

a. Pernyataan Standar.

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosah dan masalah yang di tegahkan.

b. Keriteria perencanaan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien tindakan segera,tindakan antisipasi dan asuhan secara komperehensif.
- 2) Melibatkan klien/ pasien dan /atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologis ,sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisih dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermamfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku,sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. STANDAR IV : Implementasi.

a. Pertanyaan Standar.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara koprehensif,efektif,efesien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien / pasien,dalam bentuk upaya promotif.di laksanaakan secara mandiri,kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria Iplementasi

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko sosial-spiritual cultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan / atau keluarganya (inform consent).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidencebased.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privacy klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan .

5. STANDAR V : Evaluasi.

a. Pernyataan Standar.

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

b. Kriteria Evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

1. STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan.

a. Pernyataan Standar.

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

b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan.

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia {Rekam Medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA}.
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi follow up dan rujukan.

C. KEWENANGAN BIDAN

Kewenangan bidan merupakan aspek hukum dan perundangan yang mengatur tugas pokok dan kompetensi bidan yang berkaitan dengan kasus yang dipilih. Kewenangan bidan berdasarkan peraturan yang terkait dan berlaku serta yang utama mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Adapun dikemudian hari ada perubahan atau penambahan peraturan, maka harus dilakukan penyesuaian.

Pasal yang perlu dicantumkan dalam sub bab ini meliputi pasal-pasal yang berkaitan dengan penyelenggaraan praktik bidan, yang tertuang dalam pasal 9, 10, 11, 12, 13, 14. Pasal yang lain bisa ditambahkan sesuai dengan kondisi kasus yang sedang dikelola sebagai Laporan Tugas Akhir.

Pada pasal 9 disebutkan bahwa pelayanan yang meliputi:

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

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 9 adalah pelayanan yang diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa diantara 2 kehamilan. Pelayanan yang diberikan meliputi pelayanan konseling pada masa pra hamil, pelayanan ante natal pada Kehamilan normal, pelayanan persalinan normal,

pelayanan ibu nifas normal, pelayanan ibu menyusui dan pelayanan konseling pada masa antara kedua kehamilan. Dalam hal ini bidan berwenang untuk:

1. Episiotomi
2. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
3. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan
4. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
5. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
6. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
7. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan post partum
8. Penyuluhan dan konseling
9. Bimbingan pada kelompok ibu hamil
10. Pemberian surat keterangan kematian
11. Pemberian surat keterangan cuti bersalin

Pelayanan kesehatan anak sebagaimana yang disebutkan pada pasal 9 adalah pelayanan yang diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah. Bidan berwenang untuk:

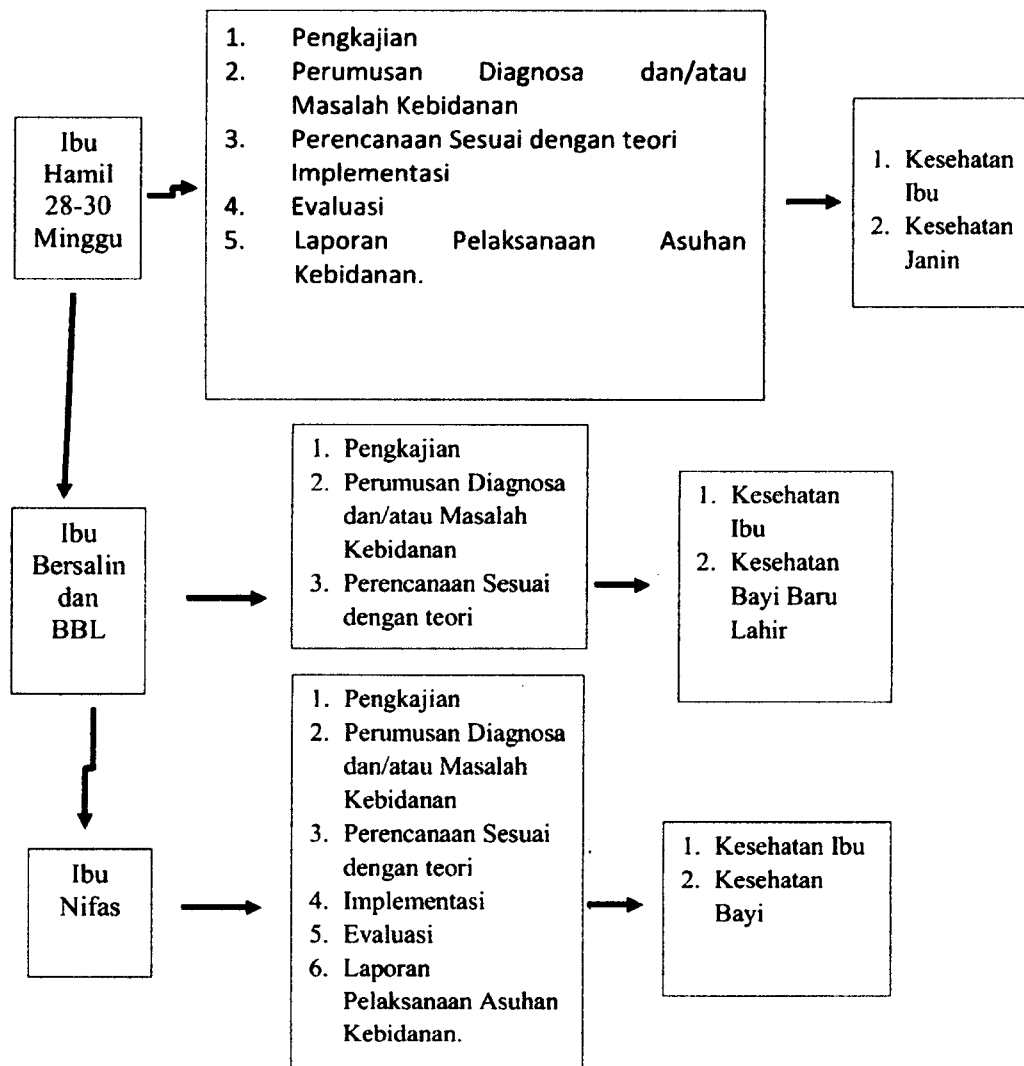
1. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat
2. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
3. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan
4. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
5. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
6. Pemberian konseling dan penyuluhan
7. Pemberian surat kelahiran
8. Pemberian surat kematian .

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana yang disebutkan pada pasal 9, Bidan berwenang untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana serta memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

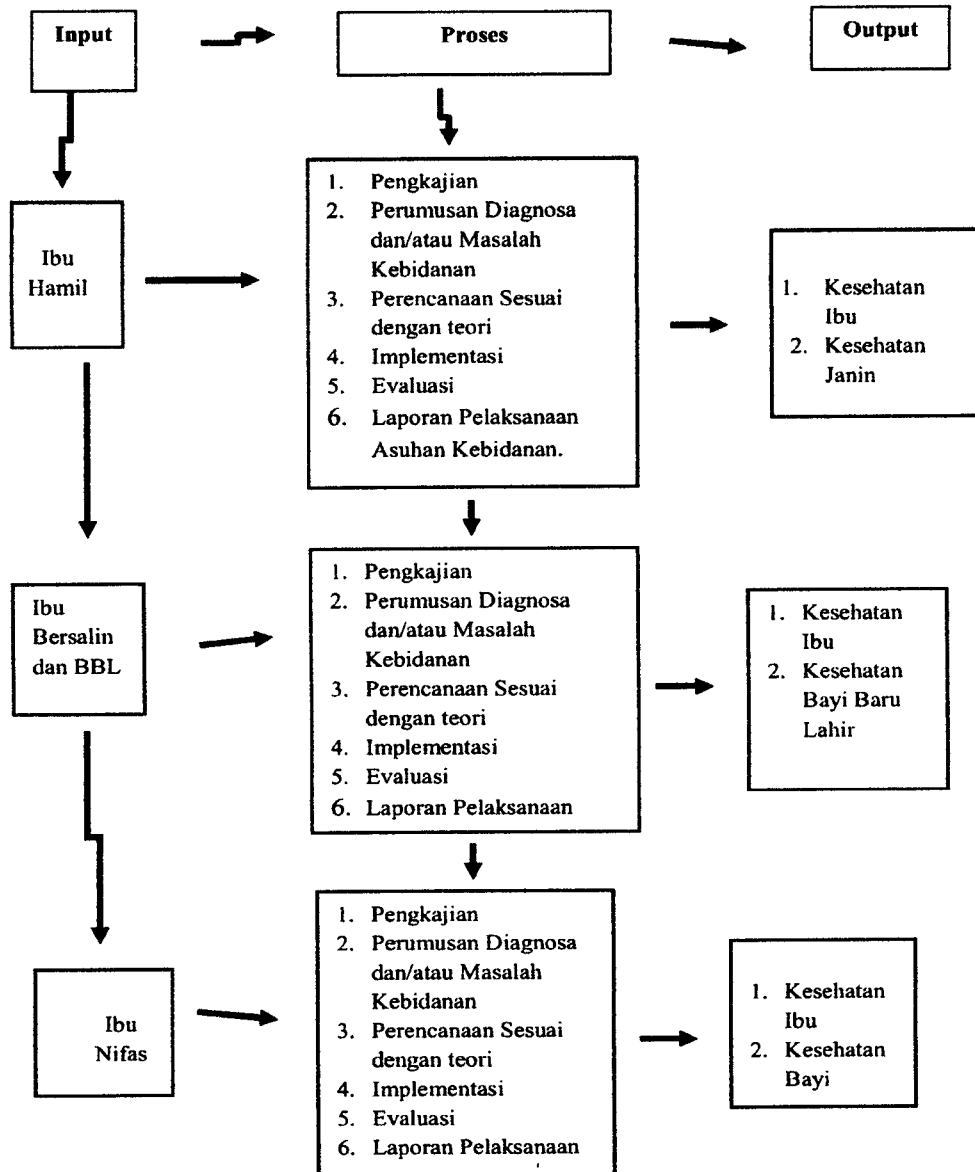
Selain itu seperti yang disebutkan pada pasal 13, bagi bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang untuk melakukan pelayanan kesehatan yang meliputi:

1. Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit.
2. Asuhan antenatal terintegrasi dengan iritervensi khusus penyakit kronis tertentu
3. dilakukan di bawah supervisi dokter.
4. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan
5. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah, dan remaja dan penyehatan lingkungan.
6. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah
7. Melaksanakan pelayanan kebidanankomunitas.
8. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian liondom, dan penyakit lainnya.
9. Pencegahan penyalahgunaan narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasidan edukasa.
10. Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program pemerinta

D. KERANGKA TEORI



E. KERANGKA KONSEP



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Proposal Laporan Tugas Akhir

Dalam konsep penelitian secara umum, desain penelitian yang dipilih, harus dapat

Menjawab tujuan penelitian, meminimalkan kesalahan dengan memaksimalkan reliabilitas dan validitas. Disain penelitian sangat tergantung pada masalah penelitian, sejauh mana telah diketahui masalah tersebut dan sejauh mana kemungkinan sumber data bias didapatkan. Disain penelitian untuk jenis intervensi adalah eksperimen dan kuasi eksperimen dimana peneliti dapat menciptakan kondisi dan mengukur pengaruh dari setiap kondisi Studi kasus asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin dan nifas ini dilakukan dengan menggunakan jenis metode penelitian studi penelaahan kasus dengan cara meneliti suatu permasalahan yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan.

Dalam hal ini perlu dikemukakan alasan menggunakan studi kasus/laporan kasus,

Seperti permasalahan belum jelas, holistik, kompleks, dinamis dan penuh makna sehingga tidak mungkin data pada situasi sosial tersebut dijangkau dengan metode lain dengan instrumen seperti test, kuisioner, pedoman wawancara. Selain itu peneliti bermaksud memahami situasi sosial secara mendalam, menemukan pola dan teori.

B. Tempat Dan Waktu Proposal Laporan Tugas Akhir

Tempat dan waktu Proposal Laporan Tugas Akhir perlu dicantumkan. Secara umum tempat pengambilan kasus adalah lokasi dan institusi dimana data akan diperoleh (subjek kasus, bahan/sampel yang diperiksa). Waktu pengambilan kasus dimulai sejak awal pengkajian sampai laporan akhir pengambilan kasus selesai.

Contoh:

1. Tempat pengambilan kasus

Pengambilan kasus dilaksanakan di Puskesmas dan RS Abepura Kota Jayapura

2. Waktu

Pada bulan Januari sampai dengan Mei 2019.

C. Subjek Proposal Laporan Tugas Akhir

- 1 Pada Proposal Laporan Tugas Akhir ini, yang dimaksud dengan subjek adalah seorang ibu hamil yang umur kehamilan minimal 32 minggu maksimal 1 minggu sebelum melahirkan, kemudian di Asuh dari hamil sampai dengan pemilihan KB.
- 2 Subjek yang digunakan dalam pengambilan kasus ini adalah seorang ibu hamil yang umur
- 3 Kehamilan minimal 32 minggu maksimal umur kehamilan 1 minggu sebelum melahirkan.
- 4 Teknik pengambilan sampel atau subjek pengambilan kasus yang akan digunakan adalah *Case Study* (Notoatmodjo, 2010).

D. Instrumen pada Proposal Laporan Tugas Akhir

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh pemberi dalam kegiatannya mengumpulkan agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya.

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

E. Teknik Pengumpulan Data Primer, Data Sekunder dan Keabsahan Data pada Proposal Laporan Tugas Akhir

1. Teknik Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data dapat dilakukan melalui : observasi, wawancara, dokumentasi, dan gabungan/triangulasi.

a. Data Primer

Data primer dikumpulkan dengan cara:

- 1) Pengamatan/observasi/pemeriksaan/pengukuran dengan: Metode pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan panca indra maupun alat. Alat yang dapat digunakan misalnya jam, skala, mikroskop, spektrofotometer, dan timbangan berat badan.
- 2) Wawancara: Wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat melalui jawaban tentang masalah-masalah yang terjadi pada ibu. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara terstruktur. Wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara, *tape recorder*, *voice recorder*
- 3) Diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*) menggunakan pedoman diskusi dan *tape recorder*

F. Data Sekunder: Dokumentasi atau Catatan Medik

Data sekunder dikumpulkan antara lain dengan cara menggunakan daftar isian,

1. formulir kompilasi data, rekam medik, dan lain – lain

G. Triangulasi Data

Triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi data ada dua, yaitu triangulasi sumber dan teknik.

Dalam teknik pengumpulan data, triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Bila penulis melakukan pengumpulan data dengan triangulasi, maka sebenarnya penulis mengumpulkan data yang sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data.

Triangulasi teknik, berarti penulis menggunakan teknik pengumpulan data yang

berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Penulis menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak. Triangulasi sumber berarti, untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Perhatikan gambar di bawah

BAB IV

A. PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menguraikan mengenai pembahasan kasus yang telah di ambil oleh penulis dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Penulis melakukan pembahasan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan hasil tinjauan kasus pada pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif dimulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan Kb pada Ny. N umur 29 tahun GI PI A0 usia kehamilan 35 minggu 5 hari dengan persalinan normal yang dilaksanakan di puskesmas sentani, ku. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien.

a. Kehamilan

1. Langkah I :Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan pasien. Data ini termasuk riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Data yang dikumpulkan meliputi data subjektif dan data objektif serta data penunjang.

Dari pengkajian tanggal 16 maret 2019 didapatkan data subjektif ibu mengatakan tidak ada keluhan. Dari data objektif diperoleh dari hasil Tekanan darah yang normal 110/70 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi maupun eklamsi (Depkes RI, 2010). Setiap kali periksa kehamilan tekanan darah Ny. N adalah 110/80 mmHg.

Standar minimal untuk lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. jika ukuran LILA kurang dari 23,5 maka interpretasinya adalah kurang energy kronis. Pada lila Ny. N adalah 28,5 cm, angka tersebut masih dalam batas normal. tidak ada kesenjangan dengan teori (Astuti, 2012)

Pada saat kunjungan ANC didapatkan Tinggi Fundus Uteri pada Ny. N adalah 17 cm pada saat usia kehamilan 24 minggu 2 hari, sedangkan pada kunjungan kedua saat usia kehamilan 34 minggu 6 hari didapatkan Tinggi Fundus Uteri 29 cm. Menurut Spiegelberg dalam Mochtar (1998) dengan jalan mengukur TFU dari simfisis maka diperoleh pada kehamilan 22-28 minggu maka TFU 24-25 cm, pada usia kehamilan 28 minggu maka TFU 26,7 cm, pada usia kehamilan 30-32 minggu maka TFU 29,5-30 cm, pada usia 34 minggu maka TFU 31 cm, dan pada usia kehamilan 36 minggu TFU 32 cm, usia kehamilan 38 TFU 33 cm, serta usia kehamilan 40 minggu maka TFU 37,7 cm dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan fakta dilahan praktik, namun hal ini

tidak menjadi masalah dikarenakan masih dalam batas normal bila dihitung dengan rumus Neagle, taksiran berat janin

DJJ normal berkisar antara 120 - 160x/menit. Pada Ny. N didapatkan DJJ setiap diperiksa berkisar antara 135x/menit, hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan dengan teori.

Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T1 maka hendaknya mendapatkan minimal 3 dosis (TT2, TT3 dan TT4) dengan interval 4 minggu. Depkes (2010). Penyuntikan imunisasi TT3 pada Ny.N dilakukan pada usia kehamilan 24 minggu tidak ada kesenjangan dengan teori.

Pemberian suplemen tablet tambah darah atau zat besi secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah dan sintesa darah otot. Setiap tablet besi mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet perhari (Astuti,2012). Pada trimester II Ny. N sudah mendapatkan tablet zat besi sebanyak $\pm$ 60 tablet, pada trimester III Ny. N mendapatkan 40 tablet. Ny. N mau meminum tablet zat besi sesuai dengan anjuran yang diberikan, tidak ada kesenjangan dengan teori.

Pemeriksaan Hb pada ibu hamil tidak boleh kurang dari 11 gr% karena ditakutkan ibu akan mengalami anemia (Depkes 2010). Pada Ny. N didapati kadar HB bernilai 10,5 gr%, maka hal ini sesuai dengan teori dan terdapat kesenjangan dengan teori.

Berdasarkan data-data yang terkumpul dari anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan secara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi ditemukan adanya masalah dengan demikian kehamilan Ny. N adalah kehamilan dengan Malaria Tropika

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi diagnosis, kebutuhan dan masalah klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Pada kasus ini diagnose kebidanannya adalah GI P0 A0, umur kehamilan 24 minggu 2 hari dengan malaria tropika. Intrauteri, tunggal, hidup, presentasi kepala, normal.

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan menurut varney dalam Purwoastuti, Elisabeth:2014. Pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Langkah III : Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Namun dalam tahap ini ditemukan masalah potensial dalam kehamilan yaitu ibu berpotensi mengalami anemia sedang dan perdarahan dalam proses persalinan. Data

subjektif ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun. Data objektif didapatkan pemeriksaan HB 10,5 gr%.

Pemeriksaan Hb pada ibu hamil tidak boleh kurang dari 11 gr% karena ditakutkan ibu akan mengalami anemia (Depkes 2010).

Tidak ada kesenjangan teori dan fakta di lahan praktek

4. Langkah IV :Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk ditangani sesuai kondisi klien. Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera. Situasi lainnya bisa saja merupakan kegawat daruratan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Namun dalam tahap ini tidak dilakukan tindakan segera, karena tidak ada data yang mendukung.

5. Langkah V :Rencana Asuhan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap ibu tersebut seperti apa yang diperkirakan terjadi selanjutnya. Apakah dibutuhkan konseling dengan petugas kesehatan lainnya. Pada kasus Ny. N umur 29 tahun GI P0 A0 malaria tropika dilakukan perencanaan tindakan sesuai dengan kebutuhan ibu yaitu:

1. Bangun hubungan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan
2. Jelaskan pada ibu mengenai kondisinya saat ini
3. Beri KIE tentang istirahat yang cukup dan mengurangi pekerjaan yang berat
4. Beri KIE tentang personal hygiene
5. Beri KIE tentang gizi ibu hamil (menu seimbang)
6. Beri KIE tentang tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi dalam kehamilan trimester III
7. Anjurkan ibu untuk rutin minum tablet Fe dan Kalk setiap hari
8. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang

6. Langkah VI :Implementasi

Pada kasus Ny. N umur 29 tahun G1 P0 A0 anemia ringan implementasi tindakan telah disesuaikan dengan rencana tindakan yaitu:

1. Membangun hubungan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu tentang kehamilannya bahwa ibu mengalami anemia ringan di mana sel darah merah yang ada dalam tubuh ibu kurang hal ini dapat mengganggu kondisi kesehatan dan aktivitas ibu serta menjadi masalah pada

saat persalinan nanti bila anemia ibu tidak mendapat penanganan yang baik

3. Memberikan KIE untuk istirahat yang cukup dan mengurangi pekerjaan yang berat, seperti tidur siang $\pm$ 2 jam dan tidur malam $\pm$ 8 jam
4. Memberikan KIE tentang personal hygiene dengan mengganti pakaian dalam tiap kali basah atau lembab, mandi 2 kali sehari, keramas minimal 2 kali seminggu.
5. Memberikan KIE tentang gizi ibu hamil (menu seimbang) dengan mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein dan sayuran berwarna hijau dan makanan yang mengandung vitamin dapat berperan dalam metabolisme dan koenzim dengan menganjurkan ibu untuk makan dengan diet berimbang
6. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan pada trimester II seperti sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada wajah, tangan dan kaki, gerakan janin berkurang, perdarahan pervaginam, keluar air ketuban sebelum waktunya, kejang dan demam tinggi, apabila mengalami salah satu tanda tersebut ibu harus memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan
7. Menganjurkan ibu untuk rutin minum tablet Fe dan Kalk setiap hari
8. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang

7. Langkah VII :Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif atau belum efektif.

Pada Ny. N umur 29 tahun GI P0 A0 normal, asuhan yang diberikan memberikan hasil antara lain: keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TTV normal ibu mengerti semua penjelasan yang diberikan dengan teratur dan bersedia melakukan kunjungan ulang ke Puskesmas.

Pada asuhan kehamilan turut pula dilakukan kunjungan rumah untuk memantau keadaan ibu serta janin. Pada kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 29 Desember 2017, diperoleh data subjektif Ibu mengatakan sering BAK, TD: 120/70 mmHg, N:88x/m, R: 27x/menit, SB: 36,5 °C, hasil pemeriksaan Leopold I TFU 29 cm, Leopold II sisi kiri perut ibu teraba punggung yaitu memanjang, keras seperti papan dan sisi kanan perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin, Leopold III teraba kepala yaitu keras bulat dan melenting, Leopold IV bagian terendah (kepala) belum masuk PAP, 5/5 bagian. Diagnose yang dapat ditegakkan adalah Ny. N umur 29 tahun GI P0 A0 usia kehamilan 35 Minggu 6 hari dengan , Intra Uterin, tunggal, hidup, presentasi kepala, puki, 5/5. Asuhan yang

diberikan pada ibu yaitu Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. Ibu telah mengetahui kondisinya dan janin, Menganjurkan ibu untuk kurangi makan nasi pada malam dan digantikan dengan buah-buahan, Menganjurkan ibu untuk USG ke dokter spesialis kandungan, Menganjurkan ibu untuk tidak cemas dengan keadaannya, Menginformasikan kepada ibu mengenai ketidaknyamanan yang dialami disebabkan karena semakin besar janin dan menurunnya kepala janin sehingga menekan otot-otot rahim bawah dan mendorong paru-paru sehingga menyebabkan sesak dan nyeri pada ulu hati, dan anjurkan ibu untuk tidur miring kiri atau duduk posisi setengah duduk dan melakukan rileksasi pernapasan, Ibu telah mengerti penjelasan yang diberikan dan akan melakukan apa yang disarankan, Memberi konseling tentang persiapan persalinan, persiapan biaya, persiapan pakaian ibu dan bayi, dan persiapan transportasi, telah diberikan konseling tentang persiapan persalinan, persiapan biaya, persiapan pakaian ibu dan bayi, dan persiapan transportasi, Menganjurkan ibu untuk membicarakan dengan suami tentang mengatur jarak kehamilan selanjutnya dengan mengikuti program KB.

b. Persalinan

1. Langkah I :Pengkajian

Data subjektif yang diperoleh yaitu ibu mengatakan merasa sakit dari atas symphysis pubis ke tulang belakang yang semakin sering dan keluar lendir tanggal 16 Maret 2019 jam 02.50 WIB. Data objektif diperoleh keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 88x/menit, suhu 36,5⁰c, respirasi 24x/menit. Jam 21.40 wit, memasang infus (infus RL) dengan kecepatan 20 tetes x/menit karena ibu mengalami anemia ringan. Hasil pemeriksaan dalam pada tanggal 15 Maret 2019 jam 21.00 WIB didapatkan hasil vulva/vagina: normal, portio: tebal lunak, pembukaan 5 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, petunjuk UUK kiri depan, penurunan Hodge I, tidak ada bagian kecil yang menyertai, kesan panggul cukup, pengeluaran lender.

Pada tanggal 16 Maret 2019, jam: 23.06 WIB, dilakukan pemeriksaan dalam ke II, hasilnya: vulva/vagina: normal, portio: tebal lunak, pembukaan 3 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, petunjuk UK depan, penurunan Hodge II, tidak ada bagian kecil yang menyertai, kesan panggul cukup, pengeluaran lender bercampur

Pada tanggal 28 Januari 2018, jam: 02.50 WIB, dilakukan pemeriksaan dalam ke III, hasilnya : vulva/vagina: normal, portio:

tipis lunak, pembukaan 10 cm, ketuban (Pecah spontan jam: 02.50 WIB), presentasi kepala, petunjuk UUK depan, penurunan Hodge IV, tidak ada bagian kecil yang menyertai, kesan panggul cukup, pengeluaran lendir bercampur darah.

Menurut Manuaba (2010) tanda permulaan persalinan adalah adanya kontraksi rahim, keluarnya lender bercampur darah, dan pembukaan serviks.

Pada tahap ini penulis tidak mengalami kesulitan, pengumpulan data dilakukan dengan wawancara kepada ibu, suami, bidan; melakukan observasi; dan studi dokumentasi dari status pasien, sehingga penulis mendapat data lengkap dan fokus. Dan tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta di lahan praktik.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada kasus ini diagnose yang dapat ditegakkan berdasarkan pengkajian adalah Ny. N umur 29 tahun G1 P0 A0 usia kehamilan 35 minggu, inpartu kala I fase aktif normal, janin intra uterin, tunggal, hidup, presentasi kepala, dengan anemia ringan

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan menurut varney dalam Purwoastuti, Elisabeth:2014. Pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Langkah III :Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi.

4. Langkah IV : Tindakan Segera

Tindakan sesuai protap asuhan persalinan normal

5. Langkah V :Rencana Asuhan

Pada kasus ibu bersalin pada Ny. N umur 29 tahun GI P0 A0 dengan anemia ringan rencana tindakan sesuai dengan kebutuhan ibu yaitu:

- 1) Lihat adanya tanda persalinan kala dua.
- 2) Pastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 3 ml ke dalam wadah partus set.
- 3) Pakai APD lengkap.
- 4) Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 5) Gunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Ambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam wadah partus set.

- 7) Bersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum.
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam (pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah).
- 9) Celupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Periksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- 11) Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada *his* apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada *his*, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.
- 13) Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

- 16) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu.
- 20) Periksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Tunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk

memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin).

25) Lakukan penilaian selintas : (a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan? (b) Apakah bayi bergerak aktif?

26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.

- 32) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Angkat bayi dari perut Ibu, letakkan di bawah cahaya lampu dan selimuti dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva.
- 35) Letakan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas.
- 38) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran

searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan *masase* (pemijatan) pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
- 40) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan ke dalam kantong plastik yang tersedia.
- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5 % selama sepuluh menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang

bersih dan kering. Kemudian pakai sarung tangan untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.

44) Biarkan bayi tetap kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

45) Lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.

46) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

47) Celupkan tangan dilarutan klorin 0,5% dan lepaskan secara terbalik dan rendam, kemudian cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, keringkan dengan handuk bersih dan pakai sarung tangan.

48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

49) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan *masase* uterus dan menilai kontraksi.

50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

51) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.

- 53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 54) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 55) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 56) Pastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 57) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 58) Bersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 59) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf.

Asuhan persalinan kala 1,2,3 dan 4 tentang 60 langkah APN dikutip dari buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. Pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek yang terjadi di lapangan.

6. Langkah VI : Implementasi

Pada kasus Ny. N umur 29 tahun GI P0 A0 dengan malaria tropika implementasi tindakan telah disesuaikan dengan rencana asuhan dan telah dilakukan

7. Langkah VII :Evaluasi

Pada Ny. N umur 29 tahun PI A0 normal asuhan yang diberikan selama kurang lebih 9 jam, dengan hasil antara lain: keadaan umum ibu baik: kesadaran compos mentis, TTV normal; bayi lahir spontan tanggal 16 maret 2019 jam 02.50 WIB, A/S 9/10, jenis kelamin perempuan, BB: 31000 gram, PB: 49 cm, caput (-), cacat (-), anus (+) plasenta lahir lengkap spontan lengkap dengan selaput dan kotiledonnya, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, perdarahan $\pm$ 150 cc, dan diagnose potensial pada ibu tidak terjadi.

Menurut Manuaba (2010), didalam evaluasi diharapkan mendapat hasil: keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital normal, bayi dilahirkan dengan normal dan selamat, ibu sehat, plasenta lahir spontan dan lengkap. Pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori yang ada dengan praktek dilapangan.

C. Nifas

1. Langkah I :Pengkajian

Pada tanggal 16 maret jam 07.00 Wit, data subjektif: ibu mengatakan perut masih terasa mules, ibu melahirkan secara normal tanggal 16 maret 2019 jam 01.07 WIT. Data objektif diperoleh keadaan umum baik; kesadaran compos mentis; tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 88x/menit, suhu badan 37,2°C, dan pernapasan 24x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi kuat dan pengeluaran lochea rubra.

Menurut (Ambarwati dan Wulandari, 2010)lochea rubra adalah cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa *plasenta*, dinding Rahim yang keluar pada hari pertama sampai hari ketiga. Pada tahap ini tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta dilahan praktik.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada kasus ini diagnosa yang dapat ditegakkan berdasarkan pengkajian adalah Ny. N umur 29 tahun PI A0, post partum 6 jam yang lalu dengan normal. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan menurut varney dalam Purwoastuti, Elisabeth:2014. Pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Langkah III :Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Dalam tahap ini ditemukan masalah potensial terjadinya atonia uteri tetapi dalam kasus ini Ny. N tidak mengalami atonia uteri maka dalam hal ini ada kesenjangan dengan teori.

4. Langkah IV :Tindakan Segera

Pada kasus ibu nifas Ny. N umur 29 tahun PI A0 dengan malaria tropika yang dilakukan adalah drip oxy 1 ampul kecepatan 20 tetes.

5. Langkah V :Rencana Asuhan

Pada kasus ibu nifas Ny. N umur 29 tahun PI A0 dengan normal :

1. Bangun komunikasi yang baik dengan ibu
2. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan
3. Pasang infus RL 20 tetes/menit
4. Berikan KIE tentang makanan bergizi
5. Berikan KIE tentang istirahat yang cukup
6. Berikan KIE tentang personal hygiene
7. Ajar ibu untuk merawat payudara
8. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin
9. Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini
10. Jelaskan pada ibu tentang penyebab mules yang dialaminya
11. Ajarkan ibu cara merawat tali pusat

12. Anjurkan ibu untuk ber-Kb
13. Anjurkan ibu minum obat sesuai dosis
14. Beritahu ibu untuk kontrol 1 minggu lagi di Puskesmas atau Rumah sakit
15. Dokumentasi hasil

6. Langkah VI : Implementasi

Pada kasus ibu nifas Ny. N umur 29 tahun PI A0 dengan normal :

1. Membangun komunikasi yang baik dengan ibu
2. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik-baik saja
3. Memasang tranfusi darah kolf 1 20 tetes/menit
4. Memberikan KIE tentang makanan bergizi
5. Memberikan KIE tentang istirahat yang cukup
6. Memberikan KIE tentang personal hygiene
7. Mengajarkan ibu untuk merawat payudara yaitu dengan mengoles payudara dengan baby oil dan pijat payudara dari arah pangkal ke putting susu
8. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin yaitu minimal setiap 2 jam sekali
9. Menganjurkanibu untuk mobilisasi dini untuk mempercepat involusi uterus

10. Menjelaskan pada ibu tentang penyebab mules yang dialaminya adalah hal yang wajar karena telah terjadi pengembalian uterus ke bentuk semula
11. Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat dengan tetap membiarkannya kering tanpa di berikan cairan apapun
12. Menganjurkanibu untuk ber-Kb
13. Menganjurkanibu minum obat sesuai dosis
14. Meberitahu ibu untuk kontrol 1 minggu lagi di Puskesmas
15. Mendokumentasi hasil

7. Langkah VII : Evaluasi

Pada asuhan nifas turut pula dilakukan kunjungan untuk memantau keadaan ibu. Pada kunjungan nifas pertama dilakukan pada tanggal 17 maret 2019, pada Ny. N umur 29 tahun PI A0 nifas hari pertama dengan anemia ringan. Dari data Subjektif diperoleh data ibu mengatakan perut masih terasa mules. Data objektif diperoleh keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TD 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, SB 36°C, Pernapasan 20x/menit, TFU :2 jari di bawah pusat, pengeluaran lochea rubra, payudara tidak keras dan tidak bengkak, pengeluaran ASI positif. Asuhan yang diberikan pada ibu yaitu Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dalam keadaan normal tetapi ibu sedang mengalami anemia ringan, memastikan ibu cukup makanan dan cairan serta mendukung ibu untuk terus mengkonsumsi makanan

cukup gizi seimbang dan tinggi protein, seperti sayur dan buah, Mengingatkan kembali ibu untuk istirahat tidur yang cukup dan mengingatkan kembali pada ibu tentang cara mengatasi pola istirahat dan tidur.

Pada kunjungan nifas kedua diperoleh data subjektif Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Data objektif diperoleh keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TD 110/80 mmHg, N 80x/menit, SB 36,8°C, Pernapasan 20x/menit. TFU antara pusat dan symphysis, kontraksi kuat, pengeluaran, lochea sanguinolenta, payudara tidak keras dan tidak bengkak, pengeluaran ASI positif. Diagnose yang dapat ditegakkan adalah Ny. N umur 29 tahun PI A0 nifas hari ke-6 dengan anemia ringan. Asuhan yang diberikan pada ibu yaitu Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dalam keadaan baik-baik saja tetapi ibu sedang mengalami anemia ringan, Mengingatkan kembali ibu untuk istirahat tidur yang cukup dan mengingatkan kembali pada ibu tentang cara mengatasi pola istirahat dan tidur, Melakukan konseling tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, yaitu Uterus teraba lembek/ tidak berkontraksi, perdarahan pervaginam > 500 CC, sakit kepala berat, rasa ssakit/panas waktu BAK, penglihatan kabur, pengeluaran cairan berbau busuk, demam tinggi dimana suhu tubuh ibu > 38°C. memberitahu ibu untuk rajin membawa anaknya ke puskesmas setiap bulan untuk ditimbang dan

mendapatkan imunisasi, menganjurkan ibu untuk mengatur jarak kehamilan selanjutnya dengan mengikuti program keluarga berencana.

D. Neonatus

1. Langkah I :Pengkajian

Pada tahap ini data yang diperoleh dari penuturan ibu tentang keadaan bayinya, data subjektif diperoleh bayi lahir tanggal 17 maret 2019 Jam 01.07 Wit. Data objektif diperoleh keadaan umum bayi baik, kesadaran compos mentis, suhu badan 36,8 °C, pernapasan 48x/menit, denyut jantung 142x/menit, berat badan 3600 gram, panjang badan 49 cm, pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, reflek menghisap, Reflex babinski, Reflex menelan,Reflex menendang, Reflex morobayi sudah bagus.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada kasus ini diagnose yang dapat ditegakkan berdasarkan pengkajian adalah Bayi Ny. N neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan, usia 1 jam, normal.

3. Langkah III : Masalah Potensial

Pada kasus Ny. N diagnosa potensial yang ditegakkan tidak terjadi.

4. Langkah IV :Tindakan Segera

Dalam kasus bayi Ny.Nbayi dalam keadaan normal, sehingga tidak ada tindakan yang diberikan.

5. Langkah V :Rencana Asuhan

Pada kasus ini diagnosa yang dapat ditegakkan berdasarkan pengkajian adalah Bayi Ny. N neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan, usia 1 jam, normal. Rencana asuhan yang diberikan yaitu:

1. Cuci tangan dan gunakan handsoon
2. Observasi KU dan TTV
3. Lakukan IMD selama $\frac{1}{2}$ jam
4. Lakukan pengukuran antropometri
5. Lakukan perawatan tali pusat
6. Lakukan pemeriksaan fisik pada bayi
7. Berikan injeksi vit K
8. Berikan salep mata
9. Berikan cap kaki
10. Berikan gelang nama
11. Jaga kehangatan bayi
12. Observasi eliminasi
13. Dokumentasi hasil dalam status bayi

6. Langkah VI :Implementasi

Pada kasus ini diagnose yang di dapat ditegakkan berdasarkan pengkajian adalah Bayi Ny.N neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan, usia 1 jam, normal. Implementasi tindakan telah disesuaikan dengan rencana asuhan yang diberikan yaitu :

1. Mencuci tangan dan gunakan handsoon
2. Mengobservasi KU dan TTV
3. Melakukan IMD selama ½ jam
4. Melakukan pengukuran antropometri
5. Melakukan perawatan tali pusat
6. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
7. Memberikan injeksi vit K di paha kiri secara IM
8. Memberikan salep mata
9. Memberikan cap kaki
10. Memberikan gelang nama
11. Menjaga kehangatan bayi dengan membungkus bayi dengan kain yang bersih dan kering
12. Mengobservasi eliminasi
13. Mendokumentasi hasil dalam status bayi

7. Langkah VII :Evaluasi

Pada bayi Ny. N neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan 1 jam normal. Evaluasi dilakukan dengan perencanaan dan tindakan, evaluasi hasil menunjukkan dampak yang positif. Tanda-tanda vital dalam batas normal.

Pada asuhan bayi baru lahir turut pula dilakukan kunjungan rumah untuk memantau keadaan bayi. Pada kunjungan neonates pertama diperoleh data subjektif ibu mengatakan bayinya aktif minum ASI. Data objektif diperoleh data keadaan umum bayi

baik, kesadaran compos mentis, suhu badan 36,5 °C, pernapasan 35x/menit, denyut jantung 140x/menit, berat badan 3600 gram, panjang badan 49 cm, tali pusat tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Diagnosa yang dapat ditegakkan yaitu: Bayi Ny. N neonates cukup bulan sesuai usia kehamilan, usia 6 hari, normal. Asuhan yang dapat diberikan Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan baik, memandikan dan mengganti pakaian bayi dengan pakaian bersih dan kering, tali pusat telah lepas dan kering, menjaga kehangatan bayi dengan membungkus bayi menggunakan kain bersih, menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

Pada kunjungan neonates kedua diperoleh data subjektif ibu mengatakan bayinya aktif minum ASI. Data objektif diperoleh data keadaan umum bayi baik, kesadaran compos mentis, suhu badan 36 °C, pernapasan 47x/menit, denyut jantung 135x/menit, berat badan 3200 gram, panjang badan 49 cm, tali pusat tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Diagnose yang dapat ditegakkan Bayi Ny. N neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan, usia 14 hari normal. Asuhan yang dapat diberikan Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan baik, memandikan dan mengganti pakaian bayi dengan pakaian bersih dan kering, menjaga kehangatan bayi dengan membungkus bayi menggunakan kain bersih, menganjurkan ibu untuk memberikan

ASI eksklusif pada bayinya, memberitahu pada ibu untuk datang ke posyandu agar mendapatkan imunisasi BCG dan polio 1.

Pada tahap ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan dilahan praktek.

E. Keluarga Berencana (KB)

1. Langkah I : Pengkajian

Pada pembahasan ini langkah pertama penulis mengumpulkan semua data yang berkaitan dengan KB Ibu mengatakan ingin menunda kehamilannya dengan ikut KB Pil. Hal ini sesuai dengan WHO (1970) dalam Mariatalia (2014) bahwa keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindarkan kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Pada tahap ini tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta dilahan praktik.

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah kedua, data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan untuk menentukan diagnosis. Pada kasus ini diagnosis kebidanan yang dapat ditegakkan adalah Ny. N umur 29 tahun PI A0 dengan akseptor baru KB Pil. Hal ini sesuai dengan BKKBN (2012) bahwa indikasi KB Pil yaitu usia

reproduksi dan yang telah memiliki anak yang memiliki aktivitas tinggi dan menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

3. Langkah III : Masalah Poensial

Pada langkah ketiga masalah potensial tidak muncul pada Ny.N Skarena tidak ada data menunjang.

4. Langkah IV :Tindakan Segera

Pada langkah keempat tindakan segera tidak dilakukan pada Ny. N karena tidak ada data menunjang yang membutuhkan tindakan segera.

5. Langkah V :Rencana Asuhan

Langkah lima Pada langkah ini dilakukan perencanaan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, dan pada langkah ini reformasi dan data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

6. Langkah VI :Implementasi

Langkah enam Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan yang lain.

Adapun rencana asuhan yang diberikan yaitu memberikan konseling dan memberi tahu kontra indikasi mengenai kontrasepsi yang dipilih dan melakukan pemberian KB Pil dan beritahu tanggal kunjungan kembali pada klien. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, Diabetes mellitus disertai komplikasi, jadi pada kasus ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

7. Langkah VII :Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi ke efektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagai mana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang sesuai dengan masalah dan diagnosis klien, juga benar dalam pelaksanaannya. Disamping melakukan evaluasi terhadap hasil asuhan yang telah diberikan, bidan juga dapat melakukan evaluasi terhadap proses asuhan yang telah diberikan. Dengan harapan, hasil evaluasi proses sama dengan hasil evaluasi secara keseluruhan.

Dari data yang telah di kumpulkan Pada kasus ini tidak ada kesenjangan dengan teori.

B. HASIL PEMBAHASAN

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN ANTE NATA CARE

PADA NY.N DENGAN PERSALINAN NORMAL

DI PUSKEMAS SENTANI

Tanggal Pengkajian : 16 Maret 2019

Tempat : Puskesmas Sentani

Oleh : Mhs. Agnes.Wambrau

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN KALA I

LANGKAH I PENGKAJIAN

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama	: Ny. N	Nama Suami	: Tn. F
Umur	: 29 tahun	Umur	: 32 tahun
Agama	: Kristen katolik	Agama	: Kristen katolik
Pendidikan:	SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Nikah ke	: 1 kali	Nikah ke	: 1 kali
Suku/bangsa	: Manado	Suku/bangsa	:Manado
Alamat	: BTN Sosial		
Lama Nikah	: 3 Tahun		

2. Data Biologis/Fisiologi

a) Keluhan utama

Ibu mengeluh sakit pada perut bagian bawah menjalar ke tulang belakang disertai pengeluaran lendir campur darah.

b) Riwayat keluhan utama

ibu mengatakan merasa nyeri pada perut bagian bawah tembus ke tulang belakang dan keluar lendir campur darah sejak tanggal 16 Maret 2019 jam

c) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No	Tanggal Lahir	UK	Tempat Persalinan	Jenis Persalinan	Penolong	BB (gr)	JK	Umur
1	Hamil ini							
2								

d) Riwayat kehamilan sekarang

1) Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua

2) HPHT : 11- 07- 2018

3) Umur kehamilan : 35 minggu 5 hari

4) Antenatal Care : Puskesmas Sentani

5) Imunisasi TT : -

6) Pergerakan janin pertama kali dirasakan ibu sejak usia kehamilan 5 bulan

- 7) Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir tidak dihitung
- 8) Ibu mengatakan gerakan janin aktif
- e) Obat-obatan yang diminum ibu selama hamil : Tablet Fe dan Kalk
- f) Riwayat reproduksi
- 1) Riwayat Menstruasi
- Menarche : 14 tahun
- Siklus haid : teratur
- Durasi haid : 3-7 hari
- Banyaknya : 4 x ganti pembalut
- Sifat darah haid : cair
- Bau/warna : amis/merah segar
- Dismenorrhea : tidak ada
- g) Riwayat kesehatan lalu
- 1) Penyakit waktu anak-anak : tidak ada
- 2) Riwayat operasi : tidak pernah
- 3) Riwayat pembedahan/operasi : tidak pernah
- 4) Penyakit serius saat ini : tidak ada
- h) Riwayat Kesehatan Sekarang

No	Keluhan	Keterangan
1	Kehilangan BB	Tidak ada
2	Infeksi saluran nafas bagian atas yang berulang	Tidak ada

	a) Sinusitis	Tidak ada
	b) Tonsilitis	Tidak ada
	c) Otitis media	Tidak ada
	d) Faringitis	
3	Demam yang sering timbul	Tidak ada
4	Herpes zoster divagina	Tidak ada
5	Khelilitan angularis	Tidak ada
6	Ulkus di mulut yang berlubang	Tidak ada
7	Erupsi papular pruritis di kaki	Tidak ada
8	Ulkus dibadan	Tidak ada
9	Infeksi jamur kuku	Tidak ada

i) Riwayat penyakit keluarga

- 1) Penyakit menular dalam keluarga : tidak ada
- 2) Penyakit menahun dalam keluarga : tidak ada
- 3) Penyakit menular dalam keluarga : tidak ada
- 4) Riwayat persalinan kembar
 - Pihak Suami : tidak ada
 - Pihak Istri : tidak ad

j) Keadaan psiologi

Klien : Senang dengan kehamilannya.

Suami : Sangat menantikan kelahiran anak keduanya.

k) Latar belakang sosial budaya

Klien dan suaminya berasal dari suku yang sama yaitu suku ...

l) Dukungan dari keluarga

Keluarga kesua belah pihak sangat mendukung kehamilan ibu dan mengharapkan proses persalinan lancar, ibu dan bayinya sehat.

m) Keadaan sosial ekonomi

Penghasilan suami cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga.

n) Masalah-masalah yang di hadapi selama kehamilan

No	Masalah-masalah	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Mual	Ada	Tidak ada	Tidak ada
2	Nyeri ulu hati	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
3	Perut kembung	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
4	Nyeri perut	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
5	Pusing	Ada	Tidak ada	Tidak ada
6	Mudah lelah	Ada	Ada	Ada
7	Sakit kepala	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
8	Gangguan pernapasan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
9	Nyeri pinggang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
10	Obstipasi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
11	Kram otot	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

12	Ngilu-ngilu	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
13	Sakit gigi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

o) Riwayat aktivitas sehari-hari

No	Kegiatan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Pola Nutrisi			
	a) Frekuensi makanan	1-2 x/hari	3-4 x/hari	3-4 x/hari
	b) Nafsu makan	Kurang Tidak ada	Baik Tidak ada	Baik Tidak ada
	c) Makanan pantangan	6-8 gelas	6-8 gelas	7-8 gelas
	d) Jumlah minum			
2	Eliminasi BAB			
	a) Frekuensi	1 x/hari	1 x/hari	1 x/hari
	b) Bau/warna	Busuk/coklat	Busuk/coklat	Busuk/coklat
	c) Konsistensi	Lunak	Lunak	Lunak
3	Eliminasi BAK			
	a) Frekuensi	7-8 x/hari	4-5 x/hari	7-8 x/hari
	b) Bau/warna	Amoniak/kuning	Amoniak/kuning	Amoniak/kuning

4	Pola Istirahat			
	a) Tidur siang	1-2 jam	1-2 jam	1-2 jam
	b) Tidur malam	7-8 jam	7-8 jam	6-8 jam
5	Olahraga	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
6	Personal hygiene			
	a) Frekuensi mandi	2x/hari	2x/hari	3-4x/hari
	b) Frekuensi cuci rambut	3x/minggu	3x/minggu	3x/minggu
	c) Frekuensi sikat gigi	2x/hari	2x/hari	2x/hari
	d) Pakai sabun	Ya	Ya	Ya
	e) Pakai sampo	Ya	Ya	Ya
	f) Pakai odol			
7	Kebiasaan yang membahayakan			
	a) Merokok	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	b) Obat penenang	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	c) Jamu	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
	d) Minuman	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah

	keras			
--	-------	--	--	--

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Kesadaran : Compos Mentis
- c) Penampilan : Sesuai umur
- d) Ekspresi wajah : Cemas
- e) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 86 kali/menit

Suhu : 37,2⁰C

Respirasi : 20 kali/menit

f) Berat Badan dan Tinggi Badan

Berat badan sebelum hamil : 59 kg

Berat badan sekarang : 69 kg

Kenaikan berat badan : 10 kg

Tinggi badan : 155 cm

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

1) Inspeksi : Rambut hitam, kulit kepala bersih

2) Palpasi : Tidak ada benjolan dan nyeri tekan

b. Muka

- 1) Oedema : tidak ada
- 2) Cloasma gravidarum : ada
- c. Mata
 - 1) Conjunctiva : tidak anemis
 - 2) Sclera : tidak iktirus
- d. Hidung
 - 1) Polip : tidak ada
 - 2) Pengeluaran/cairan : tidak ada
 - 3) Kebersihan : bersih
 - 4) Penciuman : baik
 - 5) Keluhan : tidak ada
- e. Telinga
 - 1) Pengeluaran : tidak ada
 - 2) Kebersihan : bersih
 - 3) Pendengaran : baik
 - 4) Keluhan : tidak ada
- f. Mulut/Gigi
 - 1) Stomatitis : tidak ada
 - 2) Mukosa mulut : lembab
 - 3) Lidah : bersih
 - 4) Caries : tidak ada
 - 5) Epulis : tidak ada
 - 6) Kebersihan : bersih

7) Keluhan : tidak ada

g. Leher

- 1) Pembesaran kelenjar tyroid : tidak ada
- 2) Pembesaran kelenjar limfe : tidak ada
- 3) Pembesaran vena jugularis : tidak ada
- 4) Nyeri saat menelan : tidak ada

h. Dada

- 1) Bentuk dada : simetris
- 2) Pergerakan dada : normal
- 3) Jenis pernapasan : dada
- 4) Tarikan dinding dada : tidak ada

i. Payudarah

1) Inspeksi

- Pembesaran : ya
- Simetris : ya
- Hyperpigmentasi areola : ya
- Puting susu : menonjol
- Kebersihan puting : bersih

2) Palpasi

- Pengeluaran colostrum : ya, ada
- Nyeri tekan : tidak ada
- Massa/benjolan : tidak ada

j. Abdomen

Inspeksi

- 1) Perut : membesar sesuai umur kehamilan
- 2) Striae gravidarum : ada
- 3) Bekas operasi : tidak ada

Palpasi

- 1) Keluhan : tidak ada

k. Vulva vagina

- 1) Kebersihan : bersih
- 2) Flour albus : tidak ada
- 3) Varices : tidak ada
- 4) Pengeluaran : lendir campur darah
- 5) Kelainan : tidak ada
- 6) Keluhan : tidak ada

l. Ekstremitas atas

- 1) Oedema : tidak ada
- 2) Pucat pada telapak tangan : tidak ada
- 3) Pucat pada kuku : tidak ada

m. Ekstremitas bawah

- 1) Oedema : tidak ada
- 2) Varices : tidak ada
- 3) Refleks patella : ada (+/+)

3. Pemeriksaan Obstetri

a. Palpasi

Leopold I : TFU 30 cm, fundus teraba lunak

Leopold II : Sisi kiri perut ibu teraba memanjang, keras seperti papan (punggung) dan sisi kanan perut ibu terasa kosong (bagian-bagian terkecil).

Leopold III : teraba keras, bulat dan melenting adalah kepala.

Leopold IV : bagian terendah (kepala) sudah masuk pintu atas panggul

b. Auskultasi

1) Denyut jantung janin (DJJ) : ada

2) Frekuensi : 134 x/m

3) Irama : teratur

c. His

1) Frekuensi : 3 kali dalam 10 menit

2) Durasi : > 45detik

3) Kekuatan : kuat

4) Relaksasi : ya ada

d. Pemeriksaan dalam

Tanggal : 16 Maret 2019 Jam : 02.50 WIB

1) Vulva/vagina : normal, tidak ada kelainan

2) Portio : tipis, lunak

- 3) Pembukaan : 5 cm
- 4) Ketuban : utuh (+)
- 5) Presentasi : kepala
- 6) Petunjuk : ubun-ubun kecil kiri depan
- 7) Penurunan : 4/5
- 8) Kesan panggul : luas
- 9) Pengeluaran : lendir bercampur darah

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

- 1) Urin
 - a) Protein : tidak dilakukan
 - b) Reduksi : tidak dilakukan
- 2) Darah
 - a) Golongan darah : -
 - b) DDR : positif (+)
 - c) HB : 10,5
 - d) HbsAg : Nr
 - e) HIV : Nr

LANGKAH II INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa

Ny. N umur 29 tahun, G1 P0 A0, usia kehamilan 35 minggu 5 hari, inpartu
'kala 1 fase aktif, normal, Janin intra uterin, tunggal, hidup, presentasi
kepala, puka, penurunan 3/5, normal

Dasar :

Data Subjektif :

1. Ibu mengatakan merasa nyeri semakin sering dan lama pada
perut bagian bawah tembus ke tulang belakang serta keluar lendir
bercampur darah sejak 16 Maret 2019 jam 02.00 WIB
2. Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua
3. Ibu mengatakan gerakan janin aktif
4. Riwayat kesehatan sekarang
 - a. Cepat lelah : ya
5. Obat yang dikonsumsi selama hamil :
 - a) Tablet Fe
 - b) Kalk
 - c) Amodikuin, primakuin

Data Objektif

1. Keadaan umum : baik
2. Kesadaran : compos Mentis
3. Tanda-tanda Vital
 - Tekanan Darah : 120/80 mmHg
 - Nadi : 86 kali/menit

- Suhu : 37,2⁰C
- Respirasi : 20 kali/menit
4. HPHT : 11 – 07 - 2018
5. TP : 16 – 03 - 2019
6. Palpasi
- Leopold I : TFU 32 cm, fundus teraba lunak
- Leopold II : Sisi kiri perut ibu teraba memanjang, keras seperti papan (punggung) dan sisi kanan perut ibu terasa kosong (bagian-bagian terkecil).
- Leopold III : teraba keras, bulat dan melenting adalah kepala.
- Leopold IV : bagian terendah (kepala) sudah masuk pintu atas panggul
7. Auskultasi
- Denyut jantung janin (DJJ) : ada
- Frekuensi : 134 x/m
- Irama : teratur
8. Inpeksi pada abdomen terdapat striae gravidarum dan pembesaran abdomen sesuai umur kehamilan.
9. His
- Frekuensi : 3 kali dalam 10 menit

Durasi : > 45 detik

Kekuatan : kuat

Relaksasi : ya, ada

10. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 16 Maret 2019 Jam : 23.00 WIT

Vulva/vagina : normal, tidak ada kelainan

Portio : tipis, lunak

Pembukaan : 5 cm

Ketuban : utuh (+)

Presentasi : kepala

Petunjuk : ubun-ubun kecil kiri depan

Penurunan : 5/5

Kesan panggul : luas

Pengeluaran : lendir bercampur darah

11. Pemeriksaan penunjang : tidak dilakukan

LANGKAH III DIAGNOSA POTENSIAL

1. Potensial terjadi partus lama

Dasar :

Data Subjektif :

1. Ibu mengatakan merasa nyeri semakin sering dan lama pada perut bagian bawah tembus ke tulang belakang serta keluar lendir bercampur darah sejak tanggal 16 Maret 2019 Jam 23. 30 WIB

2. Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua
3. Ibu mengatakan gerakan janin aktif
4. Riwayat kesehatan sekarang
 - a. Cepat lelah : Ya
 - b. Erupsi papular pruritis di kaki : ada
5. Obat yang dikonsumsi selama hamil :
 - a. Tablet Fe
 - b. Kalk
 - c. Amodikuin, primakuin

Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Tanda-tanda vital

Tekanan Darah	: 110/80 mmHg
Nadi	: 86 kali/menit
Respirasi	: 20 kali/menit
Suhu	: 37,2 ⁰ C
4. HPHT : 11-07-2018
5. TP : 16-03-2019
6. Palpasi

Leopold I	: TFU 30 cm, fundus teraba lunak
Leopold II	: Sisi kiri perut ibu teraba memanjang, keras seperti papan (punggung) dan sisi kanan

perut ibu terasa kosong (bagian-bagian terkecil).

Leopold III : teraba keras, bulat dan melenting adalah kepala.

Leopold IV : bagian terendah (kepala) sudah masuk pintu atas panggul

7. Auskultasi

Denyut jantung janin (DJJ) : ada

Frekuensi : 134 x/m

Irama : teratur

8. Palpasi pada abdomen tidak ada nyeri tekan

9. Inspeksi pada abdomen terdapat striae gravidarum dan pembesaran abdomen sesuai umur kehamilan

10. His

Frekuensi : 3 kali dalam 10 menit

Durasi : > 45detik

Kekuatan : kuat

Relaksasi : ya ada

11. Pemeriksaan Dalam

Tanggal :16-03-2019

Vulva/vagina : normal, tidak ada kelainan

Portio : tipis, lunak

Pembukaan : 5 cm

Ketuban	: utuk (+)
Presentasi	: kepala
Petunjuk	: ubun-ubun kecil kiri depan
Penurunan	:5/5cm
Bagian kecil yang menyertai	: tidak ada
Kesan panggul	: luas
Pengeluaran	: lendir bercampur darah
12. Pemeriksaan penunjang	: tidak ada

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V RENCANA ASUHAN

1. Beri tahu hasil pemeriksaan kepada ibu.
2. Lakukan pemeriksaan Leopold.
3. Observasi HIS dan DJJ setiap 30 menit.
4. Observasi TTV setiap 30 menit
5. Hadirkan suami atau keluarga terdekat
6. Ajarkan ibu teknik relaksasi pernapasan
7. Anjurkan ibu tidur miring kiri
8. Buat lah pantu kemajuan persalinan dengan mengisi partograf tiap 4 jam
9. Beri makan dan minum pada ibu
10. Siapkan partus set dan obat uterotonik

11. Siapkan pakaian ibu dan bayi

12. Beri ibu support

13. Kosongkan kandung kencing tiap 2 jam

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam 23:15 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan janin normal
2. Mengobservasi nadi, his dan DJJ tiap 30 menit dan tekanan darah tiap 4 jam sekali dengan hasil :

Jam	Nadi (x/m)	HIS frekuensi	His Lama	DJJ (x/m)	TD (mmHg)	Suhu (°C)	Respirasi (x/m)
13.30	82	3x/10 menit	>45	134			20
14.00	85	4x/10 menit	>45	136			21
14.30	88	4x/10 menit	>45	140	110/70	37,2	24
15.00	87	5x/10 menit	>45	136			22
15.30	87	5x/10 menit	>45	136			22
15.45	85	5x/10 menit	>45	138	110/70	37,3	21

3. Menghadirkan suami atau keluarga terdekat
4. Mengajarkan ibu teknik relaksasi pemeriksaan yaitu dengan cara jika perut terasa sakit atau kontraksi maka ibu diajarkan untuk mengambil nifas dalam melalui hidung dan mengeluarkan secara perlahan melalui mulut.
5. Mengajarkan ibu tidur miring kiri agar berat janin tidak menekan vena cave inferior sehingga ibu tidak merasakan sesak.
6. Membuat dan memantau kemajuan persalinan dengan mengisi partograf tiap 4 jam.
7. Memberikan makan dan minum pada ibu, yaitu nasi urup dan tempe goreng dengan air putih.
8. Menyiapkan partus set dan obat uterotonik.
9. Mempersiapkan pakaian ibu dan bayi.
10. Mensupport ibu dengan cara menganjurkan ibu dan keluarga untuk berdoa agar peralihan dapat berjalan lancar bayi sehingga bayi dapat lahir dan ibu dalam keadaan sehat.
11. Mengosongkan kandung kecing tiap 2 jam dengan cara menganjurkan ibu untuk buang air kecil di kamar mandi.
12. Melakukan pemeriksaan dalam (PD) ke-dua dengan hasil :

a) Tanggal : 16 Maret 2019 Jam : 23.349 WIB

Vulva/vagina : normal, tidak ada kelainan

Portio : tipis, lunak

Pembukaan : 8 cm

Ketuban	: utuh (+)
Presentasi	: kepala
Petunjuk	: ubun-ubun kecil kiri depan
Penurunan	:4/5 cm
Bagian kecil yang menyertai	: tidak ada
Kesan Panggul	: luas
Pengeluaran	: lendir darah

b) Tanggal : 16 maret 2019 Jam : 02.49 WIB

Vulva/vagina	: normal, tidak ada kelainan
Portio	: tidak teraba
Pembukaan	: 10 cm
Ketuban	: (-) pecah spontan warna putih keruh
Presentasi	: kepala
Petunjuk	: ubun-ubun kecil didepan
Penurunan	:4/5cm
Bagian kecil yang menyertai	: tidak ada
Kesan panggul	: luas
Pengeluaran	: lendir darah

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal : 16 April 2019

Jam : 16.00 WIT

1. Ibu mengerti tentang informasi yang telah diberikan mengenai keadaan ibu dan janin

2. Hasil observasi Tanda-tanda Vital, His dan DJJ normal yaitu :

Jam	Nadi (x/m)	HIS frekuensi	HIS Lama	DJJ (x/m)	TD (mmHg)	Suhu (°C)	Respirasi (x/m)
13.30	86	3x/10 menit	>45	132			20
14.00	88	4x/10 menit	>45	136			21
14.30	88	4x/10 menit	>45	140	110/70	37,2	24
15.00	87	5x/10 menit	>45	136			22
15.30	88	5x/10 menit	>45	136			22
15.45	85	5x/10 menit	>45	138	110/70	37,3	21

3. Suami telah hadir mendampingi ibu
4. Ibu mengerti teknik relaksasi dan pernapasan yang diajarkan
5. Ibu telah melakukan tidur miring kiri
6. Mengisi parthograf tiap 4 jam
7. Ibusudah makan dan minum
8. Sudah siapkan partus set dan obat uterotonika
9. Pakaian ibu dan bayi sudah disiapkan
10. Mensupport ibu
11. Ibu telah berkemih $\pm$ 150 cc

12. Pemeriksaan dalam telah dilakukan dengan hasil :

Vulva/vagina	: normal, tidak ada kelainan
Portio	: tipis, lunak
Pembukaan	: 8 cm
Ketuban	: utuh (+)
Presentasi	: kepala
Petunjuk	: ubun-ubun kecil kiri depan
Penurunan	: 4/5cm
Bagian kecil yang menyertai	: tidak ada
Kesan Panggul	: luas
Pengeluaran	: lendir darah
Vulva/vagina	: normal, tidak ada kelainan
Portio	: tidak teraba
Pembukaan	: 10 cm
Ketuban	: (-) pecah spontan warna putih keruh
Presentasi	: kepala
Petunjuk	: ubun-ubun kecil didepan
Penurunan	:
Bagian kecil yang menyertai	: tidak ada
Kesan panggul	: luas
Pengeluaran	: lendir darah

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN KALA II

LANGKAH 1 PENGKAJIAN DATA DASAR

Data Subjektif

1. Ibu mengeluh nyeri perut semakin sering dan kuat
2. Ibu mengatakan ingin mencedan atau BAB
3. Riwayat kesehatan sekarang
 - a. Cepat lelah : Ya
4. Obat yang dikonsumsi selama hamil :
 - a. Tablet Fe
 - b. Kalk
 - c. Amodikuin, Primakuin

Data Objektif

1. Kesadaran umum : baik
2. Kesadaran : compos mentis
3. Tanda-tanda vital
 - Tekanan Darah : 110/80 mmHg
 - Nadi : 85 kali/menit
 - Respirasi : 20 kali/menit
 - Suhu badan : 37,2°C
4. His
 - Frekuensi : 5 kali dalam 10 menit
 - Durasi : > 45 detik

- Irama : teratur dan kuat
5. DJJ : 140 x/menit
6. Pemeriksaan dalam ke-III
- Tanggal : 16 Maret 2019 Jam : 02.35 WIB
- Vulva/vagina : normal, tidak ada kelainan
- Portio : tidak teraba
- Pembukaan : 10 cm
- Ketuban : (-) pecah spontan warna putih keruh
- Presentasi : kepala
- Petunjuk : ubun-ubun kecil di depan
- Penurunan : 4/5 cm
- Kesan panggul : luas
- Pengeluaran : lendir bercampur darah
7. Vulva dan anus : membuka
8. Perineum : menonjol

LANGKAH II INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa

Ny. N umur 29 tahun, G1 P1 A0, usia kehamilan 40 minggu 1 hari, in partu kala II, normal, Janin intra uterin, tunggal, hidup, presentasi kepala, puka, normal

Dasar

Data Subjektif :

1. Ibu mengeluh nyeri perut semakin sering dan kuat
2. Ibu merasa ingin mencedan atau BAB
3. Riwayat kesehatan sekarang
 - a. Cepat lelah : ya
4. Obat yang dikonsumsi selama hamil :
 - a. Tablet Fe
 - b. Kalk

Data objektif

1. Tanda-tanda Vital
 - Tekanan darah : 110/80 mmHg
 - Nadi : 85 kali/menit
 - Respirasi : 20 kali/menit
 - Suhu badan : 37,2⁰C
2. His
 - Frekuensi : 5 kali dalam 10 menit
 - Durasi : > 45 detik
 - Irama : teratur dan kuat
3. DJJ : 158 kali/menit
4. Hasil pemeriksaan dalam

Jam : 15.45 WIT

- | | |
|-------------------|---|
| Vulva/vagina | : normal, tidak ada kelainan |
| Portio | : tidak teraba |
| Pembukaan | : 10 cm |
| Ketuban | : (-) pecah spontan warna putih keruh |
| Presentasi | : kepala |
| Petunjuk | : ubun-ubun kecil di depan |
| Penurunan | : 4/5cm |
| Kesan panggul | : luas |
| Pengeluaran | : lendir bercampur darah |
| 5. Vulva dan anus | : membuka dan menonjol |
| 6. Perineum | : menonjol |

LANGKAH III DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

Pimpin ibu mendedan

LANGKAH V RENCANA ASUHAN

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam : 02.39 WIT

1. Lihat gejala dan tanda persalinan kala II
2. Siapkan alat partus, hecing set, dan APD
3. Cuci tangan 7 langkah

4. Periksa dalam, pastikan pembukaan lengkap
5. Periksa DJJ
6. Informasikan hasil kepada ibu
7. Beri ibu makan dan minum diluar hia
8. Ajar dan pimpin meneran yang benar pada saat diluar his
9. Pakai hamscoon steril
10. Lakukan penahanan perineum pada saat kepala berada di vulva dengan diameter 5-6 cm
11. Usap muka bayi dengan kasa steril untuk membebaskan jalan infus
12. Cek lilitan tali pusat
13. Biarkan kepala melakukan putaran paksi luar
14. Cekap kepala bayi secara bipariental
15. Lakukan sanggah susur pada badan bayi
16. Nilai keadaan bayi
17. Letakkan bayi diatas perut ibu
18. Lakukan penanganan bayi
19. Catat jam dan tanggal kelahiran bayi

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal : 16 maret 2019

Jam : .02:40 WIT

1. Melihat gejala dan tanda persalinan kala II
2. Menyiapkan alat partus, hecing set, dan APD yang terdiri atas handscoon panjang, handscoon steril, nurse cap, kacamata, masker, dan sepatu boot

3. Mencuci tangan 7 langkah
4. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memeriksa pembukaan lengkap
5. Memeriksa DJJ
6. Menginformasikan hasil kepada ibu
7. Memberi ibu makan dan minum di luar his
8. Mengajar dan memimpin meneran yang benar pada saat his dengan cara anjuran ibu meneran pada saat kontraksi dan berhenti meneran (beristirahat) di antara kontraksi, beritahu ibu untuk tidak menahan napas saat meneran, lutut ibu ditarik ke arah dada dan dagu menempelkan ke dada serta mata ibu melihat ke arah perut. minta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran
9. Memakai handscoon steril
10. Melakukan penahanan perineum pada saat kepala tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm
11. Mengusap muka bayi dengan kassa steril untuk membebaskan jalan nafas
12. Mengecek lilitan tali pusat
13. Membiarkan kepala melakukan putaran paksi luar
14. Mencekap kepala bayi secara biparietal kemudian arahkan ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan kemudian arahkan ke atas untuk melahirkan bahu belakang
15. Melakukan sanggah susur untuk melahirkan seluruh badan bayi dengan cara menyanggah kepala dan leher kemudian tangan kiri menyusuri punggung, bokong dan tulang bawah sehingga seluruh badan bayi lahir

16. Menilai keadaan bayi

17. Meletakkan bayi diatas perut ibu, untuk meningkatkan hubungan kasih sayang ibu dan bayi

18. Melakukan penanganan bayi

19. Mencatat jam dan tanggal kelahiran bayi

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam : 02.45 WIB

1. Ibu mengatakan sangat gembira dan bahagia karena anaknya lahir dengan selamat
2. Keadaan umum : agak lemah
3. Kesadaran : compos mentis
4. Bayi lahir spontan tanggal 16 Maret 2019 jam 02.50 WIB, A/S 9/10, jenis kelamin perempuan, BB : 3075 gram, PB : 45, LK : 33 cm, LD : 35 cm, cacat (-), caput (-)
5. Kala II berlangsung 24 menit, tidak ada penyulitan
6. Palpasi : tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat
7. Kontraksi : kuat, baik
8. Kandung kemih : kosong
9. Tali pusat : tampak menjulur di vagina $\pm$ 25 cm
10. Pendarahan pervagina : $\pm$ 50 cc

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR SEGERA

LANGKAH I PENGKAJIAN

Data subjektif :

Data objektif :

Tanggal 16 Maret 2019 jam 02.50 WB bayi lahir spontan, langsung menangis, A/S 9/10, lahir dengan presentasi kepala pada usia 35 minggu 6 hari

LANGKAH II INTERPRETASI DATA

Diagnosa

Bayi Ny. N lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, normal

Dasar :

1. Tanggal 16 Maret 2019 jam 02.50 WB bayi lahir spontan, langsung menangis, A/S 9/10, lahir dengan presentasi kepala pada usia 35 minggu 6 hari

LANGKAH III MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

Dasar :

1. Bayi baru lahir

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

1. Beri salep mata 1 jam setelah bayi lahir, injeksi Vit K 1 mg dipaha kiri, dan Hep-B dipaha kanan 1 jam setelah pemberian injeksi Vit K

LANGKAH V RENCANA ASUHAN

1. Keringkan bayi baru lahir
2. Ganti kain bayi dengan kain kering dan bungkus bayi
3. Jepit, potong dan ikat tali pusat setelah bayi lahir
4. Bersihkan badan bayi dan bungkus bayi
5. Ukur BB, PB, LIKA dan LIDA, prtiksa keadaan anus dan lengkapi pakaian bayi
6. Berikan injeksi Vit K 1 mg di paha kiri dan berikan salep mata
7. Berikan imunisasi Hep-B dipaha kana 1 jam setelah pemberian Vit K

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal : 16 Maret 2019 Jam:02.15WP

1. Jam 02.50 WIB, mengeringkan bayi baru lahir
2. Jam 02.50 WIB, mengganti kain bayi dengan kain kering dan bungkus bayi
3. Jam 03.20 WIB, menjepit, memotong dan mengikat tali pusat setelah bayi lahir
4. Jam 03.26 WIB, membersihkan badan bayi dan membungkus bayi
5. Jam 03.28 WIB, mengukur BB, PB, Lika dan Lida, periksa keadaan anus dan lengkapi pakaian bayi

6. Jam 03.31 WIB, memberikan injeksi Vit K 1 mg di paha kiri dan beri salep mata
7. Jam 04.31 WIB, memberikan imunisasi Hep-B di paha kanan setelah Vit K

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam :04.41 WIB

1. Kondisi bayi normal
2. Tidak terjadi hyportemi
3. Bayi sudah ditimbang (BB : 3075 gram, PB : 45 cm) A/S 9/10, jenis kelamin perempuan.
4. Bayi sudah diberi salep mata
5. Injeksi Vit. K dan imunisasi Hep-B sudah diberikan

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN KALA III

LANGKAH I PENGKAJIAN

Data subjektif :

1. Ibu mengatakan perut bagian bawah mules
2. Ibu mengatakan merasa lelah setelah persalinan
3. Ibu mengatakan telah melahirkan anak kedua tanggal 16 Maret 2019 jam 02.50 WIB
4. Ibu mengatakan senang dan lega karena bayinya lahir dengan selamat
5. Ibu mengatakan ari-arinya belum lahir.

Data objektif

1. Keadaan umum : agak lemah
2. Kesedaran : compos mentis
3. Tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 82 kali/menit
 - Respirasi : 20 kali/menit
 - Suhu : 37,3⁰C
4. Kontraksi uterus : kuat, baik
5. Tinggi fundus uteri : 1 jari di bawah pusat
6. Tali pusat : tampak menjulur di vagina $\pm$ 25 cm
7. Pendarahan pervagina : $\pm$ 50 cc

LANGKAH II INTERPETASI DATA DASAR

Diagnosa

PI A0, inpartu kala III, normal

Dasar

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan perut bagian bawah mules
2. Ibu mengatakan merasa lelah setelah persalinan
3. Ibu mengatakan telah melahirkan anak pertama tanggal 16 maret 2019 jam 02.50 WIB

4. Ibu mengatakan senang dan lega karena bayinya lahirdengan selamat
5. Ibu mengatakan ari-arinya belum lahir

Data Objektif :

1. Keadaan umum : agak lemas
2. Kesadaran : compos mentis
3. Tanda-tanda Vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 82 kali/menit
 - Respirasi : 20 kali/menit
 - Suhu : 37,3⁰C
4. Kontraksi uterus : keras, kuat
5. Tinggi fundus uteri : 1 jari di bawah pusat
6. Tali pusat : tampak menjulur di vagina ± 25 cm
7. Pendarahan pervagina : ± 50 cc

LANGKAH III MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadi retensio plasenta
2. Potensial terjadi pendarahan

Dasar :

Plasenta belum lahir

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

MAK III (Manajemen Aktif Kala III)

LANGKAH V RENCANA ASUHAN

1. Langkah pengecekan fundus
2. Baritahu ibu bahwa ibu akan disuntik
3. Beri injeksi oxytocin 10 IU secara IM
4. Lakukan PTT
5. Pindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm dari vulva
6. Lahirkan plasenta dengan PTT
7. Lakukan massase uterus
8. Periksa kelengkapan plasenta
9. Lakukan pemeriksaan jalan lahir
10. Nilai kontraksi dan ajarkan ibu cara massase
11. Ukur pendarahan kala III
12. Periksa tanda-tanda vital ibu

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal : 16 maret 2019

Jam : 03.10 WIB

1. Melakukan pengecekan tinggi fundus
2. Memberikan ibu bahwa akan disuntik
3. Memberikan injeksi oxytocin 10 IU secara IM
4. Melakukan PTT
5. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva

6. Melahirkan plasenta dengan PTT
7. Melakukan massase uterus
8. Memeriksa kelengkapan plasenta
9. Melakukan pemeriksaan jalan lahir
10. Menilai kontraksi dan ajarkan cara massase
11. Mengukur pendarahan kala III
12. Memeriksa tanda-tanda vital ibu

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal : 16 maret 2019

Jam : 03.20 WIT

1. Ibu merasa lebih tenang karena ari-ari sudah lahir dan tampak lemah
2. Plasenta lahir pukul 16.26 WIT secara spontan, plasenta dan selaput lengkap, insensi tali pusat centralis, berat plasenta $\pm$ 500 gram, panjang tali pusat $\pm$ 50 cm, ketebalan plasenta $\pm$ 3 cm
3. Hasil observasi tanda-tanda vital
 - a. Keadaan umum : baik
 - b. Kesadaran : compos mentis
 - c. TTV
 - 1) Tekanan Darah : 100/70 mmHg
 - 2) Nadi : 84 kali/menit
 - 3) Respirasi : 20 kali/menit
 - 4) Suhu Badan : 37,0⁰C
 - d. TFU : 2 jari di bawah pusat

- e. Kontraksi uterus : kuat
- f. Pendarahan : ± 100 cc
- g. Ibu sudah mengerti dan telah melakukan massase pada perutnya

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA KALA IV

LANGKAH I PENGKAJIAN

Data subjektif

- 1. Ibu mengatakan merasa mules
- 2. Ibu mangtakan merasa lelah
- 3. Ibu mengatakan merasa lega plasenta telah lahir

Data objektif

- 1. Kesadaran umum : baik
- 2. Kesadaran : compos mentis
- 3. Hasil observasi tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 84 kali/menit
 - Suhu : 37,0⁰C
 - Respirasi : 20 kali/menit
- 4. Plasenta lahir spontan, lengkap dengan selaput dan kotiledonnya
- 5. Inersio tali pusat : centralis
- 6. Panjang tali pusat : ± 50 cm
- 7. Berat plasenta : ± 500 gram

- 8. Kontraksi uterus : baik, kuat
- 9. Kandung kemih : kosong
- 10. TFU : 2 jari di bawah pusut
- 11. Perineum : untuk
- 12. Jumlah pendarahan : kurang lebih 100 cc

LANGKAH II INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa :

PI A0, partus kala IV, normal

Dasar

Data subjektif

- 1. Ibu mengatakan merasa mules
- 2. Ibu mengatakan merasa lelah
- 3. Ibu mengatakan merasa lega plasenta telah lahir

Data objektif

- 1. Keadaan umum ibu : baik
- 2. Kesadaran : compos mentis
- 3. Tanda-tanda Vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 84 kali/menit
 - Suhu : 37,0⁰C

- Respirasi : 20 kali/menit
4. Plasenta lahir spontan, lengkap dengan selaput dan kotiledonnya
 5. Insersio tali pusat : centralis
 6. Panjang tali pusat : ± 50 cm
 7. Berat plasenta : ± 500 gram
 8. Kontraksi uterus : baik
 9. Kandung kemih : kosong
 10. TFU : 2 jari di bawah pusat
 11. Jumlah darah : kurang lebih 100 cc

LANGKAH III DIAGNOSA POTENSIAL

1. Potensial terjadi pendarahan post partum
2. Potensial terjadi infeksi pada perineum

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V RENCANA ASUHAN

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam : 03.28 WIB

1. Bersihkan ibu dari sisa darah dan cairan ketuban dan mengganti pakaian ibu
2. Dekontaminasi tempat tidur dengan larutan clorin 0,5 % dan bilas dengan air DTT

3. Observasi TTV, kontraksi, kandung kemih, dan pendarahan 1 jam pertama setiap 15 menit dan tiap 30 menit jam ke-2 post partum
4. Rendam alat bekas pakai dengan larutan clorin 0,5 % kemudian sikat, cuci, bilas di bawah air mengalir lalu sterilisasi
5. Anjurkan ibu makan dan minum dan anjurkan ibu untuk menyusui bayinya
6. Dokumentasi dan lengkapi patograf

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam : 03.26 WIB

1. Membersihkan ibu dari sisa darah dan cairan ketuban dan menggantikan pakaian ibu
2. Melakukan dekontaminasi tempat tidur dengan larutan clorin 0,5 % dan bilas dengan air DTT
3. Mengobservasi TTV, TFU, kontraksi, kandung kemih, dan pendarahan 1 jam pertama setiap 15 menit dan tiap 30 menit jam ke-2 post partum dengan hasil :

Jam ke		TD (mmHg)	N (x/m)	R (x/m)	SB (°C)	TFU	Kontraksi	Kandung Kemih	Pendarahan
1	17.00	100/70	85	20	37	2 jr ↓ pst	Kuat	kosong	150 cc
	17.15	100/70	80	20		2 jr ↓ pst	Kuat	kosong	
	17.30	110/70	78	20		2 jr ↓ pst	Kuat	kosong	
	17.45	110/70	80	19		2 jr ↓ pst	Kuat	kosong	
2	18.15	110/70	81	20	36,8	2 jr ↓ pst	Kuat	kosong	
	18.45	110/70	76	20		2 jr ↓ pst	Kuat	kosong	

4. Merendam alat bekas pakai dengan larutan clorin 0,5% kemudian sikat, cuci, bilas di bawah air mengalir lalu sterilisasi

5. Menganjurkan ibu makan dan minum dan anjurkan ibu untuk tidak menyusui bayinya
6. Mendokumentasikan dan melengkapi patograf

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam : 03.45 WIB

1. Ibu sudah dalam keadaan bersih dan nyaman
2. Ibu sudah makan dan minum
3. Pemeriksaan dan observasi TTV, kontraksi, kandung kemih, pendaraha, TFU telah dilakukan dengan hasil normal
4. Terapi obat telah diberikan
5. Partus set dan haecting set telah disterilkan dengan autoclaf

Pendokumentasian telah dilakukan

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

PADA BAYI NY “ N “ NORMAL

DI PUSKESMAS SENTANI

Tanggal pengkajian : 16 Maret 2019

Tempat : Puskesmas Sentani

Oleh : Mhs. Agnes Wambrau

Jam : 11.20 WIT

LANGKAH I PENGKAJIAN

a. Data Subjektif

1) Identitas anak

Nama Bayi : By. Ny. N

Tanggal Lahir : 16 – 03 - 2019

Jam : 02.50 WIB

Jenis Kelamin : Perempuan

Anak Ke : 1 (pertama)

Alamat : BTN Sosial

2) Identitas orang tua

Ibu	Bapak
Nama : Ny. N	: Tn. F

Umur	: 29 tahun	: 32 tahun
Agama	: Kristen Katolik	: Kristen Katolik
Suku/bangsa	: -	:-
Pendidikan	: SD	: SD
Pekerjaan	: IRT	: Swasta
Status	: Nikah	: Nikah
Alamat	: BTN Sosial	: BTN Sosial

3) Riwayat kehamilan sekarang

Gravida : GI, PI, A0

HPHT : 11 – 07 -2019

TP : 16 – 03 - 2019

Umur kehamilan : 35 minggu 5 hari

ANC : Puskesmas Sentani

Jumlah kunjungan : 1x

Imunisasi :-

4) Riwayat persalinan sekarang

Jenis persalinan : Spontan, Tanggal 6 April 2019

Jam 02.50 WIB

Tempat persalinan: Puskesmas Sentani

Ditoloong Oleh : Bidan

Keadaan bayi saat lahir : A/S 9/10

Letak bayi waktu lahir : Letak belakang kepala

Warna air ketuban : putih keruh

Lama persalinaan : Kala I : 9 jam
 Kala II : 24 menit
 Kala III : 6 menit
 Kala IV : 2 jam

5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tanggal Lahir	UK	Tempat Persalinan	Jenis Persalinan	Penolong	BB (gr)	JK	Umur
1.	-	Cukup bulan	Puskesmas sentani	Spontan	Bidan	-	p	5 tahun
2.	Hamil ini							

6) Kebutuhan data dasar

Minum : ASI
 Muntah : tidak ada
 Istirahat : baik
 BAB : Mekonium
 BAK : 1-2 x/hari
 Keamanan : terjaga
 Therapy : Injeksi Vit. K, Salep mata, Injeksi Hepatitis

B

b. Data Obektif

1) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : baik
 b) Tanda-tanda Vital : Nadi : 124 x/menit
 Respirasi : 52 x/menit

Suhu Badan : 37 °C

c) BB : 3.075 gram

d) PB : 45 cm

e) Kepala

Caput succedaneum : tidak ada

Cephal haematoma : tidak ada

Ubun-ubun kecil : sutura sagitalis sudah menutup

Ubun-ubun besar : lebar dan terlihat jelas

Rambut : hitam lurus

LK : 34 cm

f) Mata

Bentuk : simetris

Konjungtiva : tidak pucat

Sklera : tidak ikterus

g) Telinga

Bentuk : normal

Daun telinga : kiri, kanan simetris

Lubang telinga : ada

Sekret : tidak ada

h) Hidung

Sekret : tidak ada

Cuping hidung : tidak ada

i) Mulut

Bentuk bibir : normal

Palatum : normal

Refleks roting : positif

Refleks isap : positif

Refleks telan : positif

j) Leher

Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada

k) Dada

Bentuk : simetris dan mendatar

Papilla mammae : ada

Lingkar dada : 32 cm

Frekuensi jantung : 52 x/menit

Sesak : tidak ada

l) Perut/Abdomen

Bentuk : normal

Kembung : tidak ada

Pembesaran hati : tidak ada

Tali pusat : basah, tidak bau, tidak ada tanda-tanda infeksi

Pendarahan tali pusat : tidak ada

Lingkar perut : 32 cm

m) Integument/kulit

Kulit : kemerahan

n) Ekstremitas atas

Jari-jari tangan : normal/lengkap

Lila : 11 cm

Refleks moro : positif

Refleks menggenggam: positif

o) Ekstremitas bawah

Kaki : simetris

Jari-jari kaki : normal/ lengkap

Refleks babinski : positif

Ujung jari syanosis : tidak ada

p) Genetalia

Jenis kelamin : perempuan

Lania : labia mayora sudah menutup labia minora

q) Anus : ada

r) Eliminasi

BAB : mekoneum

BAK : belum

2) Pemeriksaan laboratorium: tidak dilakukan

LANGKAH II INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa Dasar

Bayi Ny “N”, Lahir cukup bulan, normal

DS :

Usia kehamilan 35 minggu 1 hari

HPHT :11-07-2018

TP : 16-03-2019

Bayi lahir pada Tanggal 16-03-2019 , jam 02.50 WIB

DO :

- 1) Bayi lahir : spontan
- 2) Keadaan bayi saat lahir : A/S 9/10
- 3) Keadaan umum bayi : baik
- 4) Suhu Badan : 37⁰C
- 5) Nadi : 124 x/menit
- 6) Respirasi : 52 x/menit
- 7) BB : 3.075 gram
- 8) PB : 45 cm
- 9) LK : 34 cm
- 10) LD : 32 cm
- 11) LILA : 11 cm
- 12) Refleks Roting : positif
- 13) Refleks telan : positif
- 14) Refleks babinskin : positif
- 15) Refleks moro : positif
- 16) Refleks menggenggam : positif
- 17) Labia mayora sudah menutupi labia minora

18) Tali pusat : basah, tidakbau, tidak ada tanda-tanda infeksi

19) Ubun-ubun kecil : sutura segitalis sudah menutup

LANGKAH III MASALAH POTENSIAL

a. Potensial terjadi hipotermi

DS : Tanggal 16 – 03 – 2019

DO : Keadaan Bayi saat lahir : segera menangis

SB : 37⁰C

Nadi : 124x/menit

Respirasi : 52 x/menit

BB : 3.075 gram

PB : 45 cm

b. Potensial terjadi infeksi sekunder

DS : Tanggal 16 – 03 – 2019

DO : BB : 3.075 gram

PB : 45 cm

Tali pusat : basah, tidak bau, tidak ada tanda-tanda infeksi

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

Penghangatan

LANGKAH V RENCANA ASUHAN

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi

2. Bungkus bayi, keringkan dan ganti handuk dengan kain yang ering dan bersih
3. Jepit, potong tali pusat 2 menit setelah bayi lahir
4. Lakukan IMD selama 1 jam
5. Timbang BB dan ukur PB bayi
6. Bersihkan bayi dan pakaikan bayi dengan pakaian bayi
7. Beri injeksi Vit. K 0,5 mg dan salep mata
8. Berikan imunisasi hepatitis B di paha kanan 2 jam setelah bayi lahir
9. Berikan bayi pada ibu untuk disusukan kembali

LANGKAH VI PELAKSANAAN

Tanggal 16 Maret 2019

Jam: 03.05 WIB

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
2. Membungkus, mengeringkan dan menggantikan handuk bayi dengan kain yang bersih dan kering
3. Menjepit, memotong mengikat tali pusat setelah bayi lahir
4. Melakukan IMD selama 1 jam
5. Menimbang berat badan dan mengukur panjang badan bayi
6. Membersihkan badan bayi dan memakaikan pakaian bayi, sarung tangan, sarung kaki, dan topi bayi serta selimut
7. Memberikan injeksi Vit. K dipaha kiri dan salep mata Chloramphenicol 1% bayi pada ibu untuk disusukan kembali

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam : 17.15 WIB

1. Bayi tidak hipotermi dan tidak terjadi pendarahan pada tali pusat
2. Bayi sudah di timbang dan sudah diukur panjang badannya yaitu dengan berat badan 3.075 gram dan panjang badan 45 cm
3. Bayi sudah diinjeksi Vit. K dipaha kiri dan sudah di beri salep mata Chloramphenicol 1%
4. Bayi sudah dipakaikan pakaian, sarung tangan,kaki, topi dan selamut
5. Bayi sudah diimunisasi hepatitis B di paha kanan
6. Bayi dalam kondisi nyaman, dalam dekapan ibu dan telah disusui ibunya

DATAPERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN HARI KE II)

Tanggal Kunjungan : 25 Maret 2019

Jam :

Tempat : Puskesmas Ny. N

Oleh : Mhs.Agnes Wambrauw

SUBJEKTIF :-

OBJEKTIF :

1. Kadaan Umum : Baik
2. Tanda-tanda Vital : Nadi : 132 x/menit
Respirasi : 40 x/menit
Suhu Badan : 37,2⁰C
3. BB : 3.075 gram
4. Minum ASI
5. Bayi tidak muntah
6. Eliminasi : BAB : lancar
BAK : lancar
7. Refleks isap : Kuat
8. Refleks menelan : Baik
9. Tali pusat masih basah tidak ada tanda-tanda infeksi

ASSESSMENT

1. Diagnosa kebidana :
Neonatus umur 9 hari PP normal
2. Diagnosa Potensial :
 - a. Potensial terjadi aspirasi
 - b. Potensial terjadi hipotermi
 - c. Potensial terjadi infeksi sekunder
3. Tindakan segera : tidak ada

PLANNING :

Tanggal : 16 Maret 2019

Jam :

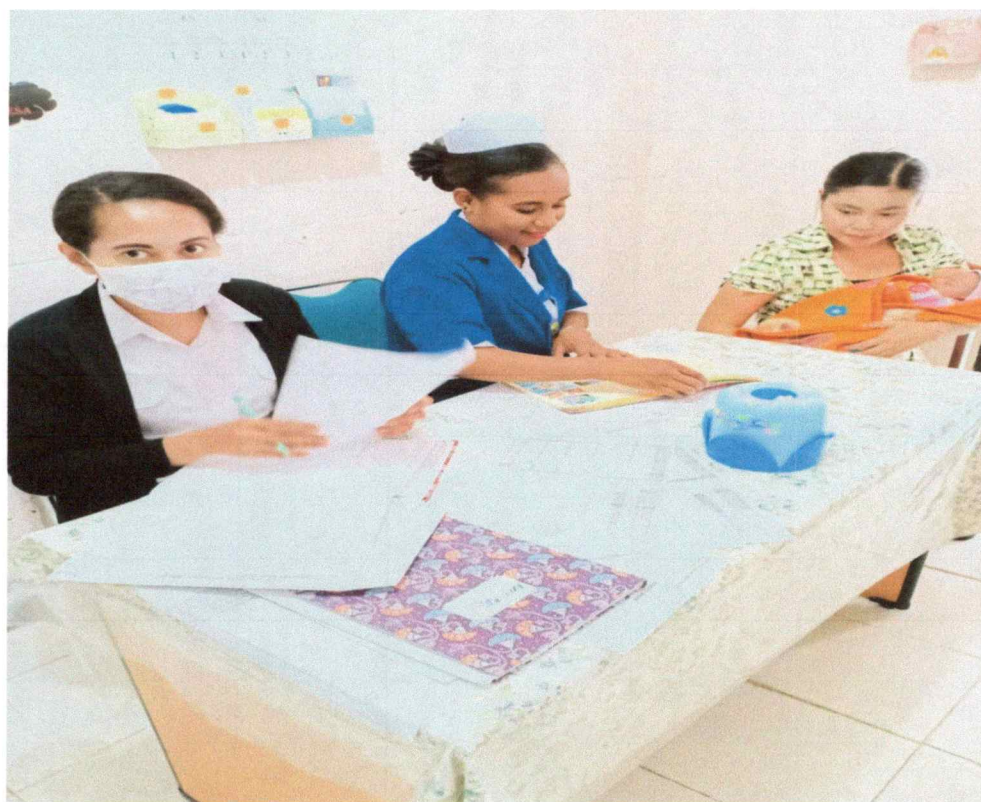
1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
2. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital : Nadi 132 x/menit, Respirasi 40 x/menit, SB 37,2⁰C
3. Merawat tali pusat bayi hasil : masih basah, tidak bau dan tidak ada tanda-tanda infeksi
4. Menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI setiap 3 jam sekali dan ibu mengerti serta akan melakukan anjuran yang telah diberikan
5. Memberikan penyuluhan kepada ibu tentang merawat tali pusat dengan baik dan benar yaitu jangan membubuhi atau memberi apapun di pusat bayi, selalu keringkan dan bungkus dengan kasa steril kering. Ibu mengerti dan berjanji akan melakukan anjuran yang telah di berikan
6. Bayi telah di gendong dan di susun oleh ibunya

7. Memberikan kepada ibu untuk merawat payudara dan membersihkan puting susu sebelum menyusui bayinya yaitu dengan dengan cara mengelap atau mencuci puting susu terlebih dahulu dengan menggunakan air hangat atau dingin yang bersih

DOKUMENTASI









BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada tahap akhir pembuatan Laporan Tugas Akhir Komprehensif pada Ny.N dengan Malaria Tropika, penulis dapat menuliskan kesimpulan dan beberapa saran untuk lebih meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan Kb khususnya pada Ny. N dengan Malaria Tropika yang sedang penulis ambil di Puskesmas Abepura serta kunjungan rumah tanggal 16 Maret 2019 sampai 16 April 2019 semua asuhan telah dilaksanakan sesuai dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney.

B. SARAN

1. Bagi penulis
2. Bagi Pendidikan
3. Bagi Lahan Praktek

DAFTAR PUSTAKA

1. Astuti, 2014. *Asuhan Kehamilan*, Jakarta: Fitramaya
2. AmbrawatidanWulandari, 2017. *Asuhan kebidanan Nifas*, NuhaMedika: Yogyakarta
3. Bari A, Saifuddin, Trijatmo R, Gulardi H, W, 2014. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta. PT. BinaPustakaSarwonoPrawirohardjo.
4. Cunningham, dkk., 2015 *Obstetri Williams*, Ed. 21, EGC, Jakarta.
5. DewidanSunarsih, 2014. *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. GrahaIlmu, Yogyakarta.
6. Irianto, Koes, 2014. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Bandung: PT. RefikaAditama
7. Manuaba, dkk. 014. *Ilmu Kebidanan, penyakit kandungan dan pendidikan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Edisi 2EGC: Jakarta.
8. Mochtar, Rustam. 2015 *Sinopsis Obstetri*, Jilid I, EGC Jakarta.
9. Muslihatun, dkk. 2016. *Dokumentasi Kebidanan*. Fitramaya, Yogyakarta.
10. Prawirohardjo, S. 2014 *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta.
11. Proverawati2017. *GiziUntuk Kebidanan*. MuhaMedika, Jakarta.
12. Saifudin, 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBP-SP
13. Saminem, 2014. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan*, EGC, Jakarta.
14. Sujiyatini, dkk. 2010. *Catatan Kuliah Asuhan Ibu Nifas*. Cyrillus Publisher: Yogyakarta.

15. SulistyawatidanNugraheny, 2010.***Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin.***
SalembaMedika, Jakarta.
16. SunarsihdanDewi, 2015.***Asuhan Kehamilan Untuk kebidanan.*** SalembaMedika, Jakarta.
17. Varney, Helen, dkk. 2006. ***Buku Ajar Asuhan Kebidanan.*** Jakarta : EGC