

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut laporan *World Health Organization*(WHO) yang telah dipublikasikan pada tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia mencapai angka 289.000 jiwa. Di mana terbagi atas beberapa Negara, antara lain Amerika Serikat mencapai 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa (Warta Kesehatan, 2015). Pada Angka Kematian Bayi (AKB) secara global menurun menjadi 32 per 1.000 Kelahiran Hidup (KH) pada tahun 2015(WHO, 2016).

Menurut data AKI di negara-negara Asia Tenggara menurut WHO tahun 2014 diantaranya Indonesia mencapai 214 per 100.000 KH, Filipina 170 per 100.000 KH, Vietnam 160 per 100.000 KH, Thailand 44 per 100.000 KH, Brunei 60 per 100.000 KH, dan Malaysia 39 per 100.000 KH (Warta Kesehatan, 2015). Pada AKB di ASEAN menurut WHO tahun 2011 terendah pada Singapore 2.2 per 1.000 KH dan tertinggi di Lao PDR 56 per 1.000 KH (Ilman, 2015).

Menurut data SDKI Di Kalimantan Barat AKI tahun 2012 tercatat 143 kasus terjadi dalam per 100 ribu KH. Penyebab kematian terbanyak adalah perdarahan 38,46 persen, hipertensi dalam kehamilan (HDK) 26,17 persen, dan infeksi 4,20 persen, lain-lain 32,17 persen. Pada kasus kematian neonatal terjadi sebanyak 507 kasus. Penyebab kematian terbanyak adalah asfiksia

sebesar 38,30 persen dan bayi berat lahir rendah sebanyak 29,59 persen (Pontianak Post, 2013).

Kehamilan adalah hasil pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani (spermatozoa) (Saminem, 2008). Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) dari dalam uterus dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa alat atau pertolongan istimewa yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lamanya persalinan berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Rukiah, *et al.*, 2012).

Berdasarkan studi pendahuluan bulan Oktober sampai dengan Desember 2016 jumlah ibu bersalin sebanyak 85 pasien. Maka peneliti tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N dan Bayi Ny. N di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Titin Widyaningsih Pontianak 2016”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalahnya adalah :“Bagaimanakah Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. N dan Bayi Ny. N di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Titin Widyaningsih Pontianak 2016?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif pada Ibu hamil, bersalin , nifas, bayi baru lahir 1 tahun dan Ibu KB Komprehensif Pada Ny. N dan Bayi Ny. N Dengan Persalinan Normal di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Titin Widyaningsih Pontianak 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui konsep dasar asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N kehamilan dengan persalinan normal dan By. Ny. N
- b. Untuk mengetahui data dasar subjektif dan objektif pada kasus Ny. N kehamilan dengan persalinan normal dan By. Ny. N
- c. Untuk menegakkan analisis kasus pada Ny. N kehamilan dengan persalinan normal dan By. Ny. N
- d. Untuk mengetahui penatalaksanaan kasus pada Ny. N kehamilan dengan persalinan normal dan By. Ny. N
- e. Untuk menganalisis perbedaan konsep dasar teori dengan kasus pada Ny. N kehamilan dengan persalinan normal dan By. Ny. N.

D. Manfaat

1. Bagi Lahan Praktek

Agar dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi lahan sehingga diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan

kesehatan dalam melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin normal.

2. Bagi Pengguna

Diharapkan bagi ibu bersalin dapat merasa nyaman dan aman akan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan selalu memantau kesehatannya pada tenaga kesehatan.

3. Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya sebagai bahan kajian dan dasar menentukan tindakan dan penelitian selanjutnya dengan metode yang berbeda.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup terdiri atas :

1. Ruang lingkup materi, merupakan obyek/ variable yang akan diteliti tentang asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir sampai usia 1 tahun dan KB sesuai dengan manajemen asuhan kebidanan.
2. Ruang lingkup responden, merupakan subyek penelitian ini adalah pada Ny. N dan Bayi Ny.N.
3. Ruang lingkup waktu, merupakan waktu melakukan penelitian, yaitu mulai penyusunan laporan dari bulan Maret - April
4. Ruang lingkup tempat, merupakan tempat penelitian dilakukan di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Titin Widyaningsih Tahun 2016

F. Keaslian

Berdasarkan hasil penelusuran kepustakaan yang sudah dilakukan oleh peneliti, peneliti menemukan penelitian yang mirip dan dilakukan oleh

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul	Metode Penelitian	Hasil
1	Sari, 2015	Asuhan Kebidanan Ini Diberikan Pada Ibu Hamil Normal Trimester III, Ibu Bersalin, Neonatus, Ibu Masa Nifas, Dan Peserta KB Post Partum.	Asuhan Kebidanan Komprehensif Ini Dilakukan Secara Berkesinambungan Dari Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus Dan KB.	Asuhan Kebidanan Pada Asuhan Kebidanan Komprehensif Pasien Dengan Persalinan Normal Yang Diberikan Sudah Cukup Tercapai Dengan Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varney.
2	Setianingsi, 2016	Asuhan Kebidanan Pada Ny "N" Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus Dan Keluarga Berencana di Upt Puskesmas Pacet kabupaten Mojokerto	Asuhan Kebidanan Komprehensif Ini Dilakukan Secara Berkesinambungan Dari Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus Dan KB. Asuhan Kebidanan Komprehensif Ini Dilakukan Secara Berkesinambungan Dari Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus Dan KB.	Hasil Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "N" Yaitu Keluhan Masih Dalam Hal Fisiologis Pada Kala 1 Persalinan Mengalami Percepatan Persalinan Yang Disebut Partus Presipitatus Dan Telah Dilakukan Penatalaksanaan Dan Hasilnya Fisiologis

				Sesuai Dengan Teori. Manfaat Dari Asuhan Kebidanan Komprehensif Ini Daharapkan Bidan Mampu Menganalisa Serta Memberikan Asuhan Sehingga Bisa Mendeteksi Dini Komplikasi Yang Terjadi Sehingga Dapat Menurunkan AKI Dan AKB
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: Sari, 2015 , Setianingsi, 2016

Dari data diatas terdapat perbedaan antara peneliti sekarang dengan peneliti terdahulu yaitu pada Tahun dan Tempat Penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2009).

Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus agar dapat berlangsung dengan baik kehamilan mengandung kehidupan ibu maupun janin(Saifuddin, 2009).

b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala pada masing-masing wanita berbeda-beda. Ada yang mengalami gejala-gejala kehamilan sejak awal, ada yang beberapa minggu kemudian, atau bahkan tidak memiliki gejala kehamilan dini.

Kepastian kehamilan adalah dengan adanya tanda-tanda yang mengidentifikasi terjadinya kehamilan, baik secara subjektif yaitu yang dirasakan sendiri oleh ibu hamil maupun objektif yaitu dengan adanya pemeriksaan yang diadakan oleh tenaga kesehatan.

Tanda-tanda tidak pasti kehamilan (probable signs) atau tanda mungkin kehamilan, menurut (Pantikawati,2010), yaitu sebagai berikut:

1) Amenore (tidak dapat haid)

Bila seorang wanita dalam masa mampu hamil, apabila sudah kawin mengeluh terlambat haid, maka perkiraan bahwa dia hamil, meskipun keadaan stress, obat-obatan, penyakit kronis dapat pula mengakibatkan terlambat haid.

2) Nause (mual) dan Emesis (muntah)

Mual dan muntah merupakan gejala umum, mulai dari rasa tidak enak sampai muntah berkepanjangan. Dalam kedokteran sering dikenal morning sickness karena munculnya sering kali pagi hari.

3) *Quickening*

Quickening adalah persepsi gerakan janin pertama, biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu

4) Keluhan kencing

Frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam, disebabkan kerana desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke cranial.

5) Konstipasi

Ini terjadi karena efek relaksasi progesterone atau dapat juga karena perubahan pola makan.

6) Perubahan berat badan

Pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun dan muntah-muntah. Pada bulan selanjutnya berat badan akan selalu meningkat sampai

stabil menjelang aterm. Kenaikan menurut Panikawati dan Saryono (2010) BB selama hamil rata-rata : 9-13,5 kg.

7) Perubahan warna kulit

Perubahan ini antara lain cloasma yakni warna kulit yang kehitam-hitaman pada dahi, punggung, hidung dan kulit daerah tulang pipi, terutama pada wanita dengan warna kulit tua. Biasanya muncul setelah kehamilan 16 minggu. Pada daerah areola dan puting payudara, warna kulit menjadi lebih hitam. Pada kulit daerah abdomen dan payudara dapat mengalami perubahan yang disebut striae gravidarum yaitu perubahan warna seperti jaringan parut.

8) Perubahan payudara

Akibat stimulasi prolaktin dan HPL, payudara mensekresi kolostrum biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu

9) Perubahan pada uterus

Uterus mengalami perubahan pada ukuran, bentuk dan konsistensi. Uterus berubah menjadi lunak, bentuknya globular. Teraba balotement, tanda ini muncul pada minggu ke 16-20, setelah rongga rahim mengalami obliterasi dan cairan amnion cukup banyak. Balotemen adalah tanda ada benda terapung/melayang dalam cairan.

10) Terjadi pembesaran abdomen

Pembesaran perut menjadi nyata setelah minggu ke 16, karena pada saat itu uterus telah keluar dari rongga pelvis dan

menjadi organ rongga perut.

c. Umur kehamilan

Menurut Sulistyawati (2009) menentukan usia kehamilan bisa dilakukan dengan berbagai cara diantaranya adalah:

1) Rumus Naegele

Rumus naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL, EDC= Expected Date of Confinement). Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Caranya yaitu tanggal hari pertama menstruasi terakhir ditambah 7 dan bulan dikurangi 3.

2) Berdasarkan palpasi abdominal

a) Rumus Bartholomew

Antara simfisis pubis dan pusat dibagi dalam 4 bagian yang sama maka tiap bagian menunjukkan penambahan 1 bulan. Pada saat fundus uteri teraba tepat teraba di simfisi umur kehamilan adalah 2 bulan (8 minggu). Antara pusat sampai prosessus xifoideus juga dibagi dalam 4 bagian dan tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Perlu diperhatikan bulan ke 10 (40 minggu) tinggi fundus uteri kurang lebih sama dengan bulan ke 8 (32 minggu) pada saat itu kepala sudah masuk panggul.

b) Rumus Mc. Donald

Fundus uteri diukur dengan pita . tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan

dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

- c) Menentukan usia kehamilan melalui tinggi fundus uteri.

Tabel 2.1 Usia kehamilan

TFU	Usia kehamilan
3 jari diatas simfisis	12 minggu
Pertengahan symphysis-pusat	16 minggu
3 jari bawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
3 jari atas pusat	28 minggu
Pertengahan Px-pusat	32 minggu
3 jari bawah px	36 minggu
Pertengahan Px-pusat	40 minggu

Sumber : Sulityawati, 2009

d. Antenatal Care (ANC)

Antenatal care adalah cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal. Untuk itu selama masa kehamilannya ibu hamil sebaiknya dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan asuhan antenatal (Depkes RI, 2010).

1) Jadwal Kunjungan ANC (Antenatal Care)

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Adapun jadwal pemeriksaan kehamilan ialah :

- a) Minimal 1 kali pada trimester I (sebelum 14 minggu)
- b) Minimal 1 kali pada trimester II (antara minggu 14-28)
- c) Minimal 2 kali pada trimester III (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke-36) (Sarwono, 2006).

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

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

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba dalam Nurasiah, dkk 2012)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir (Asri Hidyat dan Sujiyatini, 2010).

b. Faktor-faktor dalam persalinan

Adapun faktor-faktor dalam proses persalinan menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2012) adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor kekuatan ibu (*power*)

Sifat his sebagai berikut:

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan, his yang adekuat terjadi 3 kali dalam 10 menit lebih dari 30 detik. His yang efektif yaitu kontraksi otot rahim dimulai dari daerah tuba dan ligamentum rotundum kemudian menjalar ke seluruh bagian uterus, gelombang kontraksi simetris dan terkoordinasi, dinamakan oleh fundus kemudian menjalar ke seluruh otot rahim, kekuatannya seperti mekanisme memeras isi rahim, otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim.

2) Faktor janin (*Passenger*)

Passenger sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Penolong persalinan berkeyakinan jika kepala janin sudah dapat lahir, maka bagian tubuh yang lain akan dengan mudah menyusul.

3) Faktor jalan lahir (*Passage*)

Dasar panggul adalah diafragma muskular yang memisahkan antara kavum pelvik di sebelah atas dengan ruangan perineum di sebelah bawah. Fungsi dasar panggul adalah menyangga organ-organ.

c. Mekanisme Persalinan

Menurut Sarwono (2002) mekanisme persalinan yaitu:

1) *Engagement*

Bila diameter biparietal melewati pintu atas panggul, dengan sutura sagitalis melintang/ oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi.

2) Penurunan Kepala

Penurunan kepala adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu pada tahap kedua persalinan.

3) Fleksi

- a) Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh servik, dinding panggul atau dasar panggul
- b) Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm.
- c) Posisi dagu bergeser ke arah dada janin
- d) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba dari pada ubun-ubun besar

4) Rotasi Dalam

Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi spina ischiadica) atau setelah didasar panggul

5) Ekstensi

Gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis.

6) Rotasi Luar

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putaran paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam.

d. Tahapan persalinan

Adapun tahapan persalinanan menurut Asri Hidayat dan Sujiyatini (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Kala I atau kala pembukaan dimulai dari adanya his yang adekuat sampai pembukaan lengkap. Kala I dibagi menjadi fase: fase laten (\emptyset serviks 1-3 cm – dibawah 4 cm) membutuhkan waktu 8 jam, fase aktif (\emptyset servik 4-10 cm/lengkap), membutuhkan waktu 6 jam.

- 2) Kala II atau kala pengeluaran: dari pembukaan lengkap sampai lahirnya Bayi Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.
- 3) Kala III kala uri: dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
- 4) Kala IV kala pengawasan: kala IV dimulai dari plasenta lahir sampai 2 jam pertama post partum.

e. Partograf

Partograf adalah alat bantu selama persalinan untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Sarwono, 2009)

Menurut QS. Al-Ahqaf/46:15.

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا، حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا، وَحَمْلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا

Artinya: Kami perintahkan kepada manusia supaya berbuat baik kepada dua orang ibu bapaknya, ibunya mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkannya dengan susah payah (pula). mengandungnya sampai menyapihnya adalah tiga puluh bulan..... (QS. Al-Ahqaf/36:15).

Ayat tersebut menjelaskan bahwa salah satu alasan kenapa Allah memberi wasiat pada manusia agar berbakti pada kedua orang tua adalah karena proses persalinan yang dialami ibu merupakan suatu proses yang sangat berat. Pengaruh kontraksi rahim ketika bayi mau lahir, menyebabkan ibu merasakan sangat kesakitan, bahkan dalam keadaan tertentu, dapat menyebabkan kematian. Karena perjuangan ibu ketika melahirkan dan resiko yang sangat berat yang ditanggung seorang ibu, Nabi cukup bijaksana dan memberi empati pada ibu yang meninggal karena melahirkan sebagai syahid, setara dengan perjuangan jihad di

medan perang. Penghargaan itu diberikan Nabi sebagai rasa empati karena musibah yang dialami dan juga beratnya resiko kehamilan dan melahirkan bagi seorang ibu. Hal ini bukan berarti membiarkan ibu yang akan melahirkan agar mati syahid, tetapi justru memberi isyarat agar dilakukan upaya-upaya perlindungan, pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pada ibu pada masa-masa kehamilan dan melahirkan. Namun bila ibu meninggal karena melahirkan, Allah menilainya sebagai perjuangan dan meninggal dalam keadaan syahid.

3. Nifas

a. Pengertian nifas

Masa nifas (purperium) adalah dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Sarwono, 2008).

b. Perubahan fisiologi masa nifas

1) Involusi Uteri

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot beratnya 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2.2 Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi servik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan shympisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Ambarwati, 2009

2) Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas.

Lochea mengalami perubahan selama proses involusi.

Pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a) Lochea Rubra

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.

b) Lochea sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4.

c) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/lacerasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 post partum.

d) Lochea Alba/Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. (Ambarwati, 2009).

3) Servik

Servik mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna servik sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang laserasi atau robekan kecil karena selama laserasi tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

4) 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 post partum. Penurunan hormone estrogen pada masa post partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada minggu ke empat.

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir dengan berat badan 2500 gram sampai dengan 4000 gram dengan masa kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Bayi baru lahir dengan usia 0 – 7 hari disebut neonatal dini, sedangkan 0 – 28 hari disebut neonatal lanjut (Marni, 2015).

b. Asuhan pada bayi baru lahir normal

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, ialah :

1) Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir.

Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera

membersihkan jalan napas dengan cara sebagai berikut :

- a) Letakkan bayi pada posisi terlentang ditempat yang keras dan hangat.
- b) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk.
- c) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2 - 3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.

2) Memotong dan merawat tali pusat.

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru (Muryunani dan Nurhayati, 2008).

3) Mempertahankan suhu tubuh Bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus

dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tetap tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil.

4) Memberikan suntikan vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hr selama 3 hari, sedangkan bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg I.M.

5) Memberikan obat tetes/ salep mata.

Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).

Menurut WHO (2013:56) terdapat minimal 3 kali kunjungan ulang bayi baru lahir: a) pada usia 6-48 jam (KN 1) . b) pada usia 3-7 hari (KN2) . c) pada usia 8-28 hari (KN 3). Melakukan pemeriksaan fisik, timbang berat, suhu,dan kebiasaan menyusu bayi, memeriksa tanda bahaya seperti tidak mau menyusu,bergerak jika hanya dirangsang, nafas cepat > 60 kali/menit, nanah yang banyak dari mata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, tampak kuning di telapak kaki atau tangan.

c. Jenis – jenis imunisasi pada bayi

Jenis – jenis imunisasi menurut Marni (2015) adalah :

1) BCG

Imunisasi BCG mempunyai fungsi untuk mencegah penyakit

TBC (Tuberkulosis)

Cara imunisasi :

- a) Diberikan pada bayi usia 0-2 bulan
- b) Jika diberikan pada bayi ≥ 3 bulan, terlebih dahulu dilakukan uji tuberculin
- c) Dosis yang diberikan sebanyak 0,05 ml disuntikan secara intracutan di musculus deltoideus kanan atau paha kanan atas
- d) BCG ulang tidak dianjurkan

2) DPT

Imunisasi DPT bertujuan untuk mencegah 3 penyakit yaitu difteri, pertusis, tetanus yang di sebabkan oleh virus *Corynebacterium diphtheria*. Tujuan : kekebalan aktif terhadap DPT

Cara imunisasi :

- a) Diberikan sebanyak 3 kali
- b) Pemberian pertama sejak umur bayi 2 bulan, pemberian selanjutnya selang 4 – 6 minggu :

DPT I : 2 – 4 bulan

DPT II : 2 – 5 bulan

DPT III : 4 – 6 bulan

- c) Dosis yang diberikan sebanyak 0,5 ml IM

3) Vaksin Polio

Imunisasi ini bertujuan untuk mencegah penyakit poliometis.

Cara imunisasi :

- a) Diberikan per oral
- b) Diberikan pada bayi usia 4 – 6 minggu
- c) Diberikan bersama BCG, hepatitis B dan DPT
- d) Dosis yang diberikan sebanyak 2 tetes

4) Vaksin Campak

Imunisasi campak bertujuan untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit campak, seperti measles atau rubella adalah virus akut yang disebabkan oleh virus campak.

Cara imunisasi :

- a) Pemberian sebanyak 1 kali
- b) Diberikan pada umur bayi 9 bulan
- c) Dosis yang diberikan sebanyak 0,5 ml subkutan/IM

5) Hepatitis B

Tujuan : Memberikan tubuh kekebalan terhadap hepatitis B, penyakit yang disebabkan oleh virus yang telah mempengaruhi organ liver (hati).

Cara imunisasi : diberikan sebanyak 3 kali interval yaitu :

- a) 1-2 bulan (suntikan I ke II)
- b) 5 bulan (suntikan II ke III)
- c) Imunisasi ulang diberikan 5 tahun setelah pemberian dasar.

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan.usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kotrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilitas)atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk brimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2015).

b. Macam - macam Kb

Macam – macam kb menurut Purwoastuti (2015) yaitu :

1) Pil kb

Pil kb adalah suatu cara kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil atau tablet di dalam strip yang berisi gabungan hormon estrogen dan progesteronatau hanya terdiri dari hormon progesteron saja. Kebijakan penggunaan pil diarahkan terhadap pemakaian pil dosis rendah, tetapi meskipun demikian pil dosis tinggi masih disediakan terutama untuk peserta KB lama yang menggunakan dosis tinggi.

2) Kb Alamiah

Pantang berkala atau system kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan

senggama pada masa subur yang biasanya 12-16 hari sebelum hari pertama masa menstruasi berikutnya. metode ini didasarkan pada perhitungan mundur siklus menstruasi wanita selama 6-12 hari bulan siklus yang tercatat. metode ini efektif bila dilakukan secara baik dan benar dengan penggunaan sistem kalender setiap pasangan mungkin dapat merencanakan setiap kehamilannya. Sebenarnya metode ini tidak dapat diandalkan jika di gunakan secara tunggal, tetapi dapat di kombinasikan dengan pemakaian metode yang lain secara bersama.

3) Suntik

Suntik kontrasepsi di berikan setiap 3 bulan sekali. Suntikan kontrasepsi mengandung hormone progesterone yang menyerupai hormone progesterone yang di produksi oleh wanita selama 2minggu pada setiap awal siklus menstruasi. Hormone tersebut mencegah wanita untuk melepaskan sel telur sehingga memberikan efek kontrasepsi. banyak klinik kesehatan yang menyarankan penggunaan kondom pada minggu pertama saat suntik kontrasepsi. sekitar dari 100 orang yang menggunakan kontrasepsi suntik dapat mengalami kehamilan pada tahun pertama pemakaiannya.

4) Implan

Implan atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4cm yang di dalamnya terdapat hormone progestogen, implan ini

kemudian di masukkan kedalam kulit di bagian lengan atas. Hormone tersebut kemudian akan di lepaskan secara perlahan dan implant ini dapat efektif sebagai alat kontrasepsi selama 3tahun.sama seperti pada kontrasepsi suntik,maka penggunaan kondom utuk miggu pertama sejak pemasangan implan kontrasepsi tersebut.

5) IUD & IUS

IUD (intra uterine device) merupakan alat kecil berbentuk huruf T yang lentur dan di letakkan di dalam rahim untuk mencegah kehamilan,efek kontrasepsi yang paling banyak di gunakan di dunia.efektivitas IUD sangat tinggi sekitar 99,2-99,9%, tetapi IUD tidak memberikan perlindungan bagi penularan penyakit menular seksual (PMS).

Saat ini, sudah ada modifikasi lain dari IUD yang di sebut dengan IUS (intra uterine system),bila pada IUD efek kontrasepsi berasal dari lilitan tembaga dan dapat efektif selama 12 tahun maka pada IUS efek kontrasepsi didapat melalui pelepasan hormone progesterone dan efektif selama 5 tahun. Baik IUD dan IUS mempunyai benang plastik yang menempel pada bagian bawah alat,benang tersebut dapat teraba oleh jari di dalam vagina tetapi tidak terlihat dari luar vagina.di sarankan untuk memeriksa keberadaan benang tersebut setiap habis menstruasi supaya posisi IUD dapat di ketahui.

6) Kontrasepsi sterilisasi

Kontrasepsi mantap pada wanita atau MOW (metode operasi wanita) atau tubektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar sel telur tidak dapat di buahi oleh sperma. kontrasepsi mantap pada pria atau MOP (metode operasi pria) atau vasektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran benih agar sperma tidak keluar dari buah zakar.

B. Kebijakan pemerintah terhadap penurunan AKI dan AKB

Ada beberapa kebijakan pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB diantaranya melalui penempatan bidan didesa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetric Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di puskesmas perawatan dan Pelayanan Obstetric Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).

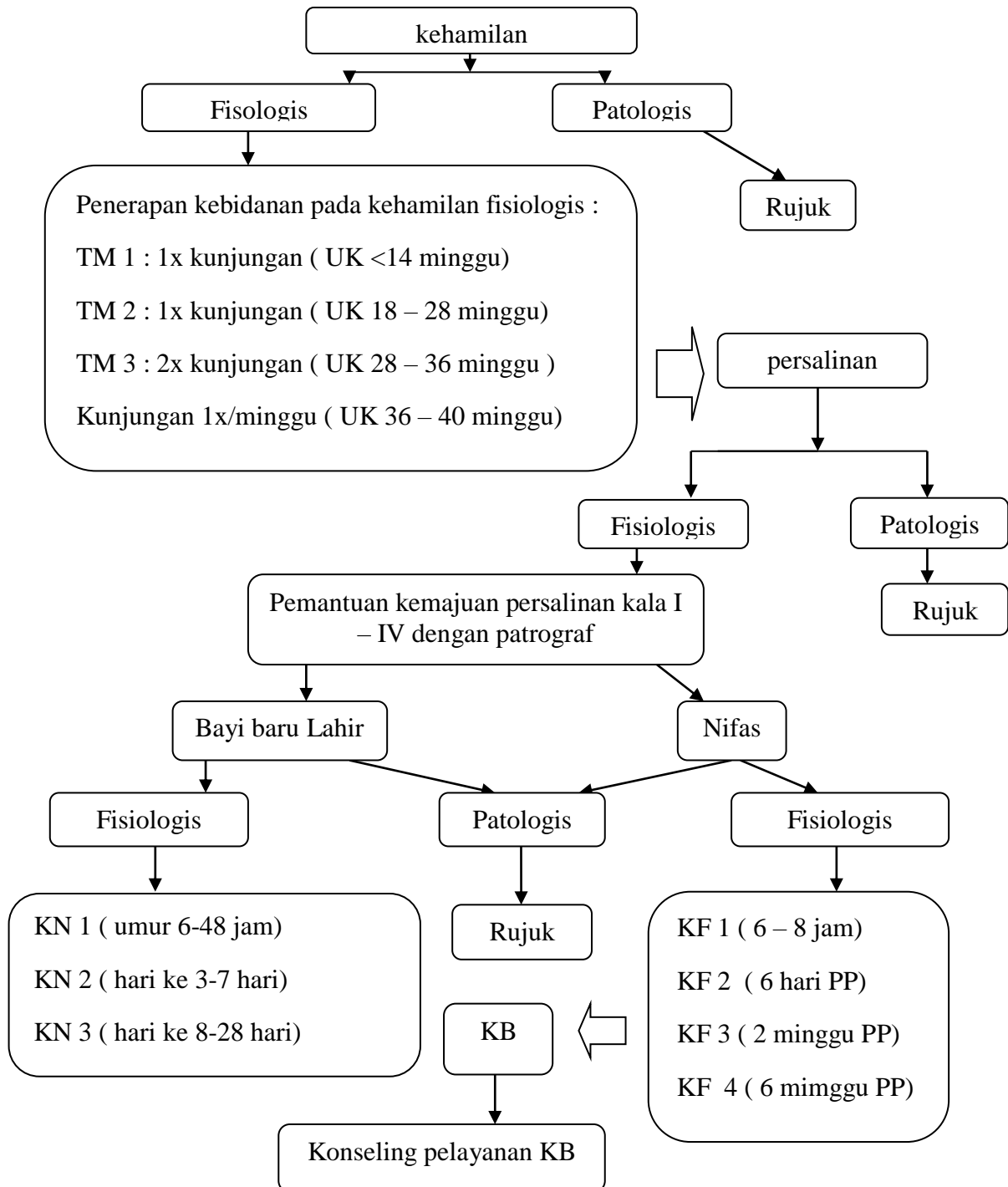
Selain itu, upaya terobosan lain yaitu dengan program jampersal (jaminan persalinan) yang digulirkan sejak tahun 2011. Program jampersal ini diperuntukan bagi seluruh ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir yang belum memiliki jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Keberhasilan jampersal tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan disamping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat, sehingga dukungan dari lintas sector dalam hal kemudahan transportasi serta pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting.

Melalui program ini, pada tahun 2012 pemerintah menjamin pembiayaan persalinan sekitar 2,5 juta ibu hamil agar mendapatkan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan bayi yang dilahirkan sampai neonatal difasilitas kesehatan. Program yang punya slogan “Ibu Selamat, Bayi Lahir Sehat” ini diharapkan memberikan kontribusi besar dalam upaya menurunkan AKI dan AKB.

Dari semua program yang diluncurkan pemerintah melalui kementerian kesehatan RI khususnya menurunkan AKI dan AKB, masyarakat pun harus berperan aktif diantaranya :

1. Mendorong para ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dan nifas pada bidan dan tenaga kesehatan lainnya.
2. Mendorong para ibu melahirkan ditolong tenaga kesehatan.
3. Mempersiapkan suami ibu hamil untuk mendukung kehamilan dan persalinan.
4. Mendorong diadakannya tabulin (tabungan ibu bersalin).
5. Mempersiapkan angkutan bagi ibu hamil atau ambulan desa.
6. Mempersiapkan calon donor darah.
7. Mendorong para ibu dan petugas kesehatan menggunakan buku KIA sebagai sumber informasi dan alat untuk pemeriksaan dan pencatatan kesehatan ibu dan anak.
8. Mendorong para ibu mengikuti kelas ibu hamil dan kelas ibu balita.
9. Membantu kesiagaan petugas kesehatan (Kementrian Kesehtan, 2014),

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1

Sumber : modifikasi manuaba 2009; Sarwono, 2006; Asri Hidayat dan Sujiyatini, 2016; WHO, 2013; Purwoastuti, 2015

1. Standar 7 Langkah Varney Asuhan Pada Kehamilan

a. Langkah I : Pengkajian data

Pengkajian data adalah pengumpulan semua informasi (data) yang akurat dan lengkap dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Soeparden, 2007).

1) Data Subjektif

Data subjektif adalah informasi yang dicatat mencakup identitas yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada klien (anamnesis) atau dari keluarga atau tenaga kesehatan (allo anamesa) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

a) Usia

Ditulis dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko karena umur kurang dari 20 tahun, alat reproduksi belum siap. Pada umur lebih dari 35 tahun kerja jantung meningkat karena adanya hemodilusi dan kemungkinan terjadi anemia (Nursalam, 2008).

b) Keluhan Utama

Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan serta berhubungan dengan kehamilannya (Nursalam, 2008). Keluhan-keluhan yang dirasakan ibu hamil dengan anemia sedang adalah pasien merasa pusing, cepat lelah dan badan terasa lemas, sehingga pasien merasa tidak nyaman dengan kondisi yang dirasakannya (Manuaba, 2007).

c) Riwayat Menstruasi

- (1) Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Untuk wanita pada usia sekitar 12-16 tahun.
- (2) Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hubungan biasanya sekitar 23-32, pasien masih dalam batas normal.
- (3) Haid pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

d) Riwayat kehamilan yang lalu

- (1) Berdasarkan jumlah paritas seorang wanita dapat dibedakan menjadi :
 - (a) Primigravida adalah wanita yang pertama kali hamil.
 - (b) Multigravida adalah wanita yang beberapa kali hamil.
 - (c) Primipara adalah wanita yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali.
 - (d) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak dua hingga empat kali.
 - (e) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak lima kali atau lebih.
- (2) Kehamilan
Apakah ada gangguan seperti pendarahan, muntah yang sangat, toxaemia gravidarum.

(3) Persalinan

Spontan atau buatan, aterm atau prematur, pendarahan dan ditolong oleh siapa bidan atau dokter.

(4) Nifas

Adakah pendarahan pada masa nifas.

(5) Anak

Jenis kelamin hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir.

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpin persalinan, kerana jalan persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor mempengaruhi persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

e) Riwayat kehamilan sekarang

(1) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III

(2) Pergerakan

(3) Dimana ibu memeriksa kehamilan

(4) Imunisasi TT. (Sulistya dan Nugraheny

f) Riwayat kesehatan Klien

Dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “warning” akan adanya penyulit saat persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang kita ketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes melitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia. Ibu tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit menahun, menular,

dan penyakit lainnya yang dapat mempengaruhi kehamilan dan persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

g) Riwayat kesehatan keluarga

Anggota keluarga tidak sedang dan tidak memiliki riwayat penyakit menahun, dan menular yang dapat berpotensi mempengaruhi keadaan ibu, kehamilan dan persalinannya tidak ada yang memiliki riwayat kembar (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

h) Riwayat kontrasepsi

Untuk mengetahui ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

i) Data fungsional kesehatan

(1) Nutrisi

Data yang dikaji meliputi kebiasaan pasien sehari-hari dalam menjaga kebersihan makanan, dan sebagaimana pola makan sehari-hari antara sebelum dan sesudah hamil apakah terpenuhi gizinya. Dimana nutrisi pada ibu hamil akan mempengaruhi perkembangan janin dan kesehatan ibu hamil (Tiran, 2009).

Pada kasus ibu hamil dengan anemia sedang kebutuhan nutrisi harus ditingkatkan (Nursalam, 2008).

(2) Aktivitas

Data ini memberikan gambaran kita sedang seberapa berat aktivitas yang biasa pasien dilakukan pasien dirumah. Ibu tidak

melakukan aktivitas yang terlalu berat.

(3) Pola istirahat

Istirahat yang diperlu dikaji untuk mengetahui pola istirahat dan tidur adalah berapa jam klien tidur dalam sehari dan apakah ada gangguan (Saifuddin, 2006).

(4) Personal hygiene

Personal hygiene perlu dikaji untuk mengetahui tingkat kebersihan pasien meliputi kebersihan lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) gigi dan mulut (Kusmiyati, 2009).

2) Data Objektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakkan diagnosis, bidan melakukan pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, prekuensi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum apakah baik, sedang, jelek (Priharjo, 2007). Pada ibu hamil dengan anemia ringan mempengaruhi keadaan umum yang menimbulkan rasa lemas (Manuaba, 2007).

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis

(kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar), kesadaran ibu composmentis (kesadaran maksimal) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

c) Pemeriksaan umum

(1) Tekanan darah

Tekanan darah normal pada ibu hamil sistolik dari 100-130 mmHg sedangkan pada diastolik 80 mmHg. Tekanan darah pada ibu hamil dengan anemia sedang sistolik dan diastolik.

Tekanan darah arteri adalah tekanan darah lateralis yang disebabkan oleh volume darah pada dinding pembuluh darah sedangkan tekanan darah diastolik merupakan puncak tekanan didalam arteri yang diatur oleh isi sekuncup dan kelenturan pembuluh darah. Tekanan darah ibu tidak boleh mencapai 140 sistolik atau 90 diastolik. Tekanan darah ibu bersalin masih dalam batas normal (Mandriwati, 2007)

(2) Suhu

Suhu tubuh adalah keseimbangan antara panas yang diperoleh dan panas yang hilang. Nilai normalnya suhu badan 35.8°C – 37°C . Suhu ibu bersalin dalam batas normal 36.5°C (Mandriwati, 2007).

(3) Nadi

Denyut jantung adalah pelebaran dan rekoil arteri elastis berirama pada saat ventrikel memompakan darah ke dalam

sirkulasi. Pengkajian nadi yang paling sering dilakukan adalah radialis, karena tempat ini mudah dijangkau, untuk mengetahui denyut nadi pasien dengan menghitung 1 menit, sedangkan normal 1 dalam 1 menit adalah 60 – 100 kali/menit (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

Pada ibu hamil dengan anemia sedang nadi akan mengalami peningkatan frekuensi dan terdengar lemah (Nursalam, 2008).

(4) Respirasi

Pernapasan internal merupakan upaya tubuh untuk memasukkan oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida (sistem metabolisme tubuh). Pernapasan yang normal dapat diobservasi dari frekuensi per menit, kedalaman, keteraturan, dan tanda-tanda yang menyertai, seperti bunyi pernapasan dan bau nafas. Untuk mengetahui pernafasan pasien dalam waktu 1 menit. Sedangkan normalnya pernafasan dalam 1 menit adalah 16-24 kali/menit (Mandriwati, 2007).

d) Pemeriksaan khusus menurut Mandriwati (2007) sebagai berikut :

Wajah : pucat, tidak ada oedema.

Mata : konjungtiva anemis, sklera putih

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis.

Payudara : puting susu menonjol, bersih, kolostrum sudah keluar.

Abdomen : tidak ada bekas operasi, tidak ada striae gravidarum.

Leopold I : menentukan tuanya kehamilan dan bagian apa terdapat dalam fundus. Bagian yang terdapat di fundus teraba bagian bulat, keras, melenting.

Leopold II : menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letaknya bagian kecil janin. Punggung terdapat sebelah kiri (tahanan yang terbesar sebelah kiri), bagian-bagian kecil janin terdapat sebelah kanan.

Leopold III : menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan bagian bawah janin sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Kepala (bagian yang keras bundar dan melenting) masih dapat digerakkan di atas symphysis kecuali kalau kepala sudah masuk dalam pintu atas panggul.

Leopold IV : menentukan seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul convergen (bagian kecil janin turun).

Tinggi fundus uteri : fundus uteri dalam cm dari 20-33 cm di samping itu sering juga diikuti dengan pertumbuhan berat badan ibu.

Detak jantung janin : bunyi jantung janin kurang dari 120/menit atau lebih dari 160/menit atau tidak teratur maka anak dalam keadaan asfiksia (kekurangan O_2). Bunyi jantung janin dalam keadaan normal (teratur).

TBJ (tafsiran berat janin)

Kontrasi (HIS). (sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

e) Genetalia

Ada pengeluaran pervaginam darah dan lendir, tidak ada varises, tidak ada tanda-tanda infeksi vagina, pemeriksaan dalam (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

f) Anus

Tidak ada hemaroid (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

g) Ekstremitas

Bentuk simetris, tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada varises. Refleks lutut negatif pada hipovitaminose B1 dan penyakit kurang syaraf. Refleks patella ibu (+) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

h) Pemeriksaan penunjang

Data penunjang diperlukan sebagai diagnosa, apabila diperlukan. Misalnya pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan Hb. Dalam kasus ini pemeriksaan penunjang dilakukan, yaitu dengan melakukan pemeriksaan Hb. Kadar Hb anemia sedang adalah 7-8 gr% (Manuaba, 2007).

b. Langkah II : Interpretasi data dasar

Data ini adalah data yang telah dikumpulkan data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik, meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan (Soepardan, 2007).

- 1) Diagnosa aktual : GIP0A0 usia kehamilan 10 minggu dengan anemia sedang.
- 2) Masalah : pemenuhan nutrisi yang di adekuat dan khawatir dengan perkembangan bayinya karena tidak nafsu makan akibat mual dan muntah.
- 3) Kebutuhan : memberikan KIE dan bimbingan tentang perawatan kehamilannya serta memberikan konseling tentang gizi ibu hamil (Sulistyawati, 2009).

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis masalah potensial

Pada langkah ini mengidentifikasikan masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil terus mengamati kondisi klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial benar-benar terjadi (Sulistyawati, 2009).

- 1) Diagnosis potensial : pada ibu hamil dengan anemia sedang dapat menyebabkan pendarahan post partum.
- 2) Masalah potensial : keluhan – keluhan yang dirasakan ibu hamil dengan anemia sedang adalah pasien merasa pusing, cepat lelah dan badan terasa lemas, sehingga pasien merasa tidak nyaman dengan kondisi yang dirasakannya (Manuaba, 2007).

d. Langkah IV : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Dalam pelaksanaannya terkadang bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (emergensi) di mana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien. Namun kadang juga berada pada situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter, atau bahkan mungkin juga situasi pasien yang memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Di sini bidan sangat dituntut kemampuannya untuk dapat selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman (Sulistyawati, 2009).

Tindakan dilakukan sesuai dengan masalah yang dialami, dengan melakukan konsultasi dengan bidan dengan memberikan konseling sehingga ibu mendapatkan penanganan segera.

e. Langkah V : Merencanakan asuhan kebidanan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan teori yang up date, perawatan berdasarkan bukti (evidence based care), serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan oleh pasien. Dalam menyusun perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan dalam melaksanakan suatu rencana asuhan harus disetujui oleh pasien.

Untuk menghindari perencanaan asuhan yang tidak terarah maka dibuat terlebih dahulu pola pikir sebagai berikut :

- 1) Memberikan informasi tentang pemeriksaan.
- 2) Memberikan konseling gizi pada ibu hamil.
- 3) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.
- 4) Memberikan terapi sederhana.
- 5) Menentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan, meliputi sasaran dan target hasil yang akan dicapai.
- 6) Tentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai.
- 7) Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang(Mangkuji, 2012).

f. Langkah VI : Pelaksanaan asuhan kebidanan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Realisasi dari perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien atau anggota keluarga lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan. Dalam situasi di mana ia harus berkolaborasi dengan dokter, misalnya karena pasien mengalami komplikasi, bidan masih tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya, dan meningkatkan mutu asuhan (Sulistyawati, 2009).

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar terpenuhi sebagaimana diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah, rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya (Soepardan, 2007).

Hasil yang diharapkan dari asuhan ibu hamil dengan anemia sedang. Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan asuhan keadaan umum dan tanda-tanda vital baik, ibu bersedia makan-makanan yang mengandung sayur, hemoglobin naik, tidak terjadi anemia berat (Manuaba, 2007).

Hb pada ibu hamil dengan anemia sedang berkisar antara 7-8 gr%. Keluhan-keluhan yang dirasakan ibu hamil dengan anemia sedang adalah pasien merasa pusing, cepat lelah dan badan terasa lemas, sehingga pasien merasa tidak nyaman dengan kondisi yang dirasakannya (Manuaba, 2007).

Fisik pada ibu hamil dengan anemia sedang wajah pucat, tidak ada oedema, konjungtiva pucat, sklera putih (Mandriwati, 2007).

2. Standar 7 langkah Varney Pada Ibu Bersalin

a. Langkah 1: Pengkajian data

Pengkajian data adalah pengumpulan semua informasi (data) yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. (Soepardan, 2007)

1) Data Subyektif

Data subyektif adalah informasi yang dicatat mencakup identitas yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada klien (anamnesis) atau dari keluarga atau tenaga kesehatan (allo anamesa) (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2012)

a) Umur

Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko karena umur atau tidak, dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 sampai dengan 35 tahun. (Romauli, 2011)

b) Agama

Sebagian besar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan. (Romauli, 2011)

c) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam menyampaikan informasi mengenai tehnik melahirkan Bayi Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi tingkat intelektual, tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang. (Romauli, 2011)

d) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan. (Romauli, 2011)

e) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan, ini mungkin berkaitan dengan keluhan terakhi, atau tanda persalinan yang disampaikan dengan payokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan. (Romauli, 2011)

f) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, informasi yang dapat dari pasien adalah terasa kenceng-kenceng di perut, ada pengeluaran lendir yang bercampur darah. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

Kala I

- a. Kontraksi yang semakin sering dan bertahan lama
- b. Keluarnya lendir yang disertai dengan darah.

Kala II

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit

- b. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan vagina.
- d. Perineum terlihat menonjol.
- e. Vulva dan sfingteranni terlihat membuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Kala III

- a. Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir.
- b. Pasien mengatakn bahwa ari-arinya belum lahir
- c. Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- d. Pasien mengatakan perut bagian bawahnya terasa mules

Kala IV

- a. Pasien mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir
 - b. Pasien mengatakan perutnya mules.
 - c. Pasien mengatakan lelah tapi bahagia.
- g) Riwayat menstruasi
- (1) *Menarche* adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Untuk wanita pada usia sekitar 12-16 tahun.
 - (2) Siklus mentruasi adalah jarak antara mentruasi yang di alami dengan mentruasi beirkutnya dalam hubungan biasanya sekitar 23-32, pasien masih dalam batas normal.

(3) HPHT ialah untuk menentukan usia kehamilan yang tepat dan dapat memberikan konsling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan lebih baik serta menstruasi yang akurat biasanya membantu penepatan tanggal perkiraan persalinan yang disebut taksiran persalinan (TP) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

h) Riwayat kehamilan yang lalu

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpin persalinan, karena jalan persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor mempengaruhi persalinan. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

1) Berdasarkan jumlah paritas seorang wanita dapat dibedakan menjadi:

- (a) Primigravida adalah wanita yang pertama kali hamil
- (b) Multigravida adalah wanita yang beberapa kali hamil
- (c) Primipara adalah wanita yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali.
- (d) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak dua hingga empat kali.
- (e) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak lima kali atau lebih.

2) Kehamilan

Apakah ada gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat, toxaemia gravidarum

3) Persalinan

Spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan dan ditolong oleh siapa bidan atau dokter.

4) Nifas

Adakah perdarahan pada masa nifas.

5) Anak

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir.

i) Riwayat kesehatan klien

Dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “*warning*” akan adanya penyulit saat persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu kita ketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes melitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia. Ibu tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit menahun, menular, dan penyakit lainnya yang dapat mempengaruhi kehamilan dan persalinannya. (Mandriwati, 2007)

j) Riwayat kesehatan keluarga

Anggota keluarga tidak sedang dan tidak memiliki riwayat penyakit menurun, dan menular yang dapat

berpotensi mempengaruhi keadaan ibu, informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter. (Mandriwati, 2007).

k) Riwayat kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi EDD, dan karena penggunaan metode lain membantu “menanggali” kehamilan. (Mandriwati, 2007).

l) Data fungsional kesehatan

(1) Nutrisi

Data ini penting di tanyakan pada klien jenis, kesukaan, pantangan, intake untuk mengetahui pemenuhan nutrisi selama hamil. (Mufdilah, 2009)

(2) Aktivitas

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa pasien dilakukan pasien dirumah. Ibu tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat. (Mufdilah, 2009)

(3) Pola istirahat

Istirahat sangat perlu oleh ibu hamil. Oleh karena itu bidan perlu menggali kebiasaan istirahat supaya diketahui hambatan ibu yang mungkin muncul. Bidan dapat menanyakan tentang berapa lama ia tidur malam dan siang.(Mufdilah, 2009).

(4) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya, ibu sudah mandi, berganti pakaian dan pakaian dalam. (Mufdilah, 2009)

m) Tujuan persalinan

Adapun tujuan asuhan persalinan menurut Kurniati (2010) karena sebagai bidan harus mampu menggunakan pengetahuan, ketrampilan dan pengambilan keputusan yang tepat terhadap kliennya untuk:

- (1) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu keluarganya selama persalinan dan kelahiran.
- (2) Melakukan pengkajian, membuat diagnosa, mencegah, menangani komplikasi-komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.

- (3) Melakukan rujukan pada kasus-kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapatkan asuhan spesialis jika perlu.
- (4) Memberikan asuhan yang adekuat kepada ibu, dengan intervensi minimal, sesuai dengan tahap persalinannya. Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- (5) Selalu memberitahukan kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
- (6) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi segera setelah lahir.
- (7) Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

2) Data Obyektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakan diagnosis, bidan melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, prekuensi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

a) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu apakah baik atau lemah, keadaan ibu persalinan baik. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

(2) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan compasmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar), kesadaran ibu compasmentis (kesadaran maksimal). (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

(3) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi. (Mandriwati, 2007).

(4) Berat badan

Setiap kali kunjungan berat badan ibu ditimbang untuk mengetahui penambahan berat badan. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,50 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,50 sampai dengan 16 ,50 kg. (Mandriwati, 2007).

(5) Tekanan darah

Tekanan darah arteri adalah tekanan darah lateralis yang disebabkan oleh volume darah pada dinding pembuluh darah sedangkan tekanan darah ditolik merupakan puncak tekanan didalam arteri yang diatur oleh isi sekuncup dan kelenturan pembuluh darah. tekanan darah ibu tidak boleh mencapai 140 systolik atau 90

diastolik. tekanan darah ibu besalin masih dalam batas normal. (Romauli, 2011)

(6) Nadi

Denyut nadi adalah pelebaran dan rekoil arteri elastis brirama pada saat ventrikel memompakan darah ke dalam sirkulasi. Pengkajian nadi yang paling sering dilakukan adalah pada radialis, karena tempat ini mudah dijangkau, untuk mengetahui denyut nadi pasien dengan menghitung 1 menit, sedangkan normal dalam 1 menit adalah 60 samapai dengan 100 kali/menit.(Romauli, 2011).

(7) Respirasi

Pernapasan internal merupakan upaya tubuh untuk memasukkan oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida (sistem metabolisme tubuh). Pernapasan yang normal dapat diobservasi dari frekuensi permenit, kedalaman, keteraturan, dan tanda-tanda yang menyertai, seperti bunyi pernapasan dan bau napas. untuk mengetahui pernafasan pasie dalam waktu 1 menit. Sedangkan normalnya pernafasan dalam 1 menit adalah 16 sampai dengan 24 kali/menit. (Romauli, 2011)

(8) Suhu

Suhu tubuh adalah keseimbangan antara panas yang diperoleh dan panas yang hilang. Suhu tubuh normalnya

adalah 36 °C sampai dengan 37 °C. Suhu tubuh lebih dari 37 °C perlu diwaspadai adanya infeksi. (Romauli, 2011)

b) Pemeriksaan khusus

Adapun pemeriksaan khusus menurut Dewi dan Sunarsih (2011) adalah sebagai berikut:

(1) Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang. Tujuannya untuk melihat keadaan umum klien, gejala kehamilan dan adanya kelainan.

Wajah : tidak pucat, tidak ada oedema.

Mata : bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sklera normal berwarna putih.

Hidung : normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup.

Telinga : bentuk simetris, normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis.

Payudara : bentuk simetris, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol.

Abdomen : tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra, striae livida dan terdapat pembesaran abdomen.

Vagina : normal tidak terdapat varises pada vulva dan vagina, tidak odema.

Anus : normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus

Ektremitas : normal simetris dan tidak odema.

- (2) Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba. Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan, mengetahui perkembangan kehamilan.

Leopold I : menentukan tuanya kehamilan dan bagian apa terdapat dalam fundus. bagian yang terdapat di fundus teraba bagian bulat, keras, melenting.

Leopold II : menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letaknya bagian kecil janin. Punggung terdapat sebelah kiri (tahanan yang terbesar sebelah kiri), bagian-bagian kecil janin terdapat sebelah kanan.

Leopold III : menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan bagian bawah janin sudah masuk pintu atas panggul tau belum. Kepala (bagian yang keraas bundar dan melenting) masih dapat digerakkan di atas symphysis kecuali kalau kepala sudah masuk dalam pintu atas panggul.

Leopold IV : menentukan seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul convergen (bagian kecil janin turun), sejajar (separuh turun), divergen (bagian terbesar janin turun).

Tinggi fundus uteri : fundus uteri dalam cm dari 20 sampai dengan 33 cm disamping itu sering juga diikuti dengan pertumbuhan berat badan ibu.

Detak jantung janin : detak jantung janin normal berkisaran antara 120 sampai 160 denyut permenit. Dengarkan paling tidak selama 30 detik untuk mendeteksi adanya perlambatan denyut jantung. Bunyi jantung janin kurang dari 120/menit atau lebih dari 160/menit atau tidak teratur maka anak dalam keadaan asphyxia (kekurangan O²).

c) Pemeriksaan dalam

(1) Pembukaan

Adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter menjadi lubang yang dapat dilalui janin. Pada nullipara proses pembukaan terjadi servik sering menipis 50 sampai dengan 60 % pembukaan 1 cm. Pada multipara proses pembukaan serviks tidak menipis tetapi hanya membuka 2 sampai dengan 2 cm. (Rohani, dkk, 2011)

(2) Pendataran

Adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjang beberapa milimeter samapai 3 cm, menjadi satu lubang dengan pinggir yang tipis, perbedaan saluran serviks terjadi dari 2 cm menjadi

hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Derajat pendataran serviks berbanding dengan yang belum mendatar, jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50 % mendatar, namun bila serviks menjadi setipis segmen uterus bawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100 %. (Rohani, dkk, 2011).

b. Langkah II: interpersi data dasar

Data ini adalah data yang telah dikumpulkan , data dasar tersebut kemudian diinterpersikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik, meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan. (Soepardan, 2007)

- 1) Diagnosa aktual: GII PI A0, Usia kehamilan 37-38 minggu
Kehamilan inpartu kala I/II/III/IV, janin tunggal hidup presentasi belakang kepala, keadaan umum janin baik.
- 2) Masalah: tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi.
- 3) Kebutuhan: memberi KIE, bimbingan kontrol pernapasan dan posisi untuk meneran (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

c. Langkah III: Mengidentifikasi diagnosis masalah potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah diagnosa potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi, langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap

mencegah diagnosis atau masalah potensial ini menjadi kenyataan, langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Kala I tidak ada masalah, Kala II tidak ada masalah, Kala III dan IV tidak ada masalah. (Soepardan, 2007).

d. Langkah IV: Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Dalam pelaksanaannya bidan kadang dihadapkan pada beberapa situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, kadang juga berada pada situasi dimana pasien memerlukan tindakan segera sementara harus menunggu instruksi dari dokter atau bahkan mungkin juga situasi yang memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien, oleh karena itu dalam melakukan sesuatu tindakan harus disesuaikan dengan prioritas masalah atau kondisi keseluruhan yang dihadapi klien, bidan juga harus merumuskan tindakan emergensi atau darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi, rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan. (Soepardan, 2007).

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Untuk menghindari perencanaan asuhan yang tidak terarah, maka dibuat terlebih dahulu pola pikir sebagai berikut: 1) tentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan meliputi sasaran dan target hasil yang akan dicapai. 2) tentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan dan tujuan yang akan dicapai. (Soepardan, 2007)

perencanaan yang dapat ditentukan sesuai dengan kondisi pasien sebagai berikut:

Kala I (kala Pembukaan)

Fase laten

Tujuan fase laten untuk mengetahui batas waktu normal pembukaan 0 sampai 4 cm.

Rencana asuhan kala I fase laten.

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada klien dan keluarga
- 2) Anjurkan ibu untuk miring ke kiri mencegah tertekanya vena cavainferior sehingga memperlancar sirkulasi darah ibu.
- 3) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin, Agar tidak menghambat penurunan janin.
- 4) Lakukan observasi fase laten di lembar observasi yang meliputi:
Tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam, nadi setiap 30-60 menit, DJJ setiap 1 jam, kontraksi setiap 1 jam, pembukaan serpik setiap 4 jam, penurunan kepala janin setiap 4 jam, serta kemajuan persalinan pada fase laten ditulis di lembar observasi sehingga diketahui perkembangan kondisi ibu dan janin. (Erawati, 2010)

Fase aktif

Rencana kala I fase aktif

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada klien dan keluarga yang telah diberikan.
- 2) Evaluasi Pengukuran tanda vital, intake cairan dan nutrisi, kemajuan persalinan, pengosongan kandung kemih.

- 3) Atasi ketidaknyamanan selama proses persalinan, nyeri akibat his, kram pada tungkai bawah.
- 4) Beri informasikan kepada pasien dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, perlengkapan ibu dan bayi harus disiapkan, dan mendampingi proses persalinan.
- 5) Amati rasa cemas dan memberi dukungan mental dan spritual kepada pasien dan keluarga (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)
Pimpin ibu meneran yang benar akan mempercepat proses persalinan dan mengurangi komplikasi yang terjadi.

Kala II (pengeluaran janin)

Kala II primi berlangsung maksimal 2 jam, sedangkan multipara berlangsung maksimal 1 jam.

Rencana asuhan kala II.

- 1) Atur posisi ibu, ibu memilih posisi setengah duduk.
- 2) Penuhi kebutuhan hidrasi, meminta kepada suami agar memberi minum kepada ibu.
- 3) Libatkan suami dalam proses persalinan
- 4) Beri dukungan mental dengan myakinkan ibu agar proses persalinannya berjalan dengan lancar dengan usaha meneran yang ia lakukan, serta memberi pujian supaya ia semangat untuk meneran, dan memeberi dukungan speritual sesuai dengan agama pasien.

- 5) Lakukan pertolongan persalinan, sesuai dengan kewenangan bidan melakukan pertolongan persalinan normal sesuai dengan langkah APN sebagai berikut:
- a. Pada saat his membimbing ibu untuk meneran
 - b. Saat kepala ada di vulva dengan diameter 5-6 cm, pasang handuk bersih di perut pasien untuk mengeringkan Bayi
 - c. Buka set partus
 - d. Mulai memakai sarung tangan pada kedua tangan.
 - e. Saat kepala turun, tangan kanan menahan perineum dengan arah menahan ke dalam dan ke bawah, sedangkan tangan kiri menahan kepala bayi agar tidak terjadi defleksi maksimal.
 - f. Setelah bayi lahir, periksa leher bayi apakah ada lilitan tali pusat, ada lilitan tali pusat, kendorkan dan jepit serta gunting tali pusat.
 - g. Tempatkan kedua tangan pada bitemporalis bayi untuk melahirkan bahu dengan cara tarik kepala ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan dan tarik kepala ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - h. Pindahkan tangan dominan ke bawah badanya bayi untuk menyangka kepala, leher dan badan bayi sedangkan tangan yang lain berada di perineum untuk menjepit kedua kaki bayi saat seluruug badan bayi telah lahir semuanya.

- i. Lakukan penilaian sekilas pada bayi, kemudian langsung bayi ditempatkan tempat resusitasi, karna bayi tidak menangis.
(Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

Kala III(Pengeluaran Plasenta)

Kala III berlansung maksimal 30 menit

Rencana asuhan kala III

- 1) Palpasi untuk memastikan bahwa tidak ada janin kedua
(letak kain bersih dan kering di abdomen).
- 2) Lakukan suntikan oksitosin 1 amp via IM ke sisi paha lateral
 \pm 1-2 lebar tangan di atas paha.
- 3) Libatkan keluarga dalam pemberian minum
- 4) Lakukan perengangan tali pusat terkendali
- 5) Lakukan pemotongan tali pusat
- 6) Lahirkan plasenta. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

Kala IV (pengawasan)

Rencana asuhan kala IV

- 1) Lakukan observasi kontraksi uterus dan perdarahan
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama persalinan.
 - c) Setiap 30 menit pada 1 jam kedua persalinan.
- 2) Lakukan pemantauan intensif pada pasien
- 3) Lakukan penjahitan luka perineum
- 4) Pantau jumlah perdarahan
- 5) Melakukan pemantauan kala IV

- a) Tekanan darah dan nadi
 - b) Respirasi dan suhu
 - c) Kontraksi uterus
 - d) Lokia
 - e) Kandung kemih
- 6) Bersihkan ibu dan posisi tubuh yang nyaman
 - 7) Beri dukungan dalam pemberian ASI dini
 - 8) Tempat dan alas tidur yang kering dan bersih agar tidak terjadi infeksi. (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2012)

f. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarah pelaksanaannya (misalnya dengan memastikan bahwa langkah tersebut benar-benar terlaksana) (Soepardan, 2007).

g. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektian asuhan yang sudah diberikan, ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar terpenuhi sebagaimana diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah, rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya. (Soepardan, 2007).

3. Standar 7 langkah Varney Pada Ibu Nifas

Langkah-langkah manajemen kebidanan merupakan suatu proses penyelesaian masalah yang menuntut bidan untuk lebih kritis di dalam mengantisipasi masalah (Varney, 2007). Ada tujuh langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney yang akan di jelaskan sebagai berikut :

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Langkah pengumpulan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Langkah ini menentukan proses interpretasi data tahap selanjutnya sehingga harus komprehensif. Hasil pemeriksaan menggambarkan kondisi atau masukan klien yang sebenarnya atau valid (Betty dkk, 2013).

1) Data Subjektif

Adalah data yang di dapat dari klien sebagai mutu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian. Data tersebut tidak dapat ditemukan oleh perawat secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi (Ambarwati dkk, 2010).

a) Biodata

Identitas untuk mengetahui status klien secara lengkap sehingga dengan sasaran (Ambarwati dkk, 2010).

b) Alasan Masuk

Untuk mengetahui alasan yang membuat pasien datang yang berhubungan dengan persalinanya (Ambarwati dkk, 2010).

c) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang di hadapi yang berkaitan dengan masa nifas misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir, pada persalinan normal keluhan bisa muncul yaitu perut mulas, susah buang air besar, payudara bengkak, (Ambarwati dkk, 2010)

d) Riwayat Penyakit

(1) Riwayat Penyakit Sekarang

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya (Ambarwati dkk, 2010).

(2) Riwayat Kesehatan yang Lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini (Ambarwati dkk, 2010)

(3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya. (Ambarwati dkk, 2010)

e) Riwayat Kehamilan, Persalihan dan Nifas yang lalu

Untuk mengetahui jumlah kehamilan dan kelahiran, riwayat persalinan yaitu jarak antara dua kelahiran, tempat kelahiran, lamanya melahirkan, dan cara melahirkan. Masalah/gangguan

kesehatan yang timbul sewaktu hamil dan melahirkan. Riwayat kelahiran anak, mencakup berat badan bayi sewaktu lahir, adakah kelainan bawaan bayi, jenis kelamin bayi, keadaan bayi hidup/ mati saat di lahirkan (Estiwidani dkk,2008).

f) Riwayat Kehamilan Sekarang

Untuk mengetahui keadaan kesehatan ibu selama hamil ada atau tidaknya penyakit serta upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyakit tersebut.

g) Riwayat Persalinan Sekarang

Untuk mengetahui jenis persalinan, penolong persalinan, lama persalinan kala I, II, III, IV, keadaan anak, jumlah air ketuban.

h) Kebiasaan Selama Nifas

(1) Pola Nutrisi : Mengambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan . pada ibu nifas di butuhkan makanan yang banyak mengandung kalori, protein, sayuran hijau dan buah, cairan dll (Ambarwati dkk, 2010

(2) Pola Eliminasi : Pada ibu nifas dalam 6 jam pertama setelah persalinan, ibu di observasi apakah sudah BAK atau belum, untuk BAB ibu disarankan untuk mengonsumsi makanan yang berserat agar BAB lancar (Ambarwati, 2008)

(3) Pola Istirahat : Mengetahui pola istirahat dan tidur pasien berapa jam. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan

(Ambarwati dkk, 2010). Pada kasus ini biasanya istirahat ibu sedikit terganggu sehubungan dengan rasa nyeri yang di rasakan setelah persalinan.

(4) Keadaan Psikologis : mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, keadaan mental ibu nifas adalah cemas, sulit tidur, merasa bersalah, mudah tersinggung, pikiran negatif terhadap bayinya (Manuaba, 2007)

(5) Sosial Budaya : Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya kebiasaan pantang makan (Ambarwati dkk, 2010)

2) Data Objektif

Mengambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik pasien yang meliputi :

a) Status Generalis

(1) Keadaan umum : Untuk mengetahui keadaan umum ibu baik, sedang, buruk. Keadaan ibu post persalinan normal adalah baik.

(2) Kesadaran : Untuk tingkat kesadaran apakah composmentis, apatis, somnolen atau koma. Tingkat kesadaran ibu post *persalinan normal* adalah composmentis.

(3) Tanda Vital :

a) Ibu nifas persalinan normal tekanan darahnya 110/70 – 130/80 mmHg

b) Ibu nifas persalinan normal suhu tubuhnya sekitar 36° – 38° C

c) Ibu nifas persalinan normal nadinya 50-90 kali/menit

d) Ibu nifas respirasinya cenderung lebih cepat yaitu 16 – 26 kali/menit

(4) TFU : Pada ibu nifas dalam 1hari 1 jari di bawah pusat.

(5) vagina: terdapat bekas luka episiotomy, dan telah di jahit jelujur.

b) Pemeriksaan penunjang : tidak dilakukan

c) Inspeksi

Pemeriksaan klien dengan melihat ujung rambut sampai dengan ujung kaki (Ambarwati dkk, 2010).

d) Palpasi

Yaitu pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba di daerah leher, dada, dan abdomen.

3) Data Penunjang

Pemeriksaan yang di lakukan untuk mendukung pencegahan diagnosa seperti pemeriksaan laboratorium, rontgen, ultrasonografi.

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Mengidentifikasi diagnosa kebidanan dan masalah berdasarkan inteprestasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dalam lanhhkah ini data yang telah dikumpulkan diinteprestasikan menjadi diagnosa kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan

penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien, masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. (Ambarwati dkk, 2010)

1) Diagnosa Kebidanan

Diagnosa dapat ditegakkan yang berkaitan dengan Para, Abortus, Anak hidup, Umur ibu dan keadaan nifas (Ambarwati dkk, 2010). Diagnosa pada kasus ini adalah Ny. X P ...A ... Umur ...tahun nifas hari ke berapa.

a) Data Subjektif

- (1) Ibu merasa nyeri di bagian perut dan vagina.
- (2) Ibu merasakan lemas setelah persalinan.

b) Data Objektif

- (1) Keadaan umum ibu setelah persalinan normal adalah baik.
- (2) Kesadaran ibu setelah persalinan normal, adalah composmentis.

(3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Ibu nifas tekanan darahnya 110/90 – 130/90 mmHg.

Suhu : Ibu nifas suhu tubuhnya 36°C – 38°C.

Nadi : Ibu nifas respirasinya 16 - 26 kali/menit.

(4) TFU pada ibu nifas dalam 1 hari adalah 1 jari dibawah pusat.

(5) Vagina terdapat luka jahitan berbentuk jelujur.

(6) Kontraksi uterus kuat, sedang, atau lemah. Kontraksi uterus kuat.

c) Masalah

Permasalahan yang muncul berdasarkan pernyataan pasien (Ambarwati dkk, 2010). Pada ibu nifas adalah cemas, sulit tidur, merasa bersalah, mudah tersinggung, pikiran negatif pada bayinya (Manuaba, 2007).

c. Langkah III : Diagnosa Potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosa dan masalah yang sudah teridentifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosa atau masalah tersebut tidak terjadi. Selain itu, bidan harus bersiap-siap apabila diagnosis atau masalah tersebut benar-benar terjadi.

d. Langkah IV : Antisipasi Masalah

Pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Ada kemungkinan, data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi (Betty dkk, 2013). Antisipasi pertama yang dilakukan pada ibu nifas adalah observasi TTV, kesadaran, perdarahan, kandung kemih, kontraksi (Wiknjastro, 2007)

e. Langkah V : Perencanaan Asuhan Kebidanan

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan

yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konseling dan apakah perlu merujuk klien. Setiap asuhan yang direncanakan harus disetujui oleh kedua belah pihak yaitu bidan dan pasien. (Betty dkk, 2013) Adapun rencana asuhan yang diberikan menurut Winkjosastro (2007) yaitu :

- 1) Observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
- 2) Observasi pengeluaran lochea
- 3) Bimbingan untuk mobilisasi dini
- 4) Perawatan luka perenium
- 5) observasi eliminasi
- 6) KIE tentang KB
- 7) Kebutuhan nutrisi ibu nifas
- 8) Cairan infus

f. Langkah VI : Pelaksanaan

Kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisiensi. Kegiatan ini bisa dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut. (Betty dkk, 2013)

g. Langkah VII : Evaluasi Asuhan Kebidanan

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana. (Ambarwati dkk, 2010). Evaluasi asuhan kebidanan pada ibu post persalinan normal antara lain keadaan umum baik, TTV normal, perdarahan normal, kontraksi uterus baik, kandung kemih tidak penuh.

4. Standar 7 langkah Varney Pada bayi baru lahir

a. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

1. Data subjektif

1) Anamnesa

Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat kesehatan, serta pengetahuan klien.

Anamnesa dapat dilakukan dua cara yaitu sebagai berikut:

1) Auto anamnesa

Adalah anamnesa yang dilakukan kepada pasien secara langsung. Jadi data yang di peroleh adalah data primer karena

langsung dari sumbernya.

2) Allo anamnesa

Merupakan anamnesa yang dilakukan kepada keluarga pasien untuk memperoleh data tentang pasien.

(Ari Sulistyawati, 2009)

2) Identitas bayi

1) Nama

Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan. (Ambarwati, 2009)

2) Umur/ tanggal lahir

Bayi baru lahir normalnya lahir pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu.

(Aiiyeyeh dan Lia, 2010)

3) jenis kelamin

untuk mengetahui jenis kelamin Bayi

4) anak ke

untuk mengetahui anak keberapa bayi tersebut

5) alamat

ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

3) Identitas ibu

1) Nama

Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan. (Ambarwati, 2009)

2) Umur.

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dan komplikasi.

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

4) Pendidikan.

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. (Ambarwati, 2009)

5) Suku/bangsa.

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

6) Pekerjaan.

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut. (Ambarwati, 2009)

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

4) Riwayat antenatal

Umur kehamilan neonatus cukup bulan adalah 37 minggu sampai 42 minggu (Maryunani dan Nurhayati, 2008)

5) Penyakit selama hamil

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, misalnya penyakit diabetes.

(Maryunani dan Nurhayati, 2008)

2. Data objektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Yang perlu diperhatikan dalam kondisi umum ini adalah keadaan umum: kesadaran dan keaktifan.

(Maryunani dan Nurhayati, 2008)

2) Tonus otot

Tonus otot bayi normal adalah bergerak aktif.

(Dewi, 2011)

3) Pernafasan

Dalam pernafasan bayi baru lahir ditandai dengan bayi segera lahir menangis kuat (Dewi, 2011)

4) Warna kulit

Warna kulit pada bayi baru lahir normal adalah bewarna kemerahan/ merah muda, dan terdapat lanugo dan vernixcaseosa, dan bayi yang mengalami kelaian dapat menunjukkan perubahan warna sianosis yang dapat berbahaya pada Bayi

(Maryunani dan Nurhayati, 2008)

5) Lama persalinan

Tabel 2.3 Lama persalinan pada primigravida dan multi gravida

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

Sumber: dr. Ida Ayu Chandranita, dkk, 2010

b. Interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. (Muslihatun, 2010)

1) Diagnosa Kebidanan

Diagnose kebidanan adalah diagnose yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Diagnose didapatkan dari data subjektif dan data objektif.

2) Masalah

Masalah adalah hal- hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

3) Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal- hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah yang didapatkan dalam melakukan analisa data.

c. Identifikasi diagnose dan masalah potensial

Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose.

(Soepardan, 2007)

d. Tindakan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau ada hal yang perlu di konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi Bayi

(Muslihatun, 2010)

e. Perencanaan

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya. (Muslihatun, 2010)

Rencana yang diberikan pada bayi baru lahir adalah

1. Jaga kehangatan bayi
2. Berikan bayi kepada ibu dan letakkan diatas dada ibu untuk IMD
3. Ukur antropometri bayi

4. Beri vitamin K
5. Beri salep mata tetracyclin
6. Lakukan pemeriksaan fisik (head to toe)
7. Beri bayi identitas
8. Beri bayi kepada ibu untuk rawat gabung

Rencana asuhan bayi 2-6 hari

1. Lakukan pemeriksaan umum pada bayi
2. Pemberian minum bayi
3. Jaga kebersihan kulit bayi
4. Rawat tali pusat bayi

f. Pelaksanaan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, sebagian lagi oleh klien atau anggota tim lainnya.

Rencana yang diberikan pada bayi baru lahir adalah

1. Membersihkan dan mengeringkan tubuh bayi dengan cara mengganti handuk bayi yang basah dengan handuk yang bersih dan kering.
2. Memberikan bayi kepada ibu untuk IMD dengan cara skin to skin dan menyelimuti keduanya dengan selimut yang bersih.
3. Mengukur antropometri bayi mulai dari lingkaran kepala, lingkaran dada dan lingkaran lengan Bayi

4. Memberikan bayi Vitamin K dengan dosis 0.05 cc secara IM pada paha kiri bagian luar untuk mencegah terjadinya perdarahan intrakranial atau perdarah pada otak Bayi
5. Memberikan salep mata tetracyclin 1% pada kedua mata Bayi
6. Melakukan pemeriksaan fisik secara head to toe.
7. Memberikan bayi identitas agar bayi mudah dikenali dan mencegah tertukar dengan bayi lain
8. Bayi telah diberikan pada ibunya untuk rawat gabung

Asuhan bayi 2-6 hari

1. Melakukan pemeriksaan keadaan umum bayi yaitu RR, N,S, BB
2. Pemberian minum bayi berupa ASI
3. Menjaga kebersihan kulit bayi
4. Merawat tali pusat bayi
5. Memenuhi kebutuhan imunisasi pada bayi

g. Evaluasi

Evaluasi dilaksanakan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui factor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. (Soepardan, 2007)

5. Standar 7 langkah Varney imunisasi

a. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien.

Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

1) Data subjektif

a) Anamnesa

Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat kesehatan, serta pengetahuan klien.

Anamnesa dapat dilakukan dua cara yaitu sebagai berikut:

(1) Auto anamnesa

Adalah anamnesa yang dilakukan kepada pasien secara langsung. Jadi data yang di peroleh adalah data primer karena langsung dari sumbernya.

b) Allo anamnesa

Merupakan anamnesa yang dilakukan kepada keluarga pasien untuk memperoleh data tentang pasien.

(Ari Sulistyawati, 2009)

1) Identitas bayi

a. Nama

Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

(Ambarwati, 2009)

b. Umur/ tanggal lahir

Bayi baru lahir normalnya lahir pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu.

(Aiiyeyeh dan Lia, 2010)

c. jenis kelamin

untuk mengetahui jenis kelamin Bayi

d. anak ke

untuk mengetahui anak keberapa bayi tersebut

e. alamat

ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

2) Identitas ibu

a. Nama

Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

(Ambarwati, 2009)

b. Umur.

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dan komplikasi.

c. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

d. Pendidikan.

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. (Ambarwati, 2009)

e. Suku/bangsa.

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

f. Pekerjaan.

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut. (Ambarwati, 2009)

g. Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

3) Riwayat antenatal

Umur kehamilan neonatus cukup bulan adalah 37 minggu sampai 42 minggu (Maryunani dan Nurhayati, 2008)

4) Penyakit selama hamil

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, misalnya penyakit diabetes.

(Maryunani dan Nurhayati, 2008)

2) Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Yang perlu diperhatikan dalam kondisi umum ini adalah keadaan umum: kesadaran dan keaktifan.

(Maryunani dan Nurhayati, 2008; h. 74)

b. Tonus otot

Tonus otot bayi normal adalah bergerak aktif.

(Dewi, 2011)

c. Pernafasan

Dalam pernafasan bayi baru lahir ditandai dengan bayi segera lahir menangis kuat (Dewi, 2011)

d. Warna kulit

Warna kulit pada bayi baru lahir normal adalah bewarna kemerahan/ merah muda, dan terdapat lanugo dan vernixcaseosa, dan bayi yang mengalami kelaian dapat menunjukkan perubahan warna sianosis yang dapat berbahaya pada Bayi

(Maryunani dan Nurhayati, 2008)

e. Lama persalinan

Tabel 2.4 Lama persalinan pada primigravida dan multi gravida

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

Sumber : dr. Ida Ayu Chandranita, dkk, 2010

b. Interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. (Muslihatun, 2010)

1) Diagnosa Kebidanan

Diagnose kebidanan adalah diagnose yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Diagnose didapatkan dari data subjektif dan data objektif.

2) Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

3) kebutuhan

kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah yang didapatkan dalam melakukan analisa data.

c. Identifikasi diagnose dan masalah potensial

Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose.

(Soepardan, 2007)

d. Tindakan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi Bayi

(Muslihatun, 2010)

e. Perencanaan

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya. (Muslihatun, 2010)

Rencana yang diberikan pada bayi baru lahir adalah

1. Jaga kehangatan bayi
2. Berikan bayi kepada ibu dan letakkan diatas dada ibu untuk IMD
3. Ukur antropometri bayi
4. Beri vitamin K
5. Beri salep mata tetracyclin
6. Lakukan pemeriksaan fisik (head to toe)
7. Beri bayi identitas
8. Beri bayi kepada ibu untuk rawat gabung

Rencana asuhan bayi 2-6 hari

1. Lakukan pemeriksaan umum pada bayi

2. Pemberian minum bayi
3. Jaga kebersihan kulit bayi
4. Rawat tali pusat bayi

f. Pelaksanaan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, sebagian lagi oleh klien atau anggota tim lainnya.

Rencana yang diberikan pada bayi baru lahir adalah

1. Membersihkan dan mengeringkan tubuh bayi dengan cara mengganti handuk bayi yang basah dengan handuk yang bersih dan kering.
2. Memberikan bayi kepada ibu untuk IMD dengan cara skin to skin dan menyelimuti keduanya dengan selimut yang bersih.
3. Mengukur antropometri bayi mulai dari lingkaran kepala, lingkaran dada dan lingkaran lengan Bayi
4. Memberikan bayi Vitamin K dengan dosis 0.05 cc secara IM pada paha kiri bagian luar untuk mencegah terjadinya perdarahan intrakranial atau perdarahan pada otak Bayi
5. Memberikan salep mata tetracyclin 1% pada kedua mata Bayi
6. Melakukan pemeriksaan fisik secara head to toe.
7. Memberikan bayi identitas agar bayi mudah dikenali dan mencegah tertukar dengan bayi lain
8. Bayi telah diberikan pada ibunya untuk rawat gabung

Asuhan bayi 2-6 hari

1. Melakukan pemeriksaan keadaan umum bayi yaitu RR, N, S, BB
2. Pemberian minum bayi berupa ASI
3. Menjaga kebersihan kulit bayi
4. Merawat tali pusat bayi
5. Memenuhi kebutuhan imunisasi pada bayi

g. Evaluasi

Evaluasi dilaksanakan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui factor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. (Soepardan, 2007)

6. Standar 7 langkah Varney Pada Ibu ber KB IUD

1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu langkah awal yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien. Pada tahap ini semua data dasar dan informasi tentang klien dikumpulkan dan dianalisa untuk mengevaluasi keadaan pasien.

Data ini difokuskan pada :

a. Data Subjektif

1) Biodata

- a) Nama: Dikaji dengan nama jelas dan lengkap agar tidak terjadi kekeliruan dalam melaksanakan tindakan.
- b) Umur: Dikaji untuk mengetahui dan memberikan perencanaan

keluarga pada pasien dengan tepat sesuai 3 fase perencanaan KB

- c) Agama : Untuk mengetahui keyakinan yang dianut klien sehingga dapat mempermudah dalam melaksanakan asuhan kebidanan.
- d) Suku/bangsa : Untuk mengetahui sosial budaya dan adat istiadat yang dianut pasien sehingga dapat mempermudah dalam melaksanakan asuhan kebidanan.
- e) Pendidikan : Pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui tingkat kemampuan klien. Karena pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.
- f) Alamat : Untuk mengetahui pasien tinggal dimana

2) Keluhan Pasien

Dikaji keluhan pasien yang berhubungan dengan penggunaan KB.

3) Riwayat Kesehatan Pasien

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah menderita atau sedang menderita penyakit-penyakit meliputi hipertensi, jantung, TBC, paru-paru, asma, diabetes mellitus, riwayat penyakit/ trauma tulang punggung.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah dalam keluarga mempunyai riwayat penyakit keturunan meliputi

penyakit hipertensi, jantung, asma, diabetes mellitus, dan riwayat keturunan kembar.

5) Riwayat Obstetri

a) Riwayat haid

Dikaji menarche pada umur berapa, siklus haid, lamanya haid, sifat darah haid, dismenorhea atau tidak, flour albus atau tidak

b) Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama pasien menikah, sudah berapa kali pasien menikah, berapa umur pasien dan suami pada saat menikah, sehingga dapat diketahui apakah pasien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan..

c) Riwayat persalinan yang lalu

Jika ia pernah melahirkan, apakah ia memiliki riwayat kelahiran dengan operasi atau tidak.

d) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor KB lain sebelum ingin menggunakan KB IUD dan sudah berapa lama menjadi akseptor KB tersebut.

e) Pola kehidupan sehari-hari

(1) Pola nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan makanan pantangan atau terdapatnya alergi.

(2) Pola eliminasi

Dikaji untuk mengetahui tentang BAB dan BAK baik frekuensi dan pola sehari-hari

(3) Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui pola tidur serta lamanya tidur.

(4) Pola seksual

Dikaji apakah ada gangguan atau keluhan dalam hubungan seksual.

(5) Pola aktifitas

Menggambarkan pola aktifitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktifitas terhadap kesehatannya.

(6) Pola personal hygiene masalah dan lingkungan

Mandi berapa kali, gosok gigi berapa kali, kramas berapa kali, bagaimana kebersihan lingkungan apakah memenuhi syarat kesehatan.

f) Data pengetahuan

Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan usaha yang akan dilakukan ibu, mengenai jenis – jenis alat kontrasepsi, manfaat dan efek samping.

g) Data Psikologis

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui keadaan psikologi ibu sehubungan dengan hubungan pasien dengan suami, keluarga, dan tetangga. Dan bagaimana pandangan suami

dengan alkon yang dipilih apakah mendapat dukungan atau tidak.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Dilakukan pemeriksaan umum untuk mengkaji keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital (TD, nadi, suhu, dan RR) yang dapat digunakan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya, Sehingga bidan dapat mengambil keputusan untuk melakukan tindakan medis pada pasien.

2) Status Present

a) Kepala

Periksa keadaan kepala dan kulit kepala, distribusi rambut rontok atau tidak.

b) Mata

Untuk mengetahui konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, dan untuk mengetahui kelopak mata cekung atau tidak.

c) Hidung

Diperiksa untuk mengetahui ada polip atau tidak.

d) Mulut

Diperiksa untuk mengetahui apakah ada stomatitis atau tidak. Dan ada caries dentis atau tidak.

e) Telinga

Diperiksa untuk mengetahui apakah ada tanda-tanda infeksi

telinga seperti OMA atau OMP.

f) Leher

Diperiksa apakah ada pembesaran kelenjar tyroid atau tidak.

g) Ketiak

Untuk mengetahui apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak.

h) Dada

Untuk mengetahui dada simetris atau tidak, ada retraksi dinding dada saat respirasi atau tidak.

i) Mammae

Apakah ada kelainan pada bentuk payudara seperti benjolan abnormal atau tidak.

j) Abdomen

Diperiksa untuk mengetahui adanya bekas operasi pada daerah abdomen atau tidak.

k) Pinggang

Untuk mengetahui adanya nyeri tekan waktu diperiksa atau tidak.

l) Genitalia

Dikaji apakah adanya condiloma acuminata dan diraba adanya infeksi kelenjar batholini dan kelenjar skene atau tidak.

m) Punggung

Periksa apakah ada kelainan tulang punggung atau tidak.

n) Anus

Apakah pada saat inspeksi ada hemoroid atau tidak.

o) Ekstremitas

Diperiksa apakah ada varises atau tidak , apakah ada odem dan kelainan atau tidak.

2. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa/ masalah

Interpretasi dibentuk dari data dasar, dalam hal ini dapat berupa diagnosa kebidanan, masalah dan keadaan pasien.

a. Diagnosa kebidanan

Diagnosa yang dapat ditegakan adalah diagnosa yang berkaitan dengan para, abortus , umur ibu, dan kebutuhan

Dasar dari diagnosa tersebut :

- 1) Pernyataan pasien mengenai identitas pasien
- 2) Pertanyaan mengenai jumlah persalinan
- 3) Pernyataan pasien mengenai pernah atau tidak mengalami abortus.
- 4) Pernyataan pasien mengenai kebutuhannya
- 5) Pertanyaan pasien mengenai keluhannya
- 6) Hasil pemeriksaan :
 - a) Pemeriksaan keadaan umum pasien
 - b) Pemeriksaan status emosional pasien
 - c) Pemeriksaan kesadaran pasien
 - d) Pemeriksaat tanda – tanda vital pasien

b. Masalah

Tidak ada

3. Diagnosa Potensial

Tidak ada

4. Antisipasi Masalah

Tidak ada

5. Perencanaan /Intervensi

Lakukan komunikasi terapeutik pada pasien dan merencanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kasus yang ada yang didukung dengan pendekatan yang rasional sebagai dasar untuk mengambil keputusan sesuai langkah selanjutnya. Perencanaan berkaitan dengan diagnose kebidanan, masalah dan kebutuhan.

a. Berkaitan dengan diagnose kebidanan

- 1) Pemberian informasi tentang hasil pemeriksaan keadaan pasien
- 2) Pemberian informasi tentang indikasi dan kontraindikasi
- 3) Pemberian informasi tentang keuntungan dan kerugian.
- 4) Pemberian informasi tentang cara penggunaan

b. Berkaitan dengan masalah

Pemberian informasi mengenai proses atau cara kerja IUD.

6. Pelaksanaan/ Implementasi

Pelaksanaan bertujuan untuk mengatasi diagnose kebidanan, masalah pasien sesuai rencana yang telah dibuat, pelaksanaan tersebut hendaknya dibuat secara sistematis, agar asuhan kebidanan dapat diberikan dengan baik dan melakukan follow up.

- a. Memberikan informasi tentang hasil pemeriksaan keadaan pasien
- b. Memberikan informasi tentang indikasi dan kontraindikasi
- c. Memberikan informasi tentang keuntungan dan kerugian
- d. Memberikan informasi tentang cara penggunaan

7. Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir dari semua tindakan guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan, apakah implementasi sesuai dengan perencanaan dan harapan dari asuhan kebidanan yang diberikan.

- a. Pasien mengetahui tentang kondisinya
- b. Pasien mengetahui tentang indikasi dan kontraindikasi KB IUD
- c. Pasien mengetahui tentang keuntungan dan kerugian KB IUD
- d. Pasien mengetahui tentang cara penggunaan KB IUD.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian studi kasus (*case study*) untuk mempelajari tentang asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N dan By. Ny. N Penelitian ini bertujuan untuk meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal (Notoatmodjo, 2010).

B. Tempat dan Waktu penelitian

Pelaksanaan penelitian berupa asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N dan By. Ny. N. Adapun waktu dan tempat penelitian dilakukan pada:

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian merupakan tempat untuk pengambilan studi kasus (Hidayat, 2007). Penelitian ini dilakukan di Bidan Praktek Mandiri (BPM) Titin Widyaningsih.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian merupakan rencana jadwal yang akan dilakukan oleh peneliti dalam melaksanakan penelitiannya (Hidayat, 2007). Pelaksanaan penelitian meliputi pengumpulan data dan proses pelaksanaan penelitian tersebut dilakukan pada tahun 2016.

C. Subyek Penelitian

Dalam penulisan studi kasus ini menggunakan subyek merupakan orang yang dijadikan sebagai responden untuk pengambilan kasus (Hidayat, 2007). Subjek penelitian ini yang diambil adalah ibu bersalin dengan persalinan normal di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Titin Widyarningsih 2016.

D. Jenis Data

Data yang diperoleh terbagi atas dua yaitu (Setiawan dan Saryono, 2011) :

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik secara inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi. Dan juga diperoleh dari wawancara dan observasi.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang di ambil dari catatan perkembangan dan hasil dari pemeriksaan penunjang lainnya.

E. Alat Dan Metode Pengumpulan Data

Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengambil semua data dari dokumen yang dibutuhkan (Setiawan dan Saryono, 2011).

1. Anamnese

Peneliti melakukan tanya jawab dengan klien, suami dan keluarga yang dapat membantu memberikan informasi yang dibutuhkan.

2. Observasi

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengamati keadaan umum klien dari sejak klien datang sampai pulang.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai ke kaki (*head to toe*) yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dan pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan diagnosis lainnya dengan menggunakan format pengkajian.

4. Diskusi

Peneliti mengadakan tanya jawab dengan bidan yang menangani langsung klien tersebut serta berdiskusi dengan dosen pembimbing laporan tugas akhir ini.

F. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah prosedur perlindungan terhadap responden dengan menjamin kerahasiaan responden, mencegah responden dari cedera akibat prosedur penelitian dan mempertahankan kenyamanan responden selama penelitian . Adapun etika penelitian yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut(Dharma, 2011):

1. *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden.

Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Masalah etika selanjutnya adalah memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

1. HASIL PENELITIAN

Subjek penelitian pasien Ny. N dan bayi Ny. N di Bidan Praktek Mandiri Titin Widyaningsih Tahun 2016 dengan rincian waktu penelitian dari tanggal 18 maret 2016 sampai dengan 18 maret 2017. Analisis hasil asuhan kebidanan di uraikan sebagai berikut:

A. MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Nama Mahasiswa : Winarti irawan
Tempat Dinas : BPM Titin Widyaningsih
Tanggal : 18-03-2016

a. Data Subjektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan adapun data subjektif adalah sebagai berikut:

Data Subjektif

Identitas		
Nama	:	Ny. N
Umur	:	23 Th
Suku/Bangsa	:	Melayu
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	DIII Gizi
Pekerjaan	:	Swasta
Alamat	:	Jl.karet gg.surya kencana 1

No Handphone	:	
--------------	---	--

Keluhan Utama	:	Ibu mengatakan kepala pusing
Riwayat menstruasi		
HPHT		15-06-2015
Haid		Teratur

Riwayat kehamilan dan nifas yang lalu:

G₁P₀A₀

Riwayat kehamilan dan nifas

No	Tanggal/ Tahun Partus	Tempat Partus	Umur Hamil	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit	BB/PB	Keadaan Sekarang
1.	Kehamilan yang ini							

1) Riwayat kehamilan ini :

Ini adalah kehamilan yang pertama. Tidak ada keluhan

2) Riwayat penyakit yang lalu:

Ibu tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit.

3) Riwayat kesehatan keluarga:

Di keluarga ibu tidak ada yang mempunyai penyakit jantung asma, ginjal, hipertensi, penyakit kelainan darah, dan hepatitis.

4) Riwayat Ginekologi

Ibu tidak memiliki riwayat ginekologi.

5) Riwayat Keluarga Berencana

Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi.

6) Pola fungsional kesehatan

a) Pola makan 3 kali dalam sehari dan minum kurang lebih 1600cc/hari.

- b) Eliminasi: BAK : 5 kali / hari, tidak ada keluhan. BAB : 1 kali / hari, tidak ada keluhan
- c) Istirahat: selama hamil ibu tidur 8 jam pada malam hari, tidak ada perubahan pola istirahat dari sebelumnya.
- 7) Data psikososial

Riwayat perkawinan yaitu kawin 1 kali, kawin diusia 15 tahun dengan suami usia 16 tahun, usia perkawinan 3 bulan, serta kehamilan saat ini sangat di inginkan pasien.

b. Data Objektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan adapun data objektif adalah sebagai berikut:

Data Objektif

Taksiran persalinan	:	22-03-2016
Pemeriksaan umum		
Keadaan umum	:	Baik
Berat badan	:	57 Kg
Tinggi badan	:	153 cm
Tekanan darah	:	100/70 mm Hg
Nadi	:	80 x / menit
Suhu	:	36° C
Pernapasan	:	22x / menit
Pemeriksaan fisik Dada/ Payudara	:	Mamae simetris
Pemeriksaan khusus Abdomen		
Inspeks	:	Besar perut sesuai dengan umur kehamilan.
Leopold I	:	TFU 28 cm, teraba bulat,agak melebar,lunak
Leopold II	:	Bagian kanan: teraba keras memanjang Bagian kiri: teraba kecil-kecil tak beraturan
Leopold III	:	Teraba bulat, keras, melenting
Leopold IV	:	Belum masuk PAP

Auskultasi	:	140x/ menit . teratur
Tafsiran Berat Badan Janin (Mc Donald)	:	2.480 gram
Pemeriksaan ano genetalia	:	Pengeluaran darah lender (-), air ketuban (-)
Pemeriksaan penunjang	:	Tidak dilakukan

c. Analisa Data

G₁P₀A₀ Hamil 40 minggu

Janin Tunggal Hidup presentasi Kepala

Penatalaksanaan

1. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan (ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan)
2. Menjelaskan tentang keluhannya : pusing diatasi dengan tidur dengan bantal yang rendah, bangun tidur pelan-pelan serta memberikan ibu obat gestiamin 2x1 setelah makan (ibu mengerti)
3. Memberikan ibu KIE dan konseling : tanda-tanda persalinan: perut mulas teratur, timbul semakin sering dan lama, keluar darah bercampur lendir/cairan ketuban (ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan)
4. Menginformasikan kepada ibu untuk segera / 1 minggu kemudian ke pelayanan kesehatan, jika sudah ada keluar tanda (ibu bersedia)

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN ULANG

Nama : Ny. N	No. RM : -
Umur : 23 tahun	Tanggal : 19-03-2016
Hari/Tanggal	Data Perkembangan
19 maret 2016	<p>S: Periksa Kehamilan.</p> <p>O: A. Pemeriksaan Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan Umum : baik 2. Kesadaran : compos mentis 3. Berat badan : 57 kg 4. Tanda-tanda Vital <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan Darah : 100/80mmHg b. Nadi : 80 kali/menit c. Pernapasan : 22 kali/menit d. Suhu : 36,7⁰C <p>B. Pemeriksaan Khusus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi <ol style="list-style-type: none"> a. Mata : Konjunctiva tidak pucat 2. Palpasi Abdomen <ol style="list-style-type: none"> a. Leopold I : TFU : 3 jari dibawah px (28cm). teraba lunak,tidak melenting. b. Leopold II : Bagian Kanan teraba keras panjang dan berongga sedangkan bagian kiri teraba kecil-kecil berongga. c. Leopold III : Teraba bulat, keras, Tidak melenting. Sudah masuk PAP d. Leopold IV : 1/5 sudah masuk PAP <p>Auskultasi : DJJ 140x/menit, teratur</p> <p>Tafsiran berat badan janin: (Mc donald) : 2.480 gram</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ano genetalia : Terdapat pengeluaran lender dan darah <p>pemeriksaan dalam : Konsistensi kaku,pendataran 25%,Pembukaan 1 cm, posisi posterior.</p>

4. Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan

A: G₁P₀A₀hamil 40 minggu inpartu kala 1 fase laten
janin tunggal hidup presentasi kepala

P:

1. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan (ibu mengerti dengan informasi yang diberikan, hasil TD 100/70 mmHg, DJJ 140 x/menit, Pembukaan 1 cm)
2. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga bahwa persalinan sudah dekat agar menyiapkan kendaraan, baju serta jaminan kesehatan jika ada (ibu mengerti)
3. Memperbolehkan ibu untuk pulang sambil menunggu kemajuan pembukaan dan menyarankan ibu untuk kembali apabila sakit yang dirasakan sudah semakin sering dan lama (ibu mengerti)
4. Menginformasikan ibu untuk tetap mandi, makan serta berjalan / tidur miring ke kiri untuk mempercepat pembukaan (ibu mengerti)

B. MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal :20-03-2016

A. Riwayat obstetri:

G₁ P₀ A₀ M₀

No	Tempat Bersalin	Tahun	Hasil Kehamilan	Jenis Persalinan	Penyulit	Anak		
						Kelainan	Berat	Keadaan
1.	Hamil ini							

B. Riwayat kehamilan sekarang

Haid : Teratur

Siklus : 28 hari

Banyaknya : Biasa

HPHT : 15-06-2015

Gerakan anak dirasakan : 6 bulan yang lalu

Periksa hamil :Bidan.

C. Riwayat persalinan sekarang

Dikirim oleh : Datang sendiri

His mulai : Sejak tanggal 19-03-2016 Jam 10.00 WIB

Darah Lendir : Sejak tanggal 19-03-2016 Jam 05.00 WIB

Ketuban : Belum pecah

1. ANAMNESIS KHUSUS

Keluhan utama mulas-mulas, sakit di bagian pinggang.

Riwayat perjalanan penyakit : Pada tanggal 20 Maret 2016 pukul 02.00 WIB ibu datang ke BPM Titin WD mengatakan mulas-mulas seperti ingin melahirkan sejak tanggal 19 Maret 2016 pukul 10.00 wib, belum ada pengeluaran cairan seperti ketuban.

DATA OBJEKTIF

A. Status presens

Berat badan : 50 Kg	TD : 110/70 mmHg	Laboratorium :
Tinggibadan: 154 cm	Nadi : 80 x/menit	HB :
Keadaan Umum : Baik	Pernafasan : 22 x/menit	
Anemia/ Ikterus	Hati/Limfe : Normal	
Kesadaran : composmentis	Edema : Tidak ada	
Gizi : Baik	Varices : Tidak ada	
Payudara : Tidak ada kelainan	Refleks: +	
Jantung : Normal		
Paru-paru : Normal		

B. Status obstetri

Pemeriksaan luar :	Pemeriksaan dalam :
Tanggal : 20-03-2016	Tanggal : 20-03-2016 ,jam
02.10	
Leopod I : TFU 29 cm, teraba bokong	Portio : Konsistensi : kaku
Leopod II : punggung kiri	Posisi : posterior
Leopod III : teraba kepala	Pendataran : 25%
Leopod IV : 4/5 belum masuk PAP	Ketuban : (+)
	Pembukaan: 1 cm
DJJ 140 x/menit, teratur,	Terbawah : Kepala
His 2 x/10menit, lamanya 25 detik	Penurunan : Hodge I
Inadekuat,	Arkus pubis : >90 °
Taksiran BBJ 2635 gram,	Kesan panggul : Luas

Lingkar bundle (-) dan tanda Osborn (-)

ANALISIS:

GI P0 A0 hamil 40 minggu inpartu kala I fase laten

Janin tunggal hidup, presentasi kepala.

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan proses dan kemajuan persalinan (ibu mengerti, hasil : TD 11070 mmHg, N 80 x/menit, DJJ 140 x/menit, VT 1 cm)
2. Mengobservasi TTV, HIS, DJJ setiap 30 menit (terlampir dalam partograf)
3. Memberikan KIE tehnik relaksasi (ibu melakukan dengan baik)
4. Memberikan support fisik dan mental serta informasi proses dan kemajuan persalinan (ibu senang)
5. Menghadirkan pendamping untuk memberi semangat kepada ibu (ibu di dampingi oleh suami)
6. Memfasilitasi pemenuhan nutrisi ibu (ibu menghabiskan 1 potong roti dan 1 gelas air putih)

LAPORAN PERSALINAN

- 1) Penolong: Bidan Suci Fitriani Amd.Keb, cara persalinan spontan. Lama persalinan 20 menit. Tanggal 20 Maret 2016 pukul 08.35 wib, PD pembukaan lengkap, ketuban (+), kepala H III-IV dilakukan amniotomi (hasil: ketuban jernih,bau khas, ± 100 cc dan langsung dipimpin meneran selama 20 menit, pukul 08.55 wib partus lahir spontan anak laki-laki hidup, menangis spontan. Plasenta lahir spontan pukul 08.58 wib, lengkap,tidak ada pengkapuran.

- 2) Keadaan ibu pasca persalinan: keadaan umum baik, pernapasan 24 x/menit, berat plasenta 500 gram, TD 110/70 mmHg, plasenta lahir spontan, panjang tali pusat 48 cm, N 83 x/menit, lengkap, tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan selama persalinan 200 cc.
- 3) Keadaan bayi: lahir tanggal 20 Maret 2016 jam 08.55 wib hidup, BB 3200 gram, PB 51 cm, jenis kelamin laki-laki, kelainan kongenital tidak ada.

NILAI APGAR

0	1	2	NILAI APGAR	1 menit	5 menit	10 menit
Tidak ada	< 100	> 100	Denyut jantung	2	2	
Tidak ada	Tak teratur	Menangis kuat	Usaha bernafas	2	2	
Lemah	Fleks sedikit	Gerak aktif	Tonus otot	2	2	
Tidak ada	Meringis	menangis	Peka rangsang	2	2	
Biru / putih	Merah jambu ujung2 biru	Merah jambu	Warna kulit	1	2	
Total				9	10	

Resusitasi pemberian obat-obatan tetes mata (1 tetes) dan Neo K1 (0,5 mg).

Pontianak, 20 Maret 2016

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. N	No. RM : -
Umur : 23 tahun	Tanggal : 20-3-2016
Tanggal & Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
20 Maret 2016 02.10 WIB	<p>KALA I</p> <p>S : Ibu mengatakan mulas-mulas semakin sering</p> <p>O : K/u baik, kesadaran composmentis TD : 110/80 mmHg, N: 86 x/menit, R 20 x/mnt, S 36,4°C DJJ : 140 x/menit HIS : 3 x 10 menit lamanya 25 detik Pemeriksaan dalam pukul 02.15 wib, pembukaan 1 cm, tebal. Kepala HI, ketuban (+)</p> <p>A : Inpartu kala I fase laten</p> <p>P : 1. Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan (ibu mengerti) 2. Observasi nadi, his, kontraksi setiap 1 jam 3. Memastikan ibu mendapatkan nutrisi dan tehnik relaksasi (ibu mengerti)</p>
08.35 WIB Kala II	<p>S : Ibu mengatakan ada rasa ingin meneran</p> <p>O : - K/u baik, HIS : 4 x 10 menit lamanya 35 detik, DJJ : 139 x/menit, N: 86 x/menit, VT pembukaan lengkap, kepala HIII-IV, ketuban (-) Amniotomi pukul 08.00 wib</p> <p>A : Inpartu kala II</p> <p>P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu (ibu mengerti) 2. Memfasilitasi persalinan dengan pendampingan (ibu didampingi oleh suami) 3. Memfasilitasi ibu untuk memilih posisi yang nyaman (ibu memilih posisi miring dan setengah duduk) 4. Melakukan amniotomi (cairan ketuban putih keruh, ± 50 cc) 5. Memfasilitasi pertolongan persalinan (partus spontan pukul 08.55 wib, bayi laki-laki menangis spontan)</p>

08.58 WIB	<p>KALA III</p> <p>S : Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya Ibu lelah dan perutnya mulas</p> <p>O : K/u baik TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, tidak ada janin kedua, kandung kemih tidak penuh, pengeluaran pervaginam ± 200 cc, tali pusat tampak di vulva, ada semburan darah</p> <p>A : Kala III</p> <p>P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan (ibu mengerti) 2. Melakukan peregangan tali pusat terkendali (plasenta lahir spontan, lengkap pukul 08.58 wib) 3. Memberikan KIE : masase uterus (ibu dapat melakukan dengan baik) 4. Memeriksa laserasi jalan lahir (ruptur derajat II) 5. Melakukan hecting dengan cara jelujur menggunakan benang cromic 2.0</p>
09.15 WIB	<p>KALA IV</p> <p>S : Perut masih mulas</p> <p>O : K/u baik</p> <p>TD : 110/70 mmHg, N: 84 x/menit, R 20 x/mnt, S 36,5°C</p> <p>Kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat, kandung kemih tidak penuh, pengeluaran pervaginam ± 200 cc</p> <p>A : Kala IV</p> <p>P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan (ibu mengerti) 2. Memfasilitasi rooming in (bayi telah bersama ibunya) 3. Mengobservasi tanda bahaya nifas : perdarahan lewat jalan lahir, bengkak dimuka, tangan/kaki disertai sakit kepala/kejang, payudara bengkak, kemerahan dan sakit (ibu mengerti) 4. Mengelap badan ibu dari darah dan mengganti pakaian yang lebih bersih</p>

C. MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

SOAP	
Subjektif Tanggal: 20-3-2016 Pukul:15.00 wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Utama : ibu mengatakan perutnya masih mules 2. Riwayat obsetri (P₁A₀HI) Penolong persalinan oleh bidan dengan jenis persalinan normal, plasenta lahir lengkap. 3. Keadaan sosial ekonomi Keluarga mendukung dalam membantu ibu dirumah dengan tidak adanya kebiasaan minum-minuman keras dan merokok, dan tidak ada tradisi yang bisa membahayakan kesehatan ibu dan Bayi
Objektif	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pemeriksaan umum <ol style="list-style-type: none"> a) keadaan umum : Baik b) Berat badan : 57 Kg c) Tinggi badan : 153 cm d) Tekanan darah : 110/ 70 mm Hg e) Nadi : 80 x / menit f) Suhu : 36° C g) Pernapasan : 20 x / menit 2) Pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a) Dada/ Payudara: kolostrum + b) Fundes Uteri : 1 jari dibawah pusat c) Kontraksi uterus : Baik d) Kandung kemih: Tidak penuh e) Pengeluaran lokhea : Rubra f) Luka perineum : Ruptur derajat I, kondisi jahitan baik. g) Reflek : Positif
Analisa Data	P ₁ A ₀ M ₀ Postpartum 6 jam dengan keadaan umum baik
Penatalaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan kepada ibu tenta hasil pemeriksaan (ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, TTV 100/70, TFU normal, kontraksi baik) 2. Menginformasikan kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan (ibu mengerti da bersedia) 3. Mengajarkan ibu cara perawatan payudara dan tehnik menyusui dengan benar (ibu menyusui seperti yang diajarkan) 4. Menginformasikan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan berserat seperti buah dan sayuran (ibu mengerti)

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan badan, organ intim, serta luka jahitan (ibu mengerti) 6. Memberikan penjelasan tentang tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu mudah lelah dan sulit tidur, demam, sembelit/hemoroid, sakit kepala hebat, cairan vagina berbau busuk, payudara sangat sakit saat disentuh, puting susu pecah-pecah (ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan)
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN ULANG

Nama : Ny. N	No. RM : -
Umur : 23 tahun	Tanggal : 26-03-2016
Hari / Tanggal	Data Perkembangan
26 Maret 2016	<p>S : Kontrol ulang</p> <p>O : A. Pemeriksaan Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan Umum : Baik 2. Berat badan : 50 kg 3. Tinggi badan: 150 cm 4. TTV : <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah : 110/70 mmHg Nadi : 76 x/menit Suhu : 36,6 Pernapasan : 20 x/menit <p>B. Pemeriksaan Fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata : Normal 2. Payudara : Normal 3. Perut : <ul style="list-style-type: none"> Fundus Uteri : 2 jari dibawah pusat Kontraksi uterus : Baik Kandung kemih : Kosong Vulva/Perineum : Pengeluaran Lokhea : Sanguinalenta Luka Perineum : Baik 4. Ekstremitas : Tungkai simetris, edema (-), Reflek + 5. Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan <p>A : PI A0 M0 Post partum hari ke-6</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan (ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, TTV 100/70, TFU normal, kontraksi baik) 2. Menginformasikan kepada ibu untuk memberikan ASI

	<p>eksklusif selama 6 bulan (ibu mengerti da bersedia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan ibu cara perawatan payudara dan tehnik menyusui dengan benar (ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan) 4. Menginformasikan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan berserat seperti buah dan sayuran (ibu mengerti) 5. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan badan, organ intim, serta luka jahitan (ibu mengerti) 6. Menginformasikan kepada ibu untuk seger ber-KB setelah 40 hari (ibu mengerti)
<p>03-04-2016 10.00WIB</p>	<p>S : Kontrol ulang O : A. Pemeriksaan Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan Umum : Baik 2. Berat badan : 50 kg 3. Tinggi badan: 150 cm 4. TTV : Tekanan darah : 90/70 mmHg Nadi : 80 x/menit Suhu : 36,8 Pernapasan : 20 x/menit <p>B. Pemeriksaan Fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata : Normal 2. Payudara : Normal 3. Perut : Fundus Uteri : Tidak teraba Kontraksi uterus : Tidak ada Kandung kemih : Tidak penuh Vulva/Perineum : Pengeluaran Lokhea : alba Luka Perineum : sudah kering 4. Ekstremitas : Tungkai simetris, edema (-), Reflek + 5. Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan <p>A : PI A0 M0 Post partum 2 minggu P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan (ibu mengerti dengan informasi yang diberikan, TTV 90/70, suhu 36,8°C, Nadi 80 x/menit, lokhea ala, ASI C+, TFU tidak teraba) 2. Menginformasikan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran, buah dan protein agar produksi ASI bertambah (ibu mengerti) 3. Menginformasikan kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan (ibu mengerti da bersedia)

<p>04-05-2016 10.00 WIB</p>	<p>S : Kontrol ulang O : A. Pemeriksaan Umum 1. Keadaan Umum : Baik 2. Berat badan : 50 kg 3. Tinggi badan: 150 cm 4. TTV : Tekanan darah : 100/70 mmHg Nadi : 80 x/menit Suhu : 36,8 Pernapasan : 20 x/menit B. Pemeriksaan Fisik 1. Mata : Normal 2. Payudara : Normal 3. Perut : Fundus Uteri : Tidak teraba Kontraksi uterus : Tidak ada Kandung kemih : Tidak penuh Vulva/Perineum : Pengeluaran Lokhea : Tidak ada Luka Perineum : sudah kering 4. Ekstremitas : Tungkai simetris, edema (-), Reflek + 5. Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan A : PI A0 M0 Post partum 6 minggu P : 1. Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan (ibu mengerti dengan informasi yang diberikan, TTV 100/70, suhu 36,8^oC, Nadi 80 x/menit,TFU tidak teraba, luka perinium kering, ASI C+) 2. Menginformasikan kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan (ibu mengerti dan bersedia) 3. Memberikan konseling KB secara dini (ibu memutuskan ingin menggunakan KB IUD) 4. Menanyakan penyulit yang dialami selama 5. nifas (ibu mengatakan tidak ada keluhan)</p>
---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D. MANAJEMEN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

SOAP	
Subjektif 20-03-2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas bayi <ol style="list-style-type: none"> a) Nama : Bayi Ny. N b) Tanggal lahir : 20 Maret 2016/ 09.00 WIB c) Jenis Kelamin : laki-laki d) Anak ke : Pertama e) Umur : 1 Jam 2. Keluhan Utama : Tidak ada 3. Riwayat obstetri (P₀A₀ H₁) Usia kehamilan 40 minggu, ibu tidak memiliki penyakit selama kehamilan dan tidak terjadi komplikasi kehamilan. 4. Data fungsional kesehatan Bayi spontan mekonium dan belum ada buang air kecil
Objektif	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pemeriksaan umum <ol style="list-style-type: none"> a) Keadaan umum : Baik b) Nadi : 140 x / menit c) Suhu : 37° C d) Pernapasan : 40 x / menit 2) Pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a) Kulit : Warna merah muda b) THT : Simetris, tidak ada cairan abnormal, tidak ada pernafasan cuping hidung c) Mulut : Tidak sariawan, tidak ada Labiopalotokisis, tidak hipersaliva d) Leher : Tidak ada pembengkakan, tidak trauma e) Dada : Simetris, bentuk dada baik, tidak fraktur clavicula f) Paru-paru : Tidak ada bunyi wheezing dan stidor g) Jantung : Jantung normal h) Abdomen : Tidak asites, tidak kembung, tidak ada perdarahan tali pusat i) Genetalia labia mayora menutupi labia minora, terdapat uretra Anus : Positif j) Ekstremitas atas : Bergerak aktif k) Ekstremitas bawah : Bergerak aktif l) Refleksi hisap : Ada m) Pengeluaran air kemih : ada n) pengeluaran meconium : Ada

	3) Pengukuran Antropometri a) Berat badan : 3200gr b) Panjang badan : 51 cm c) Lingkar dada : 35 cm d) Lingkar kepala : 35 cm e) Lila : 11 cm
Analisa Data	Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 1 jam
Penatalaksanaan	1. Mengeringkan dan menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan baju serta membedong bayi 2. Merawat tali pusat dengan membungkusnya dengan kassa steril dan tidak menambahkan apapun 3. Memberikan Neo K dosis 0,5 ml di paha kiri luar secara IM untuk mencegah perdarahan otak 4. Memberikan profilaksis tetes mata untuk mencegah infeksi di mata 5. Mengobservasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi setiap 4 jam 6. Menjelaskan kepada ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin / setiap 2 jam sekali (ibu mengerti dan bersedia mengikuti saran)

CATATAN PERKEMBANGAN BAYI BARU LAHIR

Nama : Ny. N	No. RM : -
Umur : 23 tahun	Tanggal : 23-3-2016
TANGGAL	SOAP
23-03-2016 Pukul 08.00 wib	S : Tidak ada keluhan O: Keadaan Umum :Baik Suhu : 37 ⁰ C Nadi : 140 x/Menit Pernafasan :40 x/Menit Pemeriksaan Fisik : Kulit : kulit warna merah muda tidak ada ruam THT : pernapasan cuping hidung (-), tidak ada cairan abnormal Mulut : tidak ada labioskisis/labiopalatoskisis Leher : tidak ada pembengkakan, tidak ada trauma Dada : simetris, fraktur klavikula (-) Paru-paru : tidak terdengar bunyi wheezing/stridor Jantung : bunyi jantung normal Abdomen : tidak ada perdarahan tali pusat Genetalia : testis sudah turun, terdapat uretra Anus : (+), tidak ada atresia ani

	<p>Ekstremitas : bergerak aktif, tidak ada sindaktili / polidaktili Refleks hisap : bergerak aktif, tidak ada sindaktili / polidaktili Pengeluaran air kemih : ada Pengeluaran mekonium : ada Pemeriksaan laboratorium : tidak dilakukan</p> <p>Pengukuran Antropometri : Berat Badan : 3200 Gram Panjang Badan : 51 Cm Lingkar Dada : 35 Cm Lingkar Kepala : 35 Cm LILA : 11 Cm</p> <p>A. ANALISA <i>Neonatus cukup bulan usia 3 hari normal</i></p> <p>PENATALAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Pemeriksaan fisik (bayi normal tidak ada keluhan) 2. Menjaga kebersihan bayi (memandikan bayi) 3. Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir : demam tinggi, tidak mau menyusu, kejang, lemah, kulit terlihat kuning, sesak napas, pusat kemerahan, diare (ibu mengerti) 4. Memberitahukan ibu untuk memberikan ASI setiap 2 jam/setiap saat (ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan) 5. Memberitahukan ibu tentang imunisasi BCG (ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan) 6. Mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat (cukup dikeringkan, tidak menggunakan kapas/ betadine) 7. Mengajarkan ibu cara perawatan payudara agar produksi ASI bertambah (ibu melakukan pijitan payudara)
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATATAN PERKEMBANGAN PADA BAYI BARU LAHIR

Nama : Ny. N	No. RM : -
Umur : 23 tahun	Tanggal : 20-04-2016
TANGGAL	SOAP
20-04-2016 Pukul 08.00 wib	<p>S: Tidak Ada keluhan</p> <p>O: Keadaan Umum : Baik Suhu : 38⁰C Nadi : 144 x/Menit Pernafasan : 40 x/Menit</p> <p>Pemeriksaan Fisik :</p> <p>Kulit : Kulit tidak ada ruam THT : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, pernapasan cuping hidung (-) Mulut : Tidak ada oral trush Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid limfe Dada : Tidak ada retraksi dinding dada Paru-paru : Tidak ada bunyi wheezing/stridor Jantung : Bunyi jantung normal Abdomen : Tidak ada asites, kembung (-) Genetalia : Normal Anus : (+), tidak ada atresia ani Ekstremitas : bergerak aktif Refleks hisap : bergerak aktif Pengeluaran air kemih : Ada Pengeluaran mekonium : Ada Pemeriksaan laboratorium : Tidak dilakukan</p> <p>Pengukuran Antropometri :</p> <p>BeratBadan : 5000 Gram PanjangBadan : 58 Cm LingkarDada : 39 Cm LingkarKepala: 39 Cm LILA : 12 Cm</p> <p>ANALISA Bayi cukup bulan usia 1 bulan dengan demam</p> <p>PENATALAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu (ibu mengerti) 2. Menganjurkan ibu untuk tidak makan goreng-gorengan, es, serta menyusui bayi sesering mungkin agar demam bayi turun (ibu bersedia mengikuti saran) 3. Bila demam berlanjut, ibu disarankan agar pergi ke fasilitas kesehatan

E. MANAGEMEN IMUNISASI PADA BAYI BARU LAHIR

SOAP	
Nama	Bayi Ny. N
Tanggal lahir	20 Maret 2016
Tanggal	Catatan Perkembangan (SOAP)
	<p>S: 1. Anak sehat tidak ada keluhan 2. Imunisasi HB0</p> <p>O: BB 3200 gr dengan PB 51 cm dan suhu 37°C</p> <p>A: Neonatus sehat umur 6 jam dengan imunisasi HB0</p> <p>P:1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bayi kepada ibu (ibu menanggapi) 2. Menjelaskan manfaat imunisasi HB0. 3. Menyuntikan vaksin HB0 dosis 0,5 cc pada 1/3 paha kanan bagian anterolateral secara IM 4. Menyarankan kepada ibu untuk membawa bayi untuk imunisasi BCG</p>

CATATAN PERKEMBANGAN IMUNISASI BY. Ny.N

Nama : Ny. N	No. RM : -
Umur : 23 tahun	Tanggal : 27-05-2016
Tanggal	Dokumentasi
27/05/2016	<p>Subyektif :</p> <p>A. Tidak ada keluhan B. Ibu mengatakan ingin mengimunitasikan anaknya.</p> <p>Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Baik, Kesadaran : Compos Mentis 2. N : 120 x/menit, S : 36.2°C, R : 42x/menit 3. BB : 6300 gr , PB : 63 cm <p>Analisa : Bayi usia 2 bulan 7 hari dengan imunisasi BCG dan Polio 1.</p> <p>Penatalaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan (bayi sehat,tidak diteukan tanda bahaya,berat badan bayi naik), ibu menanggapi. 2. Memberikan KIE tentang manfaat imunisasi BCG yaitu mencegah penyakit TBC, dan polio mecegah lumpuh layu, ibu menanggapi 3. Memberikan KIE pada keluarga bahwa bekas suntikan akan timbul pustul, ibu menanggapi. 4. Menyiapkan alat : spuit 1 cc, vaksin BCG dan polio, kapas DTT, cairan pelarut, 1 buah penetes, (telah disiapkan). 5. Melarutkan vaksin BCG dan memasukan vaksin ke dalam spuit sebanyak 0,05 cc dan memasang alat penetes pada ampul polio

	<p>(telah dilakukan).</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menyuntikan vaksin BCG pada lengan kanan 0,05 cc secara IC, (telah dilakukan). 7. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif, ibu bersedia dengan anjuran. 8. Menjadwalkan imunisasi berikutnya 1 bulan kemudian yaitu DPT dan Polio 2, ibu bersedia.
23/07/2016	<p>Subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada keluhan 2. Ibu mengatakan ingin mengimunitasikan anaknya. <p>Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Baik, Kesadaran : Compos Mentis 2. N : 120 x/menit, S : 36.2°C, R : 42x/menit 3. BB : 6300 gr, PB : 63 cm <p>Analisa :</p> <p>Bayi usia 4 bulan 3 hari dengan imunisasi DPT 1 dan Polio 2.</p> <p>Penatalaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu menanggapi. 2. Memberikan KIE tentang manfaat imunisasi DPT 1, HB, Hib yaitu mencegah difteri, perkusi, tetanus,hepatitis B, meningitis dan polio mecegah lumpuh layu, ibu menanggapi 3. Memberikan KIE pada keluarga bahwa setelah imunisasi bayi akan demam, ibu menanggapi. 4. Menyiapkan alat : spuit 1 cc, vaksin DPT, HB,Hib dan polio, kapas DTT, 1 buah penetes, (telah disiapkan). 5. Menyuntikan vaksin DPT 0,5 cc secara IM yaitu 1/3 paha luar, polio 2 tetes per oral (telah dilakukan). 6. Memberikan obat penurun panas (paracetamol syrup) 3x0,6 cc sehari dan segera diberikan, ibu menanggapi. 7. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif, ibu bersedia dengan anjuran. 8. Menjadwalkan imunisasi berikutnya 6 bulan kemudian yaitu DPT 2 dan Polio 3, ibu bersedia.

23/08/2016	<p>Subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada keluhan 2. Ibu mengatakan ingin mengimunisasikan anaknya. <p>Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Baik, Kesadaran : Compos Mentis 2. N : 122 x/menit, S : 36.8°C, R : 40 x/menit 3. BB : 6500 gr, PB : 65 cm <p>Analisa : Bayi usia 5 bulan 3 hari dengan imunisasi DPT 2 dan Polio 3.</p> <p>Penatalaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu menanggapi. 2. Memberikan KIE tentang manfaat imunisasi DPT, HB, Hib yaitu mencegah difteri, perkusi, tetanus, hepatitis B, meningitis dan polio mencegah lumpuh layu, ibu menanggapi 3. Memberikan KIE pada keluarga bahwa setelah imunisasi bayi akan demam, ibu menanggapi. 4. Menyiapkan alat : spuit 1 cc, vaksin DPT, HB, Hib dan polio, kapas DTT, 1 buah penetes, (telah disiapkan). 5. Menyuntikan vaksin DPT 2 0,5 cc secara IM yaitu 1/3 paha luar, polio 2 tetes per oral (telah dilakukan). 6. Memberikan obat penurun panas (paracetamol syrup) 3x0,6 cc sehari dan segera diberikan, ibu menanggapi. 7. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif, ibu bersedia dengan anjuran. 8. Menjadwalkan imunisasi berikutnya 2 bulan kemudian yaitu DPT 3 dan Polio 4, ibu bersedia.
Tanggal	Dokumentasi
27/09/2016	<p>Subyektif : Tidak ada keluhan Ibu mengatakan ingin mengimunisasikan anaknya.</p> <p>Obyektif : KU : Baik, Kesadaran : Compos Mentis N : 122 x/menit, S : 36.5°C, R : 40 x/menit BB : 7300 gr, PB : 65 cm</p> <p>Analisa : Bayi usia 7 bulan dengan imunisasi DPT 3 dan Polio 4.</p> <p>Penatalaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu menanggapi. 2. Memberikan KIE tentang manfaat imunisasi DPT, HB, Hib yaitu mencegah difteri, perkusi, tetanus, hepatitis B, meningitis dan polio mencegah lumpuh layu, ibu menanggapi 3. Memberikan KIE pada keluarga bahwa setelah imunisasi bayi

	<p>akan demam, ibu menanggapi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menyiapkan alat : spuit 1 cc, vaksin DPT, HB,Hib dan polio, kapas DTT, 1 buah penetes, (telah disiapkan). 5. Menyuntikan vaksin DPT 3 0,5 cc secara IM yaitu 1/3 paha luar, polio 2 tetes per oral (telah dilakukan). 6. Memberikan obat penurun panas (paracetamol syrup) 3x0,6 cc sehari dan segera diberikan, ibu menanggapi. 7. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif, ibu bersedia dengan anjuran. 8. Menjadwalkan imunisasi berikutnya yaitu campak pada usia 9 bulan, ibu bersedia.
20/12/2016	<p>Subyektif : Tidak ada keluhan Ibu mengatakan ingin mengimunisasikan anaknya.</p> <p>Obyektif : KU : Baik, Kesadaran : Compos Mentis N : 120 x/menit, S : 36.2°C, R : 40 x/menit BB : 7900 gr, PB : 70 cm</p> <p>Analisa : Bayi usia 9 bulan dengan imunisasi campak</p> <p>Penatalaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu menanggapi. 2. Memberikan KIE tentang manfaat imunisasi campak yaitu mencegah penyakit campak, ibu menanggapi 3. Memberikan KIE pada keluarga bahwa setelah imunisasi bayi akan demam, ibu menanggapi. 4. Menyiapkan alat : spuit 1 cc, vaksin campak, pelarut, kapas DTT, (telah disiapkan). 5. Menyuntikan vaksin campak 0,5 cc secara SC pada lengan kiri (telah dilakukan). 6. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI, ibu bersedia dengan anjuran. 7. Menganjurkan ibu untuk imunisasi tambahan lainnya, ibu bersedia.

F. DOKUMENTASIASUHAN KELUARGA BERENCANA PADA NY. N

Nama : Ny. N	No. RM : -
Umur : 23 tahun	Tanggal : 03-05-2016
03/05/2016	<p>Subyektif : Ny. N Ibu mengatakan ingin menggunakan KB UID</p> <p>Obyektif : KU : Baik, Kesadaran : Compos Mentis TD : 110/70 mmHgN : 80 x/menit, S : 36,5 °C, R : 20x/menit BB : 50 kg Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada perut, dan tidak ada benjolan Ispeksi : Vagina bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti keputihan dll Inpekulo : Portio bersih, tidak ada lesi.</p> <p>Analisa : Ny. N Usia 23 Tahun dengan Akseptor Baru IUD</p> <p>Penatalaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada pasien (TD : 110/70 mmHg, vagina bersih, portio tidak ada lesi, tidak ada tanda-tanda infeksi)menginformasikan hasil pemeriksaan kepada pasien tentang pemasangan, cara kerja serta efek samping IUD : pada pemasangan 3 bulan pertama, mens leboh banyak dari biasanya dan agak nyeri (Ibu mengerti) 2. Memasang IUD pada ibu oleh Bidan Cahaya Ibu 3. Mengobservasi keadaan ibu setelah pemasangan, selama 15 menit 4. Mengajarkan ibu cara pengecekan IUD (menggunakan jari terpanjang, kaki diangkat 1 ke atas kursi, apabila masih teraba benang, berarti IUD masih terpasang dengan benar) 5. Menginformasikan Ibu bahwa jangka pemasangan IUD adalah 8 tahun 6. Menginformasikan kepada ibu untuk kembali 1 bulan lagi atau segera apabila terdapat keluhan (Ibu mengerti) 7. Dokumentasi SOAP

2. PEMBAHASAN

Studi kasus yang diikuti oleh penulis mulai dari kehamilan 40 minggu sampai dengan penelitian selesai pada Ny.N. G₁P₀A₀ dikaitkan dengan teori tentang kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir normal, bayi dan balita serta KB maka penulis akan membuat suatu pembahasan yang telah penulis amati dan lakukan secara langsung.

a) Kehamilan

Tabel 4.1 Pembahasan Kehamilan

Keterangan	Keluhan Ny. H	Teori
Trimester III	Kunjungan 1: ibu mengeluhkan pusing	Ketidaknyamanan pusing/ sinkop trimester II dan III cara mengatasinya bangun secara perlahan dari posisi istirahat, hindarai berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang sangat dan sesak. (Sulstyawati, Ari 2009. Hal 126) Pada panduan Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal tahun 2010, tertulis bahwa setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilannya, yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III
	Kunjungan 2: ibu mengeluhkan ingin melahirkan	Kala I. a. Kontraksi yang semakin sering dan bertahan lama b. Keluarnya lendir yang disertai dengan darah c. Keluarnya cairan banyak dengan tiba-tiba dari jalan lahir jika ketuban sudah pecah. (Sulistyawati dan Nugraheny (2012)

Sumber : Data Sekunder, 2016

Dari data diatas ditemukan pada pemeriksaan ANC kunjungan 1 dan kedua pada usia kehamilan 40 minggu Ny.N mengeluh Pusing itu adalah keluhan normal saat kehamilan. Jadi, antara teori dengan hasil penelitian tidak ditemukan kesenjangan. Dan Ny. N melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali di trimester ke III pada usia kehamilan 40 minggu. Hal ini tidak sesuai dengan teori dikarenakan, ibu tidak sempat melakukan kunjungan kehamilan dan tidak ada keluhan selama kehamilan.

b) Persalinan

Tabel 4.2 Pembahasan Persalinan

Keterangan	Teori
<p>Tanggal 20-03-2016 Kala I pukul 02.10-08.35 WIB Ibu mengatakan Mules-mules ingin melahirkan dan sakit pinggang</p>	<p>Kala I atau kala pembukaan dimulai dari adanya his yang adekuat sampai pembukaan lengkap. Kala I dibagi menjadi fase: fase laten (\emptyset serviks 1-3 cm – dibawah 4 cm) membutuhkan waktu 8 jam, fase aktif (\emptyset servik 4-10 cm/lengkap), membutuhkan waktu 6 jam. <i>Asri Hidayat dan Sujiyatini (2010)</i></p> <p>Kala I.</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontraksi yang semakin sering dan bertahan lama Keluarnya lendir yang disertai dengan darah Keluarnya cairan banyak dengan tiba-tiba dari jalan lahir jika ketuban sudah pecah. <i>Sulistyawati dan Nugraheny (2012)</i>
<p>Kala II pukul 08.35- 08.55 WIB Mules semakin sering dan kuat, ada rasa ingin meneran</p>	<p>Kala II atau kala pengeluaran: dari pembukaan lengkap sampai lahirnya Bayi Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. <i>Sulistyawati dan Nugraheny (2012)</i></p> <p>Kala II</p> <ol style="list-style-type: none"> His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan vagina Perineum terlihat menonjol Vulva dan sfingteranni terlihat membuka. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah
<p>Kala III 08.55-08.58 WIB Ibu senang dengan kelahiran bayinya, perut masih agak mulas</p>	<p>Kala III kala uri: dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. <i>Asri</i></p>

	Hidayat dan Sujiyatini (2010)
Kala IV 09.13- 10.58 WIB Ibu senang dengan kelahiran bayinya, ibu lelah dan nyeri di jalan lahir.	Kala IV kala pengawasan: kala IV dimulai dari plassenta lahir sampai 2 jam pertama post partum. Asri Hidayat dan Sujiyatini (2010)

Sumber : Data Sekunder, 2016

Dari data diatas yang ditemukan pada kala I-IV Ny. N baik dari segi keluhan atau pun lamanya persalinan, tidak di temukan kesenjangan antara data pasien dengan teori.

Tabel 4.3 Pembahasan Penatalaksanaan Persalinan

Penatalaksanaan	Teori
Kala I 1. Menginformasikan proses dan kemajuan persalinan 2. Mengobservasi TTV, HIS, DJJ, setiap ½ jam 3. Memberikan KIE teknik relaksasi 4. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil 5. Memberikan support fisik dan mental, informasi proses dan kemajuan persalinan 6. Memfasilitasi pemenuhan nutrisi ibu 7. Memfasilitasi informed consent	Rencana Asuhan Kala I : Evaluasi Pengukuran tanda vital, intake cairan dan nutrisi, kemajuan persalinan, pengosongan kandung kemih. Amati rasa cemas dan memberi dukungan mental dan spritual kepada pasien dan keluarga (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012) Penuhi kebutuhan hidrasi, meminta kepada suami agar memberi minum keapda ibu

<p>Kala II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi persalinan dengan pendampingan 2. Memfasilitasi ibu memilih posisi yang nyaman 3. Memfasilitasi pertolongan persalinan (partus spontan) 08.55 WIB bayi laki-laki menangis spontan 4. Memfasilitasi ibu untuk melakukan IMD 	<p>Rencana Asuhan Kala II :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Atur posisi ibu, ibu memilih posisi setengah duduk b. Lakukan pertolongan persalinan, sesuai dengan kewenangan bidan melakukan pertolongan persalinan normal
<p>Kala III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan 2. Memberikan oksitoksin 0,5 IV secara IM 3. Melakukan perengangan tali pusat terkendali 4. Memberikan KIE, mesase teratur 5. Memeriksa laserasi jalan lahir 	<p>Rencana Asuhan Kala III :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan suntikan oksitoksin 1 amp via IM b. Lakukan perengangan tali pusat terkendali c. Lakukan pemotongan tali pusat d. Lahirkan plasenta (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)
<p>Kala IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan 2. Mengobservasi tanda bahaya masa nifas 3. memfasilitasi pemenuhan nutrisi 	<p>Rencana Asuhan Kala IV</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan observasi kontraksi uterus dan perdarahan b. 2-3 kali dalam 15 menit pertama persalinan. c. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama persalinan. d. Setiap 30 menit pada 1 jam kedua persalinan. e. Lakukan pemantauan intensif pada pasien f. Melakukan pemantauan kala IV (Tekanan darah dan nadi, Respirasi dan suhu, Kontraksi uterus, Lokhea, Kandung kemih) g. Pemenuhan nutrisi ibu h. Pemberian terapi pada ibu (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

Sumber : Data Sekunder, 2016

Berdasarkan perencanaan yang diberikan pada Ny. N sudah sesuai dengan teori yang ada dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

c) Nifas

Tabel 4.4 Pembahasan Ibu Nifas

Keterangan	Teori
Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas (Kunjungan Pertama Tanggal 20 maret 2016 Pukul 15.00 WIB) ibu mengatakan perut masih terasa mules. Terdapat Lokhea rubra	Pada kebijakan program nasional masa nifas terdapat minimal kunjungan nifas 4 kali dilakukan. Hal ini dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Jadwal kunjungan masa nifas antara lain sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. 6-8 jam setelah persalinan 2. 6 hari setelah persalinan 3. 2 minggu setelah persalinan 4. 6 minggu setelah persalinan Menurut (Dewi,2011)
Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas (Kunjungan Kedua Tanggal 26 Maret 2016 Pukul 15.00 WIB) ibu mengatakan tidak ada keluhan. terdapat lokhea sangoelenta	
Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas (Kunjungan Ketiga Tanggal Maret 2016 Pukul 15.00 WIB) Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Terdapat lokhea Serosa	
Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas (Kunjungan Ke empat Tanggal Maret 2016 Pukul 15.00 WIB) ibu mengatakan tidak ada keluhan, dan terdapat lokhea alba	

Sumber : Data Sekunder, 2016

Dari data yang ditemukan pada kunjungan I, II, III,IV Ny.N dilakukan kunjungan nifas sebanyak 4 kali yang mana merupakan kebijakan progam nasional. Jadi, antara teori dengan hasil penelitian tidak ada kesenjangan.

d) Bayi Baru Lahir (BBL)

Proses persalinan dengan presentasi kepala berlangsung normal dan *Apgar score* dinilai pada menit ke-1 dan menit ke-5. *Apgar score* pada bayi sehat diharapkan 10/10 (Klik Dokter, 2012), pada bayi Ny. N *Apgar score* nya 9/10, sehingga bayi Ny. N dapat dikatakan bayi sehat.

Bayi diberikan tetes mata untuk mencegah infeksi mata karena Klamidia, dan vitamin K mencegah terjadinya perdarahan. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh APN (2007) bahwa obat mata perlu untuk diberikan pada jam pertama kelahiran bayi ini untuk mencegah penyakit mata karena klamidia, dan vitamin K diberikan pada BBL untuk mencegah perdarahan.

Pada usia 1 hari bayi sudah diberikan imunisasi Hepatitis B, hal ini sesuai dengan jadwal imunisasi yang ditetapkan oleh Depkes 2004 yaitu umur 0 sampai 7 hari bayi diberikan imunisasi Hepatitis B0.

Bayi Ny. N sampai dengan usia 6 bulan tetap diberikan ASI tanpa makanan pendamping lainnya, karena Ny. N ingin memberikan ASI eksklusif bagi bayinya sampai dengan usia 6 bulan.

Tabel 4.5 Pembahasan Bayi Baru Lahir

Kunjungan Bbl	Keluhan	Teori
KN 1 (6 jam)	Tidak ada keluhan	Menurut WHO (2013:56) terdapat minimal 3 kali kunjungan ulang bayi baru lahir: a) pada usia 6-48 jam (KN 1) . b) pada usia 3-7 hari (KN2) . c) pada usia 8-28 hari (KN 3). Melakukan pemeriksaan fisik, timbang berat, suhu,dan kebiasaan menyusu bayi, memeriksa tanda bahaya seperti tidak mau menyusu,bergerak jika hanya dirangsang, nafas cepat > 60
KN 2 (3 hari)	Bayi tidak kuat menyusu	
KN 3 (1 bulan)	Bayi demam	

		kali/menit, nanah yang banyak dari mata, pusing kemerahan meluas ke dinding perut, tampak kuning di telapak kaki atau tangan.
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber : Data Sekunder, 2016

Dari data pembahasan di atas tidak ada kesenjangan antara asuhan yang diberikan dengan teori. Dan bayi telah mendapatkan penatalaksanaan sesuai keluhan. Bayi kurang menyusu : ibu di ajarkan tehnik menyusui yang benar (ibu mengikuti saran dan mengaplikasikan pada bayinya). Bayi demam : menganjurkan ibu untuk lebih sering menyusui bayinya, selalu memantau kebersihan dan kehangatan bayi, jika demam berlanjut segera periksakan ke dokter (ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan).

c) Imunisasi By. Ny. N

Tabel 4.6 Pembahasan Imunisasi

Imunisasi	Umur Bayi	Teori
Hb0	6 jam	Jadwal imunisasi: 0-7 hari: hb0 1 bulan: BCG, Polio 1 2 bulan: DPT-HB-Hib 1, Polio 2 3 bulan: DPT-HB-Hib 2, Polio 3 4 bulan: DPT-HB-Hib 3, Polio 4 9 bulan: campak 18 bulan: DPT-HB-Hib 24 bulan: campak (Sumber: buku KIA halaman: 50)
Bcg + polio 1	2 bulan 7 hari	
Dpt 1 dan polio 2	4 bulan 3 hari	
Dpt 2 dan polio 3	5 bulan 3 hari	
Dpt 3 dan polio 4	7 bulan	
Campak	9 bulan	

Sumber : Data Sekunder, 2016

Dari data diatas, dapat disimpulkan bahwa By. Ny. N telah melakukan imunisasi dasar sampai usia 9 bulan walau imunisasi tersebut ada yang tidak sesuai jadwal kunjungan pada table imunisasi, namun masih boleh di berikan. Keterlambatan dikarenakan bayi mengalami demam tetapi telah mendapatkan asuhan mulai dari anjuran untuk sering-sering menyusui, memantau

kebersihan bayi, dan menganjurkan ibu untuk membawa bayi ke pelayanan kesehatan.

f) **Keluarga Berencana (KB)**

Tabel 4.7 Pembahasan Keluarga Berencana

Data	Teori
Tanggal : 1. Ibu usia 23 tahun mengatakan tidak ada keluhan 2. Ibu menyusui dan postpartum 40 hari 3. Kesadaran : composmetis 4. Tekanan darah: 110/80 Mmhg 5. Tidak ada nyeri tekan 6. Vagina bersih, tidak ada tanda-tanda IMS 7. Porsio bersih,tidak ada lesi	Yang dapat menggunakan AKDR: 1. Usia reproduktif 2. Keadaan nulipara 3. Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang 4. Menyusui dan ingin menggunakan kontrasepsi 5. Tidak menghendaki metode hormonal. 6. Resiko rendah IMS <i>Sumber: kkb, Jakarta 2013, edisi 3</i>

Sumber : Data Sekunder, 2016

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada Ny.N sudah sesuai dengan teori yang ada yaitu ibu telah memenuhi syarat pemasangan IUD dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan manajemen kebidanan dengan menggunakan pendekatan komprehensif dan pendokumentasian secara SOAP pada Ny. N dan bayi Ny. N dari kehamilan, bersalin, nifas, BBL, imunisasi, dan KB yang dimulai dari tanggal 19 Maret 2016 – 25 Desember 2016, maka dapat disimpulkan:

4. Kehamilan

Ny.N hanya melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali yaitu di trimester ke 3 pada tanggal 18 dan 19 Maret 2016. Dimana berdasarkan teori Pada panduan Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal tahun 2010, tertulis bahwa setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilannya, yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terjadi kesenjangan antara lapangan dengan teori.

5. Persalinan

Ny.N pada persalinan kala I(pukul 02.10-08.35 wib), kala II (08.35- 08.55 wib), kala III (08.55-08.58) dan kala IV (09.13-10.58) dan ibu tidak ada mengalami penyulit, persalinan berjalan dengan normal. Dimana berdasarkan teori Adapun tahapan persalinanan menurut Asri Hidayat dan Sujiyatini (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Kala I atau kala pembukaan dimulai dari adanya his yang adekuat sampai pembukaan lengkap. Kala I dibagi menjadi fase: fase laten (\emptyset serviks 1-3 cm – dibawah 4 cm) membutuhkan waktu 8 jam, fase aktif (\emptyset servik 4-10 cm/lengkap), membutuhkan waktu 6 jam.
- 2) Kala II atau kala pengeluaran: dari pembukaan lengkap sampai lahirnya Bayi Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.
- 3) Kala III kala uri: dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
- 4) Kala IV kala pengawasan: kala IV dimulai dari plasenta lahir sampai 2 jam pertama post partum.

Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara lapangan dengan teori karena perjalanan persalinan dari kala I-IV terjadi sesuai teori yang ada.

6. Nifas

Masa nifas Ny. N dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali berlangsung secara normal, tidak ada komplikasi dan pengeluaran ASI lancar. Dimana berdasarkan teori yaitu pada kebijakan program nasional masa nifas terdapat minimal kunjungan nifas 4 kali dilakukan. Hal ini dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Jadwal kunjungan masa nifas antara lain sebagai berikut:

- a. 6-8 jam setelah persalinan
- b. 6 hari setelah persalinan

c. 2 minggu setelah persalinan

d. 6 minggu setelah persalinan

Menurut (Dewi,2011)

Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara lapangan dengan teori yang ada.

7. Bayi baru lahir

Bayi lahir sehat berjenis kelamin laki-laki, BB: 3200 gram, PB: 51 cm tanpa kelainan. Bayi lahir diberikan tetes mata dan Neo K 0,5 ml dan telah diberikan imunisasi, bayi sehat tanpa kelainan, bayi imunisasi dasar lengkap. Bayi Ny. N mendapatkan kunjungan neonatus sebanyak 4 kali untuk mendeteksi tanda bahaya pada neonatus. Dimana menurut teori yaitu Menurut WHO (2013:56) terdapat minimal 3 kali kunjungan ulang bayi baru lahir: a) pada usia 6-48 jam (KN 1) . b) pada usia 3-7 hari (KN2) . c) pada usia 8-28 hari (KN 3). Melakukan pemeriksaan fisik, timbang berat, suhu, dan kebiasaan menyusu bayi, memeriksa tanda bahaya seperti tidak mau menyusu, bergerak jika hanya dirangsang, nafas cepat > 60 kali/menit, nanah yang banyak dari mata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, tampak kuning di telapak kaki atau tangan.

Dengan demikian tidak ada kenjangan antara data lapangan dengan teori yang ada, bayi telah mendapatkan penatalaksanaan sesuai teori.

8. Keluarga berencana

Ny. N memutuskan menggunakan alat kontrasepsi IUD di BPM cahaya ibu Pontianak dan telah memenuhi syarat pemasangan IUD.

Dimana menurut teori yaitu yang dapat menggunakan AKDR

- a. Usia reproduktif
- b. Keadaan nulipara
- c. Menginginkan menggunakan kontraepsi jangka panjang
- d. Menyusui dan ingin menggunakan kontrasepsi
- e. Tidak menghendaki metode hormonal.
- f. Resiko rendah IMS

Sumber: kkb, Jakarta 2013, edisi 3

Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara lapangan dengan teori.

B. Saran

Adapun saran dalam penelitian ini adalah:

2. Untuk Bidan Praktek

Diharapkan untuk lebih meningkatkan pelayanan kebidanan sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat.

3. Untuk Mahasiswa Kebidanan

Mahasiswa diharapkan mampu mengaplikasikan teori yang didapatkan dilapangan, sehingga antara teori dan praktek dapat berjalan beriringan.

4. Untuk Peneliti Selanjutnya

Agar dapat lebih meningkatkan fasilitas laboratorium dan buku-buku yang dapat dijadikan referensi dalam meningkatkan pengetahuan mahasiswi khususnya buku-buku kebidanan.