

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Asuhan Kehamilan

Tanggal/waktu pengkajian : 29 Januari 2018 / 19.00 WIB

Tempat : Klinik Ibunda

IDENTITAS

Ibu		Suami	
Nama	: Ny. F	Nama	: Tn. H
Umur	: 26 tahun	Umur	: 36 tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Tegaldoman, Rt 03/ Rw 25, Margorejo, Tempel Sleman, Yogyakarta	Alamat	: Tegaldoman, Rt 03/ Rw 25, Margorejo, Tempel Sleman, Yogyakarta

DATA SUBJEKTIF

1. Kunjungan saat ini, kunjungan ulang

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu datang ke klinik ibunda untuk melakukan kunjungan ulang serta ingin memantau keadaan janinnya.

2. Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan kawin 1 kali, kawin pertama umur 24 tahun, dengan suami sekarang sudah 2 tahun.

3. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan menarche umur 12 tahun. Siklus 28 hari (teratur). Lamanya 7 hari. Konsistensinya encer. Baunya khas. Disminorea (ringan pada hari pertama-ketiga). Banyaknya, sehari ganti pembalut 3 kali. HPHT: 26-05-2017, HPL: 02-03-2018.

4. Riwayat kehamilan ini

a. Riwayat ANC

ANC sejak umur kehamilan 5 minggu 6 hari. ANC di BPM Sumarni, Puskesmas Tempel 1, Klinik Ibunda, dan Puskesmas Turi.

Tabel 4.1 Kunjungan ANC Sejak Usia Kehamilan 5 Minggu 6 Hari.

Frekuensi	Keluhan	Penanganan
Trimester I: 5 kali	Mual dan muntah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu kepada ibu penyebab mual muntah yang dialaminya, yaitu pengaruh dari (<i>Human Chorionic Gonadotropin</i>) HCG yang meningkat saat awal kehamilan. 2. Menganjurkan ibu untuk makan sedikit-sedikit tapi sering. 3. Pemberian tablet asam folat 1x1 dan B6 1x1. 4. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi.
Trimester II: 3 kali	Tidak ada keluhan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian tablet Fe 1x1 dan Kalk 1x1. 2. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 bulan.
Trimester III: 8 kali	Tidak ada keluhan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan ibu untuk banyak miring kiri 2. Memberikan tablet Fe 1x1 dan Kalk 1x1

b. Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan 16 minggu, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir < 10 kali.

c. Nutrisi

Tabel 4.2 Pola Nutrisi Sebelum dan Saat Hamil

Pola Nutrisi	Sebelum Hamil		Saat Hamil	
	Makan	Minum	Makan	Minum
Frekuensi	2-3 kali	4-5 kali	2-3 kali	6-7 kali
Macam	Nasi, sayur, lauk	Air putih	Nasi, sayur, lauk	Air putih
Jumlah	¼ piring	4-5 gelas	½ piring	6-7 gelas
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

d. Pola eliminasi

Tabel 4.3 Pola Eliminasi Sebelum dan Saat Hamil

Pola Eliminasi	Sebelum Hamil		Saat Hamil	
	BAB	BAK	BAB	BAK
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning jernih	Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Bau	Khas BAB	Khas BAK	Khas BAB	Khas BAK
Konsistensi	Lembek	Cair	Lembek	Cair
Jumlah	1 kali	5-6 kali	1 kali	5-6 kali
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

e. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari : Mencuci baju, memasak, menyapu

Istirahat (tidur) : Siang 2 jam, malam 8 jam

Seksualitas : 2 kali seminggu, tidak ada keluhan

f. Pola hygiene

Ibu mengatakan kebiasaan mandi 2 kali per hari, kebiasaan membersihkan alat kelamin setiap sehabis mandi, BAB dan BAK.

Kebiasaan mengganti pakaian dalam setiap sehabis mandi.

g. Imunisasi

Ibu mengatakan sudah melakukan imunisasi TT 2

h. Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini adalah kehamilan pertamanya.

i. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun.

j. Riwayat kesehatan

1) Riwayat sistematik yang pernah atau sedang diderita

Ibu mengatakan tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit apapun baik penyakit menurun hipertensi, DM (*Diabetes Melitus*), menular HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), TBC (*Tuberculosis*), dan menahun DM, HIV.

2) Riwayat yang pernah atau sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit apapun baik penyakit menurun hipertensi, DM (*Diabetes Melitus*), menular HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), TBC (*Tuberculosis*), dan menahun DM, HIV.

3) Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak ada riwayat keturunan kembar.

4) Kebiasaan-kebiasaan

Ibu mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, tidak minum jamu-jamuan dan tidak ada pantangan makanan.

k. Keadaan psiko sosial spiritual

1) Ibu mengatakan kehamilan ini diinginkan.

2) Pengetahuan ibu tentang kehamilan dan keadaan sekarang

Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan.

3) Pemeriksaan ibu terhadap kehamilan ini

Ibu mengatakan senang dengan kehamilan saat ini.

4) Tanggapan keluarga terhadap kehamilan ini

Ibu mengatakan suami dan keluarga sangat senang dan mendukung kehamilan saat ini.

5) Ketaatan ibu dalam beribadah

Ibu mengatakan rajin mengerjakan sholat 5 waktu.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis

b. Tanda-tanda vital

TD : 110/70 mmHg RR : 21 x/menit

N : 80 x/menit S : 36,6 ° C

c. Antropometri

BB sebelum hamil : 50 kg TB : 161 cm

BB saat ini : 74 kg LILA : 24 cm

d. Pemeriksaan fisik

Rambut : Bersih, hitam, tidak berketombe, tidak mudah rontok.

- Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema dan cloasma gravidarum.
- Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebra.
- Mulut : Tidak pucat, bibir tidak pecah-pecah, tidak ada sariawan, tidak ada gusi berdarah, tidak ada pertumbuhan daging digigi, tidak ada karang gigi dan tidak ada pembesaran kelenjar tonsilitis.
- Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada nyeri telan.
- Payudara : Simetris, warna areola hiperpigmentasi, arah puting lurus keluar, tidak ada pembesaran pembuluh vena dan sudah ada pengeluaran colostrum.
- Perut : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae gravidarum, terdapat linea nigra.
- Palpasi leopold
- Leopold I : TFU 3 jari dibawah px. Bagian teratas teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong).
- Leopold II : Bagian kiri perut ibu teraba tahanan, memanjang, keras seperti papan (punggung) dan bagian kanan perut ibu teraba ruang kosong dan tonjolan-tonjolan kecil (ekstremitas).

Leopold III	: Bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting (kepala), dan masih bisa digoyangkan (belum memasuki PAP).
Leopold IV	: -
TFU Mc Donald	: 27 cm.
TBJ	: $(27-12) \times 155 = 2.325$ gram.
DJJ	: 145 x/menit.
Ekstermitas	: Tidak ada oedema, tidak ada varises, reflek patella (+/+).
Genetalia	: Warna cairan yang keluar putih bening, tidak berbau, konsistensinya sedikit mulur, jumlahnya sedikit, tidak ada luka didaerah vagina, tidak ada varises.
Anus	: Tidak ada hemoroid.

ANALISA

Ny. F umur 26 tahun, usia kehamilan 35 minggu 3 hari dengan kehamilan normal, janin tunggal, hidup, puki, presentasi kepala.

Dasar : DS: Ibu mengatakan hamil pertamanya dan tidak ada keluhan, HPHT 26-05-2017, HPL 02-03-2018.

DO: KU baik, puntum maksimum terdengar jelas pada perut bagian kiri, frekuensi 145 kali per menit, teratur, hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terbawah janin kepala.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
19.30 WIB	<p>1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, R 21 x/menit, S 36,5 °c, UK 35 minggu 3 hari, letak kepala janin belum masuk panggul, punggung bayi berada pada sisi kiri ibu, DJJ: 145 x/menit. Evaluasi: Ibu dan janin dalam keadaan baik dan ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan.</p> <p>2. Mengingat kembali KIE tentang tanda bahaya pada kehamilan trimester III, antara lain seperti perdarahan yang keluar dari jalan lahir (yang terjadi pada kehamilan lanjut seperti keluar darah yang tidak disertai dengan nyeri), sakit kepala yang hebat (sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat yang dapat menyebabkan penglihatan ibu menjadi kabur), bengkak pada wajah dan jari tangan yang tidak hilang saat ibu beristirahat, keluar air ketuban dari jalan lahir sebelum proses persalinan berlangsung, demam atau panas tinggi suhu ibu lebih dari 38°C, gerakan janin yang dirasakan berkurang berhenti. Evaluasi: Ibu lebih mengerti dan memahami tanda bahaya kehamilan yang dijelaskan, dan ibu bersedia untuk segera datang ke tenaga kesehatan apabila terjadi salah satu dari tanda bahaya tersebut.</p> <p>3. Memberikan KIE kepada ibu tentang Program Perencanaan Persalinan dan Komplikasi (P4K) meliputi tempat dan penolong bersalin, transportasi, uang, donor darah, pendamping persalinan, serta pengambilan keputusan. Evaluasi: Ibu memahami penjelasan yang diberikan, akan tetapi ibu masih bingung untuk memutuskan akan bersalin dimana, Penolong bidan, Transportasi mobil pribadi, Biaya menggunakan uang kes, Pengambilan keputusan adalah suami dan stiker P4K sudah ditempel di depan rumah.</p> <p>4. Memberikan terapi Fe 10 tablet dan kalk 10 tablet diminum 1x1. Evaluasi: Obat sudah diberikan dan ibu bersedia untuk meminumnya, tablet Fe di malam hari dan kalk di pagi hari.</p> <p>5. Menganjurkan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi yaitu pada tanggal 12 Februari 2018 atau periksa sebelum jadwal kunjungan jika ada keluhan. Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia melakukan kunjungan ulang.</p>	

Kunjungan Kehamilan ke 2

Tanggal/ Jam: 17 Februari 2018/ 09.00 WIB.

Tempat : Rumah Ny.F

DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan pilek sudah 4 hari dan sudah diperiksakan di bidan.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 81 x/menit
 - Respirasi : 21 x/menit
 - Suhu : 36,0 °C

2. Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema, dan tidak ada cloasma gravidarum.
- b. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebra.
- c. Hidung : Simetris, terdapat lendir ingus berwarna bening, dan sedikit sekret yang sudah mengering.
- d. Mulut : Tidak pucat, bibir tidak pecah-pecah, tidak ada sariawan, tidak ada gusi berdarah, tidak ada

- pertumbuhan daging digigi, tidak ada karang gigi dan tidak ada pembesaran kelenjar tonsilitis.
- e. Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada nyeri telan.
- f. Payudara : Simetris, warna areola hiperpigmentasi, arah puting lurus keluar, tidak ada pembesaran pembuluh vena dan sudah ada pengeluaran colostrum.
- g. Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, ada striae gravidarum.
- Palpasi Leopold
- Leopold I : TFU 3 jari dibawah prosesus xifodeus (px). Pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting yaitu bokong.
- Leopold II : Pada sisi kiri perut ibu teraba bagian yang keras dan memanjang yaitu punggung. Pada sisi kanan perut ibu teraba bagian yang kecil-kecil yaitu ekstremitas.
- Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), dan tidak dapat digoyangkan (sudah masuk PAP).
- Leopold IV : Divergen, penurunan kepala 4/5.

Pemeriksaan Mc. Donald: TFU 31 cm.

TBJ (31-11) X 155 : 3.100 gram.

h. Ekstremitas : Tidak ada edema, tidak ada varises, reflek patella (+/+).

ANALISIS

Ny.F umur 26 tahun G1P0A0 usia kehamilan 38 minggu 1 hari dengan kehamilan normal, janin tunggal hidup, puki, presentasi kapala.

Dasar : DS: Ibu mengatakan pilek sudah 4 hari dan sudah diperiksakan di bidan,

HPHT: 26-05-2017, HPL: 02-03-2018.

DO: KU baik, hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin kepala.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
09.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 81x/menit, R 21x/menit, S 36,0 °C, UK 38 minggu 1 hari, kepala janin sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sisi kiri ibu. Evaluasi: Ibu dan janin dalam keadaan baik dan ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan. 2. Memberikan KIE kepada ibu untuk mengurangi hidung tersumbat, bisa menghirup uap air hangat yang sudah ditetesi minyak kayu putih. Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia mencobanya untuk melegakan hidung tersumbat. 3. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan, seperti keluar lendir darah atau air ketuban dari jalan lahir, terasa kenceng-kenceng teratur minimal 3 kali dalam 10 menit, sakit pada area perut yang menjalar ke pinggang. Evaluasi: Ibu mengerti tentang tanda-tanda persalinan dan dapat mengulanginya sendiri. 4. Memberikan KIE kepada ibu agar selalu menjaga kesehatan dengan makan makanan yang bergizi seimbang dan istirahat yang cukup, serta mengurangi pekerjaan atau aktivitas yang melelahkan. Evaluasi: Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan dengan makan makanan yang bergizi seimbang, istirahat 	

cukup, dan mengurangi aktivitas yang berat.

Kunjungan Kehamilan ke 3

Tanggal/ pukul : 21 Februari 2018/ 08.30 WIB.

Tempat : Puskesmas Tempel I Sleman.

DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu datang ke Puskesmas karena ingin cek Hb.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 80 x/menit
 - Respirasi : 21 x/menit
 - Suhu : 36,5 °C
- d. Antropometri
 - Berat badan : 76,5 kg

2. Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema, dan tidak ada cloasma gravidarum.
- b. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebra.

- c. Mulut : Tidak pucat, bibir tidak pecah-pecah, tidak ada sariawan, tidak ada gusi berdarah, tidak ada pertumbuhan daging digigi, tidak ada karang gigi dan tidak ada pembesaran kelenjar tonsilitis.
- d. Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada nyeri telan.
- e. Payudara : Simetris, warna areola hiperpigmentasi, arah puting lurus keluar, tidak ada pembesaran pembuluh vena dan sudah ada pengeluaran colostrum.
- f. Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, ada striae gravidarum.
- Leopold I : TFU 3 jari dibawah prosesus xifoideus (px). Pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting yaitu bokong.
- Leopold II : Pada sisi kiri perut ibu teraba bagian yang keras dan memanjang yaitu punggung. Pada sisi kanan perut ibu teraba bagian yang kecil- kecil yaitu ekstremitas.
- Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), dan tidak dapat digoyangkan (sudah memasuki PAP).

Leopld IV : Divergen, penurunan kepala 4/5.

Pemeriksaan Mc. Donald: TFU 33 cm, TBJ 3.410 gram.

Auskultasi DJJ : 136 x/menit.

g. Ekstremitas : Tidak ada edema, tidak ada varises, reflek patella (+/+).

3. Pemeriksaan Penunjang

Hb : 13,0 gram%.

Glukosa urine : negatif.

Protein urine : negatif.

ANALISIS

Ny.F umur 26 tahun G₁P₀A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan kehamilan normal, janin tunggal hidup, puki, presentasi kepala.

Dasar: DS: Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu datang ke Puskesmas karena ingin cek Hb, HPHT: 26-05-2017, HPL: 02-03-2018.

DO: KU baik, puntum maksimum terdengar jelas di perut bagian kiri, frekuensi 136 x/menit. Hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin kepala.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
08.40 WIB	<p>1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, R 21 x/menit, S 36,5 °C, UK 38 minggu 4 hari, kepala janin sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sisi kiri ibu, DJJ: 136 x/menit, Hb 13,0 gram%, glukosa dan protein urine (negatif). Evaluasi: Ibu dan janin dalam keadaan baik, dan ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan.</p> <p>2. Memberikan KIE kepada ibu untuk selalu menjaga kesehatan dengan makan makanan yang bergizi seimbang</p>	

dan istirahat yang cukup, serta mengurangi pekerjaan atau aktivitas yang melelahkan.

Evaluasi: Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan bidan dengan makan makanan yang bergizi seimbang, istirahat cukup, dan mengurangi aktivitas yang berat.

3. Memberikan KIE kepada ibu persiapan perlengkapan ibu maupun bayinya yang akan dibawa ke pelayanan kesehatan saat sudah ada tanda-tanda persalinan, seperti baju yang berkancing, jarit, celana dalam, Bh, baju bayi, popok, sarung tangan bayi dan sarung kaki, topi, bedong, handuk, makanan ringan dan minuman, dan lain sebagainya.

Evaluasi: Ibu mengatakan perlengkapan untuk persalinan sudah disiapkan.

4. Memberikan terapi tablet Fe sebanyak 10 tablet diminum 1x1 dan kalk sebanyak 10 tablet diminum 1x1.

Evaluasi: Obat sudah diberikan dan ibu bersedia untuk meminumnya, tablet Fe di malam hari dan kalk di pagi hari.

5. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 27 Februari 2018 atau jika ada keluhan ibu segera datang.

Evaluasi: Ibu bersedia untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.

Kunjungan Kehamilan ke 4

Tanggal/ pukul : 27 Februari 2018/ 19.00 WIB.

Tempat : Klinik Ibunda Sleman.

DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan tidak ada keluhan.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 90/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,5 °C

d. Antropometri

Berat badan : 76 kg

2. Pemeriksaan fisik

a. Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema, dan tidak ada cloasma gravidarum.

b. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebra.

c. Mulut : Tidak pucat, bibir tidak pecah-pecah, tidak ada sariawan, tidak ada gusi berdarah, tidak ada pertumbuhan daging digigi, tidak ada karang gigi dan tidak ada pembesaran kelenjar tonsilitis.

d. Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada nyeri telan.

e. Payudara : Simetris, warna areola hiperpigmentasi, arah puting lurus keluar, tidak ada pembesaran pembuluh vena dan sudah ada pengeluaran colostrum.

- f. Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, ada striae gravidarum.
- Leopold I : TFU 4 jari dibawah prosesus sifodeus (px). Pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting yaitu bokong.
- Leopold II : Pada sisi kiri perut ibu teraba bagian yang keras dan memanjang yaitu punggung. Pada sisi kanan perut ibu teraba bagian yang kecil-kecil yaitu ekstremitas.
- Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), dan tidak dapat digoyangkan (sudah masuk PAP).
- Leopold IV : Divergen, penurunan kepala 3/5.
- Pemeriksaan Mc. Donald : TFU 32 cm.
- TBJ : $(32 - 11) \times 155 = 3.255$ gram.
- Auskultasi DJJ : 146 x/menit.
- g. Ekstremitas : Tidak ada edema, tidak ada varises, reflek patella (+/+).

ANALISIS

Ny.F umur 26 tahun G₁P₀A₀ usia kehamilan 39 minggu 4 hari dengan kehamilan normal, janin tunggal hidup, puki, presentasi kepala.

Dasar : DS: Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan tidak ada keluhan, HPHT: 26-05-2017, HPL: 02-03-2018.

DO: KU baik, puntum maksimum terdengar jelas di perut bagian kiri, frekuensi 146 x/menit. Hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin kepala.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
20.45 WIB	<p>1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 90/70 mmHg, N 80 x/menit, R 21 x/menit, S 36,5 °C, UK 39 minggu 4 hari, kepala janin sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sisi kiri ibu, DJJ: 146 x/menit. Evaluasi: Ibu dan janin dalam keadaan baik. Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan dan keadaannya.</p> <p>2. Mengingat kembali KIE tanda bahaya trimester III, terutama gerakan janin yang dirasakan. Evaluasi: Ibu mengerti dan mengatakan gerakan janinnya aktif, sering kencang tetapi belum teratur.</p> <p>3. Mengingat kembali KIE kepada ibu persiapan perlengkapan ibu maupun bayinya yang akan dibawa ke pelayanan kesehatan saat sudah ada tanda-tanda persalinan, seperti baju yang berkancing, jarit, celana dalam, Bh, baju bayi, popok, sarung tangan bayi dan sarung kaki, topi, bedong, handuk, makanan ringan dan minuman, dan lain sebagainya. Evaluasi: Ibu mengatakan perlengkapan untuk persalinan sudah disiapkan.</p> <p>4. Mengingat kembali KIE kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan, seperti keluar lendir darah atau air ketuban dari jalan lahir, terasa kencang-kencang teratur minimal 3 kali dalam 10 menit, sakit pada area perut yang menjalar ke pinggang. Evaluasi: Ibu mengerti tentang tanda-tanda persalinan dan dapat mengulanginya sendiri.</p> <p>5. Mengingat kembali KIE kepada ibu untuk selalu menjaga kesehatan dengan makan makanan yang bergizi seimbang dan istirahat yang cukup (tidur malam ±8 jam dan tidur siang ±2 jam), mengurangi karbohidrat seperti nasi, umbi-umbian, minum-minuman dingin, serta mengurangi pekerjaan atau aktivitas yang melelahkan. Evaluasi: Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan dengan makan makanan yang bergizi seimbang, istirahat cukup, mengurangi makanan yang memicu janin besar, dan mengurangi aktivitas yang berat.</p>	

6. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 06 Maret 2018 atau jika ada keluhan ibu segera datang.

Evaluasi: Ibu bersedia untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.

Asuhan Kehamilan

Tanggal kunjungan : 07 Maret 2018/ 08.10 WIB.

Tempat : Pukesmas Turi.

DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan sudah keluar lendir darah (sedikit) sejak tanggal 06 Maret 2018 pada jam 07.30 WIB dan ingin meminta rujukan ke RSUD Sleman karena hasil USG di Klinik Ibunda pada tanggal 06 Maret 2018 menyatakan air ketuban mulai sedikit.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,4 °C

d. Antropometri

Berat badan : 78 kg

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, ada striae gravidarum.

Leopold I : TFU 4 jari dibawah prosesus sifodeus (px). Pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting yaitu bokong.

Leopold II : Pada sisi kiri perut ibu teraba bagian yang keras dan memanjang yaitu punggung. Pada sisi kanan perut ibu teraba bagian yang kecil-kecil yaitu ekstremitas.

Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), dan tidak dapat digoyangkan (sudah masuk PAP).

Leopold IV : Divergen, penurunan kepala 3/5.

Pemeriksaan Mc. Donald : TFU 33 cm.

TBJ : $(32 - 11) \times 155 = 3.255$ gram.

Auskultasi DJJ : 132 x/menit.

Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil tidak ada kondilomata, tidak ada varises, tidak ada luka parut, terdapat lendir darah berwarna kemerahan, vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tebal, belum ada pembukaan, selaput ketuban utuh, tidak ada penumbungan tali pusat, penurunan bagian terbawah janin kepala hodge III.

3. Pemeriksaan Penunjang

Hb : 12,6 gram%.

Protein urine : Negatif.

ANALISIS

Ny.F umur 26 tahun G₁P₀A₀ usia kehamilan 40 minggu 5 hari dengan olygohidramnion, janin tunggal hidup, puki, presentasi kepala.

Dasar : DS: Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan tidak ada keluhan, HPHT: 26-05-2017, HPL: 02-03-2018.

DO: KU baik, puntum maksimum terdengar jelas di perut bagian kiri, frekuensi 132 x/menit. Hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin kepala.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
08.40 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/80 mmHg, N 80 x/menit, R 21 x/menit, S 36,4 °C, UK 40 minggu 5 hari, kepala janin sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sisi kiri ibu, DJJ: 132 x/menit. Evaluasi: Ibu dan janin dalam keadaan baik. Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan dan keadaanya. Menjelaskan kepada ibu dan suami hasil pemeriksaan dalam (VT) belum terdapat pembukaan servik, portio masih tebal, bidan juga memotifasi ibu untuk tetap tenang jangan panik. Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan dan ibu juga berusaha tenang sesuai anjuran bidan Melakukan rujukan ke RSUD Sleman Evaluasi: Ibu dan suami diantar ke RSUD Sleman. 	

B. Asuhan Persalinan**Asuhan Awal di RSUD Sleman**

Tanggal/ waktu : 07 Maret 2018/ 14.00 WIB

Tempat : RSUD Sleman

DATA SUBYEKTIF

Ibu meminta surat rujukan dari Puskesmas Turi Sleman pada tanggal 07 Maret 2018 pukul 12.15 WIB dengan olygohidramnion, gerakan janin aktif, kenceng-kenceng belum teratur, tidak pusing, dan tidak merasa mual. Hasil pemeriksaan laboratorium di Puskesmas Turi Sleman pada tanggal 07 Maret 2018 didapat Hb 12,6 gr% dan protein urine negatif.

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan keluar darah (sedikit) sejak tanggal tanggal 06 Maret 2018 jam 07.30 WIB dan belum keluar air ketuban.

2. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari**a. Pola Nutrisi**

Ibu mengatakan terakhir makan jam 10.00 WIB porsi 1 bungkus sari roti, minum terakhir pukul 12.30 WIB dengan air putih jumlah 1 gelas sedang.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAB terakhir tanggal 06 Maret 2018 pukul 14.00 WIB, konsistensi lembek, tidak ada keluhan. BAK terakhir tanggal 07 maret 2018 pukul 13.00 WIB warna kuning jernih, tidak ada keluhan.

c. Pola Aktivitas

Ibu mengatakan aktivitas hari ini mengurus rujukan di Puskesmas Turi.

d. Pola Istirahat/ tidur

Ibu mengatakan tidur malam 7 jam, siang 0 jam.

e. Pola Seksual

Ibu mengatakan terakhir melakukan hubungan seksual 1 hari yang lalu tetapi hanya sebentar karena ibu mengeluh kurang nyaman dan terjadi perdarahan paginya.

f. Pola *Hygiene*

Ibu mengatakan terakhir mandi kemaren jam 16.30 WIB serta gosok gigi, dan ganti pakaian serta celana dalam.

3. Data Psikososial

Ibu mengatakan bahwa kelahiran anaknya ini sangat dinanti-nanti oleh ibu, suami, dan keluarganya.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg
Nadi : 86 x/menit
Respirasi : 24 x/menit
Suhu : 36,4 °C

3. Antropometri

Tinggi badan : 161 cm
Berat badan : 77 kg

LILA : 27 cm

4. Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema, dan tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebra.

Mulut : Tidak pucat, bibir tidak pecah-pecah, tidak ada sariawan, tidak ada gusi berdarah, tidak ada pertumbuhan daging digigi, tidak ada karang gigi dan tidak ada pembesaran kelenjar tonsilitis.

Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada nyeri telan.

Payudara : Simetris, warna areola hiperpigmentasi, arah puting lurus keluar, tidak ada pembesaran pembuluh vena dan sudah ada pengeluaran colostrum.

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, ada striae gravidarum.

Pemeriksaan Leopold

Leopold I : TFU 4 jari dibawah prosesus xyvoideus (px).
Pada fundus teraba dua bagian, lunak, tidak melenting yaitu bagian bokong.

- Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba panjang, keras seperti papan (punggung), bagian kiri perut ibu teraba kecil-kecil (ekstremitas).
- Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba satu bagian bulat, keras, melenting (kepala), dan tidak bisa digoyangkan (sudah masuk PAP).
- Leopold IV : Divergen, penurunan kepala 3/5.
- TFU Mc. Donald : 33 cm.
- TBJ : $(33-11) \times 155 = 3.410$ gram.
- DJJ : 148 x/menit.
- HIS : Belum ada.
- Ekstremitas : Tidak ada edema, tidak ada varises, reflek patella (+/+).

5. Pemeriksaan penunjang

USG : Hasil air ketuban sedikit

Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil tidak ada kondilomata, tidak ada varises, tidak ada luka parut, terdapat lendir darah berwarna kemerahan, vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tebal, belum ada pembukaan, selaput ketuban utuh, tidak ada penumbungan tali pusat, penurunan bagian terbawah janin kepala hodge III.

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun G1P0A0 UK 40 minggu 5 hari dengan kehamilan olygohidramnion, janin tunggal hidup, puka, presentasi kepala.

Dasar: DS: Ibu mengatakan hamil pertama, HPHT: 26-05-2017, HPL: 02-03-2018. Ibu mengatakan keluar darah (sedikit) sejak tanggal tanggal 06 Maret 2018 jam 07.30 WIB dan belum keluar air ketuban.

DO: KU baik, hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin kepala, DJJ 148 x/menit, hasil pemeriksaan dalam tidak ada kondilomata, tidak ada varises, tidak ada luka parut, terdapat lendir darah berwarna kemerahan, vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tebal, belum ada pembukaan, selaput ketuban utuh, tidak ada penumbungan tali pusat, penurunan bagian terbawah janin kepala hodge III.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
15.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 86 x/menit, R 24 x/menit, S 36,4 °C, UK 40 minggu 5 hari, kepala janin sudah masuk panggul, punggung bayi berada di sisi kanan ibu, DJJ: 148 x/menit. Evaluasi: Ibu dan janin dalam keadaan baik, ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan dan keadaanya. 2. Kolaborasi dengan dokter Sp.OG untuk tindakan selanjutnya. Evaluasi: dokter menyarankan untuk dilakukan NST (<i>Non Stress Test</i>). 3. Dokter melakukan NST (hasil bagus) lanjut induksi. Evaluasi: Hasil NST reaktif dan dokter menyarankan untuk segera melakukan induksi. 	
18.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 4. Dokter melakukan induksi (pertama) misoprostol 25 mg/ 3 jam/ oral pukul 18.00 WIB. Evaluasi: Sudah dilakukan, observasi jam 21.00 WIB. 	
20.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 5. Dokter memasang balon cath dengan NaCl ±100 cc pada pukul 20.00 WIB. Evaluasi: Balon cath sudah terpasang. 	
21.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 6. Hasil pemberian misoprostol yang pertama his belum teratur, DJJ 140 x/menit, hasil pemeriksaan dalam belum ada pembukaan. Evaluasi: Pasien mengatakan kenceng-kenceng belum teratur dan dokter melanjutkan induksi dengan memberikan misoprostol kedua di jam 21.00 WIB. 	

-
- 00.00 WIB 7. Hasil pemberian misoprostol yang kedua his belum teratur, DJJ 135 x/menit, dan hasil pemeriksaan dalam belum ada pembukaan.
Evaluasi: Pasien mengatakan kenceng-kenceng belum teratur dan dokter melanjutkan induksi dengan memberikan misoprostol ketiga di jam 00.00 WIB.
- 03.00 WIB 8. Hasil pemberian misoprostol yang ketiga his 2 x 10' lamanya 15" , DJJ 140 x/menit, hasil pemeriksaan dalam belum ada pembukaan, dan STLD (+).
Evaluasi: Pasien mengatakan kenceng-kenceng belum teratur dan dokter melanjutkan induksi dengan memberikan misoprostol keempat di jam 03.00 WIB.
- 04.00 WIB 9. Balon cath lepas spontan pada pukul 04.00 WIB, langsung dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva uretra tenang, dinding vagina licin, porsio lunak, pembukaan 3 cm, penipisan 30%, selaput ketuban utuh, tidak ada penumbungan tali pusat, penurunan kepala hodge II, STLD (+), dan his 3 x 10' lamanya 35" , DJJ 140 x/menit, hasil pemeriksaan ibu TD 110/70 mmHg, S 36,8° C, N 80 x/menit.
-

KALA I

Tanggal/ waktu : 08 Maret 2018/ 07.30 WIB

Tempat : RSUD Sleman

DATA SUBYEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng semakin teratur.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Kedadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 78 x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Suhu : 36,3 °C

3. Pemeriksaan Fisik

Tidak ada oedema pada wajah, tangan, maupun kaki.

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, tidak ada striae gravidarum.

Pemeriksaan Leopold

Leopold I : TFU pertengahan pusat dan prosesus xyvoideus (px). Pada fundus teraba dua bagian, lunak, tidak melenting yaitu bagian bokong.

Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Bagian kiri perut ibu teraba panjang, keras seperti papan (punggung)

Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba satu bagian bulat, keras, melenting (kepala), dan tidak bisa digoyangkan (sudah masuk PAP).

Leopold IV : Divergen, penurunan kepala 2/5.

TFU Mc. Donald: 33 cm

TBJ : $(33-11) \times 155 = 3.410$ gram

DJJ : 140 x/menit

HIS : 3x/ 10 menit selama 45 detik.

Periksa dalam jam 07.00 WIB, oleh bidan di RSUD Sleman

Vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis lunak, pembukaan 4-5 cm, penipisan 40-50%, selaput ketuban utuh, penurunan kepala hodge III, sarung tangan lendir darah (+).

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun G1P0A0 UK 40 minggu 6 hari dalam persalinan kala I fase aktif, janin tunggal, hidup, presentasi kepala.

Dasar: DS: Ibu mengatakan hamil pertama, HPHT: 26-05-2017, HPL: 02-03-2018. Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng semakin teratur dan keluar lendir darah sejak jam 03.00 WIB, belum keluar air ketuban.

DO: KU baik, Hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin kepala, DJJ 140 x/menit, hasil pemeriksaan dalam vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis lunak, pembukaan 4-5 cm, penipisan 40-50%, selaput ketuban utuh, penurunan kepala hodge III, STLD (+).

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
07.40 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah memasuki proses persalinan, hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 24 x/menit, 36,3 °C dan menganjurkan ibu untuk tetap berpikir positif bahwa persalinan akan berjalan lancar. Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan bahwa dirinya sudah memasuki masa persalinan dan ibu mengatakan optimis bahwa bayi akan lahir normal. 2. Mengajarkan ibu cara relaksasi yang benar yaitu menarik nafas panjang melalui hidung kemudian hembuskan perlahan melalui mulut dan mengajarkan keluarga/ suami cara masase pinggang ibu untuk mengurangi rasa sakit pada pinggang 	

Evaluasi: Ibu sudah mengerti cara relaksasi dan ibu mengikuti anjuran bidan dan suami sedang memasase pinggang ibu.

3. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri agar aliran darah dan nutrisi yang mengalir ke janin tidak terhambat dan untuk mempercepat proses penurunan kepala.

Evaluasi: Ibu bersedia untuk miring kiri.

4. Memberikan KIE kepada ibu tentang pemenuhan nutrisi (nasi, sayur, lauk, dll), manganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum saat tidak ada kontraksi, untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan juga agar ibu lebih bertenaga saat bersalin.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia makan dan minum saat tidak ada kontraksi.

5. Memberikan KIE kepada ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB, agar tidak mengganggu proses penurunan kepala janin.

Evaluasi: Ibu bersedia BAK atau BAB jika sudah terasa.

6. Memfasilitasi pendampingan persalinan, oleh keluarga/ suami untuk memberi motivasi pada ibu dan juga mendampingi ibu saat proses persalinan agar ibu merasa tenang dan tidak cemas.

Evaluasi: Suami atau keluarga bersedia untuk menemani ibu dan memberi motivasi kepada ibu.

7. Menyiapkan partus set, alat penghisap lendir, pakaian ibu dan bayi, obat-obatan (oksitosin, lidocain, dan ergometrin).

Evaluasi: partus set, alat penghisap lendir, pakaian ibu dan bayi, serta obat-obatan sudah disiapkan.

8. Memantau kemajuan persalinan ibu diantaranya denyut jantung janin, nadi, dan his setiap 30 menit, tekanan darah, suhu dan periksa dalam setiap 4 jam sekali.

Evaluasi: Kemajuan persalinan sudah dipantau dan terlampir dalam patograf.

Catatan Perkembangan KALA II

Tanggal : 08 Maret 2018

Pukul : 09.15 WIB

DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan sakit pada pinggang dan perut semakin lama dan sering. Ada rasa ingin BAB dan ada dorongan ingin meneran.

DATA OBYEKTIF

1. Ada tanda- tanda persalinan: Tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka.
2. His : 5 kali dalam 10 menit, lama 50 detik.
3. DJJ : 138 x/menit, puntum maksimum kiri bawah pusat, teratur.
4. Teraba 1/5 bagian diatas simpisis.
5. VT , pukul 09.15 WIB

Periksa Dalam: Vulva terbuka, dinding vagina licin, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, penipisan 100 %, selaput ketuban dilakukan amniotomi (jernih), tidak ada bagian yang menumbung, teraba bagian kepala, penurunan kepala hodge III-IV, tidak ada molase, STLD (+).

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun G1P0A0 UK 40 minggu 6 hari inpartu kala II.

Janin tunggal hidup, presentasi kepala dalam persalinan kala II.

Dasar: DS: Ibu mengatakan hamil pertama, HPHT: 26-05-2017, HPL: 02-03-2018. Ibu mengatakan sakit pada pinggang dan perut semakin lama dan sering. Ada rasa ingin BAB dan ada dorongan ingin meneran.

DO: KU baik, Hasil pemeriksaan palpasi janin tunggal dan bagian terendah janin kepala, DJJ 138 x/menit, hasil pemeriksaan dalam vulva terbuka, dinding vagina licin, portio tidak teraba, penipisan 100%, pembukaan 10 cm, selaput ketuban (-) warna jernih, tidak ada bagian yang menumbung, teraba bagian kepala, penurunan kepala hodge III-IV, tidak ada molase, STLD (+).

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
09.25 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meletakkan underpad 1/3 bagian bawah bokong ibu. Evaluasi: Underpad baru sudah terpasang. 2. Memakai APD yang meliputi celemek, masker, kaca mata, dan sarung tangan panjang. Evaluasi: APD sudah digunakan. 3. Memberitahu Ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta memberitahu asuhan yang akan diberikan yaitu akan dilakukan pertolongan persalinan normal. Evaluasi: Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan, dan asuhan yang akan diberikan bidan. 4. Memberikan asuhan sayang ibu dengan memberi dukungan emosional dan memfasilitasi keluarga/ suami menemani dalam proses persalinan, memberi semangat, memberi makan dan minum saat tidak ada kontraksi. Evaluasi: Suami bersedia mendampingi ibu, memberi semangat dan memberi makan dan minum saat tidak ada kontraksi. 5. Mengatur posisi mengejan sesuai dengan pilihan ibu, yaitu ibu memilih posisi setengah duduk, kaki ditekuk, dan paha di buka selebar mungkin dan ditarik kearah dada. Evaluasi: Ibu sudah memilih posisi dan ibu nyaman dengan posisinya. 6. Memberikan KIE kepada ibu cara mengejan yang benar yaitu mengejan pada saat ada kontraksi dengan tidak bersuara, dagu menempel pada dada, mata terbuka, pandangan kearah perut, mengejan seperti ibu ingin buang air besar, bila tidak ada kontraksi ibu bisa beristirahat makan atau minum. Evaluasi: Ibu paham dengan penjelasan bidan. 7. Melakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran. Evaluasi: Bimbingan sudah dilakukan, ibu mengerti cara meneran yang benar. 8. Memuji ibu saat ibu tidak ada dorongan meneran dan melakukan bimbingan meneran kembali saat terjadi kontraksi. Evaluasi: Ibu terlihat semangat setelah mendapatkan pujian. 9. Saat tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm (<i>crowning</i>) melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi agar tidak terjadi ekstensi maksimal dan membantu lahirnya kepala. 	

-
- Evaluasi: kepala bayi sudah lahir.
10. Meminta ibu untuk bernafas cepat saat kepala janin sudah lahir.
Evaluasi: Ibu bernafas cepat dengan benar.
11. Memeriksa adanya lilitan tali pusat.
Evaluasi: Tidak terdapat lilitan tali pusat.
12. Menunggu hingga kepala janin melakukan putaran paksi luar secara spontan.
Evaluasi: Putar paksi luar berjalan baik.
13. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, memegang secara biparietal, melahirkan bahu dengan mengarahkan kepala ke bawah dan melahirkan bahu belakang dengan mengarahkan kepala keatas.
Evaluasi: Bahu depan dan belakang bayi sudah lahir.
14. Menyangga kepala bayi dan badan bayi lahir secara spontan.
Evaluasi: Bayi lahir secara spontan pervaginam pada tanggal 08 Maret 2018 jam 09.30 WIB, jenis kelamin laki-laki, normal.
15. Menilai sepintas bayi.
Evaluasi: Bayi lahir menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot aktif.
16. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan dan vernik. Mengganti handuk basah dengan handuk yang kering. Meletakkan bayi diatas perut ibu.
Evaluasi: Bayi langsung dilakukan IMD.
-

Catatan Perkembangan KALA III

Tanggal: 08 Maret 2018 Pukul: 09.30 WIB.

DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan perut bagian bawahnya terasa mules dan ibu merasa lega bayinya telah lahir.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 100/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 36,6 °C

2. TFU : Setinggi pusat.

3. Teraba pada perut ibu: Tidak ada janin kedua.

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun P1A0Ah1 kala III.

Dasar: DS: Ibu mengatakan persalinan pertama.

Ibu mengatakan perut bagian bawahnya terasa mules dan ibu merasa lega karena bayinya telah lahir.

DO: KU baik, TTV normal, tidak ada janin kedua, TFU setinggi pusat.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
09.50 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu baik, TD: 100/70 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,6 °C. Ibu dalam persalinan kala III atau pengeluaran plasenta dan memberitahu asuhan yang akan diberikan seperti mekanisme pelepasan plasenta, Manajemen Aktif Kala (MAK) III, pemantauan kontraksi kemudian robekan jalan lahir dan perineum serta tanda-tanda vital termasuk higiene. Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan dan mengetahui asuhan yang akan diberikan oleh bidan. 2. Menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM dipaha 1/3 atas bagian distal lateral. Evaluasi: Sudah disuntikkan pada pukul 09.31 WIB dengan hasil kontraksi uterus baik. 3. Menilai tanda-tanda pelepasan plasenta seperti semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang, perubahan bentuk fundus dari diskoid menjadi globuler. Evaluasi: telah terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta. 	

-
4. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vagina.
Evaluasi: klem telah dipindahkan berjarak 5 cm dari vagina.
 5. Meletakkan tangan kiri diatas perut ibu melakukan dorsokranial diatas tepi atas simpisis, dan tangan kanan melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT).
Evaluasi: bidan meakukan dorsokranial (tangan kiri) sedangkan tangan kanan melakukan PTT saat ada kontraksi.
 6. Saat ada kontraksi plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta searah jarum jam hingga selaput ketuban terpilin kemudian melahirkan dan tempatkan plasenta.
Evaluasi: Plasenta lahir spontan lengkap pada tanggal 08 Maret 2018 pukul 09.40 WIB, insersi tali pusat sentralis, kotiledon lengkap, selaput plasenta utuh, panjang ± 35 cm, terdapat 2 arteri dan 1 vena.
 7. Melakukan masase fundus uteri selama 15 detik untuk merangsang terjadinya kontraksi uterus sehingga tidak terjadi atonia uteri.
Evaluasi: Kontraksi uterus baik, keras.
 8. Mengecek kembali kelengkapan plasenta bagian maternal maupun fetal dan memasukkan plasenta kedalam tempat plasenta.
Evaluasi: Plasenta telah lahir lengkap.
-

Catatan Perkembangan KALA IV

Tanggal: 08 Maret 2018 Pukul: 09.45 WIB

DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan merasa senang, lega karena bayi dan ari-arinya sudah lahir, ibu masih merasa mules.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 89 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 37 °C

3. TFU : 1 jari dibawah pusat.

4. Kontraksi uterus teraba keras.

5. Kandung kemih kosong.

6. Terdapat laserasi perenium derajat II, mengenai mukosa vagina, kulit perineum, dan otot perineum.

7. Jumlah perdarahan: ± 10 cc.

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun P1A0Ah1 dalam persalinan kala IV dengan laserasi derajat II.

Dasar: DS: Ibu mengatakan persalinan pertama, ibu merasa lega ari-arinya sudah lahir dan perut masih mules.

DO: Plasenta lahir lengkap, kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih kosong, terdapat laserasi jalan lahir derajat II, jumlah darah yang keluar ± 10 cc.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
09.45 WIB	1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu baik TD: 110/70 mmHg, N: 89 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 37 °C dan terdapat robekan jalan lahir sehingga akan diberikan asuhan penjahitan agar tidak terjadi perdarahan, dan menenangkan ibu karena akan diberikan anestesi untuk mengurangi rasa nyeri saat dilakukan penjahitan.	

-
- Evaluasi: Ibu mengerti keadaanya dan bersedia untuk dilakukan penjahitan
2. Melakukan penjahitan laserasi dengan anestesi lidocain 1% dan melakukan penjahitan laserasi, buat jahitan pertama 1 cm diatas ujung laserasi dibagian dalam vagina.
Evaluasi: Laserasi telah dijahit.
 3. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi selama 10 menit dan bilas peralatan setelah didekontaminasikan.
Evaluasi: Peralatan untuk pertolongan persalinan telah dicuci bersih.
 4. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
Evaluasi: Sampah dibedakan antara infeksius dan sampah noninfeksius.
 5. Membantu membersihkan ibu dan menggantikan pakaian ibu dengan pakaian yang berkancing depan agar ibu mudah dalam menyusui.
Evaluasi: Ibu mengatakan sudah nyaman.
 6. Membersihkan bad persalinan dengan menggunakan air klorin dan air bersih.
Evaluasi: Bad persalinan sudah bersih.
 7. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum agar ibu mempunyai tenaga.
Evaluasi: Keluarga sudah memberikan makan dan minum.
 8. Memberikan KIE kepada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan karena atonia uteri yaitu dengan masase dan mengajarkan ibu tehnik masase perut yang benar, yaitu meletakkan tangan diatas perut dan memutarnya searah jarum jam sampai teraba keras, jika tidak teraba keras ibu, suami dan keluarga harap segera melapor.
Evaluasi: Ibu sudah paham dengan mempraktikkan yang diajarkan bidan.
 9. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit didada ibu paling sedikit 1 jam.
Evaluasi: Bayi dalam proses IMD.
 10. Dekontaminasi sarung tangan dan lepas secara terbalik.
Evaluasi: sarung tangan telah dilepas secara terbalik dan didekontaminasi.
 11. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
Evaluasi: Cuci tangan telah dilakukan menggunakan sabun dan air mengalir dan dikeringkan menggunakan handuk bersih.
 12. Melakukan pemantauan tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan jumlah
-

darah yang keluar selama 2 jam postpartum.
Evaluasi: Hasil pemantauan terlampir di partograf.

C. Asuhan Nifas

Kunjungan Nifas I (6 Jam)

Tanggal : 08 Maret 2018 Ruang : N1

Pukul : 15.00 WIB

DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan.

2. Pola Pemenuhan Kebutuhan

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan sudah makan 1 porsi, jenis: nasi, sayur, lauk, dan sudah minum 1 gelas teh manis dan 1 gelas air putih.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan sudah buang air kecil dan belum buang air besar.

c. Pola Laktasi

Ibu mengatakan mengeluarkan cairan ASI berwarna kuning dari kedua puting susu dan Ibu sudah menyusui bayinya sejak jam pertama setelah bayi lahir melalui proses Inisiasi Menyusui Dini (IMD).

d. Pola Mobilisasi

Beberapa jam setelah persalinan Ibu sudah bisa miring ke kanan ataupun miring ke kiri, dan 4 jam setelah persalinan ibu bisa duduk.

e. Pola Psikologis

Ibu mengatakan bahwa ia dan keluarganya senang bayinya sudah lahir.

3. Data Pengetahuan

Ibu mengatakan belum mengerti banyak tentang cara perawatan masa nifas dan cara merawat bayi baru lahir.

4. Riwayat Persalinan ini

- a. Tempat Persalinan : RSUD Sleman.
- b. Tanggal/Jam Persalinan: 08 Maret 2018/Pukul: 09.30 WIB Umur Kehamilan 40 minggu 6 hari
- c. Jenis Persalinan : Spontan
- d. Penolong Persalinan : Bidan Rosi
- e. Komplikasi Persalinan: Tidak ada komplikasi dalam persalinan.
- f. Kondisi ketuban : Dilakukan amniotomi dengan hasil ketuban jernih.
- g. Lama Kala I : 5 jam 15 menit.
- h. Lama kala II : 15 menit.
- i. Lama Kala III : 15 menit.
- j. Lama Kala IV : 2 jam.
- k. Pengeluaran ASI : ASI keluar sejak dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- l. Keadaan Bayi Baru Lahir: Baik, berat badan 3.640 gram, panjang badan 52,5 cm, jenis kelamin laki-laki, keadaan sehat, dilakukan rawat gabung.
- m. Keadaan ibu : Baik, hasil TTV normal, dan perdarahan dalam batas normal.

DATA OBYEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis

3. Tanda- tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 22 x/menit

Suhu : 36 °C

4. Pemeriksaan Fisik:

a. Wajah : Tidak oedema, tidak pucat.

b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebral, reflek pupil baik.

c. Mulut : Bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada tonsillitis.

d. Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe maupun kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan maupun nyeri telan.

e. Payudara : Simetris kanan dan kiri, aerola hiperpigmentasi, puting payudara kanan dan kiri menonjol, tidak ada benjolan atau massa abnormal, tidak ada nyeri tekan, ada pengeluaran ASI.

f. Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras (baik).

g. Ekstremitas : Tangan dan kaki tidak oedema, kuku tangan dan kaki tidak pucat, tidak ada varises pada kaki.

h. Genetalia : Tidak ada massa/ benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, tidak ada varises, ada pengeluaran pervaginam yaitu warna merah, jumlah sedang, bau anyir, jumlah perdarahan ± 10 cc. Terdapat luka jahitan perineum ruptur derajat 2 dan sudah dilakukan penjahitan, masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bintik merah disekitar luka, oedema, pengeluaran nanah, dan penyatuan luka masih basah.

5. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin (Hb) : 11,8 gr%

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun P1A0AH1 post partum 6 jam.

Dasar: DS: Ibu mengeluh rasa nyeri pada luka jahitan.

DO: KU baik, kesadaran composmentis, hasil *vital sign* dalam keadaan normal, TFU 2 jari dibawah pusat, teraba keras, terdapat pengeluaran ASI, pengeluaran pervaginam warna merah, jenis lochea rubra, jumlah sedang, jumlah perdarahan ± 10 cc, terdapat luka jahitan perineum ruptur derajat 2, keadaan masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada perdarahan abnormal.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
15.15 WIB	1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, R: 22x/menit, S: 36 ⁰ C, Hb: 11,8 gr %, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras (baik), ada luka jahitan perineum, masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan dan ibu dalam masa nifas 6 jam	

normal.

Evaluasi: Ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan.

2. Memberitahu kepada ibu bahwa keluhan yang dialami saat ini adalah normal, karena luka jahitan masih basah. Cara efektif untuk mempercepat proses penyembuhan luka adalah dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung protein seperti telur, ikan, daging, tempe, tahu, dll, serta menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka jahitan.
 3. Memberikan KIE kepada ibu tentang *personal hygiene*, seperti membersihkan daerah kewanitaan setiap habis BAK ataupun BAB dengan menggunakan air bersih, membasuh dari arah depan ke belakang hingga bersih lalu dikeringkan menggunakan handuk bersih atau tissue agar tidak lembab, mengganti pembalut setiap terasa penuh atau 2-4 jam sekali, membersihkan daerah payudara dengan menggunakan air saja dan jangan menggunakan sabun.
Evaluasi: Ibu paham dengan penjelasan bidan dan bersedia menjalankan anjuran bidan.
 4. Memberikan KIE kepada ibu tentang mobilisasi dini, seperti duduk, berdiri, dan berjalan.
Evaluasi: Ibu bersedia untuk melakukan mobilisasi dini dan ibu sudah bisa duduk.
 5. Memastikan ibu dan keluarganya mengetahui tentang cara mencegah perdarahan setelah melahirkan atau mempertahankan kontraksi uterus dengan cara memasase fundus uteri dengan telapak tangan secara sirkuler atau memutar searah jarum jam.
Evaluasi: Ibu dan keluarga dapat melakukan masase uterus dengan benar.
 6. Memberikan KIE kepada ibu tentang pemenuhan nutrisi ibu nifas. Dianjurkan makan teratur dengan sumber makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, ubi-ubian, roti, gandum), protein (telur, ikan, tempe/ tahu), lemak (daging, kacang-kacangan), vitamin (buah-buahan dan sayur segar), mineral (minum air putih minimal 8 gelas sehari) atau 3 Liter, kalsium (susu, yougurt, keju), tidak ada pantangan makanan apapun.
Evaluasi: Ibu paham dan bersedia mengkonsumsi makanan bergizi tanpa ada pantangan makanan apapun.
 7. Memberikan KIE serta mengajarkan kepada ibu tentang teknik menyusui yang benar, yaitu dengan cara duduk bersandar, kaki tidak boleh menggantung, kepala bayi diletakkan di siku ibu, bayi sejajar lurus dengan tangan ibu, telapak tangan menyangga bokong bayi, mulut bayi tepat berada di depan puting, perut bayi menempel pada
-

perut ibu, keluarkan sedikit ASI kemudian oleskan ASI keseluruhan puting dan sebagian besar aerola mammae, tangan satunya membentuk huruf C untuk memegang payudara yang akan disusukan, tempelkan puting pada pipi atau tepi mulut bayi, ketika mulut bayi membuka dengan lebar masukkan seluruh bagian puting dan sebagian besar aerola mammae, ketika bayi sudah puas menyusu bayi akan melepaskan sendiri susu ibu, jika bayi belum melepaskan bisa digantikan dengan payudara sebelahnya dengan cara memasukkan jari kelingking diantara dagu dan payudara kemudian tarik ke bawah, dan menyendawakan bayi setelah selesai menyusu, dan menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya minimal 2-3 jam atau semau bayi (*on demand*) secara bergantian antara payudara kanan dan payudara kiri.

Evaluasi: Ibu mengerti dan mampu mempraktikkannya, namun belum sepenuhnya benar karena bayi menyusu tidak sampai ke areola, serta ibu bersedia menyusui bayinya sesuai kemauan bayi, minimal 2-3 jam.

8. Memberikan KIE kepada ibu tentang pola istirahat dengan cara menyesuaikan bayinya, disarankan saat bayi tidur ibu ikut tidur, hal ini bertujuan tetap menjaga produksi ASI, juga dapat menyebabkan depresi dan menimbulkan rasa ketidakmampuan merawat bayinya.

Evaluasi: Ibu sudah mengerti pentingnya menjaga pola istirahat dan bersedia menjaga pola istirahat sesuai anjuran bidan.

9. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya masa nifas, yaitu keluar darah dari jalan lahir yang sangat banyak, keluar cairan berbau busuk dari jalan lahir, perut teraba tidak keras atau kontraksi jelek, demam tinggi hingga kejang, puting susu lecet hingga bernanah.

Evaluasi: Ibu paham dan sudah mengetahui tentang tanda bahaya pada masa nifas.

10. Memberikan terapi Amoxicillin 500 mg per oral 3x1 (mencegah terjadinya infeksi masa nifas,) Paracetamol 500 mg per oral 3x1 (mengatasi rasa nyeri), tablet Fe 1x1 sebagai suplemen penambah darah, dan vitamin A 200.000 IU (2 kapsul, 1 kapsul diminum setelah melahirkan dan 1 kapsul lagi setelah 24 jam) untuk meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI serta mempercepat proses penyembuhan pasca salin.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia meminum obat sesuai dengan anjuran.

11. Rencana pulang hari ke-3 pospartum bila kondisi pasien normal.

Evaluasi: Ibu mengerti kapan akan dipulangkan.

12. Memberikan fasilitas rawat gabung antara ibu dan bayi agar sewaktu-waktu ibu dapat memberikan ASI dan agar tercipta hubungan yang erat antara ibu dengan bayinya.

Evaluasi: Ibu dan bayi sudah dilakukan rawat gabung.

Kunjungan Nifas ke 2 (7 Hari)

Tanggal/ waktu pengkajian : Kamis, 15 Maret 2018/ pukul 10.30 WIB.

Tempat : Rumah Ny.F

DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Ibu pulang dari RSUD Sleman pada tanggal 10 Maret 2018 pukul 14.30 WIB.

2. Pola Pemenuhan Kebutuhan

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3-4 kali sehari, porsi satu piring sedang, jenis: nasi, sayur, serta lauk, buah (terkadang). Minum 10-12 gelas perhari, jenis: air putih, air teh, susu kedelai.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAK lancar, sehari 5-6 kali, warna kuning jernih, keluhan terasa sedikit nyeri saat vagina terkena air, BAB selama 1 minggu ini baru 2 kali dalam waktu 2 hari, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, keluhan terasa sedikit nyeri saat vagina terkena air.

c. Pola Laktasi

Ibu mengatakan frekuensi menyusui bayinya lebih sering (lebih dari 10 kali perhari) walaupun bayi tertidur tetap dibangunkan untuk disusui dalam jangka waktu 2-3 jam sekali.

d. Pola Mobilisasi

Ibu mengatakan setelah bersalin kegiatan mengurus rumah dan bayinya dibantu oleh suami dan ibu maupun mertuanya.

e. Pola *Hygiene*

Ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, keramas 2 kali perminggu, ganti pembalut saat sudah penuh atau setelah BAK ataupun BAB, cara membasuh daerah kewanitaan dari arah depan ke belakang.

f. Pola Istirahat

Ibu mengatakan istirahat saat bayinya sedang tertidur.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda- tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 36,6 °C

2. Pemeriksaan Fisik

- Wajah : Tidak oedema, tidak pucat
- Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebral.
- Mulut : Bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada tonsillitis.
- Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe maupun kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan maupun nyeri telan.
- Payudara : Simetris, payudara terlihat penuh, tidak ada pembengkakan, areola hiperpigmentasi, putting menonjol, pengeluaran ASI -/+.
- Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, TFU pertengahan pusat-simfisis, kontraksi uterus keras (Baik).
- Ekstremitas : Tidak ada oedema pada tangan dan kaki, kuku tangan dan kaki tidak pucat, tidak ada varises pada kaki.
- Genitalia : Tidak ada massa/ benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, tidak ada varises, ada pengeluaran pervaginam yaitu warna merah kecoklatan, jenis lochea sanguinolenta, jumlah perdarahan \pm 5 cc. Luka jahitan perineum sudah kering, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bintik merah disekitar luka, edema, pengeluaran nanah, dan penyatuan luka sudah baik.

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun P1A0Ah1 post partum hari ke-7.

Dasar: DS: Ibu mengatakan tidak ada keluhan, pola nutrisi baik (tidak ada pantangan makanan), pola eliminasi dalam keadaan normal, pola laktasi benar, pola mobilisasi tidak ada masalah, pola *hygiene* baik, dan pola istirahat menyesuaikan saat bayi tertidur.

DO: KU baik, kesadaran composmentis, hasil *vital sign* dalam keadaan normal, TFU pertengahan pusat-simfisis, teraba keras, pengeluaran pervaginam berwarna merah kecoklatan, jenisnya lochea sanguinolenta, jumlah perdarahan \pm 5 cc, luka jahitan perineum sudah kering, dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
10.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan bahwa ibu dalam masa nifas hari ke-7 dalam keadaan baik, TD: 110/70 mmHg, N: 80x/menit, R: 20x/menit, S: 36,6⁰C, uterus berkontraksi baik (keras), tidak ada perdarahan abnormal, luka jahitan sudah kering, dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Evaluasi: Ibu mengerti bahwa keadaannya baik. 2. Memberikan KIE kepada ibu tentang ASI eksklusif yaitu pemberian ASI kepada bayi selama 6 bulan tanpa makanan atau minuman apapun. Pemberian ASI sangat dianjurkan karena zat gizi yang terkandung didalam ASI sangat lengkap, sebagai pembentuk antibodi di dalam tubuh bayi, untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, dan dapat menunda kehamilan, serta menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara <i>on demand</i> (sesuai keinginan bayi) atau 2-3 jam sekali dan apabila bayi tertidur tetap dibangunkan untuk disusui. Evaluasi: Ibu bersedia memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. 3. Memberikan KIE kepada ibu tentang pemenuhan nutrisi untuk ibu menyusui agar mengkonsumsi tambahan makanan yang mengandung protein, mineral, vitamin, minum sedikitnya 8-10 gelas perhari atau 3 Liter, serta 	

banyak mengkonsumsi buah dan sayur untuk menambah produksi ASI.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia mengkonsumsi makanan yang baik untuk ibu menyusui.

4. Memastikan ibu untuk istirahat cukup, karena apabila ibu kurang istirahat maka dapat mengganggu produksi ASI.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia melakukan istirahat yang cukup.

5. Memberikan asuhan komplementer dengan mengajari suami dan ibu cara pijat oksitosin yaitu melakukan pemijatan pada daerah leher, punggung atau sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang costae kelima sampai keenam (tulang belikat) atau sampai batas BH, dengan tujuan agar hormon prolaktin dan oksitosin terangsang sehingga membantu melancarkan pengeluaran ASI, memberikan rasa tenang dan rileks bagi ibu, dan mencegah terjadinya sumbatan ASI.

Evaluasi: Suami bisa mempraktikkan dengan benar dan bersedia memijat saat ibu dalam kondisi capek dan saat ASI nya berkurang.

6. Menganjurkan kepada ibu untuk kunjungan ulang jika terdapat keluhan ibu maupun bayinya.

Evaluasi: Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang saat ada keluhan yang dirasakannya maupun bayinya.

Kunjungan Nifas ke-3 (22 hari)

Tanggal/ Waktu pengkajian : Jumat, 30 Maret 2018/ 16.00 WIB

Tempat : BPM Sumarni

DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Ny. F mengatakan sudah tidak merasakan keluhan apapun.

2. Pola Pemenuhan Kebutuhan

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3-4 kali sehari, porsi satu piring sedang, jenis nasi, sayur, lauk, dan buah. Minum 10-12 gelas perhari, jenis air putih, air teh.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAK lancar, sehari 5-6 kali, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, dan tidak ada keluhan.

c. Pola Laktasi

Ibu mengatakan menyusui bayinya sesuai keinginan bayinya, jika bayi tertidur bayi akan dibangunkan.

d. Pola Mobilisasi

Ibu mengatakan setelah bersalin kegiatan mengurus rumah dan bayinya dibantu oleh suami dan ibu kandungnya.

e. Pola *Hygiene*

Ibu mengatakan mandi 2 kali sehari (pagi dan sore), keramas 3 kali dalam seminggu, ganti pembalut jika sudah penuh, cara cebok dari arah depan ke belakang.

f. Pola Istirahat

Ibu mengatakan istirahat tidur saat bayinya tertidur.

g. Pola Psikologis

Ibu mengatakan saat ini sudah mampu mengurus bayinya, dengan tetap meminta bimbingan dari ibunya.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda- tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 36,6 °C

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tidak oedema, tidak pucat

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebral.

Mulut : Bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada tonsillitis.

Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe maupun kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan maupun nyeri telan.

Payudara : Simetris, payudara terlihat penuh, tidak ada pembengkakan, areola hiperpigmentasi, putting menonjol, pengeluaran ASI +/+.

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, TFU sudah tidak teraba diatas simfisis.

Ekstremitas : Tidak ada oedema pada tangan dan kaki, kuku tangan dan kaki tidak pucat, tidak ada varises pada kaki.

Genetalia : Tidak ada massa/ benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, tidak ada varises, ada pengeluaran pervaginam yaitu lochea serosa, warna kekuningan kecoklatan, jumlah

sedikit. Luka jahitan perineum sudah kering, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bintik merah disekitar luka, edema, pengeluaran nanah, dan penyatuan luka sudah baik.

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun P1A0Ah1 post partum hari ke-22.

Dasar: DS: Ny. F mengatakan tidak ada keluhan, pola nutrisi baik (tidak ada pantangan makanan), pola eliminasi dalam keadaan normal, pola laktasi benar, pola mobilisasi tidak ada masalah, pola *hygiene* baik, pola istirahat menyesuaikan saat bayi tertidur, dan pola psikologis tidak ada masalah.

DO: KU baik, kesadaran composmentis, hasil *vital sign* dalam keadaan normal, TFU sudah tidak teraba diatas simfisis, pengeluaran pervaginam berwarna kekuningan kecoklatan, jenisnya lochea serosa, jumlah sedikit, luka jahitan perineum sudah kering, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada perdarahan abnormal.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
16.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dalam masa nifas 22 hari tanpa penyulit maupun tanda bahaya apapun atau dalam keadaan baik, TD: 120/80x/menit, N: 80x/menit, R: 20x/menit, S: 36,6⁰C, ukuran TFU sudah kembali normal. Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan. 2. Memberikan KIE kepada ibu tentang alat kontrasepsi yang aman digunakan untuk ibu menyusui seperti MAL (<i>Metode Amenore Laktasi</i>), Pil progestin (Minipil), KB suntik progestin (suntik 3 bulan), IUD, Implant, KB sederhana (kondom, kalender), KB tradisional (senggama terputus). Evaluasi: Ibu mengerti penjelasan mengenai jenis KB 	

-
- yang cocok untuk ibu menyusui.
3. Memberikan KIE kepada ibu tentang KB MAL (*Metode Amenore Laktasi*) adalah Kb yang mengandalkan ASI secara eksklusif, efektif sampai 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. MAL bisa digunakan untuk ibu setelah persalinan yang menyusui secara penuh kepada bayinya, bayi belum berumur 6 bulan, ibu belum mendapatkan menstruasi sejak setelah persalinan, dan ibu yang tidak bekerja meninggalkan bayinya. Cara kerja KB ini adalah menekan ovulasi sehingga tidak akan terjadi pembuahan. Keuntungan: Tidak ada efek samping sistemik, mendapat kekebalan pasif, sumber asupan gizi yang sempurna untuk tumbuh kembang bayi, meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi. Keterbatasan: efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai 6 bulan. Evaluasi: Ibu mengerti tentang KB MAL, dan saat ini ibu mengatakan akan berniat menggunakan KB MAL terlebih dahulu.
 4. Menganjurkan ibu agar mulai merundingkan dengan suami tentang jenis KB yang ingin digunakannya sebelum bayi berusia 6 bulan atau sebelum ibu mendapatkan haid pertama setelah persalinan. Evaluasi: Ibu bersedia merundingkan tentang KB dengan suaminya.
-

Kunjungan Nifas ke-4 (42 Hari)

Tanggal/ Waktu Pengkajian : 19 April 2018/ pukul 14.30 WIB

Tempat : Rumah Ny. F

DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan sudah tidak merasakan keluhan apapun.

2. Pola Pemenuhan Kebutuhan

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3-4 kali sehari, porsi satu piring sedang, jenis nasi, sayur, lauk, dan buah. Minum 9-10 gelas perhari, jenis air putih.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAK lancar, sehari 5-6 kali, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, dan tidak ada keluhan.

c. Pola Laktasi

Ibu mengatakan menyusui bayinya sesuai keinginan bayinya, jika bayi tertidur, bayi dibangunkan.

d. Pola Mobilisasi

Ibu mengatakan setelah bersalin kegiatan mengurus rumah dan bayinya dibantu oleh suaminya.

e. Pola *Hygiene*

Ibu mengatakan mandi 2 kali sehari (pagi dan sore), keramas 3 kali dalam seminggu, ganti pembalut sehabis BAK, cara membasuh daerah kewanitaannya dari arah depan ke belakang.

f. Pola Istirahat

Ibu mengatakan hari ini tidur siang 1 jam saat bayi tertidur.

g. Pola Psikologis

Ibu mengatakan saat ini sudah mampu mengurus bayinya, dengan tetap meminta bimbingan dari ibunya.

h. Pola Kultural

Ibu mengatakan belum menjalani ibadah sholat wajib karena masih dalam masa nifas.

3. Penyulit-penyulit pada Masa Nifas

Ibu mengatakan tidak ada penyulit yang dialaminya maupun yang dialami bayinya.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda- tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 78 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 36,5 °C

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tidak oedema, tidak pucat

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebral.

Mulut : Bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak ada tonsillitis.

Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe maupun kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan maupun nyeri telan.

Payudara : Simetris, payudara terlihat penuh, tidak ada pembengkakan, areola hiperpigmentasi, putting menonjol, pengeluaran ASI +/+.

- Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, TFU sudah tidak teraba (normal).
- Ekstremitas : Tidak ada oedema pada tangan dan kaki, kuku tangan dan kaki tidak pucat, tidak ada varises pada kaki.
- Genetalia : Tidak ada massa/ benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, tidak ada varises, ada pengeluaran pervaginam yaitu lochea alba, warna putih kekuningan, jumlah sedikit. Luka jahitan perineum sudah kering, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti: kemerahan, bintik merah disekitar luka, edema, pengeluaran nanah, dan penyatuan luka sudah baik.

ANALISIS

Ny. F umur 26 tahun P1A0Ah1 post partum 6 minggu.

Dasar: DS: Ibu mengatakan tidak ada keluhan, pola nutrisi baik (tidak ada pantangan makanan), pola eliminasi dalam keadaan normal, pola laktasi benar, pola mobilisasi tidak ada masalah, pola *hygiene* baik, pola istirahat menyesuaikan saat bayi tertidur, dan pola psikologis tidak ada masalah.

DO: KU baik, kesadaran composmentis, hasil *vital sign* dalam keadaan normal, TFU sudah tidak teraba diatas simfisis, pengeluaran pervaginam lochea alba, jumlah sedikit, luka jahitan perineum sudah kering, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak terdapat penyulit- penyulit pada masa nifas.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
14.45 WIB	<p>1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dalam masa nifas 6 minggu dalam keadaan baik, TD: 120/80 mmHg, N: 78 x/menit, R: 20 x/menit, S: 36,5 °C. Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan.</p> <p>2. Memberikan KIE kepada ibu tentang alat kontrasepsi yang aman digunakan untuk ibu menyusui seperti MAL (<i>Metode Amenore Laktasi</i>), Pil progestin (Minipil), KB suntik progestin (suntik 3 bulan), IUD, Implant, KB sederhana (kondom, kalender), KB tradisional (senggama terputus). Evaluasi: Ibu mengerti penjelasan mengenai jenis KB yang cocok untuk ibu menyusui.</p> <p>3. Memberikan KIE tentang tujuan KB dan menganjurkan ibu untuk ber-KB dengan tujuan mengatur jarak kehamilan. Evaluasi: Ibu mengatakan belum berencana menggunakan KB akan tetapi suami akan menggunakan KB sederhana (kondom) dan ibu masih menggunakan KB MAL karena ibu belum mendapatkan haid lagi setelah persalinan.</p>	

D. Asuhan Bayi Baru Lahir

Tanggal/ Pukul : 08 Maret 2018/ 09.30 WIB

Ruang : N1₃

No. Registrasi : 342931

IDENTITAS BAYI

Nama bayi : By. Ny. F

Tanggal lahir : 08 Maret 2018

Umur : 1 jam

Jenis kelamin : Laki-laki

IDENTITAS ORANG TUA

Nama ibu : Ny. F

Umur : 26 tahun

Suku/ bangsa : Jawa/ Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : Tegaldomban. Rt 03/Rw 25, Margorejo, Tempel,
Sleman, Yogyakarta.

DATA SUBYEKTIF

By. Ny.F lahir tanggal 08 Maret 2018 pukul 09.30 WIB dengan umur kehamilan 40 minggu 6 hari secara spontan. Bayi masih dalam perawatan dan pemantauan.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan

Keadaan umum : Sedang

2. Penilaian sepiantas

Kadaan air ketuban : Bersih, tanpa mekonium

Tonus otot : Kuat

Warna kulit : Kemerahan

Tangisan bayi/ reflek : Kuat

ANALISIS

Neonatus cukup bulan segera setelah lahir.

Dasar: DS: Ibu mengatakan bayinya lahir tanggal 08 Maret 2018 pukul 09.30

berjenis kelamin laki-laki.

DO: Keadaan air ketuban bersih, warna kulit kemerahan, tonus otot

kuat, saat lahir bayi langsung menangis.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
09.40 WIB	<p>1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan bayinya, bahwa bayi menangis kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan. Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan sepiantas yang disampaikan oleh bidan bahwa keadaan bayinya dalam keadaan normal.</p> <p>2. Bidan mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu. Evaluasi: bayi sudah dukeringkan kecuali tangan dan ditaruh diatas perut ibu.</p> <p>3. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.</p>	

Evaluasi: penjepitan kedua tali pusat telah dilakukan.

4. Memotong tali pusat dengan memegang tali pusat yang dijepit (dilindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. Kemudian ikat atau klem tali pusat dengan umbilical cord clamp.

Evaluasi: pemotongan tali pusat telah dilakukan dan telah di klem dengan umbilical.

5. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu, luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

Evaluasi: bayi telah berada di atas perut ibu dan kepala bayi di antara payudara ibu.

6. Menyelimuti bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi. Lakukan langkan IMD ini sampai bayi bisa mencapai puting ibunya atau selama 1 jam.

Evaluasi: bayi dalam proses IMD dan sudah diselimuti serta diberi topi.

7. Memberikan injeksi vitamin K setelah IMD, secara intra muscular 0,5 cc pada paha kiri untuk mencegah perdarahan otak, salep mata chloramphenicol pada bayi dimata kanan dan kiri agar terhindar dari infeksi.

Evaluasi: Bayi sudah diberikan injeksi vitamin K pada jam 10.30 WIB dan salep mata pada jam 10.32 WIB.

Kunjungan Neonatus ke-1 (6 jam)

Tanggal/ Pukul : 08 Maret 2018/ 15.00 WIB

Ruang : N1₃

No. Registrasi : 342931

DATA SUBYEKTIF

1. Pola Pemenuhan Kebutuhan

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan bayinya sudah mendapatkan ASI pada saat di IMD (1 jam pertama setelah lahir) dan beberapa jam setelah lahir.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan bahwa bayinya setelah lahir sudah BAK 1 kali dan BAB 1 kali berwarna hitam, dan konsistensi lembek.

c. Pola Istirahat

Ibu mengatakan bahwa bayinya sudah tertidur saat dilakukan IMD dan beberapa jam setelah lahir bayinya sudah tidur.

d. Pola *Hygiene*

Ibu mengatakan saat ini bayinya belum dimandikan namun sudah digantikan popok saat basah dan terkena air kencing.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Tonus otot : Kuat

Warna kulit : Kemerahan

Tangisan bayi/ reflek : Baik

2. Tanda- tanda vital

HR : 128 x/menit

Pernafasan : 40 x/menit

Suhu : 36,5 °C

3. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : 3.640 gram

Panjang badan : 52,5 cm

Lingkar Kepala : 34 cm

Lingkar Dada : 33 cm

Lingkar Perut : 31 cm

LILA : 11 cm

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Bentuk mesocephal, tidak ada massa/ benjolan, tidak ada caput succadeneum, tidak ada chepal hematoma.
- b. Mata : Simetris, tidak ada tanda infeksi, sclera putih, konjungtiva merah muda.
- c. Hidung : Simetris, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada kelainan.
- d. Mulut : Simetris, tidak ada kelainan, seperti labioskisis, palatoskisis, labiopalatoskisis, dan tidak ada tanda infeksi.
- e. Telinga : Simetris, terdapat lubang telinga, tulang rawan pada telinga sudah terbentuk sempurna, perlekatan daun telinga baik.
- f. Leher : Simetris, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe.
- g. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada.
- h. Payudara : Simetris, terdapat dua puting, tidak ada kelainan, tidak ada bunyi wheezing pada paru-paru, dan jantung berdebar teratur.
- i. Abdomen : Simetris, tidak ada massa/ benjolan, tidak ada bising usus, tali pusat bersih, tidak ada perdarahan tali pusat.

- j. Ekstremitas atas : Simetris, jumlah jari lengkap, gerakan aktif.
- k. Ekstremitas bawah : Simetris, jumlah jari lengkap, gerakan aktif.
- l. Genetalia : Terdapat 2 testis, testis sudah turun pada skrotum, ada lubang penis.
- m. Anus : Berlubang
- n. Punggung : Simetris, tidak ada spina bifida, tidak ada kelainan tulang belakang lordosis, kifosis dan skoliosis.
- o. Kulit : Warna kemerahan, tidak ada infeksi, tidak ada tanda lahir/bercak mongol.
- p. Reflek
- 1) *Moro* : Baik, bayi terkejut saat dikagetkan.
 - 2) *Rooting* : Baik, bayi mencari puting dengan baik.
 - 3) *Sucking* : Baik, bayi menghisap dengan baik.
 - 4) *Tonic neck* : Baik, bayi menoleh ke kanan dan ke kiri.
 - 5) *Grasping* : Baik, bayi menggenggam tangan saat disentuh telapak tangannya.

ANALISIS

Neonatus cukup bulan umur 6 jam fisiologis.

Dasar: DS: Ibu mengatakan bayi lahir berjenis kelamin laki-laki jam 09.30

WIB. Pola nutrisi bayi mendapatkan ASI, pola eliminasi baik, pola istirahat baik, dan pola hygiene baik.

DO: Warna kulit kemerahan, tonus otot kuat, tangisan bayi/ reflek baik, hasil pemeriksaan vital sign dalam keadaan baik.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
15.20 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="469 378 1254 562">1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada bayinya dalam keadaan baik, HR: 128 x/menit, R: 40 x/menit, S: 36,5 °C Evaluasi: Ibu terlihat tenang dan senang dengan hasil pemeriksaan. <li data-bbox="469 562 1254 779">2. Memberikan KIE mengenai imunisasi Hepatitis B yaitu untuk mencegah penyakit hepatitis B, tempat penyuntikan hepatitis B di paha kanan secara intramuscular dengan dosis 0,5 cc. Evaluasi: Ibu mengetahui tentang imunisasi Hepatitis B dan injeksi Hb 0 telah diberikan pada pukul 17.00 WIB. <li data-bbox="469 779 1254 1361">3. Memberikan KIE perawatan bayi baru lahir seperti pemberian ASI (pentingnya dilakukan IMD karena bayi bisa mendapatkan kolostrum yaitu ASI pertama berwarna kekuningan yang mengandung zat kekebalan tubuh, memberikan ASI Eksklusif yaitu pemberian ASI saja tanpa tambahan minuman ataupun makanan lainnya), cara menjaga bayi tetap hangat (mengganti segera popok atau baju jika basah, memakaikan topi sarung tangan serta membedongnya, hindarkan dari tempat dingin atau banyak angin), perawatan tali pusat (selalu cuci tangan sebelum ataupun sesudah memegang bayi, jangan memberikan apapun pada tali pusat, rawat tali pusat terbuka dan kering, bila tali pusat kotor bersihkan dengan menggunakan air bersih dan sabun mandi serta keringkan dengan menggunakan kain bersih). Evaluasi: ibu mengerti cara perawatan bayi baru lahir. <li data-bbox="469 1361 1254 1765">4. Memberikan KIE kepada ibu cara memandikan bayi dan mengajarkan ibu cara memandikan bayi, kemudian menyiapkan air hangat, menyiapkan handuk, dan perlengkapan baju bayi. Memandikan bayi dengan tetap menjaga kehangatan dan membersihkan bayi dengan sabun ke seluruh tubuh bayi dan di sampo lalu bayi di bilas. Setelah selesai memandikan, bayi dikeringkan dengan handuk dan segera dipakaikan baju dan digedong supaya bayi tetap hangat. Evaluasi: Ibu mengerti dan paham cara memandikan bayi dengan tetap menjaga kehangatan bayi. <li data-bbox="469 1765 1254 1989">5. Mengevaluasi kemampuan bayi dalam menghisap putting ibu dan memastikan bayi menyusui hingga bagian areola. Evaluasi: Bayi mampu menghisap dengan kuat namun terkadang mulutnya belum mampu mencakup sampai ke areolanya. 	

6. Memastikan bila ibu mengetahui waktu menyusui bayinya secara *on demand* atau sesuai keinginan bayi, minimal 2-3 jam sekali.

Evaluasi: Ibu mengatakan mengetahui waktu menyusui bayinya, yaitu sesuai keinginan bayi, minimal 2-3 jam sekali.

7. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir agar ibu dapat mengawasi jika terdapat tanda bahaya pada bayinya yang meliputi: Bayi sulit minum atau memuntahkan susu yang sudah diminumnya, hisapan saat menyusui lemah, bayi rewel, letargi atau lemas, teraba demam ataupun dingin, merintih, tali pusat tampak merah atau mengeluarkan nanah, warna kulit tampak kuning. Serta menganjurkan ibu untuk membawa ke tenaga kesehatan jika mengalami salah satu tanda bahaya tersebut pada bayinya.

Evaluasi: Ibu paham tanda-tanda bahaya pada bayi, dan bersedia datang ke tenaga kesehatan jika ditemui salah satu sari tanda bahaya tersebut.

8. Memberitahu kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu yang akan datang yaitu pada tanggal 15 Maret 2018, atau jika ada keluhan segera datang ke pelayanan kesehatan.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia datang untuk memantau keadaan bayinya.

Kunjungan Neonatus ke-2 (7 Hari)

Tanggal/ waktu pengkajian : Senin, 15 Maret 2018/ pukul 08.00 WIB

Tempat : RSUD Sleman

DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Tidak ada keluhan

2. Riwayat Imunisasi

Ibu mengatakan bayinya sudah mendapatkan imunisasi Hb 0 setelah lahir pada tanggal 08 Maret 2018.

3. Pola Pemenuhan Kebutuhan

a. Pola Nutrisi

Bayi menyusu setiap 2-3 jam sekali, bergantian antara payudara kanan dan kiri, frekuensi menyusu sekitar 8-10 kali dalam sehari.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan bayinya sering BAK (5-6 kali perhari) dan BAB (1-2 kali sehari) berwarna kuning.

c. Pola Istirahat

Ibu mengatakan bayinya sering tidur terutama di siang hari, namun apabila pada siang hari bayinya tidur maka ibu membangunkannya untuk disusui.

d. Pola *Hygiene*

Ibu mengatakan bayinya selalu diganti popok saat kotor, setelah BAB, dan basah setelah BAK, dan selalu mandi 2 kali sehari, serta digantikan pakaian saat basah maupun kotor serta selalu membersihkan tali pusat bayi dengan air bersih setiap kali memandikan.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Kesadaran : Composmentis

HR : 128 x/menit

Respirasi : 46 x/menit

Suhu : 36,3 °C

2. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : 3.800 gram

Panjang badan : 54 cm

3. Pemeriksaan Fisik

Mata : Bayi mampu berkedip atau sensitif terhadap cahaya.

Kulit : Warna kemerahan, turgor kulit normal.

Tali pusat : Tali pusat sudah terlepas 2 hari yang lalu, sekitar tali pusat sudah kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, seperti muncul kemerahan, bintik merah, oedema, atau keluar cairan abnormal.

Reflek

Moro : Baik, bayi terkejut saat dikagetkan.

Rooting : Baik, bayi mencari puting dengan baik.

Sucking : Baik, bayi menghisap dengan baik.

Tonic neck : Baik, bayi menoleh ke kanan dan ke kiri.

Grasping : Baik, bayi menggenggam tangan saat disentuh telapak tangannya.

ANALISIS

Neonatus cukup bulan umur 7 hari Fisiologis.

Dasar: DS: Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan. Pola nutrisi bayi mendapatkan ASI, pola eliminasi baik, pola istirahat baik, dan pola hygiene baik.

DO: Warna kulit kemerahan, tonus otot kuat, tangisan bayi/ reflek baik, hasil pemeriksaan vital sign dalam keadaan baik.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
08.15 WIB	<p>1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada bayinya bahwa bayi dalam keadaan baik, HR: 128 x/menit, respirasi: 46 x/menit, suhu: 36,3 °C, BB: 3.800 gram (berat badan mengalami peningkatan 160 gram), PB: 54 cm (panjang badan meningkat 1,5 cm), tali pusat keadaannya baik, sudah kering dan lepas serta tidak ada tanda- tanda infeksi. Evaluasi: Ibu terlihat senang dengan hasil pemeriksaan yang disampaikan dokter.</p> <p>2. Memastikan bayi diberi minum ASI eksklusif dengan cara yang benar. Evaluasi: Bayi sudah mampu menyusu dengan tepat dan benar dimana bayi menghisap hingga ke areola.</p> <p>3. Memastikan pencegahan hipotermi bayi. Evaluasi: Kehangatan bayi terjaga, bayi dipakaikan topi, sarung tangan, sarung kaki, dan bedong.</p> <p>4. Melakukan observasi tanda- tanda bahaya bayi baru lahir. Evaluasi: Berdasarkan hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik bayi Ny. F tidak ada tanda bahaya apapun.</p> <p>5. Memastikan kebersihan kulit bayi. Evaluasi: Kulit bayi dalam keadaan bersih serta semua pakaian, handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi selalu bersih dan kering.</p> <p>6. Memberitahu kepada ibu untuk kunjungan KN III pada usia bayi 8-28 hari atau jika ada keluhan, segera datang ke pelayanan kesehatan. Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia datang ke tenaga kesehatan jika menemui keluhan pada bayinya.</p>	

Kunjungan Neonatus ke-3 (22 Hari)

Tanggal/ waktu pengkajian : 30 Maret 2018/ pukul 16.30 WIB

Tempat : BPM Sumarni

DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Tidak ada keluhan.

2. Riwayat Imunisasi

Ibu mengatakan bayinya sudah mendapatkan imunisasi Hb0 setelah lahir pada tanggal 08 Maret 2018.

3. Pola Pemenuhan Kebutuhan

a. Pola Nutrisi

Bayi menyusu setiap 2-3 jam sekali, bergantian antara payudara kanan dan kiri, frekuensi menyusu sekitar 8-10 kali dalam sehari.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan bayinya sering BAK (5-6 kali perhari) dan BAB (1-2 kali sehari), berwarna kuning.

c. Pola Istirahat

Ibu mengatakan bayinya sering tidur terutama di siang hari, namun apabila pada siang hari bayinya tidur maka ibu membangunkannya untuk disusui.

d. Pola *Hygiene*

Ibu mengatakan bayinya selalu diganti popok saat kotor, setelah BAB, dan basah setelah BAK, dan selalu mandi 2 kali sehari, serta digantikan pakaian saat basah maupun kotor serta selalu membersihkan tali pusat bayi dengan air bersih setiap kali memandikan.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Kesadaran : Composmentis
HR : 120 x/menit
Respirasi : 40 x/menit

Suhu : 36,8 °C

2. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : 4.200 gram

Panjang badan : 55,5 cm

3. Pemeriksaan Fisik

Mata : Bayi mampu berkedip atau sensitive terhadap cahaya.

Kulit : Warna kemerahan, turgor kulit normal.

Reflek

Moro : Baik, bayi terkejut saat dikagetkan.

Rooting : Baik, bayi mencari puting dengan baik.

Sucking : Baik, bayi menghisap dengan baik.

Tonic neck : Baik, bayi menoleh ke kanan dan ke kiri.

Grasping : Baik, bayi menggenggam tangan saat disentuh telapak tangannya.

ANALISIS

Neonatus cukup bulan umur 22 hari fisiologis.

Dasar: DS: Ibu mengatakan bayi lahir tidak ada keluhan. Pola nutrisi bayi mendapatkan ASI, pola eliminasi baik, pola istirahat baik, dan pola hygiene baik.

DO: KU baik, hasil pemeriksaan *vital sign* dalam keadaan baik, reflek-reflek baik.

PENATALAKSANAAN

Jam	Penatalaksanaan	Paraf
16.40 WIB	1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada bayinya bahwa bayi Ny.F dalam keadaan baik, yaitu HR: 120 x/menit, respirasi: 40 x/menit, suhu:	

36,8 °C, BB: 4.200 gram (berat badan mengalami peningkatan 360 gram), PB: 55,5 cm (panjang badan meningkat 3 cm).

Evaluasi: Ibu terlihat senang dengan hasil pemeriksaan yang disampaikan oleh bidan.

2. Memastikan bayi mendapatkan ASI eksklusif.

Evaluasi: Bayi telah mendapatkan ASI eksklusif, ibu menyusui bayinya sesuai keinginan bayi, minimal 2-3 jam sekali dan bayi sudah pintar menyusu.

3. Mengingatkan kepada ibu untuk imunisasi BCG dengan tujuan memberikan kekebalan pada tubuh bayi terhadap penyakit *tuberculosis* (TBC). Jadwal imunisasi di BPM Sumarni setiap minggu keempat.

Evaluasi: Ibu bersedia datang ke pelayanan kesehatan untuk mengimunisasikan bayinya.

4. Memberikan KIE tentang imunisasi BCG, pengertiannya yaitu imunisasi yang diberikan kepada bayi yang berumur 1 bulan atau lebih yang bertujuan untuk memberikan kekebalan tubuh terhadap penyakit *tuberculosis*. Imunisasi BCG diberikan pada lengan kanan secara *Intra Cutan* (IC), adapun efek samping imunisasi BCG seperti benjolan bekas suntikkan dan timbulnya luka dibagian penyuntikkan akan sembuh dengan sendirinya.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang imunisasi BCG.

5. Memberikan KIE kepada ibu tentang pijat bayi dan melakukan asuhan komplementer pijat bayi, dengan tujuan membuat bayi semakin tenang, meningkatkan efektivitas istirahat (tidur) bayi, memperbaiki konsentrasi bayi, meningkatkan produksi ASI, dan lain-lain. Pemijatan dilakukan sesuai dengan umur bayi yaitu usia bayi 0-1 bulan dengan gerakan halus dan tidak memijat daerah perut sebelum tali pusat bayi lepas, usia bayi 1-3 bulan dengan gerakan halus serta tekanan ringan dalam waktu yang singkat, usia bayi 3 bulan sampai 3 tahun diberikan gerakan dengan tekanan waktu yang meningkat.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang pijat bayi dan ibu sudah memijat pada saat bayi berumur 10 hari bayi pun tidak rewel.

E. PEMBAHASAN

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny.F umur 26 tahun primigravida yang dimulai sejak trimester III dengan usia kehamilan 35 minggu sampai post partum ke-42.

1. Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan pada Ny.F dilakukan mulai dari pengkajian hingga pemberian asuhan. Asuhan dilakukan 4 kali pada saat kunjungan di BPM Sumarni, PKM Tempel 1, Klinik Ibunda. Hasil pengkajian diketahui Ny.F telah melakukan kunjungan kehamilan 16 kali dilihat dari catatan buku KIA. Pemeriksaan dilakukan sebanyak 5 kali pada trimester I, 3 kali pada trimester II, 8 kali pada trimester III.

Menurut Kemenkes RI (2014), pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga. Asuhan kebidanan antenatal sangat dianjurkan pada ibu hamil untuk mendekteksi adanya gangguan kehamilan atau mencegah terjadinya hal-hal yang dapat menimbulkan kegawatan dalam kehamilan. Asuhan kehamilan ini Ny.F telah melakukan kunjungan dengan baik yaitu sesuai batas maksimal yang dianjurkan oleh Kemeskes RI, (2014). Kondisi Ny.F dikatakan normal karena keluhan yang dialami pada trimester III merupakan proses fisiologis.

Standar pelayanan yang digunakan dalam asuhan antenatal yaitu menggunakan 10 T, yaitu dengan menimbang berat badan dan mengukur

tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, nilai status gizi dengan mengukur LILA, mengukur TFU, menentukan presentasi janin dan DJJ, pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) lengkap, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium (rutin dan kusus) tatalaksanaan kasus dan temu wicara (Kemenkes RI, 2015).

Ny.F melakukan ANC terpadu pertama kali di Puskesmas Tempel 1 Sleman dari hasil pemeriksaan gigi ibu tidak ada yang berlubang dan gusi tidak berdarah. Pemeriksaan dokter umum hasil pemeriksaan ibu tidak memiliki riwayat penyakit baik menurun seperti diabetes, asma hipertensi serta penyakit menahun seperti jantung. Konsultasi gizi dengan diberikan KIE tentang memperbanyak makan sayuran yang berwarna hijau dan buah-buahan. Terakhir dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu Hb 12.3 gr%, protein urin negatif, reduksi urin negatif, HbsAg negatif HMT 37,8 %, HIV/Aids non reaktif.

Hasil pengukuran TFU pada usia kehamilan 35 minggu 3 hari hasil pengukuran TFU ibu 27 cm, pada usia kehamilan 38 minggu 1 hari TFU 31 cm dan pada usia kehamilan 39 minggu 4 hari didapat hasil pengukuran TFU 32 cm dengan tafsiran berat janin 3.255 gram. Tinggi fundus uteri menurut metode pengukuran Mc. Donald pada usia kehamilan 28 minggu 26,7 cm, usia kehamilan 30-32 minggu 29,5-30cm, usia kehamilan 34 minggu TFU sekitar 31 cm dan usia kehamilan 36 minggu TFU sekitar 32 cm, usia kehamilan 38 minggu TFU sekitar 33 cm, usia kehamilan 40 minggu TFU sekitar 37,7 cm (Sofian, A 2012). Hasil pengukuran BB

sebelum hamil 50 kg dan BB saat hamil 77 kg (IMT 29,7 kg/m²) dengan demikian IMT termasuk dalam kategori obesitas karena IMT > 29. Ibu hamil dengan IMT normal (19,8-26) kenaikan BB yang dianjurkan 6-16 kg (Walyani, E 2015). Dengan demikian masih terdapat ketidaksesuaian antara usia kehamilan dengan tinggi fundus uteri dan kenaikan ibu selama kehamilan 27 kg. Berat badan bayi normal antara 2.500-4.000 gram (Rukiyah, 2010). Sehingga dengan tafsiran berat janin ibu 3.255 gram maka berat janin ibu sudah memenuhi berat badan bayi normal.

LILA ibu 27 cm dimana menurut Kemenkes RI, (2015) ukuran LILA normal ibu hamil adalah > 23,5 cm. Pemeriksaan LILA dilakukan pada kontak pertama bertujuan untuk mengetahui ibu hamil beresiko kurang energy kronis (KEK). Tekanan Darah (TD) ibu selama kehamilan 110/70 sampai 120/80 mmHg dimana menurut Sulistyawati, (2013) pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali kunjungan untuk mendeteksi adanya hipertensi (Kenaikan systole > 30 mmHg dan diastole > 15 mmHg) dengan demikian tidak ada gejala adanya hipertensi.

Menurut Sulistyawati, (2009) pada Primipara normalnya bagian terbawah janin turun 4-6 minggu sebelum persalinan, hal ini telah sesuai asuhan Ny.F .

Status imunisasi TT ibu sebanyak 2 kali, imunisasi TT I pada usia kehamilan 28 minggu dan TT II dilakukan pada tanggal 31 Maret 2018. Imunisasi TT diberikan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin (Sulistyawati, 2009) , TT2 diberikan

4 minggu setelah TT1, dan TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2 tujuannya perlindungan 5 tahun kedepan.

Ibu sudah mendapatkan tablet Fe sesuai dengan program pemerintah yaitu sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan dan sudah mendapatkan asam folat. Menurut Widya karya pangan dan Gizi Nasional dalam Sulistyawati (2009) Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat sebesar 300 % (1.040 mg selama hamil) sehingga ibu hamil diberikan tablet zat besi karena untuk mencegah terjadinya anemia. Asam folat dalam kehamilan berperan dalam metabolisme normal makanan menjadi energi, pematangan sel darah merah, sintesis DNA, pertumbuhan sel, dan pembentukan heme. Asam folat sebaiknya diberikan 28 hari setelah ovulasi karena sumsum tulang belakang dibentuk pada minggu pertama kehamilan. Asuhan yang diberikan sudah sesuai, karena Ny.F sudah mendapatkan tablet zat besi sejak usia kehamilan 13 minggu 1 hari sehingga ibu sudah mendapatkan lebih dari 90 tablet Fe, Ny.F juga sudah mendapatkan terapi asam folat sejak awal kunjungan yaitu di BPM Sunarmi dengan usia kehamilan 5 minggu 6 hari.

Menurut APN (2008), normalnya DJJ sekitar 120-160 x/menit, penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga dibawah 120 x/ menit atau diatas 160 x/menit. Asuhan pada Ny.F sejak usia kehamilan 18 minggu 5 hari sampai usia kehamilan 40 minggu 6 hari DJJ berkisar antara 132-140 x/menit, dengan demikian asuhan yang telah dilakukan sesuai.

2. Persalinan

Pasien datang ke Puskesmas Turi pada tanggal 07 Maret 2018 pukul 08.10 WIB meminta surat rujukan untuk ke RSUD Sleman, karena dari hasil pemeriksaan USG Ny. F usia kehamilan 40 minggu 5 hari pada tanggal 07 Maret 2018 di Klinik Ibunda, dokter mendiagnosa ibu mengalami *olygohidramnion*. Maka dari itu pasien meminta surat rujukan dari Puskesmas Turi untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut dengan rencana ingin bersalin di RSUD Sleman. Setelah dilakukan pemeriksaan didapat Leopold dan hasil pemeriksaan penunjang yaitu Hb 12,6 gram% dan protein urine negatif. Bidan menegakkan diagnosa Ny.F dalam kehamilan lebih bulan (*postdate*). Menurut Landasan Teori Serotinus kehamilan dibagi menjadi 2 kategori, kehamilan *post matur* adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih dari 42 minggu lengkap di hitung dari HPHT, sedangkan kehamilan *lewat waktu* adalah kehamilan yang melebihi waktu 42 minggu belum terjadi persalinan. Jika dilihat dari usia kehamilan Ny.F termasuk dikategori normal, sedangkan dalam diagnosa yang diberikan bidan di Puskesmas Turi Ny.F telah memasuki kehamilan lebih bulan (*postdate*), sehingga dalam diagnosa yang diberikan bidan tidak sesuai menurut Prawirohardjo, (2009).

Ibu merasakan kenceng-kenceng belum teratur dan sudah mengeluarkan lendir darah sejak tanggal 06 Maret 2018, jam 08.00 WIB. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD 110/ 70 mmHg, N 86 x/menit, R 24 x/menit, S 36,4° C, palpasi TFU 33 cm, puka, bagian terbawah kepala,

his belum ada, DJJ 148 x/menit, pemeriksaan dalam belum ada pembukaan, dan telah dilakukan *Non Stress Test* (NST) dengan hasil reaktif, pemasangan balon cath, induksi misoprostol 25 mg/ 3jam/ oral sudah dilakukan 4 kali. Berdasarkan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis lunak, pembukaan 3 cm, penipisan 30%, selaput ketuban utuh, penurunan kepala di hodge II, sarung tangan lendir darah (+), DJJ 140 x/menit, sehingga Ny. F sudah masuk dalam persalinan kala I Fase Laten (pembukaan servik 1-3 cm). Tanda dan gejala inpartu adalah adanya pembukaan serviks, adanya kontraksi uterus minimal 2 kali dalam 10 menit, mengeluarkan cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina (Asri D.H dan Cristine C.P, 2010). Pada kasus Ny. F yang sudah memasuki pembukaan 3 cm, ada kontraksi uterus sebanyak 3 kali dalam 10 menit lama 35 detik, dan mengeluarkan lendir darah melalui vagina.

Hasil pemeriksaan dalam kedua dengan hasil vulva uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tipis lunak, penipisan 4-5 %, pembukaan 4-5 cm, selaput ketuban utuh, penurunan kepala di hodge 2-3, STLD +, sehingga Ny. F sudah masuk dalam persalinan kala I Fase Aktif (pembukaan servik 4-10 cm) (Asri D.H dan Cristine C.P 2010). Saat visit dr. Achmad dilakukan pemeriksaan dalam ketiga dengan hasil vulva terbuka, dinding vagina licin, porsio tidak teraba, penipisan 100 %, pembukaan 10 cm, selaput ketuban dilakukan amniotomi (jernih), tidak ada yang menumbung, teraba bagian kepala, turun di hodge II-III, tidak ada molase, UUK di jam 12.00, STLD (+).

Kala I pada berlangsung selama 5 jam mulai dari pembukaan 3 cm pukul 04.00 WIB sampai dengan pembukaan lengkap pukul 09.00 WIB.

Kemajuan persalinan dipantau dengan menggunakan lembar observasi dan partograf. Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm. Fase dilatasi maksimal yaitu fase yang ditandai dengan peningkatan cepat dilatasi serviks dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam. Normalnya, pembukaan serviks pada fase ini konstan yaitu 3 cm per jam untuk multipara dan 1-2 cm untuk primipara. Fase deselerasi merupakan akhir fase aktif dengan dilatasi serviks dari 9 cm menuju pembukaan lengkap (10 cm), dilatasi pada fase tersebut lambat rata-rata 1 cm per jam, tetapi pada multipara lebih cepat (Jannah, 2017). Pemantauan yang dilakukan pada kala I adalah DJJ setiap 30 menit (normalnya detak jantung bayi antara 120-160 kali per menit, pemeriksaan kontraksi setiap 30 menit, nadi dalam batas normal sekitar 80-88 kali per menit, pemeriksaan setiap 4 jam sekali meliputi tekanan darah dan suhu tubuh ibu dalam batas normal yang tidak mengalami kenaikan, pembukaan servik 10 cm.

Kala II berlangsung selama 15 menit dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir. Dimana dilakukan pertolongan persalinan dengan 60 Langkah APN dan bayi lahir spontan. Tatalaksana asuhan persalinan normal tergabung dalam 60 Langkah APN, dengan demikian asuhan yang diberikan kepada Ny. F sudah sesuai dengan 60 Langkah APN (Nurjasmi, 2016).

Kala III berlangsung 10 menit dimana segera setelah bayi lahir dan dipastikan tidak ada janin kedua dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU secara IM, melakukan PTT (Peregangan Tali pusat Terkendali) dan menilai

pelepasan plasenta. Setelah ada tanda pelepasan plasenta berupa uterus globuler, tali pusat bertambah panjang dan keluar semburan darah secara tiba-tiba lahirkan plasenta. Plasenta lahir lengkap, kemudian melakukan masase uterus selama 15 menit. Kala III merupakan tahap ketiga persalinan yang berlangsung sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu adanya perubahan bentuk uterus, semburan darah secara tiba-tiba, dan tali pusat memanjang (Asri D.H dan Cristine C.P, 2010). Proses Kala III berlangsung selama 10 menit dan plasenta lahir lengkap. Hal ini disebabkan oleh penyuntikkan oksitosin segera setelah bayi lahir dan setelah dipastikan tidak ada janin kedua, sehingga kontraksi uterus baik.

Kala IV (kala pengawasan) berlangsung selama 2 jam dengan memantau TTV (tekanan darah, pernafasan, nadi, suhu), tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, pengeluaran darah. Pemantauan dilakukan setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit sekali pada 1 jam kedua dengan hasil normal. Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi sehingga perlu dilakukan pemantauan pada tanda vital (TD, Nadi, RR, Suhu satu kali dalam jam pertama dan satu kali pada jam kedua), TFU, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV, dengan demikian pemantauan yang dilakukan sudah sesuai asuhan persalinan normal kala IV dan pemantauan dilakukan dengan menggunakan partograf (Rohani, 2011).

3. Nifas

Kunjungan masa nifas pada Ny. F dilakukan sebanyak 4 kali, yaitu kunjungan nifas 1 dengan diberikan asuhan seperti cara mencegah perdarahan, KIE mobilisasi, KIE personal hygiene dll, kunjungan nifas ke 2 diberikan asuhan seperti cara menyusui yang benar, KIE nutrisi ibu nifas dll, kunjungan nifas diberikan asuhan seperti cara menyusui yang benar, KIE nutrisi ibu nifas, KIE KB dll dan kunjungan nifas diberikan asuhan konseling apakah ada penyulit, KIE KB. Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Saifuddin, 2013). Frekuensi kunjungan masa nifas, yaitu kunjungan pertama 6-8 jam setelah persalinan, kunjungan kedua 7 hari setelah persalinan, kunjungan ketiga 2 minggu setelah persalinan, dan kunjungan ke empat 6 minggu setelah persalinan (Saifuddin, 2013). Frekuensi kunjungan masa nifas yang dilakukan pada Ny. F sudah sesuai dengan kunjungan masa nifas kecuali pada kunjungan ketiga dimana penulis mempunyai kendala saat akan melakukan kunjungan ketiga.

Pada kunjungan nifas pertama didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras (baik), lochea rubra, laserasi masih basah tidak ada tanda kemerahan seperti kemerahan, bintik merah di sekitar luka, edema, pengeluaran nanah, dan penyatuan luka baik, serta memberikan terapi amoxicillin 500 mg per

oral 3x1 (mencegah terjadinya infeksi masa nifas,) paracetamol 500 mg per oral 3x1 (mengatasi rasa nyeri), tablet Fe 1x1 sebagai suplemen penambah darah, dan vitamin A 200.000 IU (2 kapsul, 1 kapsul diminum setelah melahirkan dan 1 kapsul lagi setelah 24 jam). Involusi uteri setelah plasenta lahir yaitu 2 jari dibawah pusat (Kemenkes RI, 2013). Tujuan asuhan kebidanan pada kunjungan I, yaitu mencegah perdarahan karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut (Saifuddin, 2013). Ibu nifas diberikan tablet Fe untuk mencegah anemia, serta vitamin A 200.000 IU untuk mempercepat proses penyembuhan pasca salin dan mentransfernya ke bayi melalui ASI, dengan demikian tidak ada kesenjangan antara asuhan nifas dengan asuhan yang diberikan (Maritalia, 2012).

Pada kunjungan kedua didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu tanda-tanda vital normal, tidak ada tanda infeksi, TFU pertengahan pusat-simfisis, lochea sanguinolenta, jahitan laserasi sudah sedikit kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi, tali pusat bayi kering dan sudah puput, pengeluaran ASI lancar, serta memberikan konseling dan mengajarkan ibu cara memandikan bayi. Tujuan kunjungan II masa nifas, yaitu memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dipertengahan pusat-simfisis, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau, mendeteksi tanda-tanda seperti demam, perdarahan abnormal, sakit kepala hebat, dll, memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan

tanda-tanda penyulit, memberikan konseling kepada ibu cara perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Saifuddin, 2013). Pengukuran TFU sudah sesuai, dengan demikian tidak ada kesenjangan antara asuhan nifas dengan asuhan yang diberikan.

Pada kunjungan masa nifas ketiga didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu tanda-tanda vital normal, tidak ada tanda infeksi, TFU sudah tidak teraba, lochea serosa, luka jahitan sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi, ibu sudah memandikan bayinya sendiri, dan tidak ada masalah dalam pemberian ASI. Tujuan kunjungan masa nifas III sama dengan kunjungan masa nifas II (Saifuddin, 2013). Lochea serosa muncul pada hari ke 8-14 masa nifas (Maryunani, 2015). Hasil pemeriksaan TFU dan jumlah perdarahan serta jenis lochea sudah sesuai, ibu juga tidak mengalami penyulit dan involusi berjalan normal.

Pada kunjungan nifas keempat didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital normal, lochea alba, tidak ada penyulit yang ibu alami baik dari ibu maupun bayi, dan memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi sesuai kebutuhan. Tujuan kunjungan IV pada masa nifas, yaitu menanyakan kepada ibu adakah masalah/ penyulit yang dialami ibu maupun bayinya, memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif/ sesuai kebutuhan (Saifuddin, 2013), dengan demikian asuhan yang diberikan sudah sesuai asuhan nifas, ibu sudah mendapat konseling mengenai kontrasepsi dan sudah membaca leaflet yang diberikan, serta ibu saat ini menggunakan KB MAL.

4. Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir (Bayi Ny. F) diawali dengan pengkajian, dimana bayi baru lahir normal dengan BB 3.640 gram, PB 52,5 cm, keadaan umum baik, apgar score pada 1 menit pertama 7, IMD sudah dilakukan selama 60 menit dan berhasil. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2.500-4.000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010). Hasil pemeriksaan menunjukkan By. Ny.F termasuk dalam kategori bayi normal, dimana bayi lahir dengan BB 3.640 gram, cukup bulan, dan tidak ada kelainan. Asuhan yang diberikan berupa pemberian vitamin K, salep mata, HB 0, perawatan tali pusat, menjaga suhu tubuh bayi agar tidak hipotermi, dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara *on demand* minimal 2-3 jam sekali. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan (antibiotika tetrasiklin 1 %), pemberian vitamin K₁ 1 mg secara intramuscular diberikan pada paha kiri anterolateral saat selesai IMD (Saifuddin, 2014). Setelah 1-2 jam pemberian vitamin K₁, berikan imunisasi hepatitis B 0,5 mL secara intramuscular, di paha kanan secara anterolateral. Pada penatalaksanaanya bayi sudah diberikan asuhan sesuai asuhan bayi baru lahir.

Kunjungan neonatus I dilakukan pada hari pertama setelah dilakukan pemeriksaan, memberitahu kepada keluarga hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum bayi baik, mempertahankan suhu tubuh bayi agar

tidak hipotermi, melakukan perawatan tali pusat, memberitahu ibu dan keluarga tanda bahaya pada bayi baru lahir dan mengingatkan agar ibu menyusui bayi sesering mungkin, bayi sudah BAK 1 kali dan BAB 1 kali warna kehitaman dan lengket. Asuhan kunjungan neonatus I yaitu mempertahankan suhu tubuh bayi, pemeriksaan fisik, memberikan imunisasi Hb0, pemberian ASI awal, perawatan tali pusat, pencegahan infeksi, dan penyuluhan tanda bahaya pada bayi baru lahir sebelum bayi pulang (Depkes RI, 2009). Berdasarkan asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan asuhan bayi baru lahir karena asuhan yang diberikan meliputi pemantauan, perawatan, dan konseling mengenai bayi baru lahir.

Kunjungan neonatus II dilakukan pada usia bayi 7 hari dengan hasil pemeriksaan keadaan umum bayi baik, BB bayi meningkat, tali pusat sudah kering dan sudah puput, menganjurkan ibu menjaga kebersihan bayi, memberikan KIE tentang memandikan mengajarkan ibu cara memandikan bayi, dan melakukan perawatan tali pusat, mengingatkan ibu tentang ASI eksklusif dan untuk menyusui bayi sesering mungkin. Asuhan kunjungan neonatus II yaitu perawatan tali pusat, menjaga kebersihan bayi, mendeteksi dini adanya tanda bahaya, mencegah hipotermi, pemberian ASI, dan perawatan BBL dirumah (Depkes RI, 2009). Berdasarkan asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan asuhan bayi baru lahir yang meliputi pemantauan, perawatan, evaluasi dan konseling mengenai bayi baru lahir.

Kunjungan neonatus III dilakukan pada saat usia bayi 2 minggu dengan hasil pemeriksaan keadaan umum bayi baik, mengingatkan ibu

tentang pemberian ASI sesering mungkin, tanda bahaya pada bayi baru lahir, menjaga kebersihan bayi, konseling imunisasi BCG, dan menganjurkan Ny.F untuk membawa bayi imunisasi BCG pada minggu keempat di BPM Sumarni atau pelayanan kesehatan lainnya. Asuhan neonatus III meliputi menjaga kebersihan bayi, pemberian ASI, dan konseling imunisasi BCG (Depkes RI, 2009), dengan demikian asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan asuhan bayi baru lahir, ibu pun sudah memahami tentang imunisasi BCG, dan bayi pun sudah mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 16 April 2018.

5. Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana pada Ny. F dilakukan saat kunjungan nifas ke tiga yaitu penulis memberikan KIE tentang macam-macam alat kontrasepsi yang cocok untuk ibu menyusui, ibu tertarik dengan KB MAL karena selama 6 bulan ini agar tetap menjaga pemberian ASI eksklusif dan ibu belum mendapatkan haid. MAL memiliki efektifitas sangat tinggi sekitar 98% apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan, yaitu digunakan selama 6 bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui secara eksklusif (BKKBN, 2014). Penulis memberikan informasi kepada Ny. F tentang kontrasepsi MAL dengan bantuan leaflet, dimana cara kerja MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya dan digunakan untuk menunda kehamilan selama 6 bulan

setelah melahirkan dengan memberikan ASI eksklusif. Keuntungan pemakaian kontrasepsi ini adalah tidak memerlukan prosedur khusus, dapat segera dimulai, tidak mengganggu senggama, mudah digunakan, tidak perlu biaya, tidak ada efek samping sistemik, dan tidak bertentangan dengan budaya serta agama. Adapun keterbatasan dari penggunaan MAL, yaitu perlu persiapan sejak dini, hanya dapat digunakan selama 6 bulan dengan catatan pemberian ASI eksklusif secara penuh dan belum haid, tidak melindungi dari penyakit menular seksual, dan kesulitan mempertahankan ASI eksklusif. Ibu merasa mantap dengan pilihan kontrasepsinya dan optimis dapat melakukannya dan menganjurkan ibu untuk menggunakan metode kontrasepsi lainnya segera setelah bayi berusia 6 bulan atau pemberian ASI eksklusif tidak dapat dipertahankan dan ibu mendapat haid.

Penulis menganjurkan kepada ibu untuk berdiskusi dengan suami, mengenai KB yang ingin digunakan setelah 6 bulan postpartum atau setelah mendapatkan menstruasi nanti. Saat ibu kunjungan nifas ke empat, dimana ibu memutuskan jenis kontrasepsi MAL saja karena ibu juga belum mendapatkan haid setelah persalinan dan suami lebih memilih menggunakan KB sederhana (kondom).