

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S
DI PUSKESMAS TIRTO
KOTA PEKALONGAN**

Karya Tulis Ilmiah



YENI WAHYUNINGRUM

NIM : 09.0821.B

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2012**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S
DI PUSKESMAS TIRTO
KOTA PEKALONGAN**

Karya Tulis Ilmiah

Disusun Sebagai Persyaratan Memperoleh
Gelar Ahli Madya Kebidanan



YENI WAHYUNINGRUM

NIM : 09.0821.B

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2012**

PRAKATA

Assalamu'alaikum, Wr. Wb.

Dengan mengharap puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita, sehingga penulis dapat menyusun karya tulis dengan judul "Asuhan Kebidanan pada Ny S di Puskesmas Tirto Pekalongan".

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan makalah ini, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penulis secara khusus menyampaikan terima kasih kepada:

1. Kepala BAPPEDA Kota Pekalongan, yang telah memberikan izin untuk praktek magang guna mengambil klien sebagai pasien Karya Tulis Ilmiah Asuhan Kebidanan.
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan, yang memberikan izin dalam pencarian data yang berkaitan dengan Karya Tulis Ilmiah Asuhan Kebidanan.
3. Kepala puskesmas Tirto Pekalongan, yang telah memberikan izin untuk mengambil mengambil kasus di wilayah puskesmas Tirto.
4. M. Arifin, SKp. MKep, selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
5. Pujiati Setyaningsih, S.Si.T.M.Kes, selaku Kepala Program Studi DIII Kebidanan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
6. Rini Kristiyanti, SSiT selaku pembimbing I.
7. Emi Nur Laela, S.Kep.Mkp.Sp.Mat, selaku pembimbing II.

8. Milatun Hanifah. SST, selaku penguji
9. Rekan-rekan mahasiswa DIII Kebidanan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Karya Tulis ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini disebabkan karena keterbatasan penulis sendiri sebagai manusia yang tak luput dari kesalahan.

Penulis mengharap kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini di kemudian hari, sehingga hasil dari penyusunan karya tulis ini dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan bagi para pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya.

Wassalamu'alaikum, Wr. Wb.

Pekalongan, Juli 2012

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah	5
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Penjelasan Judul	5
E. Tujuan	6
F. Manfaat Penulisan	7
G. Metode Penulisan	8
H. Sistematika Penulisan	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	11
B. Dasar Hukum Yang Berhubungan Dengan Kasus.....	45
C. Standar Pelayanan Kebidanan	52
D. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	54

BAB III TINJAUAN KASUS.....	59
BAB IV PEMBAHASAN.....	126
BAB V PENUTUP	
A. Simpulan	133
B. Saran	134
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada umumnya ukuran yang digunakan untuk menilai baik buruknya keadaan pelayanan kebidanan (Maternity Care) dalam suatu negara atau daerah ialah kematian maternal (Maternal Mortality) (Wiknjosastro 2002, h.7). Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin merupakan masalah besar di negara berkembang (Saifudin 2002, h.1).

Kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara ditentukan dengan perbandingan tinggi rendahnya angka kematian ibu dan angka kematian perinatal. Angka kematian ibu lebih mencerminkan kesanggupan suatu negara untuk memberikan pelayanan kesehatan. Di Indonesia angka kematian ibu masih tinggi sehingga memerlukan perbaikan yang bersifat menyeluruh dan lebih bermutu. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia saat ini masih menduduki peringkat tertinggi dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI sebesar 228/100.000 kelahiran hidup. Target pemerintah dalam menurunkan AKI menjadi 125/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menyebutkan pada tahun 2008 AKI mencapai 114/100.000 kelahiran hidup (Depkes RI 2009).

Setiap tahun diperkirakan sekitar 200 ibu mengalami kehamilan dan setiap saat ibu hamil mempunyai risiko menghadapi kematian dan komplikasi

pada bayinya. Sedikit dari 4% dari ibu hamil pernah mengalami salah satu bentuk komplikasi dalam kurun kehamilanya. Sekitar 14% komplikasi ini secara potensial mengancam jiwa dan membutuhkan penanganan obstetrik kedaruratan (Suririnah 2007).

Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi perlu perawatan diri yang khusus agar ibu dan janin dalam keadaan sehat, oleh karena itu kehamilan yang normal pun mempunyai risiko kehamilan. Sebelum hamil, seorang wanita bisa memiliki suatu keadaan yang menyebabkan meningkatnya risiko kahamilan. Setiap wanita hamil akan menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. (Saifudin 2002, h.2).

Faktor risiko pada kehamilan merupakan keadaan ibu hamil yang mempunyai risiko atau bahaya yang lebih besar pada kehamilan dan persalinannya dibanding dengan ibu hamil dengan kehamilan atau persalinan normal. Ibu hamil dengan faktor risiko diantaranya adalah primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, anak lebih dari 4, jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun, tinggi badan kurang 145cm, berat badan kurang dari 38kg atau lila kurang dari 23,5cm, mengalami perdarahan pada kehamilan ini, riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital, kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada seorang ibu hamil, maka semakin tinggi risiko kehamilan (Meilani 2009, h.94).

Faktor resiko grandemulti atau kehamilan lebih dari empat ini bisa menjadi kehamilan yang beresiko tinggi, karena dari kehamilan dengan grandemulti dapat menyebabkan beragam komplikasi yang dialami ibu baik selama hamil maupun saat persalinan yaitu perdarahan. Perdarahan salah satu risiko besar yang harus dialami ibu yang jumlah kehamilannya empat kali atau lebih, dibandingkan ibu hamil yang kuarang dari empat kali. (Sungkar 2012)

Komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil antara lain perdarahan antepartum (perdarahan yang terjadi setelah usia kandungan 28 minggu), solusio plasenta (lepasnya sebagian atau semua plasenta dari rahim), plasenta previa (jalan lahir tertutup plasenta), spontaneus abortion (keguguran), dan intra uteri growth retadation (IUGR), atau pertumbuhan bayi yang buruk dalam rahim. Sedangkan komplikasi yang mungkin terjadi saat persalinan antara lain dapat meningkatkan terjadinya atonia uteri (perdarahan pasca melahirkan), ruptur uteri (robeknya dinding rahim), serta malpresentation (bayi salah posisi).(Sungkar 2012)

Asuhan kebidanan merupakan pelayanan kesehatan utama yang diberikan kepada ibu, anak, keluarga, dan masyarakat. Setiap ibu hamil akan menghadapi resiko yang bisa mengancam jiwanya. Maka dari itu, setiap ibu hamil memerlukan asuhan antenatal selama masa kehamilannya (Salmah 2006, h.1)

Faktor risiko pada kehamilan dengan perawatan yang baik 90-95% ibu hamil yang termasuk kehamilan dengan faktor risiko dapat melahirkan dengan selamat dan mendapatkan bayi yang sehat. Kehamilan dengan faktor risiko

dapat diatasi dengan baik bila gejalanya ditemukan sedini mungkin sehingga dapat dilakukan tindakan perbaikinya, dan kenyataannya, banyak dari faktor risiko ini sudah dapat diketahui sebelum konsepsi terjadi. Semakin dini masalah dideteksi, semakin baik untuk memberikan penanganan kesehatan bagi ibu maupun bayinya (Suririnah 2007).

Berdasarkan data yang didapat penulis dari Dinas Kesehatan, selama 1 tahun terakhir yaitu data dari bulan Januari 2011 – Desember 2011 didapatkan bahwa di Kota Pekalongan mempunyai 6860 sasaran ibu hamil dan diantara ibu hamil tersebut 2,65% (182 orang) hamil dengan faktor resiko grandemulti.

Puskesmas Tirto pekalongan yang memiliki wilayah kerja meliputi Kelurahan Tirto, Kelurahan Tegalrejo, Kelurahan Bumirejo dan Kelurahan Pringlangu mempunyai masalah kejadian faktor resiko paling tinggi. Penulis memperoleh data dari bulan Januari 2011- Desember 2011 menunjukkan bahwa di Puskesmas Tirto yang memiliki sasaran ibu hamil 478 orang dan mendapatkan 3 masalah terbesar yang terjadi pada ibu hamil di wilayah ini. Masalah yang paling tinggi adalah ibu hamil dengan faktor resiko, meliputi 20,92%(100 orang) hamil dengan faktor resiko [9% (43 orang) hamil dengan lila <23,5 cm, 6,49% (31 orang) hamil dengan faktor resiko umur >35 tahun, 2,51% (12 orang) dengan faktor resiko paritas >4 anak, dan 1,88% (9 orang) hamil dengan umur <20 tahun], 12,2 % (58 orang) hamil dengan anemia, 0,63 % (3 orang)hamil dengan hipertensi.

Berdasarkan hal tersebut, maka dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tertarik mengambil judul “Asuhan Kebidanan pada Ny S di Puskesmas Tirto Kota Pekalongan.”

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah yaitu bagaimana penerapan manajemen kebidanan dan asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny S di Puskesmas Tirto Kota Pekalongan.

C. Ruang Lingkup

Sebagai batasan dalam penyusunan makalah. Penulis membatasi pembahasan yang akan diuraikan yaitu tentang asuhan kebidanan pada Ny. S di Puskesmas Tirto Kota Pekalongan.

D. Penjelasan Judul

Untuk menghindari perbedaan persepsi maka penulis akan menjelaskan pengertian tentang judul dalam Karya Tulis Ilmiah yang penulis angkat ini yaitu:

1. Asuhan Kebidanan

Adalah penerapan fungsi kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan pada klien yang mempunyai kebutuhan dan atau masalah kebidanan meliputi masalah kehamilan, persalinan, nifas, bayi

dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat (IBI 2003, h. 4).

2. Kehamilan

Adalah dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin 2008, h. 89).

3. Ny. S

Adalah seorang ibu hamil di wilayah Tirto yang mengalami kehamilan dengan faktor resiko grande multi.

4. Puskesmas Tirto

Adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang terletak di Kota Pekalongan.

E. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat melakukan asuhan kebidanan pada Ny.S secara komprehensif meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, dan pada bayi baru lahir sesuai kompetensi dan standar pelayanan kebidanan dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP yang sesuai manajemen varney 7 langkah.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan makalah ini adalah :

- a. Dapat melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S selama kehamilan.
- b. Dapat melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S selama persalinan.

- c. Dapat melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S selama nifas.
- d. Dapat melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny. S.

F. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

- a. Penulis dapat mengerti, memahami dan menerapkan asuhan kebidanan pada Ny. S meliputi masa kehamilan, persalinan dan nifas.
- b. Penulis dapat menambah pengetahuan dan pengalaman khususnya tentang faktor resiko kehamilan.
- c. Penulis dapat meningkatkan ketampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Ny. S meliputi masa kehamilan, persalinan, dan nifas.

2. Bagi Lahan Praktek

Dapat meningkatkan mutu pelayanan tenaga kesehatan terutama bidan untuk selalu melakukan mendekripsi secara dini ibu hamil berisiko agar dapat melakukan rujukan untuk mendapat pertolongan yang adekuat.

3. Bagi Institusi

- a. Dapat mengevaluasi sejauh mana mahasiswa menguasai asuhan kebidanan pada klien
- b. Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi tambahan bacaan untuk menambah pengetahuan baik bagi mahasiswa maupun pengajar, khususnya yang berkaitan dengan faktor resiko dalam kehamilan.

G. Metode Penulisan

Secara garis besar pengumpulan data yang akan digunakan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah Asuhan Kebidanan meliputi :

1. Wawancara

Suatu teknik pengumpulan data dengan melaksanakan komunikasi dengan pasien dan atau keluarga untuk dapat mengetahui keluhan atau masalah pasien.

2. Observasi

Mengamati secara langsung keadaan umum pasien dan perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien dalam jangka waktu tertentu.

3. Pemeriksaan Fisik

Adalah penyusun memeriksa untuk mengumpulkan keadaan fisik klien baik yang normal maupun yang menunjukkan kelainan. Pemeriksaan fisik pada kunjungan awal pranatal difokuskan untuk mengidentifikasi kelainan yang sering mengkontribusi morbiditas dan mortalitas dan untuk mengidentifikasi gambaran tubuh yang menunjukkan gangguan genetik (Wheeler 2004, h.71).

Teknik pengkajian fisik menurut Prihardjo (2006, h.25) meliputi:

a. Inspeksi

Inspeksi adalah merupakan proses observasi dengan menggunakan mata untuk mendeteksi tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan status fisik saat pertama kali bertemu pasien dan mengamati secara cermat tingkah laku dan keadaan tubuh pasien.

b. Palpasi

Palpasi dilakukan dengan menggunakan sentuhan atau rabaan.

Metode ini biasanya dilakukan terakhir setelah inspeksi, auskultasi dan perkusi. Dalam melakukan palpasi hanya menyentuh bagian tubuh yang akan diperiksa dan dilakukan secara terorganisasi dari suatu bagian kebagian yang lain.

c. Perkusi

Perkusi adalah metode pemeriksaan dengan cara mengetuk dengan tujuan menentukan batas-batas organ atau bagian tubuh dengan cara measakan vibrasi yang ditimbulkan akibat adanya gerakan yang diberikan kebawah jaringan.

d. Auskultasi

Merupakan metode pengkajian yang menggnakan stetoskop untuk memperjelas pendengaran misalnya mendengarkan bunyi jantung, paru-paru, bagian usus, dan mengukur tekanan darah.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung penegakan diagnosa seperti pemeriksaan hemoglobin, protein urine dan urine reduksi.

5. Studi Dokumentasi

Penulis mempelajari catatan-catatan resmi/rekam medik pasien.

6. Studi Pustaka

Diambil dari buku-buku literature guna memperkaya khasanah ilmiah yang mendukung pelaksanaan studi kasus.

H. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini disusun dalam 5 bab yang terdiri dari beberapa sub bab. Adapun susunannya adalah sebagai berikut :

BAB I : Pendahuluan yang meliputi : Latar belakang masalah, perumusan masalah, ruang lingkup, penjelasan judul, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metodologi penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan kepustakaan meliputi: Konsep dasar medis dan konsep manajemen kebidanan, dasar hukum, standar pelayanan kebidanan dan kompetensi bidan.

BAB III : Tinjauan kasus sesuai dengan langkah – langkah manajemen mulai dari proses pengkajian data, diagnosa atau masalah, diagnosa potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi.

BAB IV : Pembahasan berisi tentang pembahasan dari kesenjangan antara teori yang ada dengan praktek yang ada di lapangan, sehingga muncul masalah yang perlu diatasi.

BAB V : Penutup
Menguraikan kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan merupakan mata rantai yang berbinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa, dan ovum, konsepsi, dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.(Manuaba 2010, h.75)

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 10 bulan lunas atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).(Hanifah 2008, h.213)

Kehamilan matur (cukup bulan) berlangsung kira-kira 40 minggu (280 hari) dan tidak lebih dari 43 minggu (300 hari).

Kehamilan yang berlangsung antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan prematur, sedangkan bila lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur.(Mansjoer 2007, h.253)

b. Etiologi

Peristiwa kehamilan tidak terlepas dari kejadian yang meliputi: pembentukan gamet (ovum dan sperma), ovulasi, pertemuan ovum dan sperma dan implantasi embrio pada uterus.

1) Pembentukan gamet

a) Ovum

Ovulasi atau pelepasan sel telur merupakan bagian dari siklus menstruasi normal, yang terjadi sekitar 14 hari sebelum menstruasi yang akan datang. Pada saat ovulasi, ovum keluar dari robekan folikel degraf menuju tuba.

b) Sperma

Sperma dibentuk ditubulus seminiferus dengan jumlah 100 juta/ml setiap ejakulasi. Pematangan sperma berlangsung di epididimis bagian kepala, badan dan ekor. Sperma yang sudah matur berada di epididimis bagian ekor dan siap untuk ejakulasi.

2) Proses Kehamilan

a) Tahap inseminasi

Pada tahap ini terjadi proses ekspulsi cairan semen yang dipancarkan kedalam vagina melalui uretra. Sperma yang masuk kedalam saluran reproduksi wanita sebanyak 3 cc setiap

ejakulasi yakni 300 juta. Sperma bergerak dari uterus menuju tuba fallopi dengan menggerakan ekornya, sperma menuju ovum dan mengeluarkan zat fertilizin.

b) Tahap fertilisasi dan konsepsi

Fertilisasi dapat terjadi jika ad pertemuan dan penetrasi antara sel ovum dan sel sperma. Hasil dari fertilisasi terjadilah zigot. Zigot membelah secara mitosis.pada saat zigot membelah menjadi 32 sel disebut morula.di dalam morula terdapat blastosel yang berisi cairan yang dikeluarkan oleh tuba fallopi, bentuk ini disebut blastosit. Lapisan terluar blastosit yaitu trofoblas berfungsi untuk menyerap makanan dan merupakan calon tembuni atau ari-ari (plasenta), sedang masa di dalamnya di sebut simpul embrio (embrionik knot) yang merupakan calon janin. Dalam waktu kurang lebih 5-7 hari blastosit berimplantasi di uterus. Hormon estrogen dan progesteron merangsang pertumbuhan uterus, dinding endometrium menjadi tebal, lunak, dan banyak mengandung pembuluh darah, serta mengeluarkan sekret seperti air susu (uterin milk) sebagai makanan embrio.

c) Tahap implantasi

Implantasi adalah proses insersi sel blastosis kedinding rahim, enam hari setelah fertilisasi.trofoblas menempel pada dinding uterus dan melepaskan hormon korionik gonadotropin.

Hormon ini melindungi kehamilan dengan menstimulasi produksi hormon estrogen dan progesteron sehingga mencegah terjadinya menstruasi. Embrio telah kuat menempel setelah hari ke-12 dari fertilisasi, selanjutnya akan terbentuk lapisan-lapisan embrio. Blastosis biasanya berinsersi di dekat puncak rahim (fundus uteri), di bagian depan maupun dinding belakang fundus uteri. Sel-sel yang berada dibagian dalam dinding blastosis yang tebal akan berkembang menjadi embrio, sedangkan sel-sel bagian luar yang tertanam pada dinding rahim akan membentuk plasenta. (Manurung 2011, h.54).

c. Diagnosis kehamilan

Perkiraan hamil bisa dilihat melalui tanda subjektif dan tanda obyektif, antara lain :

- 1) Tanda kemungkinan hamil
 - a) Tanda subjektif hamil
 - (1) Terlambat datang bulan (amenore)
 - (2) Nausea (enek) dengan atau tanpa vomitus (muntah)
 - (3) Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu)
 - (4) Konstipasi atau obstipasi
 - (5) Pingsan dan mudah lelah
 - (6) Anoreksia (tidak nafsu makan)

- b) Tanda objektif hamil
 - (1) Pembesaran dan perubahan konsistensi rahim, dengan memperhatikan tanda piscacek dan hegarn
 - (2) Perubahan warna dan konsistensi serviks
 - (3) Kontraksi Braxton Hicks
 - (4) Terdapat balotement
 - (5) Teraba bagian janin
 - (6) Terdapat kemungkinan pengeluaran kolostrum
 - (7) Terdapat hyperpigmentasi kulit.
 - (8) Terdapat kebiruan vagina/selaput lendir vulva (tanda chadwick)
- 2) Tanda pasti kehamilan
 - a) Teraba gerakan janin dalam rahim
 - b) Terdengar denyut jantung janin (hamil 12 minggu)
 - c) Pemeriksaan rontgen terdapat kerangka janin
 - d) Pemeriksaan ultrasonografi
 - (1) Terdapat kantong kehamilan, usia kehamilan 4 minggu.
 - (2) Terdapat fetal plate, usia kehamilan 4 minggu.
 - (3) Terdapat kerangka janin, usia kehamilan 12 minggu.
 - (4) Terdapat denyut jantung janin, usia kehamilan 6 minggu.

(Manuaba 2010, h.126)

d. Diagnosa banding kehamilan

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

- 1) Hamil palsu (pseudosiesis) atau kehamilan spuria.
- 2) Tumor kandungan atau mioma uteri.
- 3) Kista ovarium.
- 4) Hematometra.
- 5) Kandung kemih penuh.(Manuaba 2010, h.109)

e. Perubahan fisiologis pada kehamilan

Segala perubahan fisik dialami wanita selama hamil berhubungan dengan beberapa sistem yang disebabkan oleh efek khusus dari hormon. Perubahan ini terjadi dalam rangka persiapan perkembangan janin, menyiapkan tubuh ibu untuk bersalin, perkembangan payudara untuk pembentukan/produksi air susu selama masa nifas (Salmah 2006, h.47).

Perubahan fisiologi sebagian sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Secara fisiologis perubahan-perubahan yang dapat terjadi selama kehamilan antara lain:

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin,plasenta,amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan untuk bertambah besar

dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan.

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan. Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon progesteron. Akan tetapi, setelah kehamilan 12 minggu lebih penambahan ukuran uterus didominasi oleh desakan dari hasil konsepsi. pada awal kehamilan tuba fallopi, ovarium, dan ligamentum rotundum berada sedikit di bawah apek fundus, sementara pada akhir kehamilan akan berada sedikit di atas pertengahan uterus.

Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Pada akhir kehamilan 12 minggu uterus akan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi ke arah kanan, dekstrorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis. Pada triwulan akhir ismus akan berkembang menjadi segmen bawah uterus. Pada akhir kehamilan otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan

menipis. Batas antara segmen atas yang tebal dan segmen bawah yang tipis disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis.

2) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks.

Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Bersifat seperti katup yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama persalinan. Serviks didominasi jaringan ikat fibrosa. Komposisinya berupa jaringan matriks ekstraseluler terutama mengandung kolagen dengan elastin dan proteoglikan dan bagian sel yang mengandung otot dan fibroblas, epitel, serta pembuluh darah.

Pada akhir trimester pertama kehamilan, berkas kolagen menjadi kurang kuat terbungkus. Hal ini terjadi akibat penurunan konsentrasi kolagen secara keseluruhan. Dengan sel-sel otot polos dan jaringan elastis, serabut kolagen bersatu dengan arah paralel terhadap sesamanya sehingga serviks menjadi lunak dibanding kondisi hamil, tetapi tetap mampu mempertahankan kehamilan. Pada saat kehamilan mendekati akhir, terjadi penurunan lebih

lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasi kolagen menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi) dan ter-remodel menjadi serat.

Proses remodelling sangat kompleks dan melibatkan proses kaskade biokimia, interaksi antara komponen seluler dan matriks ekstraseluler, serta infiltrasi stroma serviks oleh sel-sel inflamasi seperti netrofil dan makrofag. Proses remodelling ini berfungsi agar uterus dapat mempertahankan kehamilan sampai akhir dan kemudian proses distruksi serviks yang membuatnya berdilatasi memfasilitasi persalinan.

Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang. Waktu yang tidak tepat bagi perubahan kompleks ini akan mengakibatkan persalinan preterm, penundaan persalinan menjadi posterm dan bahkan gangguan persalinan spontan.

3) Ovarium

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

Relaksin, suatu hormon proteinyang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan *insulin like growth factor I & II*, disekresikan oleh korpus luteum, desidua, plasenta, dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses remodelling jaringan ikat pada saluran reproduksi, yang kemudian akan mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh, tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur biokimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplikasi pada kehamilan preterm.

4) Vagina dan Perineum

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

Dinding vagin amengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu.

Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, di mana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *lactobacillus acidophilus*.

5) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya.

Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecokelatan yang disebut *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan lebar yang disebut *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan.

Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum *melanocyte stimulating hormone* pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Estrogen dan progesteron diketahui

mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga menjadi faktor pendorongnya.

6) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya akan menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar *Montgomery*, yaitu kelenjar sebasea dari areola, akan membesar dan cenderung akan menonjol keluar. Jika payudara makin besar, striae seperti yang akan terlihat pada perut akan muncul.

7) Sistem Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan bersal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per

minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg.

Hasil konsepsi, uterus, dan darah ibu secara relatif mempunyai kadar protein yang lebih tinggi dibandingkan lemak dan karbohidrat. WHO menganjurkan asupan protein per hari pada ibu hamil 51 g. Pada kehamilan normal akan terjadi hipoglikemia puasa yang disebabkan oleh kenaikan kadar insulin, hiperglikemia postprandial dan hiperinsulinemia.

Konsentrasi lemak, lipoprotein, dan apolipoprotein dalam plasma akan meningkat selama kehamilan. Lemak akan disimpan sebagian besar di sentral yang kemudian akan digunakan janin sebagai nutrisi sehingga cadangan lemak itu akan berkurang.

Selama kehamilan ibu akan menyimpan 30 g kalsium yang sebagian besar digunakan untuk pertumbuhan janin. Zinc (Zn) sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan janin. Kekurangan zat ini dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat. Pada perempuan hamil dianjurkan asupan mineral ini 7,3-11,3 mg/hari, tetapi hanya pada perempuan-perempuan beresiko yang dianjurkan mendapat suplemen mineral ini.

Asam folat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan pembelahan sel dalam sintesis DNA/RNA. Defisiensi asam folat selama kehamilan akan menyebabkan terjadinya anemia megaloblastik dan

defisiensi pada masa prakonsepsi serta awal kehamilan diduga akan menyebabkan *neural tube defect* pada janin sehingga perempuan yang merencanakan kehamilan dianjurkan mendapat asupan asam folat 0,4 mg/hari sampai usia kehamilan 12 minggu.

8) Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 cardiac output dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vaskular sistemik dan perubahan pada aliran pulsasi arterial. Peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer.

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan *preload* dan *cardiac output* sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supina dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama

trimester terakhir posisi terlentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi pada akhir kehamilan.

9) Traktus Digestivus

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser ke arah atas dan lateral.

Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah.

Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul, tetapi setelah persalinan akan berkurang secara spontan. Hemorroid juga merupakan suatu hal yang sering terjadi sebagai akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

Hati pada manusia tidak mengalami perubahan selama kehamilan baik secara anatomik maupun morfologik.

10) Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan berkemih. Ginjal akan membesar, glomerular filtration rate, dan renal plasma flow juga akan meningkat. Pada ureter akan terjadi dilatasi di mana sisi kanan akan lebih membesar dibandingkan ureter kiri. Hal ini diperkirakan karena ureter kiri dilindungi oleh kolon sigmoid dan adanya tekanan yang kuat pada sisi kanan uterus sebagai konsekuensi dari dekstrorotasi uterus. Ovarium kanan dengan posisi melintang di atas ureter kanan juga diperkirakan sebagai faktor penyebabnya.

11) Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar ± 135%. Akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Hormon prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia dan peningkatan vaskularisasi.

Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon paratiroid, vitamin D, dan kalsitonin. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan yang lainnya.

Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, testosteron, aldosteron, dan kortisol akan meningkat.

12) Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progesif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat berat ke belakang arah dua tungkai. Sendi sakroilliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.(Sulin 2008, h.174)

2. Faktor Resiko Kehamilan

a. Definisi Faktor Resiko Kehamilan

Faktor resiko kehamilan adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.

Berdasarkan definisi tersebut beberapa peneliti menetapkan faktor resiko tinggi dalam kehamilan sebagai berikut.

- 1) Puji Rochjati. Primipara muda berusia kurang dari 16 tahun, primipara tua berusia lebih dari 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak di atas 5 tahun, tinggi badan kurang dari 145 cm,

riwayat kehamilan buruk (pernah keguguran, pernah persalinan prematur, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan [ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar]), pre-eklampsia-eklampsia, gravida serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

- 2) Gastelazo Ayala. Faktor antenatal, faktor intrapartum, faktor obstetri, dan neonatal, faktor umum serta pendidikan.
- 3) Hebert Hutabarat. Membagi faktor kehamilan dengan resiko dengan resiko tinggi berdasarkan:
 - a) Komplikasi obstetri (usia kurang dari 19 tahun atau lebih dari 35 tahun), paritas (primigravida tua primer atau sekunder, grande multipara), riwayat persalinan (abortus lebih dari 2 kali, partus prematur 2 kali atau lebih, riwayat kematian janin dalam rahim, perdarahan pasca persalinan, riwayat pre-eklampsia-eklampsia, riwayat kehamilan molahidatidosa, riwayat persalinan dengan tindakan operasi (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, ekstraksi versi, atau plasenta manual), terdapat disproporsi sefalopelvik, perdarahan antepartum, kehamilan ganda atau hidramnion, hamil dengan kelainan letak, dugaan dismaturitas, serviks inkompoten, hamil disertai mioma uteri atau kista ovarium).

- b) Komplikasi medis, kehamilan yang disertai dengan anemia, hipertensi, penyakit jantung, hamil dengan diabetes melitus, hamil dengan obesitas, hamil dengan penyakit hati, hamil disertai penyakit paru, hamil disertai penyakit lainnya.
- 4) J.S. Lesinski, mengelompokkan faktor kehamilan dengan resiko tinggi berdasarkan waktu kapan faktor tersebut dapat memengaruhi kehamilan.
- a) Faktor resiko tinggi menjelang kehamilan
 - (1) Faktor genetika. Penyakit keturunan yang sering terjadi pada keluarga tertentu, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan kelainan bawaan.
 - (2) Faktor lingkungan. Diperhitungkan faktor pendidikan dan sosial ekonomi. Kedua faktor ini menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan dalam rahim. Faktor lingkungan mempengaruhi cara pemilihan tempat dan penolong persalinan, sehingga dapat menimbulkan risiko saat persalinan atau saat hamil.
 - b) Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil. Perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim, hubungan aksis fetoplasental dan sirkulasi retroplasenta merupakan satu kesatuan. Bila terjadi gangguan atau kegagalan salah satu akan menimbulkan resiko terhadap ibu maupun janin.
 - (1) Faktor keadaan umum menjelang kehamilan.

- (2) Kebiasaan ibu (merokok, alkohol, kecanduan obat).
- (3) Faktor penyakit yang mempengaruhi kehamilan (hipertensi, gestosis-toksemia gravidarum).

- c) Faktor resiko yang bekerja saat persalinan
 - (1) Sebagai akibat mekanis dalam hubungan 3P (disproporsi sefalopelvik, kelainan letak: sungsang atau letak lintang, malpresentasi, ketuban pecah dini, distres janin, perdarahan antepartum, grandemultipara).
 - (2) Faktor nonmekanis (pengaruh obat analgesik atau sedatif, penyakit ibu yang menyertai kehamilan).
- d) Faktor yang bekerja langsung pada neonatus
 - (1) Sindrom distres pernafasan (asfiksia neonatorum, aspirasi air ketuban atau mekonium)
 - (2) Faktor usia kehamilan yang mengganggu neonatus (prematuritas, neonatus dengan termoregulator prematur, bayi kecil cukup bulan (berat badan lahir rendah, gangguan mengisap dan menelan, hipofibrinogenemia, gangguan kongenital))
 - (3) Penyakit ibu (hipertensi, diabetes melitus, jantung, paru-paru, hepar)
 - (4) Pertumbuhan intrauterin (perdarahan antepartum, infeksi intrauterin, gangguan pertumbuhan jiwa atau neurologis,

toksemeia [gestosis], kelainan kongenital [hidrosefalus, anencefalus, kembar siam]).

5) Ida Bagus Gde Manuaba, menyederhanakan faktor resiko yang perlu diperhatikan sebagai berikut.

a) Berdasarkan anamnesis

(1) Usia ibu (< 19 tahun.> 35 tahun, perkawinan lebih dari 5 tahun).

(2) Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).

(3) Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat mola hidatidosa atau korio karsinoma).

(4) Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi lahir rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan pospartum, persalinan dengan tindakan [ekstraksi forseps, ekstraksi vakum, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar]).

b) Hasil pemeriksaan fisik

(1) Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145 cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan

disertai: anemia, penyakit jantung, diabetes melitus, paru-paru, hati, atau ginjal).

(2) Hasil pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu: hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, serviks inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri, kehamilan trimester kedua dan ketiga: pre-eklamsi-eklamsia, perdarahan, kehamilan kembar, hidramnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke-36 pada primi gravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalopelvik, kehamilan lewat waktu (di atas 42 minggu)).

c) Saat in partu. Pada persalinan dengan resiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal):

(1) Keadaan resiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melampui batas waktu perhitungan patograf WHO, persalinan terlantar, ruptur uteri iminens, ruptur uteri, persalinan dengan kelainan letak janin: [sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang], distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum:[plasenta

previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa).

- (2) Keadaan resiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan [pecahnya vasa previa], air ketuban warna hijau, atau prolapsus funikuli, dismaturitas, makrosomia, infeksi intrauterin, distres janin, pembentukan kaput besar, retensio plasenta).
- d) Keadaan resiko tinggi pospartum (persalinan dengan retensio plasenta, atonia uteri pospartum, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri).(Manuaba 2010, h.241)

b. Klasifikasi faktor resiko

Faktor resiko merupakan mata rantai dalam proses yang merugikan, mengakibatkan kematian/ kesakitan/ kecacatan/ ketidaknyamanan/ ketidakpuasan pada ibu/janin.

Kelompok faktor resiko berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat risikonya, faktor risiko dikelompokkan dalam 3 kelompok FR. I,II, dan III dengan berturut-turut ada 10, 8, dan 2.

- 1) Kelompok faktor resiko I: Ada-Potensi-Gawat-Obstetri/APOG dengan 7 terlalu dan 3 pernah. Tujuh terlalu adalah primi muda, primi tua, primi tua sekunder, umur ≥ 35 tahun, grande multi, anak terkecil umur < 2 tahun, tinggi badan rendah ≤ 145 cm, dan 3 pernah adalah riwayat obstetri jelek, persalinan lalu mengalami

perdarahan pasca persalinan dengan infus/ transfusi, urin manual, tindakan pervaginam, bekas operasi sesar. FR ini mudah ditemukan pada kontak I- hamil muda oleh siapapun ibu sendiri, suami, keluarga, tenaga kesehatan dan PKK, dukun, melalui tanya jawab dan periksa pandang. Ibu resiko tinggi dengan kelompok FR I ini selama hamil sehat, membutuhkan KIE pada tiap kontak berulang kali mengenai kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan.

- 2) Kelompok FR II: Ada-Gawat-Obstetri/AGO- penyakit ibu, preeklamsia ringan, hamil kembar, hidramnion, hamil serotinus, IUFD, letak sungsang, dan letak lintang. Ibu AGO dengan FR yang kebanyakan timbul pada umur kehamilan lebih lanjut, risiko terjadi komplikasi persalinan lebih besar, membutuhkan KIE berulang kali agar peduli sepakat melakukan rujukan terencana ke pusat rujukan.
- 3) Kelompok FR III Ada-Gawat-Darurat-Obstetrik/AGDO: perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsia. Ibu AGDO dalam kondisi yang langsung dapat mengancam nyawa ibu/janin, harus segera dirujuk tepat waktu (RTW) ke RS dalam upaya menyelamatkan ibu/bayi baru lahir(Rochjati 2008,h.29).

Faktor risiko juga dapat dikelompokkan berdasarkan skor. Skor merupakan bobot (weighting) dari resiko akan komplikasi dalam persalinan. Sistem skoring berdasarkan analisis statistik epidemiologik didapatkan skor 2 sebagai skor awal untuk semua umur dan paritas.

Skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, preeklamsia berat/eklamsia, perdarahan antepartum, sedangkan skor 4 untuk faktor lain. Kelompok risiko berdasarkan tiap kontak, ada 3 kelompok risiko:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah/KRR- jumlah skor 2 dengan kode warna hijau, selama hamil tanpa FR.
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi/KRT- jumlah skor 6-10, kode warna kuning dapat dengan FR tunggal dari kelompok FR I, II, III, dan dengan FR ganda 2 dari kelompok FR I dan II.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi/KRST- ibu dengan jumlah skor \geq 12 kode warna merah, ibu hamil dengan FR ganda dua atau tiga dan lebih (Rochjati 2008, h.30).

3. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks,dan janin turun ke jalan lahir (Sumarah 2009, h.1).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Mansjoer 2007,h. 291).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18

jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin 2006, h.100).

Menurut dr. Ida Bagus Gede Manuaba Sp.OG, 2010, h.164 persalinan dibagi 3 macam:

- 1) Persalinan spontan. Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan dan tenaga dari sendiri.
- 2) Persalinan Buatan. Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
- 3) Persalinan anjuran. Bila persalinan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan merangsang.

b. Proses Terjadinya Persalinan

Terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his.

Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot rahim menyebabkan:

- 1) Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama primigravida minggu ke-36.
- 2) Perut lebih melebar karena fundus uteri turun
- 3) Muncul saat nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus Frankenhauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu)
- 4) Terjadi pelunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim

- 5) Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

Tanda persalinan:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang makin pendek.
- 2) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir campur darah).
- 3) Dapat disertai ketuban pecah.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (pelunakan serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks)

Teori kemungkinan terjadinya proses persalinan:

- 1) Teori keregangan
- 2) Teori penurunan progesteron
- 3) Teori oksitosin internal
- 4) Teori prostaglandin
- 5) Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis (Manuaba 2010, hh.166-169).

c. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai lengkap. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

2) Kala II

Kala II atau kala pengusiran, gejala utama:

- a) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan nemdakati lengkap diikuti keinginan mengejan.
- d) Kedua kekuatan, his dan mengajan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, ahi, hidung dan muka, serta kepala.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong.
- g) Lamanya kala II untuk primigrvida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3) Kala III (pelepasan uri)

Setelah kala II, kontraks uterus berhenti sekitar 5-10 menit.

Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta, tanda-tandanya: uterus menjadi bundar, uterus terdorong

keatas karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan.

4) Kala IV (observasi)

Dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum sering terjadi 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, kontraksi uterus, terjadinya perdarahan). Perdarahan normal jika jumlahnya tidak melabih 400-500 cc (Manuaba 2010, hh.173-174)

4. Retensi Sisa Plasenta

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang melebihi 500 ml. Batasan perdarahan pasca persalinan adalah setelah bayi lahir. Sedangkan jumlah perdarahannya, di sebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal di mana telah menyebabkan perubahan tanda vital (pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, sistolik < 90 mmHg, nadi >100x/menit, kadar Hb < 8 g%) (Winkjosastro 2005, h.128).

a. Perdarahan sisa plasenta

Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Sewaktu suatu bagian dari plasenta (satu atau lebih) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik. Pada kasus ini bisa dilakukan penanganan : (Prawirohardjo 2010, h.181)

- 1) Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta. Eksplorasi manual menggunakan teknik yang sama dengan teknik yang digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tidak keluar.
- 2) Keluarkan sisa plasenta dengan tangan, cunam ovum, atau kuret berat. Bila plasenta melekat kuat dapat mengakibatkan perdarahan berat atau perforasi uterus, yang biasanya membutuhkan tindakan histerektomi.
- 3) Jika perdarahan berlanjut lakukan uji pembekuan darah. Jika selama 7 menit terjadi kegagalan pembekuan darah atau terbentuknya bekuan darah yang lunak yang mudah hancur.
- 4) Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien-pasien akan kembali ketempat bersalin dengan keluhan perdarahan setelah 6-10 hari pulang kerumah dan sub involusi uterus.
- 5) Berikan antibiotika karena perdarahan juga merupakan gejala metritis. Antibiotika yang dipilih adalah ampicilin dosis awal 1 gram IV dilanjutkan dengan 3x1 gram oral dikombinasikan dengan metronidazole 1 gram suppositoria dilanjutkan 3x500 mg.
- 6) Dengan dipayungi antibiotika, lakukan eksplorasi digital (bila servik terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan. Bila serviks hanya bisa dilalui instrument, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan AVM atau dilatasi dan kuretase.

- 7) Bila kadar Hb<8 gram% berikan transfuse darah. Bila kadar Hb≥ 8 gram%, berikan sulfas ferosus 600 mg /hari selama 10 hari.

5. Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu.

Pada masa ini terjadi perubahan-perubahan fisiologi, yaitu:

- 1) Perubahan fisik
- 2) Involusi uterus dan pengeluaran lokhia
- 3) Laktasi atau pengeluaran air susu ibu
- 4) Perubahan sistem tubuh lainnya
- 5) Perubahan psikis

b. Tujuan

Tujuan asuhan masa nifas:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri , nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.

4) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik untuk ibu maupun bayinya. Dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi masa nifas, dapat mencegah beberapa kematian ibu maupun bayi.

c. Program dan kebijakan teknis

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

Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan), tujuannya:

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, dan rujuk bila perdarahan berlanjut
- 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- 4) Pemberian ASI awal
- 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia

Kunjungan II (6 hari setelah persalinan), tujuannya:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal (uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau)

- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memprlihatkan tanda-tanda penyulit
- 5) Memberikan konseling pda ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan), tujuannya sama dengan 6 hari setelah persalinan.

Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan), tujuannya :

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini. (Saifuddin 2009, hh.: 122-123)

6. Bayi Baru Lahir

a. Adaptasi fisiologi BBL di luar uterus

Adaptasi fisiologi BBL sangat berguna bagi bayi untuk menjaga kelangsungan hidupnya diluar uterus. Karena nantinya bayi harus dapat melakukan sendiri segala kegiatan untuk mempertahankan kehidupannya. Hal yang sangat perlu diperhatikan adalah bagaimana upaya untuk menjaga agar bayi tetap terjaga kahangatannya. Yang utama adalah menjaga bayi agar tetap hangat, mampu melakukan

pernafasan dengan spontan dan bayi menyusu sendiri pada ibunya (Sumarah, dkk,2009, h.173).

b. Penanganan bayi baru lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, adalah:

- 1) Membersihkan jalan nafas
- 2) Memotong dan merawat tali pusat
- 3) Mempertahankan suhu tubuh bayi
- 4) Identifikasi
- 5) Pencegahan infeksi (Saifuddin 2009,h.133)

c. Pemantauan bayi baru lahir

Tujuannya untuk mengetahui aktifitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir:

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah.
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai.
- 3) Bayi kemerahan atau biru.

Yang perlu dipantau pada bayi baru lahir:

- 1) Suhu badan dan lingkungan
- 2) Tanda-tanda vital
- 3) Berat badan

- 4) Mandi dan perawatan kulit
- 5) Pakaian
- 6) Perawatan tali pusat

Pemantauan tanda-tanda vital:

- 1) Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak
- 2) Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara waktu inspirasi maupun ekspirasi, gerak pernafasan 30-50 kali per menit
- 3) Nadi dapat dipantau disemua titik-titik nadi perifer
- 4) Tekanan darah dipantau hanya ada indikasi (Saifuddin 2009, hh.136-138)

B. Dasar Hukum Yang Berhubungan Dengan Kasus

Dasar hukum yang berhubungan dengan kasus antara lain :

1. Permenkes RI Nomor HK. 0202/MENKES/1464/2010

- a. Pasal 8

Bidan dalam menjalankan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- 1) Pelayanan kebidanan
- 2) Pelayana kesehatan reproduksi perempuan; dan
- 3) Pelayanan kesehatan masyarakat

b. Pasal 11

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 (1) berwenang untuk :

- 1) Memberikan imunisasi dalam rangka menjalankan tugas pemerintah.
- 2) Bimbingan senam hamil.
- 3) Episiotomi.
- 4) Penjahitan luka episiotomy.
- 5) Kompresi bimanual interna dalam rangka kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
- 6) Pencegahan anemia.
- 7) Inisiasi menyusu dini dan promosi ASI eksklusif.
- 8) Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia.
- 9) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
- 10) Pemberian minum dengan sonde atau pipet.
- 11) Pemberian obat bebas, uterotonika untuk postpartum dan manajemen aktif kala tiga.
- 12) Pemberian surat keterangan kelahiran dan.
- 13) Pemberian surat keterangan ibu hamil untuk keperluan cuti kelahiran.

c. Pasal 14

- 1) Dalam keadaan darurat untuk penyelamatan nyawa seseorang/ pasien dan tidak ada dokter ditempat kejadian, bidan dapat melakukan

pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8.

- 2) Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dalam rangka melaksanakan tugas pemerintah dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8.
- 3) Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 4) Dalam hal daerah sebagaimana dimaksud pada ayat(3) telah terdapat dokter, kewenangan bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memperoleh sertifikat.

2. Kompetensi Bidan Indonesia

Kompetensi ke-3: Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

- a. Pengetahuan dasar
 1. Anatomi dan fisiologi tubuh manusia
 2. Siklus menstruasi dan konsep konsepsi
 3. Tumbuh kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya
 4. Tanda-tanda dan gejala kehamilan
 5. Mendiagnosa kehamilan
 6. Perkembangan normal kehamilan

7. Komponen riwayat kesehatan
8. Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama antenatal
9. Menentukan umur kehamilan dari riwayat menstruasi, pembesaran dan atau tinggi fundus uteri
10. Mengenal tanda dan gejal anemia ringan dan berat, hyperemesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminen, molahydatidosa dan komplikasinya, dan kehamilan ganda, kelainan letak serta pre eklamsia.
11. Nilai normal dari pemeriksaan laboratorium seperti Haemoglobin dalam darah, test gula, protein, aceton, dan bakteri dalam urine.
12. Perkembangan normal dari kehamilan : perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang tidak lazim, pertumbuhan fundus uteri yang diharapkan.
13. Perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan dalam keluarga.
14. Penyuluhan dalam kehamilan : perawatan fisik, perawatan buah dada, ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan dan aktivitas (senam hamil).
15. Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil dan janin.
16. Penatalaksanaan immunisasi pada wanita hamil.
17. Pertumbuhan dan perkembangan janin.
18. Persiapan persalinan, kelahiran dan menjadi orang tua.

19. Persiapan keadaan dan rumah / keluarga untuk menyambut kelahiran bayi.
 20. Tanda-tanda dimulainya persalinan.
 21. Promosi, dan dukungan pada ibu menyusukan.
 22. Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persiapan persalinan dan kelahiran.
 23. Mendokumentasikan temuan dan asuhan yang diberikan.
 24. Mengurangi ketidaknyamanan selama masa kehamilan.
 25. Penggunaan obat-obat tradisional ramuan yang aman untuk mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan.
 26. Akibat yang ditimbulkan dari merokok, penggunaan alkohol dan obat terlarang bagi wanita hamil dan janin.
 27. Akibat yang ditimbulkan/ditularkan oleh binatang tertentu terhadap kehamilan, misalnya toxoplasmosis.
 28. Tanda dan gejala dari komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa, seperti pre eklamsia, pendarahan pervaginam, kelahiran prematur, anemia berat.
 29. Kesejahteraan janin termasuk DJJ dan pola aktivitas janin.
 30. Resusitasi kardiopulmonary.
- b. Ketrampilan dasar
- 1) Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisa pada setiap kunjungan / pemeriksaan ibu hamil.

- 2) Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap.
- 3) Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundusuteri / posisi / presentasi dan penurunan janin.
- 4) Melakukan penilaian pelvic, termasuk ukuran dan struktur tulang panggul.
- 5) Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk detak jantung janin dengan menggunakan fetoscope (Pinard) dan gerakan janin dengan palpasi uterus.
- 6) Menghitung usia kehamilan dan menentukan perkiraan persalinan.
- 7) Mengkaji status nutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan.
- 8) Mengkaji kenaikan berat badab ibu dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan.
- 9) Memberikan penyuluhan pada klien / keluarga mengenai tanda-tanda berbahaya dan serta bagaimana menghubungi bidan.
Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat I, abortus imminen dan pre eklamsia ringan.
- 10) Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan yang lazim terjadi dalam kehamilan.
- 11) Memberikan immunisasi pada ibu hamil.

- 12) Mengidentifikasi penyimpanan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat dari :
- a) Kekurangan gizi.
 - b) Pertumbuhan janin yang tidak adekuat : SGA & LGA.
 - c) Pre eklamsia berat dan hipertensi.
 - d) Pendarahan per-vaginam.
 - e) Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm.
 - f) Kelainan letak pada janin kehamilan aterm.
 - g) Kematian janin.
 - h) Adanya edema yang signifikan, sakit kepala yang hebat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi.
 - i) Ketuban pecah sebelum waktu.
 - j) Persangkaan polyhydramnion.
 - k) Diabetes melitus.
 - l) Kelainan kongenital pada janin.
 - m) Hasil laboratorium yang tidak normal.
 - n) Persangkaan polyhydramnion, kelainan janin.
 - o) Infeksi pada ibu hamil seperti : PMS, vaginitas, infeksi saluran perkemihan dan salurran nafas.
- 13) Memberikan bimbingan dan persiapan untuk persalinan, kelahiran dan menjadi orang tua.

- 14) Memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil, seperti nutrisi, latihan (senam), keamanan dan berhenti merokok.
- 15) Penggunaan secara aman, jamu/ obat-obat tradisional yang tersedia.

C. Standar Pelayanan Kebidanan

1. Standar 3 : Identifikasi Ibu hamil

Pernyataan standar :

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan teratur.

2. Standar 4 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Pernyataan standar :

Bidan memberikan sedikitnya 4 x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/ kelainan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PSM/ Infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas.

3. Standar 5 : Palpasi Abdominal

Pernyataan standar :

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksakan posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Standar 6: Pengelolaan anemia dalam kehamilan

Pernyataan standar :

Bidan melakukan pemeriksaan anemia pada kehamilan secara dini da melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

5. Standar 8 : Persiapan persalinan

Pernyataan standar :

Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

D. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan atau sering disebut manajemen kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberikan asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan (Depkes RI 2003, h. 12).

2. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Menurut Depkes RI (2003, h.12) manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah, antara lain :

Langkah 1 : Mengumpulkan data baik melalui anamnesa dan pemeriksaan yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara menyeluruh.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara :

- a. Pengambilan riwayat.
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital.
- c. Pemeriksaan khusus.
- d. Pemeriksaan penunjang.

Langkah ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi

akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam langkah ini harus terkumpul data yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat.

Langkah 2 : Menginterpretasikan data dengan tepat untuk mengidentifikasi masalah atau diagnosa.

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan.

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Langkah 3 : Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial/ mungkin timbul untuk mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan

dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap untuk mencegah diagnosa/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini, penting dalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah 4 : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan tindakan, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau bersifat rujukan.

Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

Langkah 5 : Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan dan membuat kesepakatan dengan klien sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien sebelum melaksanakannya.

Langkah 6 : Pelaksanaan pemberian asuhan dengan memperhatikan efisiensi dan keamanan tindakan.

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman.

Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana).

Dalam situasi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut. Penatalaksanaan yang efisien dan berkualitas akan menyingkat waktu dan biaya.

Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

Langkah 7 : Mengevaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan.

Dilakukan secara siklus dan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif, untuk mengetahui faktor yang menguntungkan dan menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan.

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah

diidentifikasi didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses penatalaksanaan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui penatalaksanaan. Untuk mengidentifikasi mengapa proses penatalaksanaan tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

Demikianlah langkah-langkah/alur berfikir dalam penatalaksanaan kasus kebidanan. Alur ini merupakan suatu proses yang berkesinambungan yang tidak terpisah satu dan lainnya. Namun, untuk memudahkan proses pembelajaran proses itu diuraikan dan dipilah seolah-olah terpisah antara satu tahap/langkah dan langkah berikutnya.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Asuhan kebidanan I

Pengkajian :

Tanggal / Jam : 8 Februari 2012 / 14.00 WIB
Tanggal / Jam : 8 Februari 2012 / 14.00 WIB
Tempat : Rumah Pasien

I. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata Klien

a. Identitas Ibu

Nama : Ny. S
Umur : 32 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Tidak Bekerja
Suku, bangsa : Jawa, Indonesia
Alamat : Tegalrejo 4/3 Tirto

b. Identitas Suami

Nama : Tn. Z
Umur : 45 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SD

Pekerjaan : Buruh
Suku, bangsa : Jawa, Indonesia
Alamat : Tegalrejo 4/3 Tirto

2. Alasan Datang

Petugas kesehatan ingin memeriksa kehamilan ibu

3. Keluhan Utama

Ibu menyatakan saat ini ibu mengeluhkan pегal pada pinggang

4. Riwayat Menstruasi

1. Menarche : 12 tahun
2. Siklus : ± 30 hari
3. Lama : ± 7 hari
4. Banyak : 2 x ganti pembalut/hari
5. Keluhan : tidak ada
6. Flour Albus : ada, sebelum dan setelah mens

5. Riwayat Perkawinan

1. Menikah : ya
2. Umur waktu menikah : 20 tahun
3. Pernikahan ke : 1 (pertama)
4. Lama pernikahan : ± 12 tahun

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

No	Kehamilan		Persalinan								
	Umur	Keadaan	Tempat	Penolong	Jenis persalinan	Bayi lsg menangis	J. K	BB	PB	Cacat bawaan	Keadaan
1	9 bulan	baik	bps	bidan	normal	ya ♀	40 00	49	Tidak ada	baik	
2	2 bulan	abortus									
3	9 bulan	baik	bps	bidan	normal	ya ♂	39 00	50	Tidak ada	baik	
4	9 bulan	baik	bps	bidan	normal	ya ♂	40 00	48	Tidak ada	baik	
5	5 bulan	IUFD									
6	Hamil ini										

Nifas				Keadaan anak sekarang	
Lochea	Lactasi	Involusi	Keadaan	Umur	Keadaan
Normal	Ya,normal	Normal	Baik	11 tahun	Baik
Normal	-	Normal	Baik	-	Meninggal
Normal	Ya, normal	Normal	Baik	6,5 tahun	Baik
Normal	Ya, normal	Normal	Baik	3,5 tahun	Baik
Normal	-	Normal	Baik	-	Meninggal

7. Riwayat Keluarga Berencana

1. Pernah KB : pernah
2. Jenis kontrasepsi : pil
3. Lama Penggunaan : 2 tahun
4. Alasan Dilepas/dihentikan : -

5. Keinginan KB yang akan datang : belum tahu

8. Riwayat Kehamilan Sekarang

BB sebelum hamil : 60 kg

HPHT : 5 Juli 2011

HPL : 12 April 2012

Keterangan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
ANC / di	rutin di puskesmas	rutin di puskesmas	rutin di puskesmas
Keluhan	Mual mual dipagi hari	Tidak ada	sering pegel – pegel pada pinggang
Pesan nakes	Makan sedikit tapi sering, hindari makanan yang mengandung lemak dan berbau menyengat.	Istirahat cukup, perbanyak makan makanan bergizi	Perbanyak istirahat dan kurangi aktivitas yang melelahkan
Imunisasi TT		TT 1 pada UK 5 bln TT 2 pada UK 6 bln	
Tablet Fe	30 tablet Diminum habis	30 tablet / Diminum habis	30 tablet / Diminum habis
Kenaikan BB	3 kg	1 kg	2 kg
Gerakan janin	Belum terasa	Mulai terasa	Gerakan aktif

9. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Klien

a. Riwayat penyakit sebelum hamil

Ibu mengatakan bahwa sebelum hamil tidak pernah sakit parah hingga dirawat di rumah sakit. Hanya batuk, pilek biasa yang sembuh setelah periksa.

b. Riwayat penyakit selama hamil

Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah sakit hingga mengganggu kehamilannya. Hanya batuk, pilek biasa yang sembuh setelah diperiksa.

c. Riwayat penyakit menular

Ibu mengatakan bahwa dirinya tidak pernah menderita penyakit menular seperti batuk lama lebih dari 3 minggu, malaria, penyakit kuning dan penyakit kelamin.

d. Riwayat penyakit menurun

Ibu mengatakan bahwa dirinya tidak pernah menderita penyakit menurun seperti tekanan darah tinggi, kencing manis, asma dan penyakit jantung.

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Riwayat penyakit menular pada keluarga

Ibu mengatakan bahwa baik keluarganya maupun keluarga suami tidak ada yang menderita penyakit menular seperti batuk lama lebih dari 3 minggu, malaria, penyakit kuning dan penyakit kelamin.

b. Riwayat penyakit menurun pada keluarga.

Ibu mengatakan bahwa dikeluarganya ada yang menderita penyakit menurun yaitu tekanan darah tinggi.

c. Riwayat keturunan kembar.

Ibu mengatakan bahwa baik keluarganya maupun keluarga suami ada yang mempunyai keturunan kembar.

10. Riwayat Psikososial

1. Penerimaan Pasien Terhadap Kehamilan

Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya saat ini.

2. Penerimaan Keluarga Terhadap Kehamilan.

Ibu mengatakan keluarganya juga senang, membantu, memotivasi, dan mendukung kehamilan ibu.

3. Rencana Pengasuhan Anak

Ibu mengatakan bila anaknya lahir nanti akan diasuh dirinya sendiri dibantu suami dan keluarga.

4. Budaya Keluarga Yang Dianut Terhadap Kehamilan.

Ibu mengatakan selama keluar rumah selalu bawa gunting dan ibu nanti akan mengadakan selamatan (mitoni).

11. Pola Kehidupan Sehari-hari

Pola	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1. Nutrisi		
a. Pola makan/banyaknya	3 x 1 porsi sedang	3 x 1 porsi sedang
Minum / banyaknya	6-7 gelas	8-9 gelas
b. Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
c. Makanan yang sering dikonsumsi	Nasi,sayur, lauk, teh manis, air putih	Nasi, sayur, lauk,buah air putih, susu
2. Eliminasi		
a. Pola BAB	1 x sehari	1 x sehari

Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Konsistensi	Lembek	Lembek
b. Pola BAK	5 - 6 x sehari	6 - 7 x sehari
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Warna	Kuning Jernih	Kuning Jernih
3. ISTIRAHAT		
a. Lamanya	Siang : -	Siang : -
	Malam : ± 8 jam	Malam : ± 9 Jam
4. AKTIVITAS		
a. Aktivitas dirumah	Memasak, nyapu, mencuci	Memasak, nyapu, mencuci
b. Aktivitas di luar rumah	Tidak ada	Tidak ada
c. Aktivitas yang melelahkan	Tidak ada	Tidak ada
5. SEKSUAL		
a. Frekuensi	±2x seminggu	Jarang
b. Keluhan yang dirasakan	Tidak ada	Tidak ada
6. KEBIASAAN BURUK YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN		
a. Minum-minuman keras	Tidak pernah	Tidak pernah
b. Merokok	Tidak pernah	Tidak pernah
c. Minum obat2an/narkoba	Tidak pernah	Tidak pernah
d. Minum kopi	Tidak Pernah	Tidak pernah
e. Minum sofdrik	Tidak Pernah	Tidak pernah
f. Memakai pakaian ketat	Tidak Pernah	Tidak pernah
g. Memakai sandal/sepatu hak tinggi	Tidak pernah	Tidak pernah

12. Pengetahuan Tentang Kehamilan & Persalinan

1. Pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi dan cairan ibu hamil

Ibu mengatakan bahwa ibu hamil harus banyak makan-makanan yang bergizi dan perbanyak minum air putih.

2. Pengetahuan tentang kebutuhan istirahat dan aktivitas.

Ibu mengatakan bahwa ibu hamil harus istirahat cukup dan mengurangi aktivitas yang melelahkan.

3. Pengetahuan tentang perawatan payudara.

Ibu mengatakan belum mengetahui perawatan payudara tetapi biasanya ibu membersihkan payudaranya dengan air hangat.

4. Pengetahuan tentang senam hamil.

Ibu mengatakan belum mengetahui tentang senam hamil tetapi setiap pagi ibu jalan-jalan.

5. Pengetahuan tentang bahaya kehamilan dan penangannya.

Ibu mengatakan yg ibu tahu tanda bahaya kehamilan adalah apabila keluar darah dari jalan lahir dan apabila ibu menemukan hal tersebut ibu langsung ke tenaga kesehatan terdekat..

6. Pengetahuan tentang tanda-tanda persalinan.

Ibu mengatakan belum tahu tentang tanda-tanda persalinan.

II. DATA OBYEKTIF

1. Data Umum

- a. KU : Baik
- b. Kesadaran : Compesmentis
- c. BB sekarang : 66 kg
- d. LILA : 26,5 cm
- e. Tinggi Badan : 159 cm

- f. HPHT : 5 Juli 2011
g. HPL : 12 April 2012

2. Tanda-Tanda Vital

- a. Tekanan Darah : 110 / 70 mmHg
b. Nadi : 86 x /menit
c. Suhu : 36,5⁰ C
d. Respirasi : 22x /menit

3. Status Present

- a. Kepala : Tidak ada luka, rambut tidak mudah dicabut, kulit kepala bersih, rambut bersih
b. Wajah : Simetris, tidak pucat, tidak ikhterik
c. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, fungsi penglihatan baik.
d. Hidung : Simetris, septum di tengah, tidak ada polip, tidak ada secret atau darah.
e. Telinga : Simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik.
f. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, dan vena jugularis.
g. Dada : simetris, pernapasan teratur, tidak ada bunyi mengi, tidak ada nyeri epigastrik, tidak ada

pembesaran jantung.

- h. Payudara : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran limfe.
- i. Abdomen : tidak ada nyeri tekan, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada pembesaran limfe.
- j. Ektremitas atas : Warna kuku tidak pucat, kuku bersih, pendek, tidak oedem, tidak pucat, kapillary refil < 2 detik, turgor <1 detik.
- k. Ektremitas bawah : Tidak oedem, tidak pucat, tidak ada varises, kapillary refil < 2 detik, reflex patella +.
- l. Punggung : Tidak ada kelainan bentuk tulang punggung, tidak ada nyeri ketuk.
- m. Genitalia : tidak dilakukan pemeriksaan.
- n. Anus : tidak dilakukan pemeriksaan.

4. Data Obstetri

- a. Muka : tidak ada cloasma gravidarum.
- b. Payudara : ada hyperpigmentasi areolamamae, asi belum keluar
- c. Abdomen :
 - 1) Inspeksi : tidak ada linea nigra dan striae gravidarum

2) Palpasi Leopold :

- Leopold I : TFU pertengahan pusat Px.
Pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting
- Leopold II : bagian kiri teraba bagian datar, keras, memanjang, ada tahanan seperti papan. Sebelah kanan teraba bagian-bagian kecil janin.
- Leopold III : pada bagian symphysis teraba bagian keras, bulat, melenting, masih bisa digoyangkan.
- Leopold IV : bagian terbawah kepala masuk 5/5 bagian
- Auscultasi DJJ : 140 x/menit. Terdengar tunggal, jelas dan teratur di atas pusat sebelah kiri.

3) TFU Mc. Donal : 29 cm

4) TBJ : $(29 - 12) \times 155 = 2635$ gram

d. Panggul Luar

- 1) Distansia spinarum : 24 cm (normal 23-26 cm)
- 2) Distansia cristarum : 27 cm (normal 26-29 cm)
- 3) Distansia tuberum : - (normal 10-11,5 cm)
- 4) Distansia externa : 19 cm (normal 18-20 cm)
- 5) Lingkar panggul : 98 cm (normal 80-100 cm)

- e. Genitalia : tidak diperiksa
- f. VT : tidak dilakukan VT

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hb : 10,6 gr %
- b. Protein Urin : negatif
- c. Urin Reduksi : negatif

III. ASSASMENT

Ny. S, 32 tahun, G₆ P₃ A₂, hamil 31 minggu, janin tunggal hidup intra uterin, puki, preskep, U, dengan anemia ringan.

IV. PLANNING

- 1. Perencanaan
 - a. Beritahu ibu hasil pemeriksaan
 - b. Beritahu ibu tentang penkes ketidaknyamanan trimester III
 - c. Anjurkan ibu untuk tetap minum tablet Fe dan memperbanyak makan sayuran yang berwarna hijau.
 - d. Anjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi untuk mencegah terjadinya IUGR dan berikan ibu tablet tambah darah untuk mencegah anemia sedang.
 - e. Beritahu ibu untuk mengikuti senam hamil di puskesmas.
 - f. Beritahu ibu jadwal kunjungan berikutnya.

2. Pelaksanaan

- a. Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat.
- b. Memberitahu ibu tentang ketidaknyamanan pada trimester III yaitu perasaan yang tidak menyenangkan yang dialami ibu hamil usia kehamilan 7-9 bulan, yang terdiri atas:
 - 1) Sakit punggung dikarenakan rahim yang membesar dan beban pada perut ibu yang bertambah. Cara mengatasinya yaitu: hindari mengangkat beban yang berat dan tidur pada posisi miring.
 - 2) Sakit pinggang dikarenakan adanya peregangan otot di daerah pinggang. Cara mengatasinya: hindari mengangkat beban yang berat.
 - 3) Sering kencing terjadi karena rahim yang membesar dan menekan kandung kemih. Cara mengatasinya: BAK teratur dan perbanyak minum di siang hari serta mengurangi minum pada malam hari.
 - 4) Susah BAB dikarenakan tekanan rahim yang membesar sehingga menekan usus. Cara mengatasi: memperbanyak minum air putih, makan sayur dan buah.
- c. Menganjurkan dan memotivasi ibu untuk meminum obat yang diberikan puskesmas serta memperbanyak konsumsi sayur dan buah
- d. Memberitahu ibu untuk mengikuti senam hamil di Puskesmas

besok pagi pada jam 09.00 wib.

- e. Memberitahukan kepada ibu jadwal kunjungan berikutnya adalah 2 minggu lagi yaitu pada tanggal 22 Februari 2012 atau sewaktu-waktu apabila ibu ada keluhan ibu segera menghubungi tenaga kesehatan.

3. Evaluasi

- a. Ibu mengetahui bahwa ibu dan bayi dalam keadaan sehat
- b. Ibu lega mendengar bahwa keluhan yang dialami adalah normal dan ibu bersedia untuk melakukan apa yang disarankan untuk mengatasi keluhan yang dialami ibu.
- c. Ibu mau minumobat secara rutin dan memperbanyak konsumsi sayur dan buah.
- d. Ibu mau datang untuk mengikuti senam hamil.
- e. Ibu bersedia untuk diperiksa lagi 2 minggu lagi atau sewaktu-waktu apabila ibu ada keluhan ibu akan segera menghubungi tenaga kesehatan.

Asuhan Kebidanan (kunjungan II)

Tanggal/jam/pengkajian : 9 Februari 2012/jam 09.00 WIB

tempat : Balai Desa

1. Data Subjektif

Ibu mengatakan keadaan ibu dalam kondisi baik.

2. Data Objektif

a. Data umum

1) KU : Baik

2) Kesadaran : Composmentis

3. Assesment

Ny. S, 32 tahun, G₆P₃A₂, hamil 31 minggu, janin tunggal hidup intrauterin, puki, presKep, U, dengan anemia ringan.

4. Plaining

a. Perencanaan

1) Ajarkan ibu senam hamil.

2) Anjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi untuk mencegah terjadinya IUGR dan memberikan ibu tablet Fe untuk mencegah anemia sedang.

b. Pelaksanaan

1) Jam 09.00 WIB: mengajarkan ibu senam hamil.

2) Mengajurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi untuk mencegah terjadinya IUGR dan memberikan ibu tablet Fe untuk

mencegah anemia sedang.

c. Evaluasi

- 1) Ibu mengikuti senam hamil dengan baik dan mampu melakukan gerakan yang diajarkan.
- 2) Ibu sudah mengikuti anjuran dan meminum tablet tambah darah setiap hari.

Asuhan kebidanan (kunjungan ke III)

Tanggal/jam/pengkajian : 23 Februari 2012/ jam 16.00 WIB

Tempat : Rumah Ibu

1. Data Subjektif

- a. Ibu mengatakan masih merasa pegal pada punggung.
- b. Ibu mengatakan lebih sering BAK.

2. Data Objektif

a. Data umum

- 1) KU : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Tekanan Darah : 110/80 mmHg
- 4) Nadi : 84 x/mnt
- 5) RR : 21 x/mnt
- 6) Suhu : 36,5°C

b. Status obstetrik

1) Abdomen

a) Inspeksi : tidak ada linea nigra dan striae gravidarum.

b) Palpasi Leopold

Leopold I : TFU pertengahan px . Pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting

Leopold II : bagian kiri teraba bagian datar, keras, memanjang, ada tahanan seperti papan. Sebelah kanan teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III : pada bagian symphysis teraba bagian bulat, keras, dan melenting, sudah tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : bagian terbawah janin teraba kepala 5/5 bagian.

c) Auscultasi DJJ : 144 x/menit. Terdengar tunggal, jelas dan teratur di bawah pusat sebelah kiri.

d) TFU Mc. Donal : 30 cm

e) TBJ : $(30 - 12) \times 155 = 2790$ gram

f) Gerakan janin : ada gerakan janin

c. Pemeriksaan penunjang

Hb : 10,8 gr %

3. Assessment

Ny. S, 32 tahun, G₆ P₃ A₂, hamil 33 minggu, janin tunggal hidup intra uterin, puki, preskep, U, dengan anemia ringan

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan
- 2) Berikan ibu penkes anemia dalam kehamilan.
- 3) Anjurkan ibu untuk tetap minum tablet Fe dan makan-makanan yang bergizi.
- 4) Beritahu ibu jadwal kunjungan berikutnya.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat.
- 2) Memberitahu ibu tentang anemia dalam kehamilan.
- 3) Mengajurkan dan memotivasi ibu untuk meminum obat tablet tambah darah untuk mencegah anemia sedang serta memperbanyak konsumsi makanan yang bergizi.
- 4) Memberitahukan kepada ibu jadwal kunjungan berikutnya adalah 2 minggu lagi yaitu pada tanggal 7 maret 2012 atau sewaktu-waktu apabila ibu ada keluhan ibu segera menghubungi tenaga kesehatan.

c. Evaluasi

- 1) Ibu senang mengetahui bahwa ibu dan bayi dalam keadaan sehat
- 2) Ibu lega mendengar bahwa keluhan yang dialami adalah normal dan ibu bersedia untuk melakukan apa yang disarankan untuk

mengatasi keluhan yang dialami ibu.

- 3) Ibu mau minum obat secara rutin dan memperbanyak konsumsi sayur dan buah.
- 4) Ibu bersedia untuk diperiksa lagi 2 minggu lagi atau sewaktu-waktu apabila ibu ada keluhan ibu akan segera menghubungi tenaga kesehatan

Asuhan kebidanan (kunjungan ke IV)

Tanggal/jam/pengkajian : 18 Maret 2012/ jam 16.30 WIB

Tempat : Rumah Ibu

1. Data Subjektif

- a. Ibu mengatakan mengeluh kram pada kaki.

2. Data Objektif

a. Data umum

- | | |
|------------------|----------------|
| A. KU | : Baik |
| B. Kesadaran | : Composmentis |
| C. Tekanan Darah | : 110/70 mmHg |
| D. Nadi | : 86 x/mnt |
| E. RR | : 20 x/mnt |
| F. Suhu | : 36,5°C |

b. Status obstetrik

1) Abdomen

a) Inspeksi : tidak ada linea nigra dan striae gravidarum

b) Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 3 jari bawah px. Pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting

Leopold II : bagian kiri teraba bagian datar, keras, memanjang, ada tahanan seperti papan. Sebelah kanan teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III : pada bagian symphysis teraba bagian bulat, keras, dan melenting, masih bisa digoyangkan

Leopold IV : bagian terbawah janin teraba kepala 5/5 bagian.

c) Auscultasi DJJ : 136 x/menit. Terdengar tunggal, jelas dan teratur di bawah pusat sebelah kiri.

d) TFU Mc. Donal : 33 cm.

e) TBJ : $(33 - 12) \times 155 = 3255$ gram.

f) Gerakan janin : ada gerakan janin.

c. Pemeriksaan penunjang

Hb : 10,8 gr%

3. Assessment

Ny. S, 32 tahun, G₆ P₃ A₂, hamil 36 minggu, janin tunggal hidup intra uterin, puki, preskep, U, dengan anemia ringan

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
- 2) Beritahu ibu tentang keluhannya dan cara mengatasinya.
- 3) Beritahu ibu tentang faktor resiko kehamilan.
- 4) Beritahu ibu untuk tetap minum tablet tambah darah dan makanan yang bergizi.
- 5) Beritahu ibu jadwal kunjungan berikutnya.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa saat ini bayi dan ibu dalam keadaan sehat.
- 2) Memberitahukan pada ibu tentang keluhan kram pada kaki ibu merupakan hal yang normal yang disebabkan kontraksi otot betis yang terasa sakit dan kaku.

Cara mengatasi: melemaskan kaki yang kram dan menekan tumitnya, hindari posisi duduk yang menggantung, hindari berdiri yang terlalu lama, istirahat dengan berbaring miring ke kiri, kaki ditinggikan.

- 3) Memberitahukan kepada ibu tentang kehamilan dengan factor resiko.
- 4) Memberitahukan kepada ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet tambah darah yang diberikan dan memperbanyak makan-makanan yang bergizi
- 5) Memberitahukan kepada ibu jadwal kunjungan berikutnya adalah 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 25 Maret 2012 atau sewaktu-waktu apabila ibu ada keluhan ibu segera menghubungi tenaga kesehatan.

c. Evaluasi

- 1) Ibu senang mengetahui hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.
- 2) Ibu lega mendengar bahwa keluhan yang dialami merupakan hal yang normal dan ibu bersedia melakukan saran yang diberikan untuk mengatasi keluhan tersebut.
- 3) Ibu bersedia untuk tetap minum tablet tambah darah secara teratur.
- 4) Ibu bersedia untuk diperiksa lagi 2 minggu lagi atau sewaktu-waktu apabila ibu ada keluhan ibu akan segera menghubungi tenaga kesehatan.

Asuhan kebidanan(kunjungan ke V)

Tanggal/jam/pengkajian : 11 April 2012/ jam 15.30 WIB

Tempat : Rumah Ibu

1. Data Subjektif

- a. Ibu mengatakan saat ini ibu mengeluhkan kadang-kadang perut ibu kenceng-kenceng.
- b. Ibu mengatakan sudah mengeluarkan lendir pada jalan lahir.
- c. Ibu mengatakan disuruh bidan puskesmas untuk melakukan USG 1 minggu lagi tapi ibu tidak mau melakukan dan mau menunggu saja sampai bayinya lahir .

2. Data Objektif

a. Data umum

- 1) KU : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Tekanan Darah : 110/70 mmHg
- 4) Nadi : 86 x/mnt
- 5) RR : 22 x/mnt
- 6) Suhu : 36,7°C

b. Status obstetrik

- 1) Abdomen
 - a) Inspeksi : tidak ada linea nigra dan striae gravidarum

b) Palpasi Leopold

Leopold I : TFU setinggi px. Pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting

Leopold II : bagian kiri teraba bagian datar, keras, memanjang, ada tahanan seperti papan. Sebelah kanan teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III : pada bagian symphysis teraba bagian bulat, keras, dan melenting, sudah tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : bagian terbawah kepala masuk 2/5 bagian.

c. Auscultasi DJJ : 140 x/menit. Terdengar tunggal, jelas dan teratur di bawah pusat sebelah kiri.

d. TFU Mc. Donal : 37 cm

e. TBJ : $(37 - 11) \times 155 = 4030$ gram

f. Gerakan janin : ada gerakan janin

g. Pemeriksaan penunjang

Hb : 11,2 gr %

3. Assessment

Ny. S, 32 tahun, G₆ P₃ A₂, hamil 40 minggu, janin tunggal hidup

intra uterin, puki, preskep, U

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
- 2) Beritahu ibu tentang keluhan kenceng-kenceng yang dialami.
- 3) Beritahu ibu untuk tetap minum tablet tambah.
- 4) Beritahu ibu jadwal kunjungan berikutnya.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat.
- 2) Memberitahukan pada ibu tentang keluhan kenceng-kenceng yang dialami adalah normal karena adanya kontraksi permulaan untuk persiapan persalinan dengan adanya proses penurunan bagian terbawah janin, cara mengatasinya dengan istirahat yang cukup dan mengatur pernafasan yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung dan dikeluarkan lewat mulut. Serta memberitahukan kepada ibu bahwa kenceng-kenceng saat persalinan adalah apabila ibu mengalami kenceng- kenceng yang teratur dan apabila dihitung dalam 10 menit terdapat 1 atau lebih kenceng-kenceng.

Dan lender yang keluar juga merupakan hal yang normal karena ibu mendekati proses persalinan.

- 3) Memberitahukan kepada ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet tambah darah yang diberikan dan juga tetap mengkonsumsi sayuran berwarna hijau, buah-buahan.

4) Memberitahukan kepada ibu jadwal kunjungan berikutnya adalah sewaktu-waktu apabila ibu ada keluhan atau sudah merasakan adanya tanda-tanda persalinan ibu segera menghubungi tenaga kesehatan.

c. Evaluasi

- 1) Ibu senang mengetahui bahwa ibu dan bayi dalam keadaan sehat
- 2) Ibu lega mendengar bahwa keluhan yang dialami adalah normal dan ibu bersedia untuk melakukan apa yang disarankan yaitu istirahat yang cukup dan mengatur nafas
- 3) Ibu bersedia untuk banyak makan makanan yang mengandung zat besi seperti sayur berwarna hijau dan makan telur minimal 1kali dalam sehari
- 4) Ibu bersedia untuk segera menghubungi tenaga kesehatan apabila sewaktu-waktu ada keluhan atau tanda-tanda persalinan.

B. Asuhan Kebidanan Persalinan

Tanggal/jam/pengkajian : 17 April 2012/ jam 08.30 WIB

Tempat : Rumah bidan

1. Data Subyektif

- a. Ibu mengatakan mengeluarkan lendir darah sejak jam 03.00 wib dan kenceng-kenceng yang belum sering.
- b. Ibu mengatakan datang ke bidan pada jam 06.30 wib dan hasil

pemeriksaan pembukaan 3 cm dan ketuban belum pecah.

2. Data Obyektif

a. Data Umum

- 1) KU : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Tekanan Darah : 110/70 mmHg
- 4) Nadi : 86 x/mnt
- 5) RR : 22 x/mnt
- 6) Suhu : 36,7°C

b. Status obstetric

1) Abdomen

- a) Inspeksi : tidak ada linea nigra dan striae gravidarum

b) Palpasi Leopold

Leopold I : TFU pertengahan antara pusat dan px.

Pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting

Leopold II : bagian kiri teraba bagian datar, keras, memanjang, ada tahanan seperti papan.

Sebelah kanan teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III : pada bagian symphysis teraba bagian

bulat, keras, dan melenting, masih bisa digoyangkan

Leopold IV : bagian terbawah kepala masuk 2/5

bagian.

c. Auscultasi DJJ : 136 x/menit. Terdengar tunggal, jelas dan teratur di bawah pusat sebelah kiri.

d. TFU Mc. Donal : 37 cm

e. TBJ : $(37 - 11) \times 155 = 4030$ gram\

f. Gerakan janin : ada gerakan janin

3. Assesment

a. Diagnosa

Ny.S, 32 tahun G6 P3 A0, hamil 40 minggu, janin tunggal hidup intrauterin, puki, divergen,dengan inpartu kala I fase laten..

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan
- 2) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau tidur miring ke kiri
- 3) memantau keadaan ibu dan janin

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa ibu dan janin ibu dalam keadaan baik
- 2) Mengajurkan ibu untuk jalan-jalan ataupun tidur miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala bayi dan pembukaan.
- 3) Memantau keadaan ibu dan janin dengan mengukur TTV,kemajuan

persalinan (pembukaan, penurunan kepala), kulit ketuban,kandung kemih dan djj janin

c. Evaluasi

- 1) Ibu mengetahui hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.
- 2) Ibu mengikuti anjuran bidan dengan jalan-jalan di sekitar RB dan juga ibu mengobrol dengan pasien yang lain.
- 3) Memantau keadaan ibu dan janin,meliputi :
 - a) mengukur nadi tiap 30 menit
N : 84 x/menit (09.00 wib), N : 88 x/menit (09.30 wib), N : 88x/menit (10.00 wib), N : 88x/menit (10.30 wib)
 - b) mengukur suhu tiap 2 jam
S : 36,7 ° C (10.30 wib)
 - c) memeriksa djj dan his tiap 30 menit
djj : 140 x/menit,his : 3x10 dalam 30" (09.00 wib), djj : 144 x/menit, his : 3x10 30"(09.30 wib), djj : 140 x/menit, his : 4x10 40" (10.00 wib), djj : 138x/menit, his: 4x10 40" (10.30 wib).
 - d) memeriksa kemajuan persalinan dan mengukur tekanan darah tiap 4 jam
vt : 6 cm, kk negative,bagian terbawah kepala,uuk,penurunan kepala di Hot II.
TD : 110/80 mmHg

Ibu mengatakan seperti ingin BAK terus tapi keluarnya sedikit dan kenceng-kencengnya sudah semakin sering.

Jam 10.30 wib

Data subyektif

- a. Ibu mengatakan sering BAK dan kenceng- kenceng yang semakin sering

Data obyektif

- a. KU : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tekanan Darah : 110/80 mmHg
- d. Nadi : 88 x/mnt
- e. RR : 22 x/mnt
- f. Suhu : 36,7°C

Planing

- a. perencanaan
 - 1) Beritahu ibu tentang keluhannya
 - 2) Anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri dan menarik nafas panjang saat kenceng-kenceng.
 - 3) Anjurkan ibu untuk makan dan minum
 - 4) Pantau keadaan ibu dan janin
- b. pelaksanaan
 - 1) Memberitahu bahwa sering kencing yang ibu alami merupakan hal yang normal karena kepala bayi semakin turun dan menekan kandung kemih,

sedangkan kenceng-kenceng semakin sering yang ibu alami juga merupakan hal yang normal karena ibu sudah mendekati proses persalinan.

- 2) Menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri karena kenceng- kenceng yang semakin sering untuk mempercepat proses penurunan kepala bayi
- 3) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum agar tenaga saat mengejan kuat.
- 4) Memantau keadaan ibu dan janin dengan mengukur ttv,kemajuan persalinan,kulit ketuban,kandung kemih dan djj janin.

c. evaluasi

- 1) Ibu mengetahui bahwa keluhannya merupakan hal yang normal.
- 2) Ibu tidur miring ke kiri dan menarik nafas panjang saat kenceng- kenceng.
- 3) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum,ibu makan pada jam 12.30 wib,ibu makan satu porsi sedang,buah pisang satu buah dan minum satu gelas teh manis
- 4) Memantau keadaan ibu dan janin,meliputi :

- a) mengukur nadi tiap 30 menit

N : 84 x/menit (11.00 wib), N : 88 x/menit (11.30 wib), N : 88x/menit (12.00 wib), N : 88x/menit (12.30 wib), N : 86x/menit (13.00 wib), N : 84 x/menit (13.30 wib), N : 86 x/menit(14.00 wib)

- b) mengukur suhu tiap 2 jam

S : 36,7 ° C (12.30 wib)

c) memeriksa djj dan his tiap 30 menit

djj : 140 x/menit, his : 4x10 dalam 40" (11.00 wib), djj : 144 x/menit, his : 4x10 45"(11.30 wib), djj : 140 x/menit, his : 4x10 40" (11.30 wib), djj : 138x/menit, his: 4x10 40" (12.30 wib), djj : 142 x/menit, his : 4x10 45" (13.00 wib), djj : 142x/menit, his : 4x10 50" (13.30 wib), djj : 138x/menit, his : 4x10 50" (14.00 wib).

d) memantau kemajuan persalinan

anus mengembang, vulva menonjol

Ibu mengatakan seperti mengeluarkan cairan dari jalan lahir

Ibu mengatakan sudah ingin mengejan.

Jam 14.00 wib

Data subyektif

a. Ibu mengatakan seperti mengeluarkan cairan dari jalan lahir dan ibu sudah ingin mengejan.

b. Lakukan pemeriksaan dalam dan beritahu ibu hasil pemeriksaan

c. Ibu mengatakan proses persalinannya ingin ditolong oleh bidan

Data obyektif

a. KU : Baik

1) Kesadaran : Composmentis

2) Vt : pembukaan lengkap, bagian terbawah kepala, penurunan kepala di HII, air ketuban jernih, tidak keruh.

Planning

a. perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan
- 2) Beritahu ibu posisi dan mengejan yang benar

b. pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu sudah boleh mengejan dan proses persalinannya akan di tolong oleh bidan.
- 2) Memberitahu ibu posisi dan cara mengejan yang baik yaitu kedua kaki di tekuk dan kedua tangan memegang mata kaki dan mengejan seperti orang mau BAB.

c. evaluasi

- 1) Ibu mengejan dengan benar dan proses persalinan di lakukan oleh bidan, bayi lahir jam 14.45 wib dengan jenis spontan, langsung menangis, kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin laki-laki.

Jam 14.45 wib

Data subyektif

- a. Ibu merasa lega bayinya lahir dengan selamat.
- b. Ibu mengatakan seperti kenceng-kenceng lagi

Data obyektif

- a. KU : baik
- b. kesadaran : composmentis

- c. plasenta belum lahir, tapi sudah ada tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus globuler, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah.

Planning

- a. perencanaan

- 1) Lakukan pertolongan kala III
 - 2) Lakukan perawatan pada bayi

- b. pelaksanaan

- 1) Melakukan pertolongan kala III yang di lakukan oleh bidan.
 - 2) Melakukan perawatan pada bayi baru lahir dengan membungkus tali pusat dengan kassa dan memakaikan baju serta membedong bayi dengan kain.

- c. evaluasi

- 1) Plasenta lahir jam 15.00 wib,plasenta lengkap,kotiledon agak rapuh,selaput ketuban tdk utuh.

- 2) Bayi sudah hangat

Ibu mengatakan masih lemas dan mules pada bagian perut.

Jam 15.00 wib

Data subyektif

- a. Ibu mengatakan masih lemas dan mules pada bagian perut

Data obyektif

a. KU : baik

b. Kesadaran : composmentis

c. Tekanan Darah : 110/80 mmHg

d. Nadi : 88 x/mnt

e. RR : 22 x/mnt

f. Suhu : 36,7°C

Planing

a. perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil tindakan
- 2) Beritahu ibu tentang keluhan yang ibu rasakan
- 3) Berikan minuman kepada ibu
- 4) Lakukan pengawasan kala IV

b. pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa ari-ari telah dilahirkan
- 2) Memberitahu ibu tentang mules pada perut merupakan hal yang normal dikarenakan proses kembalinya rahim ke bentuk semula.
- 3) Memberikan minuman kepada ibu agar ibu punya tenaga
- 4) Melakukan pengawasan kala IV.

c. evaluasi

- 1) Ibu lega proses persalinan telah selesai
- 2) Ibu mengelus-elus bagian perut ibu
- 3) Ibu minum teh 1 gelas
- 4) Melakukan pemantauan kala IV tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua

15 menit (pertama) : kontraksi keras,kandung kemih agak penuh,perdarahan 100 cc, S : 37 °C, N :

88x/menit, TD : 110/70 mmHg.

15 menit (kedua) : kontraksi keras, kandung kemih agak penuh, perdarahan 100 cc, N : 86x/menit, TD : 110/70 mmHg

15 menit (ketiga) : kontraksi keras, kandung kemih agak penuh, perdarahan 150 cc, N : 84x/menit, TD : 110/80 mmHg, KU lemah

Ibu mengatakan keluar darah sor-soran,

15 menit (keempat) : kontraksi agak lembek,kandung kemih agak penuh, perdarahan 2 bengkok, N : 84x/menit, TD : 100/70 mmHg

Jam 16.00 wib

Data subyektif

- a. ibu mengatakan keluar darah sor-soran

Data obyektif

- a. KU : lemah
- b. Kesadaran : composmentis
- c. kontraksi lembek,Tfu setinggi pusat

Tindakan segera

- a. melakukan pengosongan kandung kemih
- b. memasang infuse drip oksitosin 10 IU

- c. melakukan eksplorasi plasenta
- d. melakukan rujukan jika kondisi ibu semakin lemah

Evaluasi

- a. urine keluar satu bengkok, setelah dikateter kandung kemih kosong
- b. infuse terpasang dengan drip oksi 10 IU
- c. bidan kurang yakin bahwa plasenta sudah bersih
- d. melakukan rujukan ke RSUD Bendan jam 16.30 wib

Jam 16.40 wib

Ibu tiba di RSUD Bendan jam 16.40 wib,ku baik ,ppv darah dan stolsel, TFU 1 jari atas pusat,dilakukan eksplorasi lagi hasilnya kotoledon dan selaput tidak bersih. Ibu diberikan therapy amox 3x1,asam mefenamat 3x1,sulfas ferosus 2x1 tab, metronidazole 3x1 tab.

Pada jam 18.00 wib,KU ibu lemas, pucat dan ibu merasa ngantuk, TD : 80/60 mmHg, nadi : 96x/menit, pernafasan : 20 x/menit, suhu : 38°C, TFU 2 jari atas pusat,kontraksi lembek. Ibu di pasang oksigen dan dilakukan eksplorasi kembali hasilnya masih ada selaput dan kotiledon, lalu ibu di berikan gastrul 3 tab, infuse RL kedua 30 tpm ditambah drip oksi, pasang dc dan injeksi ceffo 1 gram,serta lab Hb cito

Jam 18.15 wib, Hb cito 10,6 gr%, konsul dokter,advis dokter ibu diberikan injeksi pinicilin 2x1, sanmol 3x1, curret pagi. Saya dan bidan memotivasi ibu untuk melakukan MOW tapi ibu menolak untuk dilakukan.

Jam 03.00 ibu disuruh untuk puasa.

18 april 2012,

Jam 10.30 wib, ibu masuk ke ruangan curret, dan selesai pada jam 13.30 wib. Mengajarkan ibu untuk ambulasi dini dan memberikan makanan dan minuman kepada ibu agar tenaga ibu segera pulih kembali.

Ibu pulang jam 17.00 wib atas keinginan ibu sendiri.

C. Asuhan Kebidanan Nifas

Asuhan Kebidanan (Kunjungan ke I)

Tanggal/jam pengkajian : 19 April 2012/jam 10.30 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Data subjektif

- a. Ibu mengatakan masih merasakan mules pada perutnya.
- b. Ibu mengatakan sudah mendapatkan vit A dari bidan.
- c. Ibu mengatakan payudaranya agak bengkak.
- d. Ibu mengatakan dipijat pada bagian perut

2. Data objektif

a. Data umum

- 1. KU : baik
- 2. Kesadaran : compositus
- 3. Tekanan darah : 110/80 mmHg
- 4. Nadi : 86 x/menit
- 5. Suhu : 36,7 °C
- 6. Respirasi : 24 x/menit

b. Status obstetri

1. Muka : simetris, tidak oedem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.
2. Payudara :
 - a. Inspeksi : hiperpigmentasi areola, puting menonjol,besar.
 - b. Palpasi : ASI keluar sedikit, ada ASI.
3. Abdomen :
 - a. Inspeksi : tidak ada strie gravidarum, tidak ada linea nigra.
 - b. Palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, VU kosong.
4. Genitalia : PPV lochea rubra.
5. Ekstremitas bawah : simetris, odem, tidak ada varises, kapillary refil <2 detik.

c. Pemeriksaan penunjang

Hb : 10,8 gr/dl

3. Assessment

Ny. S, 32 tahun, P4 A2, nifas 2 hari pertama dengan anemia ringan dan riwayat perdarahan postpartum.

4. Planning

a. Perencanaan

1. Beritahu hasil pemeriksaan.
2. Jelaskan tentang keluhan yang ibu rasakan.

3. Anjurkan ibu untuk tetap minum obat tablet tambah darah.
4. Ajarkan ibu cara mengeluarkan ASI.
5. Anjurkan ibu untuk memenuhi gizinya dan tidak pantang makan.
6. Anjurkan ibu untuk tidak melakukan pemijatan pada perut.

b. Pelaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan, bahwa keadaan umum ibu baik, Hb 10,8 gr% termasuk dalam anemia ringan.
2. Memberitahu ibu tentang keluhan yang ibu rasakan merupakan hal yang normal yaitu proses kembalinya rahim kebentuk semula, ibu bisa mengatasinya dengan mengelus-elus bagian perut. Jika ibu tidak mules dan perut ibu tidak keras bisa terjadi perdarahan.
3. Mengajurkan ibu untuk tetap meminum obat yang telah diberikan oleh RS agar ibu bisa cepat pulih.
4. Mengajarkan ibu cara mengeluarkan ASI.
5. Mengajurkan ibu untuk makan dan minum lebih banyak lagi untuk pemulihan kondisi ibu setelah melahirkan dan untuk membantu memperlancar pengeluaran ASI serta membantu meningkatkan kadar Hbnya, dengan perbanyak makan sayuran yang berkuah, buah-buahan, ikan, telur, daging, dll yang mengandung protein tinggi. Dan ibu tidak boleh pantang makan karena akan menghambat proses pemulihan kondisi ibu dan pengeluaran ASI akan berkurang.

6. Menganjurkan ibu untuk tidak melakukan pemijatan lagi terutama pada bagian perut karena bisa membahayakan ibu dan dapat menyebabkan bagian rahim ibu robek dan ibu bisa terjadi syok karena kesakitan.

c. Evaluasi

1. Ibu tahu dengan kondisinya saat ini.
2. Ibu sudah tahu tentang keluhannya dan tahu cara mengatasinya.
3. Ibu mau minum obat secara rutin.
4. Ibu bisa mengeluarkan ASI sesuai dengan cara yang diajarkan dan payudara ibu sudah tidak penuh lagi.
5. Ibu tidak berpantang makanan dan berusaha memenuhi kebutuhan gizi ibu.
6. Ibu bersedia untuk tidak dilakukan pemijatan lagi pada bagian perut.

Asuhan Kebidanan (Kunjungan ke II)

Tanggal/jam pengkajian : 20 April 2012/jam 11.00 WIB

Tempat : Rumah pasien.

1. Data subjektif

Ibu mengatakan masih kesulitan dalam menyusui bayinya sehingga bayi rewel saat menyusui.

2. Data objektif

a. Data umum

- 1) KU : baik
- 2) Kesadaran : komposmentis
- 3) Tekanan darah : 110/80 mmHg
- 4) Nadi : 86 x/menit
- 5) Suhu : 36,7 °C
- 6) Respirasi : 24 x/menit

b. Status obstetri

- 1) Muka : simetris, tidak oedem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.
- 2) Payudara :
 - a) Inspeksi : hiperpigmentasi areola, puting menonjol,besar.
 - b) Palpasi : ASI sudah keluar.
- 3) Abdomen :
 - a) Inspeksi : tidak ada strie gravidarum dan linea nigra.
 - b) Palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, VU kosong.
- 4) Genitalia : PPV lochea rubra.
- 5) Ekstremitas bawah : simetris, odem, tidak ada varises, kapilary refil <2 detik.

c. Pemeriksaan penunjang :

Hb : 10,8 gr/dl

3. Assessment

Ny. S, 32 tahun, P4 A2, nifas 3 hari pertama dengan riwayat perdarahan postpartum dan anemia ringan.

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu hasil pemeriksaan.
- 2) Ajarkan ibu cara yang menyusui yang benar.
- 3) Anjurkan ibu untuk menjemur bayinya tiap pagi.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan, bahwa keadaan umum ibu baik.
- 2) Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar.
- 3) Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya setiap pagi.

c. Evaluasi

- 1) Ibu tahu dengan kondisinya saat ini.
- 2) Ibu menyusui bayinya dengan benar dan bayinya sudah tidak rewel lagi.

Asuhan kebidanan (kunjungan ke III)

Tanggal/jam pengkajian : 25 April 2012/jam 16.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Data subjektif

- a. Ibu mengatakan ibu merasa sedikit pusing dan agak kelelahan

- b. Ibu mengatakan tidak pantang makan dan masih mengkonsumsi sayuran tiap hari dan makanan yang mengandung protein.
 - c. Ibu mengatakan bayinya menyusu dengan lancar.
 - d. Ibu mengatakan masih mengkonsumsi tablet tambah darahnya 1x1 sehari.
2. Data objektif
- a. Data umum
 - 1) Keadaan umum : baik
 - 2) Kesadaran : composmentis
 - 3) Tekanan darah : 100/80 mmHg
 - 4) Nadi : 86 x/menit
 - 5) Suhu : 36,6 °C
 - 6) Respirasi : 22 x/menit
 - b. Status obstetri
 - 1) Muka : simetris, tidak oedem, pucat, tidak ada cloasma gravidarum.
 - 2) Payudara :
 - a) Inspeksi : hiperpigmentasi areola, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda infeksi payudara.
 - b) Palpasi : ASI sudah keluar, payudara tidak keras.
 - 3) Abdomen :
 - a) Inspeksi : tidak ada strie gravidarum, tidak ada linea nigra.
 - b) Palpasi : TFU pertengahan pusat-simfisis, kontraksi uterus baik, VU kosong.

4) Genitalia : PPV lochea sanguilenta, tidak ada tanda infeksi.

5) Ekstremitas bawah : simetris, tidak ada varises, kapillary refil <2 detik.

c. Pemeriksaan penunjang

Hb : 10,8 gr% (tgl 19/04/12)

3. Assessment

Ny. S, 32 tahun, P4 A2, nifas 1 minggu dengan riwayat perdarahan postpartum dan anemia ringan.

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
- 2) Beritahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas
- 3) Anjurkan ibu untuk makan yang bergizi dan istirahat yang cukup.
- 4) Evaluasi tablet tambah darah.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik
- 2) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas.
- 3) Mengajurkan ibu untuk banyak minum dan tetap makan makanan yang bergizi seperti buah-buahan, sayuran, daging, telur, tempe, dll, supaya kondisi ibu cepat pulih dan dapat memperbaiki keadaan anemianya.
- 4) Mengevaluasi pada ibu apakah tablet tambah darah yang diberikan,

sudah diminum rutin 1x1 tablet tiap hari.

c. Evaluasi

- 1) Ibu sudah mengetahui dengan keadaannya sekarang.
- 2) Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
- 3) Ibu mengatakan mengatakan makan-makanan yang bergizi dan tidak berpantang makan.
- 4) Ibu mengatakan tablet tambah darahnya sudah di minum rutin 1x1 tablet tiap hari.

Asuhan kebidanan (kunjungan ke IV)

Tanggal/jam pengkajian : 2 April 2012/jam 15.30 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Data subjektif

- a. Ibu mengatakan tidak merasakan keluhan apapun sudah merasa lebih baik dan sehat
- b. Ibu mengatakan masih bingung untuk berKB

2. Data objektif

a. Data umum

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Tekanan darah : 110/70 mmHg
- 4) Nadi : 86 x/menit
- 5) Suhu : 36,6 °C

- 6) Respirasi : 23 x/menit
- b. Status obstetri
- 1) Muka : simetris, tidak oedem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.
- 2) Payudara :
- a) Inspeksi : hiperpigmentasi areola, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda infeksi payudara.
- b) Palpasi : ASI sudah keluar.
- 3) Abdomen :
- a) Inspeksi : tidak ada strie gravidarum, tidak ada linea nigra.
- b) Palpasi : uterus tidak teraba, VU kosong.
- 4) Genitalia : PPV lochea serosa, jahitan perineum tidak membuka.
- 5) Ekstremitas bawah : tidak odem, tidak ada varises, kapillary refil <2 detik, tidak ada tromboplebitis.

c. Pemeriksaan penunjang

Hb : 10,6 gr%

3. Assessment

Ny. S, 32 tahun, P4 A2, nifas 2 minggu dengan anemia ringan

4. Planning

a) Perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
- 2) Anjurkan ibu untuk banyak makan.

- 3) Evaluasi tablet tambah darah
 - 4) Beritahu ibu tentang alat kontrasepsi.
- b) Pelaksanaan
- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu dalam kondisi baik.
 - 2) Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi gizinya dengan makan 3x sehari dengan makanan selingan dan banyak minum. Makan makanan yang bergizi yang mengandung karbohidrat, lemak dan protein, seperti nasi, roti, daging, telur, susu, ikan, supaya ibu mendapatkan tenaga yang cukup untuk kegiatan sehari-hari serta bayi akan mendapatkan ASI berkecukupan.
 - 3) Mengevaluasi pada ibu apakah tablet tambah darah sudah diminum rutin 1x1 tiap hari.
 - 4) Memberitahu ibu tentang macam-macam alat kontrasepsi:
- c) Evaluasi
- 1) Ibu terlihat tenang setelah tahu hasil pemeriksaan.
 - 2) Ibu mengerti dan mengatakan akan makan 3x sehari.
 - 3) Ibu mengatakan tablet tambah darahnya sudah di minum rutin 1x1 tablet tiap hari.
 - 4) Ibu mengatakan masih bingung memilih kontrasepsi yang akan digunakan.

Asuhan kebidanan (kunjungan ke V)

Tanggal/jam pengkajian : 31 maret 2012/jam 16.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Data subjektif

- a. Ibu mengatakan keadaan ibu baik dan sehat
- b. Ibu mengatakan masih bingung untuk berKB

2. Data objektif

a. Data umum

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Tekanan darah : 110/70 mmHg
- 4) Nadi : 86 x/menit
- 5) Suhu : 36,6 °C
- 6) Respirasi : 23 x/menit.

b. Status obstetri

- 1) Muka : simetris, tidak oedem, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.

2) Payudara :

- a) Inspeksi : hiperpigmentasi areola, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda infeksi payudara.

- b) Palpasi : ASI sudah keluar.

3) Abdomen :

- a) Inspeksi : tidak ada strie gravidarum, tidak ada linea nigra.
 - b) Palpasi : uterus tidak teraba, VU kosong.
- 4) Genitalia : sudah tidak mengeluarkan darah
- 5) Ekstremitas bawah : tidak odem, tidak ada varises, kapillary refil <2 detik, tidak ada tromboplebitis.

c. Pemeriksaan penunjang

Hb : 10,9 gr%

3. Assessment

Ny. S, 32 tahun, P4 A2, nifas 6 minggu dengan anemia ringan.

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
- 2) Anjurkan ibu untuk banyak makan.
- 3) Evaluasi tablet tambah darah
- 4) Memotivasi ibu tentang alat kontrasepsi jangka panjang dan kontrasepsi mantap.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu dalam kondisi baik.
- 2) Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi gizinya dengan makan 3x sehari dengan makanan selingan dan banyak minum. Makan makanan yang bergizi yang mengandung karbohidrat, lemak dan protein, seperti nasi, roti, daging, telur, susu, ikan, supaya ibu mendapatkan tenaga

yang cukup untuk kegiatan sehari-hari serta bayi akan mendapatkan ASI berkecukupan.

3) Mengevaluasi pada ibu apakah tablet tambah darah sudah diminum rutin 1x1 tiap hari.

4) Memberitahu ibu tentang macam-macam alat kontrasepsi:

a) KB implan/AKBK/susuk

Adalah alat kontrasepsi berisi kapsul silastik berisi hormon jenis progestin yang ditanam dibawah kulit.

Keuntungan: perlindungan jangka panjang (5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan cepat.

Kekurangan: perubahan pola haid, perubahan berat badan, ekspulsi implan.

b) KB IUD/AKDR/spiral

Adalah alat kontrasepsi yang dipasang didalam rahim.

Keuntungan: metode jangka panjang (8-10 tahun), pengembalian kesuburan cepat.

Kekurangan: siklus haid lebih banyak dan lama, saat haid lebih sakit, infeksi panggul.

c) Kontrasepsi mantap

Untuk wanita adalah MOW (metode operasi wanita) adalah tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur sehingga sel telur tidak dapat dibuahi sperma.

Sedangkan untuk laki-laki MOP (metode operasi pria) adalah tindakan pengikatan dan pemotongan saluran benih agar sel mani tidak keluar dari bauh zakar.

Keuntungan: sangat efektif, bersifat permanen, tidak ada efek samping jangka panjang.

Kekurangan: dapat menyesal dikemudian hari, harus dilakukan oleh dokter spesialis, sakit setelah tindakan.

c. Evaluasi

- 1) Ibu terlihat tenang setelah tahu hasil pemeriksaan.
- 2) Ibu mengerti dan mengatakan akan makan 3x sehari.
- 3) Ibu mengatakan tablet tambah darahnya sudah di minum rutin 1x1 tablet tiap hari.
- 4) Ibu mengatakan masih bingung memilih kontrasepsi yang akan digunakan.

D. Asuhan kebidanan pada BBL

Asuhan kebidanan (kunjungan ke I)

Tanggal/jam pengkajian : 19 April 2012/jam 11.30 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Data subjektif

a. Ibu mengatakan bayinya sudah menyusu tapi suka rewel sehingga ibu memberikan madu pada bayi.

b. Ibu mengatakan membungkus tali pusat bayi dengan kassa betadine

2. Data objektif

a. Data Umum

- 1) KU : Baik
- 2) Suhu : 36,5°C
- 3) Pernafasan : 36 x/menit
- 4) Berat Badan : 3850 gram
- 5) Panjang Badan : 48 cm
- 6) Lingkar Kepala : 34 cm
- 7) Lingkar Dada : 35 cm

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : bentuk mesocephal, ubun-ubun datar, tidak ada caput, tidak ada *cephal hematoma*, tidak ada tulang kepala yang tumpang tindih, kulit kepala bersih, rambut hitam.

- 2) Wajah : tidak pucat, tidak oedem, agak kuning.
- 3) Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada pus.
- 4) Hidung : septum ditengah, bersih, tidak ada secret, tidak ada perdarahan.
- 5) Mulut : bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak sumbing, langit-langit bersih.
- 6) Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen atau cairan, tidak ada perdarahan.
- 7) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar.
- 8) Dada : simetris, pernafasan normal dan teratur.
- 9) Abdomen : tidak ada perdarahan atau nanah pada tali pusat dan tidak berbau.
- 10) Ekstremitas : simetris, bentuk normal, jari lengkap, gerakan aktif.
- 11) Punggung : tidak ada pembengkakan, teraba halus.
- 12) Anus : berlubang.

c. Refleks Primitif

- 1) Moro refleks : ada, ketika menarik popok, tangan dan kaki langsung bergerak seperti hendak memeluk.
- 2) Graf refleks : ada, ketika telapak tangan disentuh, bayi hendak menggenggam.

- 3) Rooting refleks : ada, ketika puting susu ibu disentuhkan ke mulut bayi, bayi langsung menghisapnya.
- 4) Refleks menelan : ada, ketika mulut bayi berisi ASI, bayi langsung menelannya.
- 5) Babynsky refleks : ada, ketika telapak kaki disentuh maka jari-jari akan menekuk.
- 6) Tonic neck refleks : ada, ketika leher disentuh, bayi akan menggerakkan lehernya.

3. Assesment

Diagnosa : By. Ny.S BBL normal usia 2 hari.

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu hasil pemeriksaan.
- 2) Beritahu ibu tentang tanda bahaya bayi baru lahir.
- 3) Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dan menjemur bayinya setiap pagi.
- 4) Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan bayi ibu

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu kepada ibu tentang pemeriksaan bayi dan didapatkan hasil yang normal untuk bayi ibu.
- 2) Memberitahu kepada ibu tentang tanda bahaya bayi baru lahir,
- 3) Membantu ibu untuk menyusui bayinya dan menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dengan cara menyusui

bayinya sesering mungkin tanpa jadwal, tetapi memberikan ASI ke bayi dan tidak memberikan madu kepada bayi serta menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya setiap pagi agar bayi ibu tidak kuning

- 4) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayinya dengan cara mengganti kain yang basah ketika bayi BAK/BAB dengan kain yang bersih. Dan apabila tali pusat kotor misal karena terkena tinja segera bersihkan dengan cara: membasahi tali pusat dengan air matang dari ujung, batang dan sekitar tali pusat dengan washlap, setelah itu beri sabun pada batang dan sekitar tali pusat, bilas dengan air matang dan keringkan dengan handuk bersih dan bungkus tali pusat dengan kassa kering saja. Hal tersebut bisa dilakukan setiap hari untuk perawatan tali pusat.

c. Evaluasi

- 1) Ibu lega tahu bayinya dalam keadaan normal.
- 2) Ibu mengerti dengan apa yang sudah dijelaskan.
- 3) Ibu tidak akan memberi madu kepada bayinya lagi dan hanya memberikan ASI saja serta ibu akan menjemur bayinya setiap pagi agar tidak kuning.
- 4) Ibu mengatakan selalu mengganti kain yang basah jika bayinya ngopol atau BAB dan ibu akan membersihkan tali pusat bayi dengan cara yang sudah dijelaskan.

Asuhan kebidanan (kunjungan ke II)

Tanggal/jam pengkajian : 25 April 2012/jam 16.30 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Data subjektif

- a. Ibu mengatakan bayinya sering menyusu dengan baik.
- b. Ibu mengatakan tadi pagi tali pusat bayi sudah lepas.

2. Data objektif

a. Data Umum

- 1) KU : Baik
- 2) Suhu : 36,7°C
- 3) Pernafasan : 34 x/menit
- 4) Berat Badan : 3850 gram
- 5) Panjang Badan : 48 cm
- 6) Lingkar Kepala : 34 cm
- 7) Lingkar Dada : 35 cm

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : bentuk mesocephal, ubun-ubun datar, tidak ada caput,tidak ada *cephal hematoma*, tidak ada tulang kepala yang tumpang tindih, kulit kepala bersih, rambut hitam.
- 2) Wajah : tidak pucat, tidak oedem.

- 3) Mata : simetris, konjunktiva merah muda, sklera putih, tidak ada pus.
- 4) Hidung : septum ditengah, bersih, tidak ada secret, tidak ada perdarahan.
- 5) Mulut: : bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak sumbing, langit-langit bersih.
- 6) Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen atau cairan, tidak ada perdarahan.
- 7) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar.
- 8) Dada : simetris, pernafasan normal dan teratur.
- 9) Abdomen : tali pusat sudah lepas, tidak ada perdarahan, perut datar.
- 10) Ekstremitas : simetris, bentuk normal, jari lengkap, gerakan aktif.
- 11) Punggung : tidak ada pembengkakan, teraba halus.
- 12) Anus : berlubang.
- c. Refleks Primitif
- 1) Moro refleks : ada, ketika menarik popok, tangan dan kaki langsung bergerak seperti hendak memeluk.
- 2) Graf refleks : ada, ketika telapak tangan disentuh, bayi hendak menggenggam.
- 3) Rooting refleks : ada, ketika puting susu ibu disentuhkan ke mulut bayi, bayi langsung menghisapnya.

- 4) Refleks menelan : ada, ketika mulut bayi berisi ASI, bayi langsung menelannya.
- 5) Babynsky refleks : ada, ketika telapak kaki disentuh maka jari-jari akan menekuk.
- 6) Tonic neck refleks : ada, ketika leher disentuh, bayi akan menggerakkan lehernya.

3. Assesment

Diagnosa : By. Ny.S BBL normal usia 1 minggu.

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu hasil pemeriksaan.
- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin.
- 3) Anjurkan ibu untuk menjaga kehangatan dan kebersihan bayi.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan normal.
- 2) Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dengan cara menyusui bayinya sesering mungkin tanpa jadwal dan tetap memberikan ASI ke bayi.
- 3) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan serta kebersihan bayinya dengan cara menyelimuti bayi dengan kain hangat dan bersih, serta segera ganti kain yang basah dengan yang bersih dan kering ketika bayi BAK/BAB dan sebelumnya alat kelamin dibersihkan dari air kencing atau kotoran terlebih dahulu.

c. Evaluasi

1. Ibu tampak tenang setelah tahu hasil pemeriksaan bayinya.
2. Ibu mengatakan akan menyusui bayinya sesering mungkin.
3. Ibu mengatakan selalu menjaga kehangatan dan kebersihan bayinya.

Asuhan kebidanan (kunjungan ke III)

Tanggal/jam pengkajian : 2 April 2012/jam 16.10 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Data subjektif

- a. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan baik
- b. Ibu mengatakan ASI nya keluar sangat banyak dan kadang ibu membuang ASI nya

2. Data objektif

a. Data Umum

- 1) KU : Baik
- 2) Suhu : 36,7°C
- 3) Pernafasan : 36 x/menit
- 4) Berat Badan : 3950 gram
- 5) Panjang Badan : 48 cm
- 6) Lingkar Kepala : 34 cm
- 7) Lingkar Dada : 35 cm

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : bentuk mesocephal, ubun-ubun datar, tidak ada caput, tidak ada *cephal hematoma*, tidak ada tulang kepala yang tumpang tindih, kulit kepala bersih, rambut hitam.
- 2) Wajah : tidak pucat, tidak oedem.
- 3) Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada pus.
- 4) Hidung : septum ditengah, bersih, tidak ada secret, tidak ada perdarahan.
- 5) Mulut: : bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak sumbing, langit-langit bersih.
- 6) Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen atau cairan, tidak ada perdarahan.
- 7) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar, kulit bayi seperti mengelupas.
- 8) Dada : simetris, pernafasan normal dan teratur.
- 9) Abdomen : perut datar, tidak ada masa, tidak kembung.
- 10) Ekstremitas : simetris, bentuk normal, jari lengkap, gerakan aktif, telapak tangan terlihat kulitnya mengelupas.
- 11) Punggung : tidak ada pembengkakan, terlihat kulit bayi seperti mengelupas.

- 12) Anus : berlubang.
- c. Refleks Primitif
- 1) Moro refleks : ada, ketika menarik popok, tangan dan kaki langsung bergerak seperti hendak memeluk.
 - 2) Graf refleks : ada, ketika telapak tangan disentuh, bayi hendak menggenggam.
 - 3) Rooting refleks : ada, ketika puting susu ibu disentuhkan ke mulut bayi, bayi langsung menghisapnya.
 - 4) Refleks menelan : ada, ketika mulut bayi berisi ASI, bayi langsung menelannya.
 - 5) Babynsky refleks : ada, ketika telapak kaki disentuh maka jari-jari akan menekuk.
 - 6) Tonic neck reflex : ada, ketika leher disentuh, bayi akan menggerakkan lehernya.

3. Assesment

Diagnosa : By. Ny.Y BBL normal usia 2 minggu.

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu hasil pemeriksaan
- 2) Anjurkan ibu untuk tidak membuang ASI nya
- 3) Anjurkan ibu untuk menjaga kehangatan dan kebersihan bayi.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan baik.
- 2) Menganjurkan ibu untuk tidak membuang ASI nya karena ASI yang sudah diperah bisa bertahan di udara terbuka selama 6-8 jam, jika di lemari es bertahan 24 jam dan bila di freezer bisa 6 bulan, dan Asi tidak boleh direbus cukup diamkan dalam tempat berisi air panas dan berikan ke bayi dengan sendok.
- 3) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya dengan cara menyelimuti bayi dengan kain hangat dan bersih, serta kering. Dan tetap menjaga kebersihan tubuh bayi dengan cara membersihkan alat kelamin bayi jika BAB/BAK dan segera ganti pakaian yang basah atau kotor dengan yang kering dan bersih, memandikan bayi dua kali sehari.

c. Evaluasi

- 1) Ibu tahu hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan baik
- 2) Ibu mengatakan tidak akan membuang ASI nya lagi dan akan memberikan kepada bayi nya dengan menggunakan sendok
- 3) Ibu mengatakan selalu menjaga kehangatan dan kebersihan bayinya.

Asuhan kebidanan (kunjungan ke IV)

Tanggal/jam pengkajian : 31 Mei 2012/jam 16.30 WIB

Tempat : Rumah pasien

1. Data subjektif

- a. Ibu mengatakan baru saja memandikan bayinya
- b. Ibu mengatakan kemarin baru saja mengimunisasi bayinya dipuskesmas

2. Data objektif

a. Data Umum

- 1) KU : Baik
- 2) Suhu : 36,6°C
- 3) Pernafasan : 32 x/menit
- 4) Berat Badan : 4100 gram
- 5) Panjang Badan : 50 cm
- 6) Lingkar Kepala : 34 cm
- 7) Lingkar Dada : 35 cm

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : bentuk mesocephal, ubun-ubun datar, tidak ada caput, tidak ada *cephal hematoma*, tidak ada tulang kepala yang tumpang tindih, kulit kepala bersih, rambut hitam.
- 2) Wajah : tidak pucat, tidak oedem.
- 3) Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada pus.

- 4) Hidung : septum ditengah, bersih, tidak ada secret, tidak ada perdarahan.
- 5) Mulut: : bibir lembab, tidak ada sariawan, tidak sumbing, langit-langit bersih.
- 6) Telinga : simetris, bersih, tidak ada serumen atau cairan, tidak ada perdarahan.
- 7) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar.
- 8) Dada : simetris, pernafasan normal dan teratur.
- 9) Abdomen : perut datar, tidak ada masa, tidak kembung.
- 10) Ekstremitas : simetris, bentuk normal, jari lengkap, gerakan aktif.
- 11) Punggung : tidak ada pembengkakan, teraba halus.
- 12) Anus : berlubang.

c. Refleks Primitif

- 1) Moro refleks : ada, ketika menarik popok, tangan dan kaki langsung bergerak seperti hendak memeluk.
- 2) Graf refleks : ada, ketika telapak tangan disentuh, bayi hendak menggenggam.
- 3) Rooting refleks : ada, ketika puting susu ibu disentuhkan ke mulut bayi, bayi langsung menghisapnya.
- 4) Refleks menelan : ada, ketika mulut bayi berisi ASI, bayi langsung menelannya.

5) Babynsky refleks : ada, ketika telapak kaki disentuh maka jari-jari akan menekuk.

6) Tonic neck refleks : ada, ketika leher disentuh, bayi akan menggerakkan lehernya.

3. Assesment

Diagnosa : By. Ny.Y BBL normal usia 6 minggu.

4. Planning

a. Perencanaan

- 1) Beritahu hasil pemeriksaan.
- 2) Beritahu ibu untuk mengimunisasi bayinya sesuai jadwal
- 3) Motivasi ibu untuk tetap memberikan ASI ke bayinya.
- 4) Anjurkan ibu untuk menjaga kesehatan bayi.

b. Pelaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan baik.
- 2) Memberitahu ibu untuk kunjungan-kunjungan imunisasi berikutnya
- 3) Memotivasi ibu supaya tetap memberikan ASI kepada bayi ibu agar tidak mudah sakit.
- 4) Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kesehatan bayi.

c. Evaluasi

- 1) Ibu tampak tenang setelah tahu hasil pemeriksaan bayinya.
- 2) Ibu mau mengimunisasi kan bayi nya sesuai jadwal
- 3) Ibu tetap berusaha untuk lebih banyak menyusui bayinya.

4) Ibu mengatakan selalu menjaga kesehatan bayinya dengan memberikan nutrisi yang cukup.

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny S dengan faktor resiko grandemulti yang dimulai sejak tanggal 8 Februari 2012 sampai dengan 31 Mei 2012 dari kehamilan, persalinan sampai 6 minggu masa nifas. Ada beberapa hal yang penulis uraikan pada bab pembahasan ini dimana penulis akan membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang ada.

Dari hasil pengkajian yang penulis lakukan pada kunjungan pertama tanggal 8 Februari 2012, penulis mendapatkan data bahwa Ny S, umur 32 tahun, umur kehamilan 31 minggu, hamil anak ke 6, pernah melahirkan 3 kali dan pernah keguguran 2 kali. Kehamilan Ny S ini termasuk kehamilan dengan faktor resiko grandemulti yang termasuk kehamilan berisiko tinggi. Grandemulti yaitu kehamilan yang lebih dari empat kali. Kehamilan dengan faktor resiko grandemulti ini bisa menyebabkan perdarahan saat hamil atau saat proses persalinan. Oleh sebab itu penulis melakukan asuhan kebidanan untuk memantau perkembangan kehamilan, mengenali gejala dan tanda bahaya, menyiapkan persalinan dan kesediaan menghadapi komplikasi. Saat kunjungan ini ibu mengeluhkan pegal-pegal pada daerah punggung dan itu merupakan hal yang normal yang disebabkan berat uterus yang semakin membesar. Dalam teori menyebutkan nyeri punggung akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi

wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar (Varney 2006, h.542).

Pada kunjungan kedua, ibu datang ke puskesmas untuk melakukan senam hamil di balai desa. Senam hamil dilakukan pada trimester kedua yaitu dimulai pada umur kehamilan 22 minggu, yang bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot dinding perut dan otot dasar panggul serta jaringan penyangganya sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat tubuh. Ibu bisa melakukan senam hamil tersebut karena keadaan Ny. S dalam kondisi baik dan Ny. S memenuhi syarat untuk melakukan senam hamil. Syarat senam hamil itu sendiri adalah telah dinyatakan sehat setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan pada kehamilannya oleh dokter atau bidan. Latihan dilakukan setelah kehamilan 22 minggu, latihan dilakukan secara teratur dan disiplin, sebaiknya latihan dilakukan dirumah sakit atau klinik bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil. Senam hamil ini tidak ditujukan pada ibu hamil dengan kelainan atau dengan penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal, dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai anemia berat). (Kusmiyati 2010, h.172).

Saat kunjungan ketiga ibu masih mengeluhkan pegel pada daerah pinggang sama seperti saat kunjungan kedua . Keluhan yang dirasakan disebabkan berat uterus yang membesar, saat ini ibu juga mengeluhkan sering BAK. Menurut Romauli, Suryati (2011, h.80), keluhan sering BAK pada trimester tiga disebabkan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan menekan kandung

kemih. Dalam menghadapi keluhan tersebut sebaiknya jangan menahan keinginan untuk buang air kecil karena hal tersebut dapat menyebabkan infeksi pada saluran kencing, juga harus tetap minum dalam jumlah yang cukup dan jangan berupaya untuk menguranginya. Seringnya buang air kecil juga menyebabkan kondisi daerah vagina lembab, sehingga kebersihan daerah vagina harus dijaga.(Naviri 2011, hh.142-143)

Pada kunjungan ke IV Ny. S menyatakan adanya kram, kram pada kaki sering dialami pada trimester kedua dan ketiga. Hal ini juga dikemukakan oleh Cristian dan Yusron (2006, h.58) ada beberapa pendapat yang menyebutkan penyebab dari kram ini. Ada yang mengatakan kram disebabkan karena rahim yang membesar yang mengakibatkan adanya tekanan yang mengganggu sirkulasi darah pada kaki sehingga menekan saraf tertentu. Ada juga yang menyebutkan karena adanya ketidakseimbangan kalsium dan fosfor dalam tubuh.

Saat kunjungan ke V ibu mengeluhkan kenceng-kenceng dan mengeluarkan lendir dari jalan lahir. Kenceng-kenceng ini merupakan kenceng-kenceng palsu atau kontraksi Braxton Hicks, hal ini sesuai dengan pernyataan dari Sumarah (2009, h.22), dan menurutnya kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dan memberikan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua kehamilan, maka pengeluaran esterogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

Keluhan ibu tentang keluarnya lendir dari jalan lahir karena terjadinya peningkatan hormone selama masa kehamilan menyebabkan produksi cairan

vagina, yang disebut lokore. Cairan ini putih, encer dan tidak berbau. Munculnya cairan ini adalah normal, sepanjang tidak berjumlah banyak, tidak berubah warna, tidak berbau, dan tidak menimbulkan rasa gatal atau iritasi. Keluhan diatas bisa diatasi dengan menjaga kebersihan dan kelembapan disekitar vagina, menggunakan celana dalam yang kering dan bersih, terbuat dari bahan yang menyerap keringat, tidak memakai celana dalam yang terlalu ketat, serta mengganti celana dalam sesering mungkin, terutama ketika celana dalam sudah terasa lembab atau basah.(Naviri 2011, h.144)

Keluhan-keluhan yang didapatkan penulis saat melakukan kunjungan selama hamil masih merupakan keluhan-keluhan yang normal dan keluhan tersebut masih bisa diatasi dan tidak memerlukan penanganan yang khusus.

Pada tanggal 17 April 2012 Ny S merasakan ada tanda-tanda persalinan, Ny S langsung datang ketempat bidan. Lalu bidan melakukan pemeriksaan yang hasilnya ibu sudah memasuki proses persalinan kala I fase laten. Penulis melakukan pemantauan pada Ny S sesuai dengan APN 2008 dan mencatat pemantauan tersebut dalam lembar partografi. Karena partografi adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan. Gambaran pada partografi, berdasarkan pemantauan selama persalinan tidak melewati garis waspada.

Bidan juga melakukan asuhan sayang ibu dan bayi saat proses persalinan berlangsung. Asuhan ini merupakan asuhan yang menghargai budaya, dan keinginan ibu. Bidan memberikan asuhan sayang ibu dan bayi dengan melakukan pencegahan infeksi dan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Pencegahan infeksi disini dimaksudkan untuk

memutuskan rantai penyebaran infeksi yang mungkin terjadi antara ibu, bayi baru lahir dan para penolong. Pencegahan infeksi yang dilakukan dengan memakai sarung tangan, mengenakan perlengkapan perlindungan diri (kaca mata, masker, celemek, dll), waspada dan berhati-hati dalam menangani benda tajam, melakukan proses dekontaminasi, dan menangani peralatan yang terkontaminasi merupakan cara-cara untuk meminimalkan risiko infeksi. Pencegahan infeksi tersebut, tidak hanya bagi ibu dan bayi baru lahir, tapi juga terhadap penolong persalinan. Mengikuti sertakan suami dan keluarga saat proses persalinan juga merupakan asuhan sayang ibu yang sangat penting untuk dilakukan karena banyak hasil penilitian yang menunjukan bahwa jika ibu diperhatikan dan diberikan dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik (APN 2008). Saat proses persalinan penulis juga melakukan asuhan sayang ibu dengan mendengarkan dan menangapi kekhawatiran ibu, memberikan dukungan pada ibu, membantu mengurangi rasa nyeri punggung yang ibu alami dengan memijat-mijat bagian punggung ibu, menganjurkan ibu untuk minum dan makan-makanan ringan.

Pada saat Ny S memasuki kala IV, penulis melakukan pemantaun pada ibu, satu jam pemantauan ibu mengalami perdarahan. Perdarahan pada Ny. S disebabkan atonia uteri dan sisa placenta. Perdarahan ini mungkin disebabkan dari faktor pencetus grandemulti yang dialami Ny S karena fungsi otot-otot uterus dalam melakukan kontraksi menurun. Bidan langsung melakukan tindakan segera untuk menghentikan perdarahan yang disebabkan karena retensi sisa plasenta

yang menyebabkan uterus tidak berkontraksi dengan baik, bidan melakukan eksplorasi sisa plasenta dan juga memasang infuse drip oksitosin 10 IU(international unit) 40 tpm yang berfungsi merangsang fundus uteri untuk berkontraksi sehingga dapat membantu mengurangi kehilangan darah.

Bidan merujuk Ny S ke RS. Rujukan yang optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap , diharapkan mampu menyelamatkan Ny S. sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Di RS dilakukan pertolongan pada Ny S dengan melakukan eksplorasi pada Ny.S karena diduga masih terdapat sisa placenta. Pada keesokan harinya tanggal 18 april 2012 ibu dilakukan curretge. Sebelum dilakukan curettage ibu tidak diperiksa USG, curettage dilakukan atas dasar masih adanya adanya perdarahan. Sebelum tindakan curetage ibu dipuaskan terlebih dahulu 6-8 jam yang bertujuan untuk pembersihan dan pengosongan saluran pencernaan untuk mencegah aspirasi isi lambung karena regurgitasi. Ny S pulang pada sore harinya jam 17.00 wib atas keinginan sendiri.

Penulis melakukan kunjungan nifas pertama tanggal 19 April 2012, dari pengkajian yang dilakukan penulis didapatkan bahwa payudara ibu keras dan penuh. Penulis memberikan asuhan pada ibu yaitu dengan mengeluarkan ASI.

Menurut Proverawati, 2010, bila ASI tidak dikeluarkan bisa terjadi mastitis pada ibu pada 1-2% wanita yang menyusui. Mastitis umumnya terjadi pada minggu1-5 setelah melahirkan. Yang ditandai dengan nyeri pada payudara,

kemerahan, area payudara yang membengkak, demam, menggigil, dan lemah. Penyebabnya adalah infeksi stafilocokus aureus.mastitis ditangani dengan pemberian antibiotika.

Perawatan tali pusat pada bayi, Ny S membungkus tali pusat dengan kassa yang di beri betadine,sesuai dengan APN 2008, dilarang membungkus puntung tali pusat atau perut bayi atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke punting tali pusat. Mengoleskan alcohol atau betadine (terutama jika pemotong tali pusat tidak terjamin DTT atau steril) masih diperkenankan tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.

Kunjungan kedua penulis melakukan asuhan teknik menyusui yang benar pada Ny S karena Ny S masih kesulitan dalam menyusui bayinya yang dikarenakan putting susu ibu besar sehingga bayi rewel dan sulit untuk menyusu. Asuhan ini diberikan agar Ny S bisa menyusui bayi nya dengan baik sehingga bayi menyusu dengan lancar dan mencegah terjadinya mastitis pada ibu.

Pada kunjungan-kunjungan berikutnya Ny S maupun bayinya tidak mengalami masalah. Hanya selama masa nifas Ny S mengalami anemia ringan sehingga Ny S memerlukan tablet tambah yang diminum 1x1 tablet selama 40 hari (fraser 2009, h.331)

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny S dengan faktor resiko grandemulti dapat disimpulkan bahwa :

1. Asuhan kebidanan pada Ny. S, selama kehamilan sudah dilakukan pelayanan kebidanan sesuai kebutuhan klien dan kewenangan bidan, ditemukan masalah yaitu Ny. S hamil dengan faktor resiko grande multi dan mengalami anemia ringan. Konseling tentang gizi dan pemberian tablet tambah darah merupakan tindakan untuk mencegah terjadinya IUGR dan anemia sedang.
2. Asuhan kebidanan pada Ny. S selama persalinan berlangsung spontan, namun saat kala 4 menimbulkan komplikasi, yaitu perdarahan yang disebabkan karena atonia yang termasuk akibat dari faktor resiko grande multi serta karena adanya sisa plasenta.
3. Asuhan kebidanan pada Ny. S saat nifas 1 hari dilakukan kuretage untuk membersihkan sisa plasenta yang tertinggal. Hasilnya kuretage lancar dan masa nifas Ny. S normal.
4. Asuhan kebidanan pada By. Ny. S tidak menimbulkan komplikasi, dan penatalaksanaan bayi baru lahir pada Ny. S sesuai dengan asuhan persalinan normal, namun tidak dilakukan inisiasi menyusui dini. Dan sejauh ini bayi Ny. S dalam keadaan sehat.

B. Saran

Saran yang dapat penulis sampaikan kepada tenaga kesehatan khususnya bidan antara lain :

1. Bidan diharapkan agar dapat selalu mempertahankan dan meningkatkan kompetensinya, sehingga dalam menerapkan asuhan kebidanan tehadap klien dapat sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.
2. Dalam memberikan asuhan kebidanan pada klien hendaknya selalu menerapkan manajemen kebidanan karena merupakan metodelogi dalam melakukan asuhan kebidanan yang mempunyai kontribusi dalam membuat solusi asuhan yang berkaitan dengan diagnosa kebidanan, masalah maupun kebutuhan klien.
3. Bidan diharapkan dapat memberikan informasi yang lebih lengkap dan lebih jelas mengenai faktor risiko kehamilan pada ibu hamil misalnya sekali dalam setiap bulannya yang disisipkan dalam kegiatan-kegiatan posyandu, ataupun dalam kegiatan-kegiatan tertentu.
4. Bidan diharapkan untuk selalu mengembangkan ilmunya khususnya dalam penanganan pasien dengan perdarahan antepartum.

DAFTAR PUSTAKA

- Cristian dan Yusron, 2006,*1001 tentang kehamilan*, Triex media, Bandung
- Depkes, RI, 2008, *Asuhan Persalinan Normal*, JPN-KRR, Jakarta
- Depkes RI, 2009, *Profil Kesehatan Indonesia 2008*, Departemen kesehatan Indonesia, Jakarta
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, dkk 2010, *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*, EGC, Jakarta.
- Meileni,Niken,2009,*Kebidanan Komunitas*, Fitramaya, Yogyakarta
- Manurung,Suyani,2011,*Buku Ajar Maternitas Asuhan Keperawatan Antenatal*, CV Trans Info Media, Jakarta
- Muslihatun, Wafi Nur, dkk 2009, *Dokumentasi Kebidanan*, Penerbit Fitramaya, Yogyakarta.
- Notoadmodjo, Soekidjo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Prawirohardjo, Sarwono, 2010, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardo
- Proverawati, Atikah & Eni R 2010, Kapita Selekta ASI dan Menyusui, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Saifudin, Abdul Bari 2002, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002, *Ilmu kebidanan*, Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- _____, 2002, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Salmah, dkk, 2006, *Asuhan Kebidanan Antenatal*, EGC, Jakarta.
- Suririnah 2009, *Anda Termasuk Ibu Hamil dengan Kehamilan Resiko Tinggi*, diperoleh tanggal 2 April 2012, <http://www.wordpress.com>
<http://female.kompas.com/read/2012/06/13/11002530/Risiko.Hamil.Lebih.dari.4.Kali>
- Varney,Hellen,dkk,2006,*Buku Ajar Asuhan Kebidanan*,Jakarta,EGC