

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY “D” G_IP₀₀₀₀₀
DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)
DI PMB ENDANG ERNAWATI, Amd.Keb
DESA BANYUARANG KECAMATAN NGORO
KABUPATEN JOMBANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR



**RENNY GINANJAR JA'IS SAPUTRI
151110026**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA - III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Renny Ginanjar Ja'is Saputri
NIM : 151110026
Jenjang : Diploma
Program Studi : D3 Kebidanan

Menyatakan bahwa LTA dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "D" GIP00000 dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 24 Oktober 2018

Saya yang menyatakan,



Renny Ginanjar Ja'is Saputri

NIM. 151110026

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Renny Ginanjar Ja'is Saputri
NIM : 151110026
Jenjang : Diploma
Program Studi : D3 Kebidanan

Menyatakan bahwa LTA dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "D" G1P00000 dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang secara keseluruhan benar – benar bebas dari plagiasi. Jika dikemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 24 Oktober 2018

Saya yang menyatakan,



Renny Ginanjar Ja'is Saputri

NIM. 151110026

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY “D” G₁P₀₀₀₀₀
DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)
DI PMB ENDANG ERNAWATI, Amd.Keb
DESA BANYUARANG KECAMATAN NGORO
KABUPATEN JOMBANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya
Kebidanan pada Program Studi D III Kebidanan

Oleh:
RENNY GINANJAR JA’IS SAPUTRI
151110026

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY "D" G₁P₀₀₀₀₀
DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)
DI PMB ENDANG ERNAWATI, Amd.Keb
DESA BANYUARANG KECAMATAN NGORO
KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Renny Ginanjar Ja'is Saputri

NIM : 151110026

Telah disetujui sebagai Usulan Laporan Tugas Akhir untuk memenuhi persyaratan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D III Kebidanan

Menyetujui,

Pembimbing I



Any Isro'aini, SST., M.Kes

NIK 02.07.098

Pembimbing II



Dhita Yuniar Kristianingrum, SST., M.Kes

NIK 05.10.371

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY"D" G₁P₀₀₀₀₀
DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)
DI PMB ENDANG ERNAWATI, Amd.Keb
DESA BANYUARANG KECAMATAN NGORO
KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Renny Ginanjar Ja'is Saputri

NIM : 151110026

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 21 Juli 2018
dan dinyatakan telah memenuhi syarat dapat diterima

Mengesahkan,

TIM PENGUJI

	NAMA	TANDA TANGAN
Penguji Utama	: <u>Evi Rosita, S.Si.T, M.M</u> NIK. 02.04.027	
Penguji I	: <u>Any Isro'aini, SST., M.Kes</u> NIK. 02.07.098	
Penguji II	: <u>Dhita Yuniar Kristianingrum, SST., M.Kes</u> NIK. 05.10.371	

Mengetahui,

Ketua STIKes ICMe

Ketua Program Studi D-III Kebidanan


H. Imam Fatoni, SKM.,MM
NIK. 03.04.022


Nining Mustika Ningrum, SST., M.Kes
NIK. 02.08.127

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Renny Ginanjar Ja'is Saputri
NIM : 151110026
Tempat dan Tanggal lahir : Malang, 25- 07-1996
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
"Insan Cendekia Medika Jombang"

Menyatakan bahwa Proposal Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "D" G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang" adalah bukan Studi Kasus orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi akademik.

Jombang, Juli 2018

Yang menyatakan



Renny Ginanjar Ja'is Saputri

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama lengkap Renny Ginanjar Ja'is Saputri lahir di Malang pada tanggal 25 Juli 1996 merupakan putri pertama dari tiga bersaudara. Penulis lahir dari pasangan suami istri Bapak Ja'is dan ibu Sulastri.

Penulis menyelesaikan pendidikan dasar di SDN 1 SEDARAT Ponorogo lulus pada tahun 2009, SMPN 1 GONDANG Tulungagung lulus pada tahun 2012, SMAN 1 GONDANG Tulungagung lulus pada tahun 2015. Sekarang penulis menempuh pendidikan di STIKes Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis memilih program studi DIII Kebidanan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes Insan Cendekia Medika Jombang dan masuk jalur PMDK.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Demikian daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Jombang, Juli 2018



Renny Ginanjar Ja'is Saputri

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah Yang Maha Esa, atas semua berkat dan RahmatNya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny “D” G_IP₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang” sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada program studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Dalam hal ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. H. Imam Fathoni, S.KM.,MM, selaku ketua STIKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
2. Nining Mustika Ningrum, SST.,M.Kes, selaku ketua program studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
3. Any Isro'aini, SST., M.Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
4. Dhita Yuniar Kristianingrum, SST., M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

5. Evi Rosita,S.SiT., M.M selaku penguji utama yang telah memberikan masukan dan arahan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
6. Endang Ernawati Amd.Keb yang telah memberikan ijin untuk melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir di PMB, Endang Ernawati Amd.Keb.
7. Ibu Diana Tri Andaniyati, selaku responden atas kerjasamanya yang baik.
8. Bapak, ibu, dan adik-adik saya atas cinta, atas dukungan dan doa yang diberikan, sehingga Laporan Tugas Akhir ini selesai pada waktunya.
9. Semua rekan mahasiswa seangkatan dan pihak – pihak yang terkait dan banyak membantu dalam hal ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengharapkan masukan dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Jombang, Juli 2018

Penulis

RINGKASAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY “D” G₁P₀₀₀₀₀
DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)
DI PMB ENDANG ERNAWATI, Amd.Keb
DESA BANYUARANG KECAMATAN NGORO
KABUPATEN JOMBANG**

Oleh :

Renny Ginanjar Ja'is Saputri
151110026

Pendahuluan : Kehamilan merupakan keadaan fisiologis dan alamiah yang terjadi pada wanita. Namun dalam proses kehamilannya tidak semua ibu hamil mengalami proses yang normal tanpa adanya masalah, salah satunya adalah Kekurangan Energi Kronis (KEK). Kekurangan Energi Kronis (KEK) merupakan salah satu masalah kurang gizi yang sering terjadi pada wanita hamil, yang disebabkan oleh kekurangan energi dalam jangka waktu yang cukup lama. **Tujuan** : adalah memberikan asuhan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB pada ibu dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK). **Metode** : Asuhan dalam LTA ini adalah dengan wawancara, observasi dan penatalaksanaan asuhan. Subyek dalam asuhan ini adalah Ny “D” G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Banyuarang Ngoro Jombang. **Hasil** : asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny “D” selama kehamilan trimester II dan III dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK), pada persalinan dengan persalinan secara normal spontan tidak ada penyulit, pada masa nifas dengan nifas normal, pada BBL dengan BBL Normal, pada masa neonatus dengan neonatus normal, dan menjadi akseptor baru KB suntik 3 bulan. **Kesimpulan** : dari asuhan kebidanan secara komprehensif ini adalah tidak adanya penyulit selama masa kehamilan, persalinan sampai dengan KB. Diharapkan para bidan dapat mempertahankan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar dan tetap melakukan pemeriksaan ANC pada setiap ibu hamil guna mendeteksi adanya komplikasi sedini mungkin.

Kata Kunci : Asuhan kebidanan, Komprehensif, Kekurangan Energi Kronis (KEK)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	
PERNYATAAN KEASLIAN	
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
RINGKASAN	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penyusunan LTA	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Ruang Lingkup.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	7
2.2 Konsep Dasar/ Teori Persalinan.....	29
2.3 Konsep Dasar/Teori Nifas.....	48
2.4 Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir	56
2.5 Konsep Dasar Neonatus	59
2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)	63
BAB III ASUHAN KEBIDANAN	
3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester III.....	66
3.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan.....	73

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir (1 Jam)	83
3.4 Asuhan Kebidanan Pada Nifas	86
3.5 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus	93
3.6 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana.....	99
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester III.....	103
4.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin	112
4.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas.....	117
4.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir.....	121
4.5 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus	126
4.6 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana	129
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	133
5.2 Saran	133
DAFTAR PUSTAKA	137
LAMPIRAN	138

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1.4 Imunisasi TT	13
Tabel 2.1.5 Ketidaknyamanan Masa Hamil dan Cara Mengatasinya.....	14
Tabel 2.1.7 Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh	17
Tabel 2.1.7 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil	21
Tabel 2.4.2 Reflek pada Bayi Baru Lahir	57
Tabel 2.4.5 Imunisasi pada Bayi Baru Lahir	59
Tabel 2.5.6 Jenis – Jenis Imunisasi Pada Bayi	62
Tabel 4.1 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel ANC Ny. “D” di PMB Endang Ernawati, Amd. Keb. Banyuarang, Ngoro, Jombang.....	104
Tabel 4.2 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel INC Ny. “D” di PMB Endang Ernawati, Amd. Keb. Banyuarang, Ngoro, Jombang.....	112
Tabel 4.3 Distribusi Data Subjektif dan Objektif dari Variabel PNC (<i>Post Natal care</i>) Ny.“D” di PMB Endang Ernawati, Amd. Keb. Banyuarang, Ngoro, Jombang	117
Tabel 4.3 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Bayi Baru Lahir Bayi Ny.”D” di PMB Endang Ernawati, Amd. Keb. Banyuarang, Ngoro, Jombang	122
Tabel 4.5 Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Neonatus Bayi Ny.“D” di PMB Endang Ernawati, Amd. Keb. Banyuarang, Ngoro, Jombang	126
Tabel 4.6 Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Keluarga Berencana Ny.“D” di PMB Endang Ernawati, Amd. Keb. Banyuarang, Ngoro, Jombang.	130

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1	Surat Persetujuan	138
Lampiran 2	Surat Pernyataan Kesanggupan	139
Lampiran 3	Surat Persetujuan Bidan.....	140
Lampiran 4	Lembar KIA.....	141
Lampiran 5	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	146
Lampiran 6	Hasil Pemeriksaan USG	147
Lampiran 7	Kartu Skor Poedji Rochjati.....	149
Lampiran 8	Keterangan Lahir	150
Lampiran 9	Lembar Observasi.....	151
Lampiran 10	Lembar Patograf	152
Lampiran 11	Catatan Ibu Nifas.....	154
Lampiran 12	Catatan Bayi Baru Lahir	156
Lampiran 13	Catatan Imunisasi Anak.....	157
Lampiran 14	Catatan KB	158
Lampiran 15	Foto Kunjungan ANC.....	159
Lampiran 16	Foto Persalinan	160
Lampiran 17	Foto Nifas	161
Lampiran 18	Foto Bayi Baru Lahir	162
Lampiran 19	Foto Neonatus.....	163
Lampiran 20	Foto KB	164

DAFTAR SINGKATAN

FSH LH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
LH	: <i>Luteining Hormone</i>
MSH	: <i>Melanosit Stimulating Hormone</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
IMT	: Indeks Masa Tubuh
LiLA	: Lingkar Lengan Atas
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
WUS	: Wanita Usia Subur
Hb	: <i>Hemoglobin</i>
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
TP	: Tafsiran Persalinan
MAP	: <i>Mean Aterial Pressure</i>
ROT	: <i>Roll Over Test</i>
USG	: <i>Ultrasonography</i>
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
DJJ	: Denyut Jantung Janin
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
ASI	: Ais Susu Ibu
KB	: Keluarga Berencana
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
PICT	: <i>Provider Initiated Counseling</i>
HbsAg	: <i>Hepatitis B surface Antigen</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan keadaan fisiologis dan alamiah yang terjadi pada wanita. Namun dalam proses kehamilannya tidak semua ibu hamil mengalami proses yang normal tanpa adanya masalah, salah satunya adalah Kekurangan Energi Kronis (KEK). Kekurangan Energi Kronis (KEK) merupakan salah satu masalah kurang gizi yang sering pada wanita hamil, yang disebabkan oleh kekurangan energi dalam jangka waktu yang cukup lama.¹ Sedangkan menurut Helena (2013) Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah salah satu kondisi malnutrisi, dimana ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relative atau absolut satu atau zat gizi lebih.²

Hasil Pemantauan Konsumsi Gizi (PKG) yang dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data PSG tahun 2016 menunjukkan, ibu hamil yang memiliki resiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) sebesar 19,1%.³ Jumlah ibu hamil di Provinsi Jawa Timur tahun 2016 sejumlah 638.168 ibu hamil, dan ibu hamil dengan risiko KEK sebesar 85,6%.⁴ Diketahui dari data yang diperoleh di PMB Bidan Endang Ernawati, Amd.Keb pada bulan Desember 2017 didapatkan 4 ibu hamil dengan masalah Kekurangan Energi Kronis

(KEK) dari jumlah 27 ibu hamil, salah satunya adalah Ny. "D" G₁P₀₀₀₀₀ umur 25 tahun, dengan LILA 21,5 cm dan IMT 15,82.⁵

Faktor yang mempengaruhi gizi ibu hamil yaitu usia, berat badan, kesehatan, pendidikan dan pengetahuan, ekonomi, kebiasaan dan pandangan terhadap makanan, diet pada masa sebelum hamil dan selama hamil, lingkungan dan psikologi.⁶ Bila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin. Masalah yang akan terjadi pada ibu adalah dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain yaitu anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. Sedangkan pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), perdarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat. Serta kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah.⁷

Ibu hamil sebaiknya memeriksakan kehamilannya paling sedikit 4 kali, yaitu pada trimester I (1 kali), trimester II (1 kali) dan trimester III (2 kali). Karena dengan memeriksakan kehamilan secara rutin dapat memantau kondisi ibu dan janin serta mengetahui ada atau tidaknya masalah dalam kehamilan, seperti masalah Kekurangan Energi Kronis (KEK). Pada ibu hamil pemenuhan zat gizi selalu meningkat selama kehamilan seiring dengan membesarnya janin. Dan pada dasarnya, semua ibu hamil

memerlukan zat gizi tambahan, namun yang seringkali menjadi kekurangan adalah energi protein dan beberapa mineral seperti Zat Besi dan Kalsium.⁸ Peningkatan jumlah konsumsi makan perlu ditambah terutama konsumsi pangan sumber energi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin, maka kurang mengkonsumsi kalori akan menyebabkan malnutrisi.⁹ Sebaiknya ibu hamil dengan masalah Kekurangan Energi Kronis (KEK) banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi dari bahan hewani (daging, ayam, ikan, hati, telur), dari bahan nabati (sayur berwarna hijau tua, kacang – kacangan, tempe), sayur dan buah – buahan yang banyak mengandung banyak vitamin C (daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk dan nanas) serta menambah pemasukan zat besi dalam tubuh dengan mengkonsumsi tablet tambah darah.¹⁰ Kekurangan Energi Kronis (KEK) dapat diatasi dengan mengatur kualitas dan kuantitas diit yang harus ditingkatkan melalui pola makan dan kebiasaan makan yang baik. Pola makan dan kebiasaan makan yang baik disini adalah menu seimbang dengan jenis makanan yang bervariasi. Karena pada masa kehamilan kebutuhan nutrisi tidak selalu konstan.¹¹ Selain itu ibu hamil dianjurkan untuk rutin mengecek berat badan agar mengetahui kenaikan badannya dalam batas normal atau tidak.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB secara komprehensif pada Ny “D” G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada Ny “D” G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kornis (KEK) di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada Ny “D” G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kornis (KEK) di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan ibu hamil trimester II dan III pada Ny “D” G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang, Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.
2. Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny “D” P₁₀₀₀₁ di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang, Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.
3. Melakukan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny “D” P₁₀₀₀₁ di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang, Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.

4. Melakukan asuhan kebidanan pada BBL Bayi Ny “D” di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang, Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.
5. Melakukan asuhan kebidanan pada neonatus bayi Ny “D” di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang, Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.
6. Melakukan asuhan kebidanan KB pada Ny “D” di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang, Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil laporan ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dan wacana perpustakaan, dan juga sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya. Serta menambah ilmu pengetahuan dan menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Ibu Hamil

Mendapatkan asuhan kebidanan secara langsung mulai dari kehamilan sampai Keluarga Berencana (KB).

b. Bagi Institusi Kesehatan

Asuhan Kebidanan ini bisa dijadikan referensi untuk penyusunan laporan tugas akhir yang selanjutnya.

c. Bagi Bidan

Laporan ini dapat memberikan masukan bagi bidan dalam mengembangkan perencanaan kebidanan lebih lanjut dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan terutama pada kasus Kekurangan Energi Kronis (KEK).

d. Bagi Peneliti

Dapat dijadikan pembelajaran dan pengalaman dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK).

1.5 Ruang Lingkup

1.5.1 Sasaran

Sasaran dalam asuhan *continue of care* ini adalah Ny “D” G₁P₀₀₀₀₀ dengan di PMB Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang. Mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL, neonatus dan KB yang dilakukan sesuai standart asuhan kebidanan.

1.5.2 Tempat

Tempat dilakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny “D” G₁P₀₀₀₀₀ adalah PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang, Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.

1.5.3 Waktu

Asuhan Kebidanan ini dilaksanakan pada bulan Desember 2017 sampai Mei 2018.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan Trimester II dan III

Kehamilan trimester II adalah masa kehamilan sejak minggu ke 13 sampai dengan minggu ke 27.¹²

Kehamilan trimester III adalah masa kehamilan sejak minggu ke 28 sampai 40 minggu.¹³

2.1.2 Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Kehamilan Trimester II dan III

1. Vulva dan Vagina

Karena hormon estrogen dan progesteron terus meningkat dan terjadi hiperfaskulerisasi mengakibatkan pembuluh darah alat genitalia membesar.

2. Serviks Uteri

Konsistensi servik menjadi lunak dan kelenjar kelenjar deservik akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak.

3. Uterus

a. 28 minggu : fundus uteri terletak kira – kira tiga jari di atas pusat atau 1/3 jarak antara pusat ke prosesus xifoideus (25).

- b. 32 minggu : fundus uteri kira – kira antara $\frac{1}{2}$ jarak pusat dan proses xifoideus (27).
- c. 36 minggu : fundus uteri kira – kira 1 jari di bawah prosesus xifoideus .
- d. 40 minggu : fundus uteri terletak kira – kira 3 jari di bawah pusat.

4. Ovarium

Pada trimester II, plasenta mulai terbentuk dan menggantikan fungsi korpus luteum graviditatum.

5. Sistem Payudara

Pada kehamilan setelah kehamilan 12 minggu ke atas puting susu mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih disebut colostrum.

6. Sistem Endokrin

Adanya peningkatan hormone estrogen dan progesterone serta terlambatnya pembentukan FSH LH.

7. Sistem Perkemihan

Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memingkatkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih, dan menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.

8. Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang mebesar.

9. Sistem Muskuloskeletal

Selama trimester II mobilitas persendian akan berkurang terutama pada persendian siku dan pergelangan tangan. Pada trimester III perubahan tubuh secara bertahan dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok.

10. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan pembuluh darah relatif menurun karena pengaruh hormon progesterone dan prostasikilin, penurunan tekanan darah sistolik sebesar 5-10 mmHg dan diastolik sebesar 10-15 mmHg umumnya sampai minggu ke 24 selanjutnya tekanan darah normal 110/70 mmHg sampai 120/80 mmHg. Hal ini diakibatkan perubahan posisi uterus yang dapat menekan pembuluh darah vena cava inferior.

11. Sistem Integumen

Akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesterone, kadar MSH pun meningkat.

12. Sistem Berat Badan

Pada trimester II kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg/minggu selama kehamilan. Pada trimester III kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg.

13. Sistem Pernafasan

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas.¹⁴

2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester II dan III

1. Trimester II

- a. Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- b. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- c. Merasakan gerakan anak.
- d. Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
- e. Libido meningkat.
- f. Menuntut perhatian dan cinta.
- g. Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- h. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- i. Ketertarikan dan aktivitas terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru.¹⁵

2. Trimester III

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Merasa sedih karena akan terpisahkan dari bayinya.
- f. Merasa kehilangan perhatian.
- g. Perasaan sudah terluka (sensitif).
- h. Libido menurun.¹⁶

2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester II dan III

Saat hamil banyak hal yang dibutuhkan oleh ibu hamil. Tetapi ada beberapa kebutuhan dasar yang harus dipenuhi agar perkembangan janin baik sebagaimana yang ditulis oleh Romauli (2011), yaitu:

1. Oksigen

Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung.

2. Nutrisi

Berikut ini sederet zat gizi yang sebaiknya lebih diperhatikan pada kehamilan trimester ketiga :

a. Kalori

Pertambahan kalori ini diperlukan terutama pada trimester III. Untuk itu tambahan kalori yang diperlukan setiap hari adalah sekitar 285-300 (kkal).

b. Protein

Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal dan pembentukan ASI kurang sempurna.

c. Vitamin

Vitamin telah terpenuhi dengan sayur dan buah, namun dapat diberikan vitamin tambahan. Pemberian asam folat dapat mencegah kecacatan pada bayi.

3. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Kebersihan gigi dan mulut perlu dijaga karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang.

4. Pakaian

Pemakaian pakaian yang kurang tepat akan mengakibatkan ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu.

5. Eliminasi

Pada trimester ketiga frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (Pintu Atas Panggul), BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormone progesterone meningkat.

6. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak berhubungan seks selama 14 hari menjelang persalinan.

7. Istirahat

Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan dalam keadaan rilaks pada siang hari selama 1 jam.

8. Persiapan Laktasi

Menggunakan bra yang longgar dan dapat menyangga payudara serta membersihkan puting susu dengan minyak kelapa dan air hangat.¹⁷

9. Imunisasi

Tabel 2.1.4 Imunisasi TT

Pemberian	Selang waktu minimal
TT1	Saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan).
TT2	4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)
TT3	6 minggu setelah TT2 (pada kehamilan, jika waktu minimal dipenuhi)

TT4	1 tahun setelah TT3
TT5	1 tahun setelah TT4

Sumber : Kusmiyati, 2010¹⁸

2.1.5 Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester II dan III dan Cara Mengatasinya

Ketidaknyamanan pada ibu hamil Trimester ketiga serta cara mengatasinya menurut Romauli (2011) adalah :

Table 2.1 Ketidaknyamanan masa hamil dan cara mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil	Kosongkan saat ada dorongan saat kencing. Perbanyak minum pada siang hari. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur di malam hari. Batasi minum kopi, teh, dan soda. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis
2.	Striae gravidarum	Gunakan emolien topikal atau antipruritik jika ada indikasinya. Gunakan baju longgar yang dapat menopang payudara dan abdomen
3.	Hemoroid	Hindari Konstipasi. Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah. Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid. Gunakan kompres es atau air hangat. Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB.
4.	Keputihan	Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.
5.	Sembelit	Minum 3 liter cairan tiap hari terutama air putih atau sari buah. Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C. Lakukan senam hamil. Membiasakan buang air besar secara teratur
6.	Kram pada kaki	Kurangi konsumsi susu(kandungan fosfatnya tinggi). Latihan dorsofleksi pada kaki dan meregangkan otot yang terkena. Gunakan penghangat untuk otot.

7. Nafas sesak	Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik nafas panjang.
8. Panas perut (heartburn)	Makan sedikit- sedikit tetapi sering. Hindari makan berlemak dan berbumbu tajam. Hindari rokok, asap rokok, alkohol, dan coklat. Hindari berbaring setelah makan. Hindari minum air putih saat makan. Kunyah permen karet. Tidur dengan kaki ditinggikan.
9. Perut kembung	Hindari makan yang mengandung gas. Mengunyah makanan secara sempurna. Lakukan senam secara teratur.
10. Pusing/ sakit kepala	Bangun secara perlahan dari posisi istirahat. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak. Hindari berbaring dalam posisi telentang.
11. Sakit punggung atas dan bawah	Posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas. Hindari mengangkat barang berat. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
12. Varises pada kaki	Tinggikan kaki sewaktu berbaring. Jaga agar kaki tidak bersilangan. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama. Senam untuk melancarkan peredaran darah. Hindari pakaian atau korset yang ketat.

Sumber: Romauli, 2011¹⁹

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan TM II dan III

Selama kehamilan beberapa tanda bahaya yang dialami dapat dijadikan sebagai data dalam deteksi dini komplikasi akibat kehamilan. Jika pasien mengalami tanda – tanda bahaya segera dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dan tindakan antisipasi untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan janin.

Beberapa tanda bahaya yang penting untuk disampaikan pada pasien dan keluarga antara sebagai berikut :

- a. Perdarahan per vaginam.
- b. Sakit kepala hebat.
- c. Masalah penglihatan
- d. Bengkak pada muka atau lengan.
- e. Nyeri abdomen yang hebat.
- f. Bayi kurang bergerak seperti biasa.²⁰

2.1.7 Teori Tentang Kekurangan Energi Kronis (KEK)

1. Pengertian

Kekurangan Energi Kronis atau yang selanjutnya disebut dengan KEK merupakan suatu keadaan dimana status gizi seseorang buruk yang disebabkan kurangnya konsumsi pangan sumber energi yang mengandung zat gizi makro. Kebutuhan wanita akan meningkat dari biasanya jika pertukaran dari hampir semua bahan itu terjadi sangat aktif terutama pada trimester III. Peningkatan jumlah konsumsi makan perlu ditambah terutama konsumsi pangan sumber energi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin, maka kurang mengkonsumsi kalori akan menyebabkan malnutrisi.²¹

Kekurangan Energi Kronis (KEK) suatu keadaan kekurangan makanan dalam waktu yang lama sehingga menyebabkan ukuran Indeks Masa Tubuhnya (IMT) di bawah

normal >18,4-19,8 dan LILA kurang dari 23,5 untuk wanita dewasa atau usia produktif.

Pengukuran LILA adalah salah satu cara untuk mengetahui KEK pada WUS. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA artinya wanita tersebut mempunyai resiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). BBLR mempunyai resiko gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak. LILA yang rendah dapat menggambarkan IMT yang rendah pula.

Indeks Masa Tubuh adalah alat atau suatu cara yang sederhana untuk mengetahui status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan.

$$\text{Rumus IMT} = \frac{\text{Berat Badan Sebelum Hamil (kg)}}{(\text{Tinggi Badan X Tinggi Badan(m)})}$$

2.1.7 Tabel Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	< 29	> 7
Gemeli	-	16 – 20,5

Sumber : Sarwono, 2014

2. Penyebab Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Penyebab utama terjadinya KEK pada ibu hamil yaitu sejak sebelum hamil ibu sudah mengalami kekurangan energi, karena kebutuhan orang hamil lebih tinggi dari ibu yang tidak dalam keadaan hamil. Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama hamil.

Menurut Sediaoetama (2000), penyebab dari KEK dapat dibagi menjadi dua, yaitu :

a. Penyebab Langsung

Penyebab langsung terdiri dari asupan makanan atau pola konsumsi dan infeksi.

b. Penyebab Tidak Langsung

1) Hambatan utilitas zat-zat gizi

Hambatan utilitas zat-zat gizi ialah hambatan penggunaan zat-zat gizi karena susunan asam amino didalam tubuh tidak seimbang yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan penurunan konsumsi makan.

2) Hambatan absorpsi karena penyakit infeksi atau infeksi cacing.

3) Ekonomi yang kurang.

4) Pendidikan umum dan pendidikan gizi kurang.

5) Produksi pangan yang kurang mencukupi kebutuhan.

- 6) Kondisi hygiene yang kurang baik.
- 7) Jumlah anak yang terlalu banyak.
- 8) Penghasilan rendah.
- 9) Perdagangan dan distribusi yang tidak lancar dan tidak merata.²²

3. Akibat dari Kekurangan Energi Kronis (KEK)

a. Terhadap Ibu Hamil

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain : anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi.

b. Terhadap Persalinan

Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (*premature*), perdarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat.

c. Terhadap Janin

Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum, dan lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).²³

4. Pencegahan KEK

Menurut Chinue (2009), ada beberapa cara untuk mencegah terjadinya KEK, antara lain :

- a. Meningkatkan konsumsi ,akanan bergizi, yaitu :
 - 1) Makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati, telur) dan bahan makanan nabati (sayur berwarna hijau tua, kacang-kacangan, tempe).
 - 2) Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (seperti daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus.
- b. Menambah pemasukan zat besi dalam tubuh dengan meminum tablet penambah darah.

Guna mencegah terjadinya resiko KEK pada ibu hamil sebelum kehamilan (WUS) sudah harus mempunyai gizi yang baik, misalnya dengan LILA tidak kurang dari 23,5 cm. Beberapa kriteria ibu KEK adalah berat badan ibu sebelum hamil <42 kg, tinggi badan <145 cm, berat badan ibu pada trimester III <45 kg, Indeks Masa Tubuh (IMT) sebelum hamil <17.00 dan ibu menderita anemi (Hb<11 gr%).²⁴

5. Kebutuhan Nutrisi Bagi Ibu Hamil

Tabel 2.1.7 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kabutuhan Hamil/Hari	Tidak	Tambahan Kebutuhan Hamil/Hari
Kalori	2000 – 2200 kalori		300 – 500 kalori
Protein	75 gram		8 – 12 gram
Lemak	53 gram		Tetap
Fe	28 gram		2 – 4 gram
Ca	500 mg		600 mg
Vitamin A	3500 UI		500 UI
Vitamin C	75 gram		30 mg
Asam Folat	180 gram		400 mg

*Sumber : Gizi Ibu Hamil 2010*²⁵

2.1.8 Antenatal Care (ANC)

Menurut Depkes RI (2010) pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan. Pengertian antenatal care adalah perawatan kehamilan. Antenatal care adalah pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai mereka, menegakkan secara dini komplikasi kehamilan dan menetapkan risiko kehamilan (risiko tinggi, risiko meragukan, risiko rendah).(Manuaba,2006)²⁶

2.1.9 Antenatal Care Terpadu (ANC Terpadu)

1. Pengertian

Pelayanan Antenatal Terpadu adalah keterpaduan pelayanan antenatal dengan beberapa program lain yang memerlukan intervensi selama masa kehamilan. Tujuan dari ANC terpadu adalah menyediakan pelayanan yang komprehensif dan berkualitas/penyakit/gangguan pada ibu hamil.²⁷

2. Tujuan Antenatal Care

Menurut Depkes RI (2009), tujuan pelayanan antenatal adalah mengantarkan ibu hamil agar dapat bersalin dengan sehat dan memperoleh bayi yang sehat, mendeteksi dan mengantisipasi dini kelainan kehamilan dan deteksi serta antisipasi dini kelainan janin.

3. Bentuk pelayanan sesuai kebijakan program.

Kebijakan program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standart 14 T meliputi :

- a. Timbang Berat Badan (T1)
- b. Ukur Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria). Terjadinya preeklamsia dapat dideteksi secara dini dengan memakai MAP dan ROT. Pemeriksaan pada kehamilan dilakukan pada usia kehamilan 18 -26 minggu, sedangkan ROT dilakukan ketika usia kehamilan 28 – 32 minggu.

Mean Arterial Pressure (MAP) adalah tekanan arteri rata – rata selama satu siklus denyutan jantung yang didapatkan dari pengukuran tekanan darah *systole* dan tekanan darah *diastole*. Hasil tes MAP positif bila tekanan

arteri rata-rata > 90 mmHg. Sedangkan *Mean Arterial Pressure* didapatkan dari rumus sebagai berikut :

$$\text{MAP} = D + 1/3 (S - D)$$

Keterangan : D : *Diastolik*

S : *Sistolik*²⁸

Roll Over Test adalah tes tekanan darah dimana nilai positif dinyatakan jika terjadi peningkatan 20 mmHg saat pasien melakukan *Roll Over*.

Cara melakukan ROT :

- 1) Ibu tidur miring ke kiri kemudian tekanan dihitung dan dicatat.
 - 2) Tunggu 5 menit, lalu anjurkan tidur untuk terlentang kemudian hitung tekanan catatat. .
 - 3) Setelah itu bedakan antara diastol miring dan diastol terlentang..
 - 4) Positif apabila selisih diastolik antara berbaring miring dan terlentang 20 mmHg atau lebih.
- c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)
 - d. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
 - e. Pemberian imunisasi (T5)
 - f. Pemeriksaan Hb (T6)
 - g. Pemeriksaan VDRL (T7)
 - h. Perawatan payudara, senam payudara, dan pijat tekan payudara (T8)

- i. Pemeliharaan tingkat kebugaran atau senam ibu hamil (T9)
- j. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (T10)
- k. Pemeriksaan protein urine atas indikasi (T11)
- l. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi (T12)
- m. Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok (T13)
- n. Pemberian terapi anti – malaria untuk daerah endemis malaria (T14)²⁹

2.1.10 Konsep SOAP Kehamilan Normal dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK)

1. Data Subyektif (S)

Data Subyektif merupakan data fokus atau keluhan pasien yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK). Keluhan yang biasa diderita oleh ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) yaitu merasa kelelahan, mersa kesemutan, muka pucat dan tidak bugar serta kenaikan berat badan yang kurang (tidak normal) selama kehamilan.

2. Data Obyektif (S)

Data Obyektif merupakan data pengkajian melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dan informasi kajian teknologi seperti hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dan lainnya.

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

Postur Tubuh : Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan,. Apakah cenderung membungkuku, terdpat lordosis, kiposis, scoliosis, atau berjalan pincng dan sebagainya.

Tinggi Badan : Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi.

Berat Badan : Berat badan pada ibu hamil dengan KEK tidak mengalami kenaikan dengan baik selama kehamilan. Untuk mengetahui normal berat badan ibu dapat dihitung dengan rumus Indeks Mssa Tubuh (IMT) atau *Body Mass Indeks* (BMI).

TTV : Tekanan Darah :110/70-120/80
mmHg

Nadi : 80 – 90 x/menit

Pernafasan : 16 – 24 x/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

Lila : < 23,5 cm

IMT : < 18,50

b. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Perkusi)

Mata : Bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Dada dan : Simetris, tidak ada nyeri tekan, hiperpigmentasi

Payudara areola, tidak ada benjolan abnormal, puting menonjol dan colostrus belum keluar.

Abdomen : Tidak terdapat luka bekas operasi, terdapat linea nigra, dan pembesaran abdomen.

TFU teraba 3 jari dibawah processus xyepoideus, teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba panjang, lurus seeptri papan (punggung), bagian kanan teraba bagian terkecil janin, bagian bawah teraba bulat, keras, melenting, masih bisa melenting (kepala).

DJJ : DJJ 120- 160x/menit.

TBJ : Memastikan TBJ sesuai usia kehamilan, melihat resiko BBLR atau tidak.

$TBJ = (TFU - 12) \times 155$ (bila kepala belum masuk PAP)

$TBJ = (TFU - 11) \times 155$ (bila kepala sudah masuk PAP)

Genetalia : Tidak ada varises pada vulva dan vagina, dan

tidak odema.

Anus : Tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus.

Ekstremitas : Simetris dan tidak odem.

3. Analisa Data (A)

G₁P₀A₀ UK ... Minggu Kehamilan dengan KEK

4. Panatalaksanaan (P)

Penatalaksanaan adalah melaksanakan rencana asuhan secara menyeluruh dan efisien (Varney, 2007). Pada langkah ini dilakukan berdasarkan kesimpulan dan evaluasi terhadap hasil keputusan yang diambil dalam rangka mengatasi masalah klien atau memenuhi kebutuhan klien.

Pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis di dapati penatalaksanaan sebagai berikut :

- a. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini bahwa termasuk kedalam kondisi berat badan yang kurang, ibu mengerti
- b. Menganjurkan ibu mengatur konsumsi makanan, seperti makanan yang mengandung zat besi dari makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati dan telur), dari bahan nabati (sayur berwarna hijau tua, kacang – kacangan, tempe), makan sayur – sayuran dan buah – buahan yang banyak mengandung vitamin C (daun katuk, daun singkong, bayam , jambu, tomat, jeruk dan nanas). Ibu mengerti

- c. Mengajukan ibu untuk istirahat cukup yaitu 1 - 2 jam (siang) 7 – 8 jam (malam). Ibu mengerti
- d. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada muka dan jari tangan, keluar cairan pervaginam, dan gerakan janin tidak teraba. Ibu mengerti
- e. Memberikan KIE tentang tanda – tanda persalinan seperti adanya kontraksi rahim, keluarnya lendir bercampur darah, keluarnya air – air (ketuban) dan pembukaan servik. Ibu mengerti
- f. Memberikan KIE tentang persiapan persalinan seperti menanyakan kepada bidan tentang perkiraan persalinan, persiapan dana untuk biaya persalinan dan biaya lainnya, menyiapkan kendaraan jika sewaktu waktu di perlukan, merencanakan tempat untuk persalinan, perlengkapan ibu dan bayi, Ibu mengerti
- g. Memberikan KIE tentang dampak Kekurangan Energi Kronik (KEK) seperti anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya, keguguran, cacat bawaan pada bayi, dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Ibu mengerti
- h. Memberikan KIE tentang tablet Fe (tablet tambah darah) dan mengajurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi tablet Fe secara rutin. Ibu mengerti

- i. Mengajukan ibu untuk senam hamil disaat pagi hari atau bila ibu mempunyai waktu luang. Ibu bersedia
- j. Mengajukan ibu untuk ANC teratur. Ibu bersedia³⁰

2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

2.2.1 Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi. Menurut Manuaba, 2008 persalinan dibagi 3 macam yaitu :

1. Persalinan spontan. Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan dan tenaga 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.³¹

2.2.2 Teori – teori Yang Menyebabkan Mulainya Proses Persalinan

1. Teori Plasenta Menjadi Tua

Seiring matangnya usia kehamilan Penuaan plasenta akan menyebabkan turunya kadar entrogen dan progesterone sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi uterus.

2. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, disangka menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan

3. Teori Oxytocin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim. Dan akhirnya persalinan dimulai.

4. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

5. Teori Hipotalamus

Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensevalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.³²

2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

1. *Power* (kekuatan ibu)

Otot rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. Terdiri atas lapisan otot longitudinal di bagian luar, lapisan otot sirkular di bagian dalam, dan lapisan otot menyilang di antara keduanya. Dengan susunan demikian, ketika otot rahim berkontraksi maka pembuluh darah yang

terbuka setelah plasenta lahir akan terjepit oleh otot dan peredaran darah dapat berhenti.

2. *Passage* (Jalan lahir)

Ciri khas jalan lahir adalah sebagai berikut :

- a. Terdiri dari empat bidang
- b. Pintu Atas Panggul (PAP)
- c. Bidang terluas panggul
- d. Bidang tersempit panggul
- e. Pintu bawah panggul (PBP)

3. *Passanger* (isi kehamilan)

a. Janin

Pembahasan mengenai janin sebagai *passenger* sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan paling sulit dilahirkan.

b. Plasenta

Struktur plasenta berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal 2-2,5 cm, berat rata-rata 500 gram, letak plasenta umumnya di depan atau di belakang dinding uterus, agak keatas kearah fundus.

c. Tali pusat

Struktur tali pusat terdiri dari dua arteri umbilikalisis dan satu vena umbilikalisis, bagian luar tali pusat berasal dari lapisan amnion, panjang rata-rata 50 cm.

d. Air Ketuban

Merupakan elemen penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat di jadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin.

2.2.4 Tanda – tanda Persalinan

Gejala Persalinan sebagai berikut :

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda yaitu :
 - a. Pengeluaran lender
 - b. Lender bercampur darah
3. Dapat disertai ketuban pecah dini.
4. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan servik :
 - a. Pelunakan servik
 - b. Perdarahan servik
 - c. Terjadi pembukaan servik

2.2.5 Tanda Persalinan Sudah Dekat

1. Terjadi Lightening

Menjelang minggu ke 36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan :

- a. Kontraksi Braxton Hicks
- b. Ketegangan perut dinding.
- c. Ketegangan ligamentum rotundum

d. Gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah.

Ciri-ciri masuknya kepala bayi di pintu atas panggul :

- a. Terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang.
- b. Di bagian bawah terasa sesak.
- c. Terjadi kesulitan saat berjalan.
- d. Sering miksi (beser kencing).

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu : power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal), dan pasanger (janinnya dan plasenta). Pada multipara gambarannya tidak jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

2. Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi ini dapat dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi Braxton Hicks terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesterone dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin.

Sifat his palsu :

- a. Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- b. Datangnya tidak teratur.
- c. Tidak ada perubahan pada servik atau pembawa tanda.
- d. Durasi pendek.
- e. Tidak bertambah bila beraktivitas.³³

2.2.6 Tahapan Persalinan

1. Kala I (Pembukaan Servik)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu :

a. Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3.

Yang perlu diperiksa pada fase laten antara lain :

1) Setiap 4 jam sekali :

Pembukaan, penurunan kepala, cairan ketuban, molase, tekanan darah, dan suhu.

2) Setiap 30 menit sekali :

DJJ, kontraksi dan nadi.

b. Berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase :

1) Fase akselerasi : berlangsung dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal : berlangsung dalam waktu 2 jam, pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.³⁴

Yang perlu diperiksa pada fase aktif :

3) Setiap 4 jam sekali :

Pembukaan, penurunan kepala, cairan ketuban, molase, tekanan darah, suhu dan urine.

4) Setiap 30 menit sekali :

DJJ, kontraksi dan nadi.

Lamanya kala I untuk *primigravida* berlangsung 12 jam sedangkan pada *multigravida* sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan *primigravida* 1 cm per jam dan pembukaan *multigravida* 2 cm per jam.

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

a. Definisi

Kala II adalah persalinan dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada *primigravida* dan 1 jam pada *multigravida*.

b. Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

1) His semakin kuat dengan interval 2 - 3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya *fleksus frankenhouser*.
- 4) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu; suboksiput bertindak sebagai *hipomochlion*, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka pertolongan persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut : Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam keatas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi. Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- 7) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan muligravida 30 menit. Dimulai dari pembukaan lengkap sampai pengeluaran janin, rasa mulas terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2 - 3 menit sekali dengan durasi 50 - 100 detik. Kala II pada

primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam.³⁵

3. Kala III (Manajemen Kala III)

Manajemen Aktif Kala Tiga adalah mengupayakan kontraksi yang adekuat dari uterus dan mempersingkat waktu kala tiga, mengurangi jumlah kehilangan darah, menurunkan angka kejadian retensio plasenta (Susilawati, 2009, hal. 140).³⁶

Tujuan manajemen kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

Beberapa keuntungan yang didapat jika menggunakan manajemen kala III adalah waktu yang diperlukan pada kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio plasenta.

Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama, yaitu :

- a. Pemberian suntikan oksitosin dalam satu menit pertama setelah bayi lahir.
- b. Melakukan penegangan tali pusat terkendali.
- c. Masase fundus uteri.³⁷

4. Kala IV (2 jam setelah plasenta lahir)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 - 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat kesadaran pasien.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c. Kontraksi uterus.

Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.³⁸

2.2.7 Proses Persalinan 60 Langkah APN

Tata laksana pada kala II, III, IV bergabung dalam 60 langkah APN yaitu :

Mengenali gejala dan tanda kala II

1. Mendengar dan melihat tanda kala II persalinan :
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
 - c. Perineum menonjol dan menipis.
 - d. Vulva-vagina dan sfingterani membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.
3. Pakai celemek plastik atau bahan lain yang tidak tembus cairan.
4. Melepaskan dan menyimpan semua pershiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi apabila selaput ketuban belum pecah, dengan syarat kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan

rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.

10. Periksa denyut jantung janin segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran

11. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginan.
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d. Ajarkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral.
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

- h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau 60 menit (1 jam) pada multigravida.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
 15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
 17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 18. Pakai sarung tangan DTT.

Pertongan untuk melahirkan bayi

Lahirnya kepala

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
21. Setelah kepala lahir, tunggu putar paksi luar yang berlangsung secara spontan.

Membantu lahirnya bahu

22. Setelah putar paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki.
25. Lakukan penilaian selintas :
 - a. Apakah kehamilan cukup bulan ?
 - b. Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan ?
 - c. Apakah bayi bergerak aktif ?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia, bila semua jawaban adalah “YA” lanjut ke langkah 26. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus.

26. Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks.

Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda.
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
30. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
31. Potong dan ikat tali pusat.
32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

Manajemen aktif kala III

33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas

(dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

Mengeluarkan plasenta

36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding dengan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 - a. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah sejajar dengan lantai atas).
 - b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
 - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - 2) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh.
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

- 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang disediakan.

Rangsangan taktil (Masase uterus)

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

Menilai perdarahan

39. Periksa kedua sisi plasenta pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

Asuhan pascapersalinan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

42. Pastikan kandung kemih kosong, apabila penuh lakukan kateterisasi.

Evaluasi

43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan handuk.
44. Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit).
 - a. Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan.
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.

Kebersihan dan keamanan

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan air ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang kering dan bersih.
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal (36,5°-37,5°C) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian vitami K1. Berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.

58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Dokumentasi

Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV persalinan³⁹

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Pengertian Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.⁴⁰

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.⁴¹

2.3.2 Periode Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode :

- 1) Puerperium Dini adalah kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium Intermediet yaitu kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu.
- 3) Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu waktu hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.⁴²

2.3.3 Perubahan Fisiologis Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

2. Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi neorotic (layu/mati).

3. Lokhea

1) *Lochea rubra*: hari ke-1-2, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel *desidua*, sisa-sisa *vernix caseosa*, lanugo, dan *mekonium*.

2) *Lochea sanguinolenta*: hari ke-3-7, terdiri dari: darah bercampur lendir, warna kecoklatan.

3) *Lochea serosa*: hari ke -7-14, berwarna kekuningan.

4) *Lochea alba*: hari ke-14-selesai nifas, hanya merupakan cairan putih *lochea* yang berbau busuk dan terinfeksi disebut *Lochea purulent*.

3. Perubahan Serviks, Vagina, dan Perinium

a. Perubahan Pada Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak

berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks terbentuk seperti cincin.

b. Perubahan Pada Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta perengangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil.

c. Perubahan Pada Perinium

Segara setelah melahirkan, perinium menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum hamil.

4. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Bila ini tidak berhasil dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia.

5. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebabnya adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar dihasilkan dalam 12-36 jam post partum.⁴³

2.3.4 Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Reva Rubin membagi periode menjadi 3 bagian antara lain :

a. Periode *“Taking In”*

Periode yang terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

b. Periode *“Taking Hold”*

Periode terjadi pada hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.

c. Periode *“Letting Go”*

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang kerumah . Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.⁴⁴

2.3.5 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

1. Kebutuhan Gizi Ibu Menyusui

Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk memproduksi ASI dan untuk aktifitas ibu sendiri. Selama menyusui, ibu dengan status gizi baik rata-rata memproduksi ASI sekitar 800cc. yang mengandung sekitar 600 kkal, sedangkan pada ibu dengan status gizi kurang, biasanya memproduksi kurang dari itu.

2. Energi

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pasca partum mencapai 500 kkal. Rekomendasi ini berdasarkan pada asumsi bahwa tiap 100cc ASI berkemampuan memasok 67-77 kkal.

3. Protein

Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20gr/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gr protein. Dengan demikian 830 cc ASI mengandung 10 gr protein

4. Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing untuk berjalan.

Adapun keuntungannya adalah antara lain :

1. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
2. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
3. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.
4. Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis)
5. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum , pasien harus sudah dapat buang air kecil. semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan ,misalnya infeksi.

6. Kebersihan diri

Karena kelelahan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu post partum masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya.

7. Istirahat

Istirahat ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi untuk menyusui bayinya nanti.

8. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

9. Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum.⁴⁵

2.3.6 Kunjungan Nifas

1. Kunjungan nifas pertama (6 jam sampai 3 hari persalinan)

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus dan tidak ada tanda – tanda perdarahan abnormal.
- b. Menilai tanda – tanda demam, infeksi perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup.
- d. Memastikan ibu mendapatkan makanan yang bergizi.
- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
- f. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.

2. Kunjungan nifas kedua (hari ke-4 sampai hari ke-28 minggu setelah persalinan)
 - a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus dibawah umbilicus, tidak ada tanda – tanda perdarahan abnormal.
 - b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal.
 - c. Memastikan ibu cukup mendapatkan istirahat yang cukup.
 - d. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan yang bergizi.
 - e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
 - f. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.
3. Kunjungan nifas ketiga (hari ke-29 sampai hari ke-42 minggu setelah persalinan)
 - a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang di alami.
 - b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda – tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
 - c. Periksa tanda – tanda vital (keadaan umum, fisik, perdarahan pervaginam, lochea, kondisi perineium, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperature

secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung).

- d. Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkan dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.⁴⁶

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian

Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37 - 42 minggu dan berat badannya 2.500 - 4000 gram (Dewi, 2010)..⁴⁷

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Lahir aterm antara 37 – 42 minggu.
2. Berat badan 2500-4000 gram.
3. Panjang badan 48-50 cm.
4. Lingkar dada bayi 30-38 cm.
5. Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
6. Lingkar lengan 11 – 12 cm.
7. Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit.
8. Pernafasan kurang lebih 40 – 60 kali/menit.
9. Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup.
10. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.

11. Kuku agak panjang dan lemas.

12. Genetalia :

Perempuan : labia mayora sudah menutupi labia minora.

Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.

13. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.⁴⁸

2.4.3 Reflek pada Bayi Baru Lahir

Tabel 2.4 Reflek pada Bayi Baru Lahir

Refleks	Respon Normal
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut mrnghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.
Ekstrusi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.
Moro	Ekstensi simetris bilateral dari abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf "c", diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba – tiba atau jika bayi diletakkan terlentang pada permukaan yang datar.
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.
Tonik leher atau fencing	Ekstremitas pada satu sisi di mana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat.
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras.
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah – olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan terlentang, bayi akan mengekstensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki.
Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka.
Palmar Graps	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi.
Plantar Graps	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi.

Tanda Babinski	Jari – jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintasi bantalan kaki.
----------------	--

Sumber : Jenny J.S Sondakh, 2013

2.4.4 Manajemen Bayi Baru Lahir

1. Jaga bayi tetap hangat.
2. Isap lendir dari mulut dan hidung (hanya jika perlu).
3. Keringkan.
4. Pemantauan tanda bahaya.
5. Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira - kira 2 menit* setelah lahir.
6. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini.
7. Beri suntikkan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini.
8. Beri salep mata antibiotik pada kedua mata.
9. Pemeriksaan fisik.
10. Beri Imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuskular, di paha kanan anterolateral, kira – kira 1 – 2 jam setelah pemberian vitamin K1.

2.4.5 Imunisasi

Tabel 2.4.5 Imunisasi Pada Bayi Baru Lahir

Jenis Imunisasi	Manfaat	Waktu Pemberian	Tempat Pemberian	Catatan
Hepatitis B	Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver), berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati.	Diberikan pada waktu 12 jam setelah lahir, diajarkan pada umur 1 dan 3-6 bulan. Interval dosis minimal 4 minggu.	Disuntikkan di paha.	1. Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum). 2. Tak ada obat spesifik untuk menangani penyakit ini.

Sumber : Mitayani,2010

2.5 Konsep Dasar Neonatus

2.5.1 Pengertian

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari⁴⁹

2.5.2 Klasifikasi Neonatus Menurut Berat Badan

1. Neonatus berat lahir rendah kurang dari 2500 gram.
2. Neonatus berat lahir cukup : antara 2500 sampai 4000 gram.
3. Neonatus berat badan lahir lebih : lebih dari 4000 gram.⁵⁰

2.5.3 Perubahan Fisiologis Neonatus

1. Sistem Pernafasan

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalamnya belum teratur.

2. Suhu Tubuh

Mekanisme hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya secara konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.

3. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa. pada jam pertama, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

4. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium relative lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta *renal blood flow* relative kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

5. Immunoglobulin

Pada bayi baru lahir hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (toksoplasma, herpes simpleks dan lain – lain), reaksi

imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasenta dan antibodi gamma A, G dan M.⁵¹

2.5.4 Pengertian Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 –28 hari. Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter, bidan atau perawat, dapat dilaksanakan dipuskesmas atau melalui kunjungan rumah.

2.5.5 Kondisi-kondisi Kegawatdaruratan Neonatus

1. Hipotermia

Hipotermia adalah kondisi dimana suhu tubuh $<36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin. Untuk mengukur suhu tubuh hipotermia diperlukan thermometer ukuran rendah (*low reading thermometer*) sampai 25°C .

2. Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi suhu tubuh tinggi karena kegagalan termoregulasi. Hipertermia terjadi ketika tubuh menghasilkan atau menyerap lebih banyak panas daripada mengeluarkan panas.

3. Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah suatu kondisi dimana jumlah glukosa dalam plasma darah berlebihan. Disebabkan oleh diabetes

mellitus karena kadar insulin yang rendah atau oleh resistensi insulin pada sel.

4. Tetanus Neonatorum

Tetanus Neonatorum adalah penyakit tetanus yang di derita oleh bayi baru lahir yang disebabkan oleh hasil klotridium tetani.⁵²

2.5.6 Imunisasi

Tabel 2.5.7 Jenis – Jenis Imunisasi Pada Bayi

Jenis Imunisasi	Manfaat	Waktu Pemberian	Tempat Pemberian	Catatan
Polio	Mencegah terkena polio (<i>poliomyelitis</i>) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya).	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di rumah bersalin OPV (Oral Polio Vaksin) diberikan saat bayi di pulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain).	Di teteskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu.	Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obatnya.
BCG	Mencegah penyakit TBC (<i>Tuberkulosis</i>)	Diberikan sejak lahir. Jika umur lebih dari 3 bulan harus dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu. BCG diberikan jika uji negatif.	Disuntikkan di lengan atas.	Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar ke otak, kelenjar, tulang dan menimbulkan komplikasi.
DPT	Mencegah penyakit difteri, pertusis dan tetanus.	Usia bayi 2 bulan, dengan selang waktu 4 minggu untuk DPT berikutnya.	Disuntikkan di paha atau di lengan.	Bayi menjadi demam, gelisah dan sedikit rewel.
Campak	Kekebalan terhadap Campak.	Usia 9 bulan.	Disuntikkan di lengan.	Bayi menjadi demam.

Sumber : Mitayani,2010

2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

2.6.1 Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013).⁵³

2.6.2 Tujuan KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013).⁵⁴

2.6.3 Macam – macam Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010).⁵⁵

2. Metode Kontrasepsi Hormonal

a. Metode Hormonal terdiri dari :

1) Kontrasepsi Pil.

a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

2) Kontrasepsi Suntik.

Menurut Sulistyawati (2013), terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

a) Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara disuntik intramuscular (di daerah pantat).

b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).⁵⁶

3) Kontrasepsi Implant.

Implant adalah metode kontrasepsi yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, reversible untuk wanita (Speroff leon , 2005).⁵⁷

3. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2010). AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Levonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Levonorgestrel (Hartanto, 2002).⁵⁸

BAB III
ASUHAN KEBIDANAN

3.1 ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL TRIMESTER III

3.1.1 Kunjungan ANC Ke-1

Tanggal : 6 Januari 2018

Jam : 16.30 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.

No Rekam Medis : D 682/12

1. Identitas

Nama Istri	: Ny "D"	Nama Suami	: Tn "T"
Umur	: 25 tahun	Umur	: 33 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Bangsa	: Indonesia	Bangsa	: Indonesia
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Guru	Pekerjaan	: Guru
Penghasilan	: Rp 350.000,00	Penghasilan	: Rp 300.000,00
Alamat	: RT 23 / RW 09	Alamat	: RT 23 / RW 09
	Dsn. Kuncung,		Dsn. Kuncung,
	Desa.		Desa.
	Banyuarang,		Banyuarang,
	Kec. Ngoro		Kec. Ngoro

2. Prolog

Ny "D" sekarang hamil ke 1, HPHT : 19-06-2017. TP : 26-03-2018. Pada kehamilan sekarang periksa ANC 6 kali di PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang, Kecamatan Ngoro. Sudah periksa ANC Terpadu di Puskesmas Pulorejo , BB sebelum hamil 40 kg, TB : 159 cm, LILA 21,5 cm. Tanggal 27 Desember 2017 didapatkan pemeriksaan TD : 100/60 mmHg, BB sekarang: 52 kg, TFU : 20 cm. Pada tanggal 27 Desember 2017 dilakukan pemeriksaan Laboratorium didapatkan Hb : 11,9 gr% (normal), Golda : O, Albumin : negatif, PICT : Non Reaktif, HbsAg : Non Reaktif. USG pada tanggal 15 -09-2017 di dr. Hamida Tri Handajani, SpOG (Hasil terlampir).

3. Data Subyektif

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan mengatakan tidak ada keluhan, HPHT : 19-06-2017.

4. Data Obyektif

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD : 110/70 mmHg
N : 84x/menit
RR : 20x/menit
S : 36,7°C
- d. BB sebelum hamil : 40 kg
- e. BB sekarang : 52 kg

- f. Peningkatan BB : 12 kg
- g. Usia Kehamilan : 29 minggu
- h. IMT : 15,82 (rendah)
- i. LILA : 21,5 cm
- j. MAP : 83,3 mmHg
- k. ROT : 0 (negatif)
- l. Pemeriksaan Fisik Khusus
 - Muka : Tidak pucat, tidak oedem.
 - Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak oedem.
 - Mammae : Simetris. tidak terdapat nyeri tekan, hiperpigmentasi areola, dan puting menonjol.
 - Abdomen : TFU teraba 3 jari dibawah pusat (21 cm), teraba bokong, puki, letak kepala, kepala belum masuk PAP.
 - TBJ : $(21 - 12) \times 155 = 1.395$ gram.
 - DJJ : $(12 + 13 + 12) \times 4 = 148$ x/menit.
 - Ekstremitas : Ekstremitas atas (lengan) dan ekstremitas bawah (kaki) tidak oedem, tidak ada varises.

5. Kesimpulan

G₁P₀₀₀₀₀ UK 29 Minggu Intrauteri, janin tunggal hidup, presentasi kepala, kesan panggul normal, keadaan ibu dan janin baik.

6. Analisa Data

G1P0A0 UK 29 Minggu Kehamilan dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK)

7. Penatalaksanaan :

16.30 WIB : Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, Ibu mengerti.

16.35 WIB : Memberikan KIE tentang makan makanan yang bergizi seimbang yaitu yang mengandung karbohidrat (\pm 1.100 gr), lemak (\pm 1.200 gr) dan protein seperti telur, kacang – kacangan, tempe (\pm 350 gr) serta makan sayur dan buah – buahan. Ibu mengerti.

16.40 WIB : Memberikan ibu makanan tambahan untuk ibu hamil, ibu menerimanya.

16.45 WIB : Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan TM III seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada muka dan jari tangan, keluar cairan pervaginam, gerakan janin tidak teraba. Ibu mengerti

16.50 WIB : Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup yaitu 1 – 2 jam (siang hari) dan 7- 8 jam (malam hari). Ibu mengerti

16.55 WIB : Menganjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat seperti mengepel lantai,

membersihkan tempat sampah, membersihkan kamar mandi dan sebagainya. Ibu mengerti.

16.53 WIB : Menganjurkan ibu untuk melakukan senam hamil setiap pagi hari atau jika ibu mempunyai waktu luang. Ibu tidak bersedia

16.55 WIB : Memberikan Vitamin C 10 tablet dengan cara konsumsi 1x1 tablet dan Etabion 10 tablet dengan konsumsi 1x1 tablet serta menganjurkan untuk mengkonsumsi secara rutin, Ibu mengerti dan bersedia

16.58 WIB : Menganjurkan ibu kontrol 1 bulan kemudian yaitu pada tanggal 6 Februari 2018, Ibu bersedia.

3.1.2 Kunjungan ANC Ke-2

Tanggal : 10 Februari 2018

Jam : 17.00 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan ibu mengatakan badan meriang dan tenggorokannya sakit selama 3 hari.

2. Data Obyektif

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

- c. TTV : TD : 110/70 mmHg
 N : 80x/menit
 RR : 20x/menit
 S : 37°C
- d. BB sebelum hamil : 40 kg
- e. BB sekarang : 53,7 kg
- f. Peningkatan BB : 13,7 kg
- g. Usia Kehamilan : 34 minggu
- h. MAP : 83,3 mmHg
- i. ROT : 10 (negatif)
- j. Pemeriksaan Fisik Khusus

Muka : Tidak pucat, tidak oedem.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak oedem.

Mammae : Simetris, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan abnormal, puting susu menonjol dan colostrum belum keluar.

Abdomen : TFU teraba 3 jari di atas pusat (27 cm), teraba bokong, puki, letak kepala, kepala belum masuk PAP.

TBJ : $(27 - 12) \times 155 = 2.325$ gram.

DJJ : $(12 + 12 + 12) \times 4 = 144$ x/menit.

Ekstremitas : Ekstremitas atas (lengan) dan ekstremitas bawah (kaki) tidak oedem, tidak ada varises.

3. Kesimpulan

G₁P₀₀₀₀₀ UK 34 Minggu Intrauteri, janin tunggal hidup, presentasi kepala, kesan panggul normal, keadaan ibu janin baik.

4. Analisa Data

G₁A₀P₀ UK 34 Minggu Kehamilan Normal.

5. Penatalaksanaan

17.00 WIB : Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, Ibu mengerti.

17.05 WIB : Menganjurkan ibu untuk dan memperbanyak minum air putih dan meminum air lemon hangat. Ibu mengerti.

17.10 WIB : Menganjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat. Ibu mengerti.

17.15 WIB : Memberikan KIE tentang tanda – tanda persalinan seperti kenceng – kenceng, keluar lendir bercampur darah dan keluar cairan ketuban. Ibu mengerti

17.18 WIB : Memberikan KIE tentang persiapan persalinan seperti menanyakan kepada bidan tentang perkiraan persalinan, persiapan dana untuk biaya

persalinan dan biaya lainnya, menyiapkan kendaraan jika sewaktu waktu di perlukan, merencanakan tempat untuk persalinan, perlengkapan ibu dan bayi. Ibu mengerti dan bersedia

17.20 WIB : Memberikan terapi Hufabion 10 tablet dengan cara konsumsi 1x1 tablet dan B10 10 tablet dengan cara konsumsi 1x1 tablet serta menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi secara rutin. Ibu mengerti dan bersedia.

17.24 WIB : Menganjurkan ibu untuk kontrol 2 minggu kemudian yaitu pada tanggal 26 Februari 2018, Ibu bersedia.

3.2 ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN

3.2.1 KALA I

Tanggal : 28 Maret 2018

Jam : 00.05 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang.

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya sakit sejak tanggal 27 Maret 2018 jam 16.00 WIB dan mengeluarkan lendir bercampur darah mulai jam 23.00 WIB, HPHT : 19-06-2017.

2. Data Obyektif

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD : 100/60 mmHg
N : 80 x/menit
RR : 20 x/menit
S : 36,2 °C

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Dada : Bersih, puting menonjol, colostrum belum keluar, tidak ada nyeri tekan dan tidak benjolan abnormal.

Perut : Ada pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, TFU teraba 3 jari di bawah *prosesus xyfoideus* (30 cm) teraba bokong, punggung sebelah kiri, sebelah kanan teraba ekstremitas, pada bagian terbawah teraba kepala sudah masuk PAP 2/5 bagian.

TBJ : $(30 - 11) \times 155 = 2.945$ gram.

DJJ : $(12 + 12 + 12) \times 4 = 144$ x/menit.

HIS : 2x dalam 10 menit lamanya 25 detik.

e. Pemeriksaan Dalam

Jam : 00.15 WIB

VT : Ø 2 cm, *eff* 25%, ketuban masih utuh (+), tidak teraba bagian terkecil janin, UUK kiri depan, tidak ada moulage, kepala, H II.

Lendir dan darah : ada

3. Analisa Data

G_IP₀₀₀₀₀ UK 40 Minggu dengan Inpartu Kala I Fase Laten.

4. Penatalaksanaan

KALA I FASE LATEN

00.15 WIB : Memberitahukan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan. Ibu dan keluarga mengerti.

00.17 WIB : Melakukan observasi TTV dan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau jika ada indikasi, memeriksa DJJ dan kontraksi setiap 30 menit sekali untuk mendeteksi adanya kelainan pada ibu dan bayi serta untuk mengetahui kemajuan persalinan, hasil pemeriksaan terlampir di lembar observasi.

00.20 WIB : Menganjurkan ibu untuk makan dan minum. Ibu minum air zamzam dan teh hangat.

00.25 WIB : Menganjurkan ibu untuk berkemih apabila ibu ingin berkemih, ibu mengerti.

02.26 WIB : Menganjarkan kepada ibu teknik relaksasi, ibu mengerti.

00.28 WIB : Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri. Ibu bersedia.

00.30 WIB : Menganjurkan kepada keluarga untuk memberi dukungan kepada ibu. Keluarga memberi semangat kepada ibu.

3.2.2 KALA I FASE AKTIF

Tanggal : 28 Maret 2018

Jam : 06.30 WIB

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya terasa mules semakin sering.

2. Data obyektif

TTV : N : 80 x/menit

DJJ : 144 x/menit

HIS : 4x dalam 10 menit lamanya 45 detik

3. Pemeriksaan Dalam

VT : Ø 8 cm, *eff* 75%, ketuban masih utuh (+), tidak teraba bagian terkecil janin, UUK kiri depan, tidak ada moulage, kepala, Hodge III.

4. Analisa Data

G₁P₀₀₀₀₀ UK 40 Minggu dengan Inpartu Kala I Fase Aktif.

5. Penatalaksanaan

KALA I FASE AKTIF

06.30 WIB : Memberitahukan ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan. Ibu dan keluarga mengerti

06.32 WIB : Melakukan observasi TTV dan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau jika ada indikasi, memeriksa DJJ dan kontraksi setiap 30 menit sekali untuk mendeteksi adanya kelainan pada ibu dan bayi serta untuk mengetahui kemajuan persalinan,

hasil pemeriksaan terlampir di lembar patograf.

06.35 WIB : Mengajarkan ibu untuk minum atau makan. Ibu makan 3 kurma dan minum teh manis.

06.38 WIB : Mengajarkan ibu untuk tidur miring kiri. Ibu bersedia.

06.40 WIB : Mengajarkan kepada ibu teknik relaksasi jika terasa sakit dan mules. Ibu bisa melakukannya dengan baik.

3.2.3 KALA II

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya semakin mules dan ingin meneran.

2. Data Obyektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : N : 80 x/menit

DJJ : 144 x/menit

HIS : 4x selama 50 detik dalam 10 menit

3. Pemeriksaan Dalam

Jam : 07.30 WIB

VT : Ø 10 cm, eff 100%, ketuban (-) jernih, tidak teraba bagian terkecil janin, UUK kiri depan, tidak ada moulage, kepala, Hodge IV.

4. Analisa Data

G_{IP}00000 UK 40 Minggu Inpartu Kala II

5. Penatalaksanaan

- 07.30 WIB : Memberitahukan kepada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, Ibu dan keluarga mengerti.
- 07.31 WIB : Memakai APD, petugas mencuci tangan 6 langkah dan memakai sarung tangan steril.
- 07.33 WIB : Melihat adanya tanda dan gejala kala II, ibu merasa ada dorongan meneran dan tekanan pada anus, perineum tampak menonjol serta vulva membuka.
- 07.34 WIB : Menyiapkan alat dan bahan untuk menolong persalinan, alat dan bahan sudah siap.
- 07.36 WIB : Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran, ibu bisa meneran dengan benar.
- 07.37 WIB : Menganjurkan kepada ibu untuk meneran jika perutnya terasa mules atau sakit, ibu mengerti dan bersedia.
- 08.03 WIB : Melakukan pertolongan persalinan, bayi lahir spontan, langsung menangis, reflek aktif, warna kulit kemerahan, dengan jenis kelamin perempuan.
- 08.05 WIB : Mengeringkan bayi dengan handuk kering, bayi dalam keadaan kering.
- 08.04 WIB : Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit dengan kulit dan IMD serta memasang

topi di kepala bayi, bayi berada tengkurap di dada ibu dan topi sudah terpasang.

08.07 WIB : Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi kedua, tidak ada bayi kedua.

08.08 WIB : Memberitahu kepada ibu bahwa akan disuntik oksitosin, ibu mengerti.

08.09 WIB : Menyuntikkan oksitosin 10 unit di 1/3 paha kanan atas bagian luar secara IM, oksitosin telah disuntikkan.

08.10 WIB : Menjepit tali pusat dengan klem berjarak 2-3 cm dari pusat bayi dan memotongnya serta mengikatnya, tali pusat sudah terpotong dan sudah diikat.

3.2.4 KALA III

Tanggal : 9 Maret 2018

Jam : 08.15 WIB

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.

2. Data Obyektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Abdomen : Uterus bulat, TFU setinggi pusat

Genetalia : Tali pusat tampak di vagina.

3. Analisa Data

P₁₀₀₀₁ Kala III

4. Penatalaksanaan

08.15 WIB Memindahkan klem berjarak 5-10 cm dari vulva, klem sudah dipindahkan.

08.16 WIB : Menunggu adanya kontraksi, uterus berkontraksi dengan baik.

Menegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati – hati saat uterus berkontraksi, ada tanda – tanda pelepasan plasenta.

08.17 WIB : Saat plasenta tampak 5-10 cm di vulva lahirkan plasenta dengan cara memutar searah jarum jam hingga plasenta lahir, plasenta telah lahir.

08.20 WIB : Melakukan masase uterus hingga uterus teraba keras atau kontraksi baik, kontraksi uterus baik.

08.22 WIB : Memeriksa plasenta apakah plasenta lahir lengkap, plasenta lahir lengkap, kotiledon lengkap, selaput menutup sempurna, presentasi tali pusat sentral.

08.25 WIB : Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum, terdapat laserasi derajat 2.

08.26 WIB : Melakukan heacting laserasi dengan teknik jelujur, laserasi sudah diheacting.

3.2.5 KALA IV

Tanggal : 28 Maret 2018

Jam : 08.30 WIB

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan merasa lega karena bayi dan plasenta sudah lahir, ibu merasa lelah, lapar dan haus.

2. Data Obyektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 100/70 mmHg

N : 86 x/menit

S : 36,8 °C

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kandung Kemih : Kosong

Kontraksi : Baik

Perdarahan : ± 100 cc

3. Analisa Data

P₁₀₀₀₁ Kala IV

4. Penatalaksanaan

08.30 WIB : Memastikan kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong.

08.31 WIB : Mengajari ibu masase uterus, fundus teraba keras dan kontraksi baik, ibu bisa melakukan sendiri

dengan baik.

- 08.32 WIB : Mengevaluasi jumlah perdarahan, perdarahan ± 100 cc
- 08.33 WIB : Membersihkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk didekontaminasi (10 menit), alat sudah bersih.
- 08.35 WIB : Membersihkan ibu dengan kain waslap yang telah di basahi dengan air bersih, bantu ibu memakai pakaian, ibu sudah bersih dan memakai pakaian bersih.
- 08.38 WIB : Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%, tempat bersalin sudah bersih.
- 08.40 WIB : Melakukan observasi meliputi TTV, TFU, kandung kemih, kontraksi dan perdarahan, hasil observasi terlampir di lembar patograf bagian belakang.
- 08.55 WIB : Melakukan observasi meliputi TTV, TFU, kandung kemih, kontraksi dan perdarahan, hasil observasi terlampir di lembar patograf bagian belakang.
- 09.10 WIB : Melakukan observasi meliputi TTV, TFU, kandung kemih, kontraksi dan perdarahan, hasil observasi terlampir di lembar patograf bagian belakang.
- 09.25 WIB : Melakukan observasi meliputi TTV, TFU, kandung kemih, kontraksi dan perdarahan, hasil observasi terlampir di lembar patograf bagian belakang.

09.55 WIB : Melakukan observasi meliputi TTV, TFU, kandung kemih, kontraksi dan perdarahan, hasil observasi terlampir di lembar patograf bagian belakang.

10.25 WIB : Melakukan observasi meliputi TTV, TFU, kandung kemih, kontraksi dan perdarahan, hasil observasi terlampir di lembar patograf bagian belakang.

10.30 WIB : Memfasilitasi bayi menyusu kepada ibunya, bayi bisa menyusu.

3.3 ASUHAN KEBIDANAN PADA BBL

3.3.1 Bayi Baru Lahir (1 jam)

Tanggal : 28 Maret 2018

Jam : 09.05 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan bayi menyusu dengan baik, dan bergerak aktif.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Kesadaran : Pergerakan bayi aktif, kulit merah muda.

1) Tanda – tanda vital :

Tangis : Kuat

Warna Kulit : Kemerahan

Tonus Otot : Baik

Frekuensi nafas : 44x/menit
Frekuensi jantung : 140x/menit
Suhu : 36,6°C

2) Antropometri

BB : 3.000 gram
PB : 49 cm
LK : 34 cm (MO : 34 cm, FO : 34 cm,
SOB : 31 cm)
LD : 33 cm
Lila : 10 cm

3) Pemeriksaan Reflek

Reflek Rooting : positif
Reflek Sucking : positif
Reflek Swallowing : positif
Reflek Moro : positif
Reflek Babinski : positif
Reflek Graps : positif
Tonic Neck : positif

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

Kepala : Tidak ada moulase, tidak ada cephal
hematoma maupun caput succedaneum.

Muka : Tidak ada kelainan, tidak pucat dan tidak
oedema.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih,

- papebra tidak oedema, tidak ada secret mata.
- Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- Mulut : Tidak ada labio skisis maupun labio palatoskisis.
- Telinga : Simetris, daun telinga sejajar dengan mata.
- Leher : Pergerakan baik, tidak ada kelainan pada tulang leher.
- Dada : Pernapasan normal, tidak ada retraksi pada dada.
- Abdomen : Tali pusat bersih terbungkus dengan kasa steril.
- Genitalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora, belum BAK.
- Anus : Tidak ada atresia ani, sudah BAB 1x, warna hitam kecoklatan.
- Ekstremitas : Pergerakan aktif, jari-jari lengkap, dan tidak fraktur.

2. Analisa Data

BBL usia 1 jam fisiologis.

3. Penatalaksanaan

09.10 WIB : Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik, ibu mengerti.

09.12 WIB : Menjaga kehangatan bayi dengan dibedong, bayi tetap hangat.

- 09.15 WIB : Memantau tanda bahaya Bayi Baru Lahir seperti bayi tidak mau menyusu, kejang, sesak nafas, merintih, demam atau tubuh merasa dingin, kulit terlihat kuning dan mata bernanah, tidak terdapat tanda bahaya Bayi Baru Lahir.
- 09.20 WIB : Memberikan salep mata gentamicin kepada bayi, salep mata telah diberikan dan mata tidak merah.
- 09.22 WIB : Memberikan injeksi vit K 1 mg IM dipaha kiri, vit K terinjeksi dan tidak ada alergi.
- 09.25 WIB : Mengajarkan ibu cara menyusui bayinya, ibu bisa menyusui bayinya dengan baik dan benar.
- 09.30 WIB : Memfasilitasi IMD, IMD sudah berjalan selama 1 jam.

3.4 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

3.4.1 KUNJUNGAN I (8 jam PP)

Tanggal : 28 Maret 2018

Jam : 16.00 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan merasa senang persalinan berjalan dengan lancar, tetapi masih nyeri pada alat kelaminnya, sudah makan dan minum, BAK 2x warna kuning jernih, dan ibu belum BAB.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 100/70 mmHg

N : 84x/menit

RR : 20x/menit

S : 36,2 °C

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, dan palpebra tidak oedema.

Payudara : Kolostrum sudah keluar, tidak ada nyeri tekan dan benjolan, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola.

Abdomen : Perut masih teraba keras, dan TFU 2 jari di bawah pusat.

Genetalia : Terdapat pengeluaran lochea rubra (± 15 cc).

Perineum : Terdapat jahitan.

Anus : Tidak ada hemoroid

Ekstermitas : atas bawah tidak oedem.

3. Analisa Data

P₁₀₀₀₁ 8 jam Post Partum Fisiologis.

4. Penatalaksanaan

16.05 WIB : Memberitahu kepada ibu tentang hasil

pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik. Ibu paham dan senang mendengarnya.

16.02 WIB : Mengajari ibu tentang cara menyusui yang baik dan benar. Ibu mengerti dan bisa melakukannya.

16.10 WIB : Mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini yaitu miring kiri, miring kanan dan duduk. Ibu mengerti dan dapat melakukannya.

16.15 WIB : Menjelaskan pada ibu untuk mengkonsumsi makan makanan bergizi dan tidak ada pantangan terhadap makanan. Ibu mengerti dan bersedia.

16.17 WIB : Memberikan KIE tentang personal hygiene untuk mencegah terjadinya infeksi pada masa nifas seperti membersihkan kemaluan dari arah depan ke belakang serta menjaga kebersihan ibu. Ibu mengerti.

16.20 WIB : Memberitahu ibu tentang tanda – tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan setelah persalinan, suhu tubuh meningkat, sakit kepala, penglihatan kabur dan pembengkakan pada wajah, ibu mengerti.

16.25 WIB : Memberikan terapi tablet Hufanoxil 3x1, tablet Fe 1x1 tablet, asam mefenamat 3x1 dan memberikan Vitamin A 1x1 sehari, ibu mengerti dan bersedia meminumnya.

16.27 WIB : Memberitahu kepada ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi tanggal 3 April 2018 atau jika ada keluhan. Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.

3.4.2 KUNJUNGAN II (4 hari PP)

Tanggal : 31 Maret 2018

Jam : 06.30 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan nyeri sedikit pada bekas luka jahitan, ASI keluar tidak lancar, BAK 4x/hari (warna kuning jernih), BAB 1x/hari (konsistensi lembek), perdarahan (3 softek perhari).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/60 mmHg S : 36,1 °C

N : 80x/menit BB : 51 kg

RR : 20x/menit

c. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, dan palpebra tidak oedema.

Payudara : Kolostrum sudah keluar, tidak ada nyeri tekan dan benjolan, puting susu menonjol, ASI tidak lancar.

Abdomen : Perut masih teraba keras, dan TFU pertengahan simpisis dan pusat.

Genetalia : Luka jahitan belum kering, *lochea sanguinolenta*.

Ekstermitas : atas bawah tidak oedem.

3. Analisa Data

P₁₀₀₀₁ 4 hari Post Partum Fisiologis.

4. Penatalaksanaan

06.35 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti tentang kondisinya.

06.37 WIB : Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi agar ASInya lancar dan menyusui bayinya sesering mungkin serta ibu untuk tidak ada pantangan dalam makanan, ibu mengerti dan bersedia melakukan.

06.40 WIB : Mengingatkan kembali kepada ibu tentang *personal hygiene* terutama daerah genetalia, ibu mengerti dan bersedia melakukan.

06.43 WIB : Memberitahu ibu tentang perawatan payudara dan cara menyusui yang benar, ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

06.45 WIB : Mengevaluasi adanya tanda bahaya masa nifas, tidak terdapat tanda bahaya masa nifas.

06.47 WIB : Memberikan terapi tablet Hufanoxyl 3x1, tablet Fe 1x1 tablet, asam mefenamat 3x1 dan memberikan Vitamin A 1x1 sehari, ibu mengerti dan bersedia meminumnya.

06.50 WIB : Memberitahu kepada ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi tanggal 7 April 2018 atau jika ada keluhan. Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.

3.4.3 KUNJUNGAN III (34 hari PP)

Tanggal : 3 Mei 2018

Jam : 16.00 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, tidak tarak makan, minum 7 gelas/hari, BAK 5-6x/hari (kening jernih) BAB 1x/hari (kuning,lembek), ibu menyusui, ASI lancar.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 100/60 mmHg

N : 84x/menit

RR : 20x/menit

S : 36,7 °C

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

Dada : Puting susu bersih, menonjol, ASI lancar, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat bendungan ASI.

Abdomen : Uterus tidak teraba.

Genetalia : Luka jahitan sudah kering, lochea sudah tidak keluar.

3. Analisa Data

P₁₀₀₀₁ 34 hari Post Partum

4. Penatalaksanaan

16.35 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik, ibu mengerti.

16.37 WIB : Menganjurkan ibu untuk tetap istirahat cukup, menjaga personal hygiene dan menjaga kebutuhan nutrisinya agar ASInya lancar, ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

16.42 WIB : Menganjurkan kepada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

16.45 WIB : Menganjurkan kepada ibu kontrol ulang untuk memantau kondisi ibu atau jika ditemukan tanda – tanda bahaya, ibu mengerti dan bersedia kontrol.

3.5 ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

3.5.1 KUNJUNGAN I (8 Jam)

Tanggal : 28 Maret 2018

Jam : 16.30 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya baik-baik saja, sehat, bisa menyusu sedikit - sedikit, belum BAK, BAB 1x/hari (warna hitam kecoklatan).

2. Data Obyektif

c. Pemeriksaan Fisik Umum

1) Keadaan Umum

Warna kulit : Merah muda

2) Tanda – tanda Vital

Frekuensi jantung : 140 x/menit

Frekuensi nafas : 44 x/menit

Suhu : 36,6 °C

BB : 3.000 gram

PB : 49 cm

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Kepala : Tidak ada benjolan, tidak nyeri tekan.

Muka : Simetris, tidak tampak kuning, tangisan kuat.

- Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, palpebra tidak oedema, tidak ada secret mata, reflek corneal aktif.
- Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung
- Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar *ronchi* maupun *wheezing*.
- Mulut : Tidak ada oral trush.
- Abdomen : Tali pusat bersih, terbungkus dengan kasa steril.
- Genetalia : Bersih.
- Anus : Bersih.
- Ekstremitas : Normal, tidak ada gangguan pergerakan ekstremitas atas dan bawah, tidak oedema.

3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 8 jam fisiologis.

4. Penatalaksanaan

- 16.35 WIB : Memberitahukan hasil pemeriksaan bayi bahwa kondisinya baik-baik saja, ibu mengerti.
- 16.32 WIB : Memandikan bayi dan menyuntikkan imunisasi HB0 0,5 cc di paha kanan, bayi sudah dimandikan dan HB0 sudah disuntikkan di paha kanan.
- 16.37 WIB : Menganjurkan pada ibu dan keluarga untuk merawat bayi dalam lingkungan yang bersih, kering dan hangat, agar bayi tidak kedinginan, ibu mengerti dan bersedia merawat bayinya sesuai penjelasan.

- 16.39 WIB : Mengajarkan ibu dan menganjurkan ibu untuk merawat tali pusat dengan benar seperti tidak perlu membubuhkan apapun pada tali pusat, menjaga agar tali pusat tetap dalam keadaan kering, cara melepas dan cara mengganti kasa pembungkus tali pusat, ibu mengerti dan bersedia.
- 16.42 WIB : Mengajarkan kembali pada ibu cara menyusui yang benar serta menganjurkan kepada ibu untuk menyusui bayinya tiap 2 jam, atau tiap bayi menangis, ibu mengerti dan bersedia.
- 16.48 WIB : KIE kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi seperti bayi kuning, bayi rewel atau menangis terus, ibu mengerti.
- 16.52 WIB : Menganjurkan ibu supaya segera mengganti popok bayi dan membersihkannya sampai bersih setelah BAK atau BAB agar kulit disekitar genetalia tidak terjadi iritasi dan gatal-gatal kemerahan, ibu mengerti.
- 16.50 WIB : Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi tanggal 3 Maret 2018 atau sewaktu-waktu apa bila ada keluhan, ibu bersedia datang untuk kunjungan ulang.

3.5.2 KUNJUNGAN II (4 hari)

Tanggal : 31 Maret 2018

Jam : 06.00 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya rewel dan sulit menyusu.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik umum

1) Keadaan Umum

2) Tanda-tanda Vital

Frekuensi jantung : 132 x/menit

Frekuensi nafas : 46 x/menit

Suhu : 37,8 °C

BB : 2.800 gram

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, ikterus.

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung.

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada.

Abdomen : Tali basah, terbungkus dengan kasa steril.

3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 4 hari.

4. Penatalaksanaan

06.05 WIB : Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa

bayinya sedikit panas dan berat badannya turun, ibu khawatir dengan keadaan bayinya.

06.07 WIB : Menganjurkan kepada ibu untuk terus menyusui bayinya sesering mungkin, ibu mengerti dan bersedia.

06.10 WIB : Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya keluar rumah diantara jam 07.00 – 08.00 untuk terkena sinar matahari untuk mencegah bayi kuning, ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

06. 15 WIB Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 : minggu lagi yaitu tanggal 7 April 2018 atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan, ibu bersedia melakukan kunjungan ulang.

3.5.3 KUNJUNGAN III (13 hari)

Tanggal : 9 April 2018

Jam : 06.00 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayi dapat menyusu dengan benar, BAK 5x/hari (kuning, jernih), BAB 2x/hari (kuning keemasan), gerak bayi aktif, dan tidak ada tanda bahaya pada bayi.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik umum

1) Keadaan Umum : Baik

2) Tanda-tanda Vital

Frekuensi jantung : 136 x/menit

Frekuensi nafas : 42 x/menit

Suhu : 37 °C

BB : 3.000 gram

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada secret mata

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung.

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada.

Abdomen : Tali kering terbungkus kasa.

Genetalia : Bersih

Anus : Bersih

3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 13 hari.

4. Penatalaksanaan

06.05 WIB : Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayinya baik – baik saja, ibu mengerti tentang kondisi bayinya saat itu.

06.07 WIB : Menyarankan ibu untuk terus memberikan ASI sampai bayinya berumur 6 bulan, ibu bersedia.

06.20 WIB : Menganjurkan ibu untuk segera memeriksakan bayinya jika ditemukan komplikasi pada bayi seperti diare, demam, dan lain - lain, ibu mengerti dan bersedia melakukan kunjungan ulang.

3.6 ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

3.6.1 KUNJUNGAN I

Tanggal : 3 Mei 2018

Jam : 16.50 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan belum tahu ingin menggunakan kontrasepsi apa.

2. Data Obyektif

a. Keadaan Umum : Baik

b. TTV : TD : 100/60 mmHg

N : 84x/menit

RR : 20x/menit

S : 36,7 °C

c. Haid

Sekarang ibu belum menstruasi.

Menarche : 13 tahun

Siklus : 28 hari/teratur

Baunya : Anyir

Banyaknya : 2-3 softek/hari

Lamanya : 7 hari

Warnanya : Merah segar

Keluhan : -

Flour Albus : -

d. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Uterus tidak teraba.

Genetalia : Terdapat bekas luka jahitan yang kering, tidak ada nyeri tekan, *Lochea* sudah tidak keluar.

3. Analisa Data

P₁₀₀₀₁ ibu belum memakai alat kontrasepsi.

4. Penatalaksanaan

16.50 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti tentang kondisinya.

16.52 WIB : Memberikan konseling tentang macam-macam metode kontrasepsi yang cocok untuk ibu, ibu mengerti.

17.00 WIB : Menganjurkan ibu untuk segera menggunakan alat kontrasepsi, ibu mengerti.

17.02 WIB : Ibu memilih untuk menggunakan KB suntik 3 bulan, menjadwalkan suntik 3 bulan pada tanggal 11 Mei 2018.

3.6.2 KUNJUNGAN II

Tanggal : 11 Mei 2018

Jam : 16.00 WIB

Tempat : PMB Endang Ernawati Amd.Keb Desa Banyuarang,
Kecamatan Ngoro, Kabupaten Jombang

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.

2. Data Obyektif

a. Keadaan Umum : Baik

b. TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 86 x/menit

RR : 20 x/menit

S : 36,8° C

BB : 50 kg

3. Analisa Data

P₁₀₀₀₁ askeptor baru KB suntik 3 bulan.

4. Penatalaksanaan

16.05 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti.

16.07 WIB : Menjelaskan kembali keuntungan dan kerugian dari kontrasepsi suntik 3 bulan, ibu mengerti.
Menanyakan ulang dan meyakinkan ibu untuk

menggunakan kontrasepsi suntik, ibu sudah siap dan yakin untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.

- 16.15 WIB : Memberikan inform consent pada ibu sebelum melakukan tindakan, ibu menyetujui.
- 16.20 WIB : Menyiapkan alat yang diperlukan saat melakukan KB suntik 3 bulan seperti, spuit, kapas alkohol, dan obat *Tricoflam*.
- 16.25 WIB : Melakukan penyuntikan secara IM di bokong ibu, obat sudah disuntikkan.
- 16.27 WIB : Memberitahu ibu bahwa ibu boleh berhubungan intim dengan suami 1 minggu setelah suntik KB, ibu mengerti.
- 16.30 WIB : Menganjurkan ibu untuk datang atau kunjungan ulang pada tanggal 1 Agustus 2018, ibu mengerti.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini akan dijelaskan tentang kesesuaian antara teori dan kenyataan antara fakta yang terjadi pada kasus yang diambil dari klien dan ditambahkan opini yang luas dari klien sendiri maupun opini yang dikemukakan oleh penulis dan teori-teori yang mendukung diantara fakta sebagai pendamping klien dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus sampai dengan KB (keluarga berencana). Asuhan kebidanan pada klien secara berkesinambungan (*continuity of care*) pada Ny "D" G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kronis.

4.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester II dan Trimester III

Pembahasan yang pertama adalah tentang pemeriksaan pada masa kehamilan atau ANC (*Ante Natal Care*), yang dilakukan oleh Ny "D" G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kronis di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang. Berikut ini akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang ANC (*Ante Natal Care*). Dalam pembahasan yang berkaitan dengan ANC (*Ante Natal Care*), maka dapat diperoleh data-data yang disajikan dalam bentuk tabel berikut ini :

Tabel 4.1 Distribusi Subjektif dan Data dari Variabel Kehamilan Ny."D" di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Banyuarang Ngoro Jombang

Tanggal ANC	1 Agst 2017	20 Agst 2017	5 Nov 2017	9 Des 2017	27 Des 2017	27 Des 2017	6 Jan 2018	10 Feb 2018	25 Feb 2018	11 Mar 2018	25 Mar 2018	28 Mar 2018
UK	6 mgg	9 mgg	19-20 mgg	24-25 mgg	27 mg 2 hari	27 mg 2 hari	28-29 mgg	33-34 mgg	35-36 mgg	37-38 mgg	39-40 mgg	39-40 mgg
Anamnesa	Mual, nafsu makan menurun	Mual, muntah, perut nyeri, nyeri	Kadang nyeri perut bagian bawah	Pusing	Kadang pusing	Kadang pusing	Tidak apa – apa	Badan meriang, tenggorokan sakit	Batuk, pilek	Kontrol	Tidak apa – apa	Keluar lendir darah dan kencing - kencing
TD	100/70 mmHg	100/60 mmHg	110/70 mmHg	110/70 mmHg	120/70 mmHg	100/60 mmHg	110/70 mmHg	110/70 mmHg	100/60 mmHg	100/70 mmHg	110/60 mmHg	100/60 mmHg
BB	40 kg	38 kg	44 kg	49,9 kg	52 kg	52 kg	52 kg	53,7 kg	54,2 kg	54 kg	55,3 kg	55,3 kg
TFU	-	Merapat sayap	14 cm	16 cm	20 cm	20 cm	21 cm	27 cm	28 cm	30 cm	31 cm	30 cm
Terapi	Liconam, Vit C	Liconam, Novakal k, Fe	Fervital, Novakal k	Fervital, Novakal k	Kalk, Fe, Vit C		Etabion, Vit C	Hufabion, B10	Hufabion, GG	Omega vid, Vit C	Fe, Vit C	-
Penyuluhan	ANC Terpadu, baca buku KIA hal 1-7	Nutrisi	Nutrisi, ANC Terpadu	Nutrisi, istirahat cukup	ANC Terpadu di PKM Pulorejo		Senam hamil	Baca buku KIA hal 8-9	Baca buku KIA hal 10 – 11	Tanda – tanda persalinan	Persiapan persalinan	-

Sumber : Data Primer (Buku KIA)

Dari fakta diatas dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

1. Data Subyektif

a. Umur

Berdasarkan fakta usia Ny.”D” berumur 25 tahun. Menurut opini penulis, umur ibu masih termasuk dalam usia reproduktif yaitu umur yang ideal dalam kematangan organ reproduksi dalam, selain itu ibu sudah cukup mental untuk hamil dan merawat bayinya.

Menurut Manuaba (2010), wanita hamil kurang dari 20 tahun dapat merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Penyulit pada kehamilan remaja (<20 tahun) lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat antara 20 – 30 tahun. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress) psikologi, sosial, ekonomi, sehingga memudahkan terjadinya keguguran.

Berdasarkan hal tersebut usia Ny “D” masih termasuk usia yang baik untuk reproduksi. Dan tidak ada kesejangan antara fakta dan teori.

b. Jarak kontrol ANC

Berdasarkan fakta Ny. “D” kontrol pada TM 1 ANC 2 kali, TM II ANC 4 kali, TM III ANC 6 kali dan melakukan ANC Terpadu 1 kali selama kehamilan. Menurut opini penulis, kontrol ANC yang dilakukan oleh Ny “D” sudah baik karena ibu rutin untuk memeriksa kehamilannya, pemeriksaan ANC merupakan hal yang

sangat penting selama kehamilan karena bertujuan untuk mendeteksi adanya komplikasi yang mungkin saja terjadi kepada ibu maupun janin selama kehamilan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Sarwono (2014), standar minimal kontrol ANC, meliputi : TM I minimal 1 kali, TM II minimal 1 kali, TM III minimal 2 kali.

Berdasarkan hal tersebut jumlah waktu kontrol Ny "D" melebihi standar normal namun justru lebih baik. Sehingga tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

c. Keluhan Selama Trimester II dan Trimester III

Berdasarkan fakta pada usia kehamilan 19 minggu Ny."D" mengeluh nyeri perut bagian bawah, pada usia kehamilan 24 minggu Ny "D" mengeluh pusing, pada usia kehamilan 27 minggu Ny "D" mengeluh pusing, pada usia kehamilan 33 minggu Ny "D" mengeluh badan meriang dan tenggorokannya sakit, pada usia kehamilan 35 minggu Ny "D" mengeluh batuk dan pilek. Menurut opini penulis, keluhan yang dialami oleh Ny'D" masih dalam batas normal.

Menurut Romauli (2010) nyeri punggung bagian bawah dan pusing merupakan keluhan yang biasanya muncul pada trimester kedua dan ketiga. Menurut (Bull dan Arcard, 2007) Nyeri punggung selama kehamilan merupakan masalah yang relatif umum. Janin yang tumbuh dapat menyebabkan masalah postur tubuh, dan mendekati akhir masa kehamilan, posisi bayi dapat menekan saraf

dan menyebabkan nyeri punggung. Dan pusing bisa saja terjadi karena ibu kecapean atau kurang istirahat.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik umum

1) Tekanan darah

Berdasarkan fakta tekanan darah Ny."D" selama kehamilan yaitu 100/60 mmHg sampai 120/70 mmHg. Menurut opini penulis, tekanan darah Ny."D" selama masa kehamilan masih dalam batas normal dan tidak ada tanda tekanan darah tinggi.

Menurut Romauli (2011), tekanan darah normalnya 100/70 mmHg sampai dengan 120/80 mmHg. Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila terjadi kenaikan tekanan darah yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini akan berlanjut pada *preeklamsi* atau *eklamsi* jika tidak segera diatasi.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Berat badan

Berdasarkan fakta berat badan Ny."D" sebelum hamil 40 kg, pada akhir kehamilan 55,3 kg, terjadi peningkatan 15,3 kg. Menurut opini penulis, dilihat dari kenaikan BB ibu 15,3 kg selama hamil maka kenaikan berat badan tersebut sudah baik

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2014), rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) untuk kategori rendah atau kurang 19,8 adalah 12,5 kg sampai 18 kg.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) LILA (Lingkar Lengan Atas)

Berdasarkan fakta pada saat pemeriksaan kehamilan ukuran LILA Ny.”D” adalah 21,5 cm. Menurut opini penulis, ukuran LILA Ny “D” masih kurang dari normal dan ibu tergolong kurus, serta ibu yang kurus dapat menggambarkan kondisi gizinya, sedangkan ibu hamil kondisi gizinya harus baik karena akan dibagi dengan janinnya.

Menurut Weni (2010), LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi Ibu kurang atau buruk. Menurut Banudi (2012), jika ibu hamil menderita gizi buruk atau KEK, kondisi ini akan sangat berpengaruh pada pertumbuhan janin yang dikandungnya. Pengaruh ini akan menentukan berat badan lahir bayinya yang akan kurang dari seharusnya. Selain itu menurut Sulistyawati (2009), kondisi ketidakseimbangan nutrisi atau malnutrisi ini menyebabkan ibu mengalami penurunan darah. Volume darah penting untuk membawa nutrisi atau O₂ ke janin melalui plasenta. Terjadinya penurunan volume darah maka curah jantung tidak adekuat, darah menuju plasenta yang membawa

nutrisi untuk janin tersebut mengalami penurunan, menyebabkan ukuran plasenta lebih kecil. Selain itu, karena adanya gangguan sirkulasi O₂ dan nutrisi maka akan mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat atau BBLR.

Berdasarkan hal tersebut ada kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Pemeriksaan Fisik Umum

Berdasarkan fakta, keadaan fisik Ny”D” pada trimester II yaitu tidak oedem, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, puting susu menonjol dan perut membesar sesuai dengan usia kehamilan. Menurut opini penulis, keadaan fisik dan perubahan fisik pada Ny”D” dalam keadaan baik.

Menurut Romauli (2011), perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil trimester II yaitu tidak oedem pada muka, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, puting susu menonjol dan perut membesar sesuai dengan usia kehamilan.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Darah (Hb)

Berdasarkan fakta dari hasil pemeriksaan Hb Ny”D” 11,9 gr%. Menurut opini penulis, perubahan Hb pada ibu hamil dari

awal sampai akhir bisa berubah – ubah. Dan Hb Ny”D” masih dalam batas normal ibu hamil.

Menurut Romauli (2011), normal Hb bagi ibu hamil yaitu 11,5 gr%. Menurut Karina (2015) kadar hemoglobin yang rendah akan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin didalam rahim sehingga bayi akan lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang akan berdampak pada status gizi anak 0-6 bulan.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Berdasarkan fakta analisa data pada Ny.”D” adalah G₁P₀A₀ usia kehamilan 29 minggu kehamilan dengan KEK. Menurut opini penulis, status gizi pada ibu hamil memiliki resiko tinggi, karena banyak hal yang akan terjadi pada ibu apabila gizi ibu tidak terpenuhi.

Menurut Weni (2010) Kurang Energi Kronis pada saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun pada janin yang dikandungnya. Terhadap ibu : dapat menyebabkan resiko dan komplikasi antara lain : anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi, pada persalinan bisa mengakibatkan persalinan sulit, lama, perdarahan setelah persalinan, sedangkan pada bayi bisa mengakibatkan keguguran, cacat bawaan, anemia pada bayi dan lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

Berdasarkan hal tersebut terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Asuhan pada masa hamil penulis melakukan penatalaksanaan pada Ny."D" sebagaimana asuhan yang diberikan untuk kehamilan dengan KEK. Asuhan yang diberikan yaitu memberi motivasi kepada ibu bagaimana mengatur gizi pada pola makan seimbang selama kehamilan.

Menurut opini penulis, pemberian KIE pada ibu hamil sangat penting untuk memberikan informasi mengenai makanan-makanan apa saja yang perlu di konsumsi selama hamil, terutama untuk mengatasi ibu hamil dengan KEK yaitu dengan memotivasi ibu untuk mengatur pola makan, makan makanan dengan gizi seimbang dan bervariasi, KIE tentang tanda bahaya, istirahat yang cukup, menganjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat, memberikan terapi obat serta menganjurkan untuk kunjungan ulang.

Menurut Weni (2010) Pemberian konseling gizi dilakukan dengan cara pengaturan pola makan yang benar dan teratur selama kehamilan. Seorang ibu hamil memerlukan tambahan energi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme ibu. Pola makan dan kebiasaan makan yang baik sangat dianjurkan bagi ibu hamil terutama ibu hamil dengan KEK yaitu menu seimbang dengan jenis makanan yang bervariasi, tidak dianjurkan melakukan aktivitas berat, istirahat cukup, konsumsi vitamin B kompleks dan tablet Fe selama kehamilan.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara teori opini dan fakta.

4.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Pada pembahasan yang kedua, akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan pada *Intranatal Care* (INC). Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang *Intranatal Care*. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan *Intranatal Care* (INC) maka, dapat diperoleh data-data yang akan disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Data Subjektif dan Objektif dari Variabel *INC* (*Intra Natal Care*) Ny. "D" di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Banyuwangi Ngoro Jombang.

INC Keluhan	Tgl/Jam	Ket	KALA I 06.30WIB	KALA II 07.30WIB	KALA III 08.15WIB	KALA IV 08.30WIB
Ibu merasakan kencing-kencing serta mengeluarkan lendir bercampur darah.	27 Maret 2018 16.00 WIB, keluar lendir pukul 23,00 WIB.	VT 2 cm, Eff 25%, letkep, ketuban (+), UUK dep ki, molase 0,hodge II	VT: vulva dan vagina teraba benjolan abnormal) ada lendir dan darah, pembukaan : 8 cm, eff 75%, letkep, ketuban (+), UUK dep ki, molase 0, hodge III.	Lama kala II \pm 30 menit, bayi lahir spontan belakang kepala pukul 08.03 WIB, jenis kelamin perempuan, langsung menangis, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, tidak ada kelainan konginetal	Lama kala III \pm 15 menit, plasenta lahir lengkap, diameter plas 20 cm, tebal plas 3 cm insersi tali pusat lateral, panjang tali pusat 50 cm. UC baik, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 100 cc,	Lama kala IV \pm 2 jam, Observasi 2 jam PP: TD : 100/70 mmHg, N : 86 x/menit, S : 36,8 °C, P : 20x/menit, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan 25 cc

Sumber : Data Primer (*Partograf*)

1. Data Subyektif

a. Keluhan utama

Berdasarkan fakta keluhan yang dirasakan Ny."D" mengatakan sering kencing-kencing sejak tanggal 27 Maret 2018 pukul 16.00 WIB

serta mulai mengeluarkan darah dan lendir pada pukul 23.00 WIB, ibu datang ke Bidan pukul 00.05 WIB. Menurut opini peneliti, hal ini merupakan keadaan fisiologis pada ibu bersalin dimana persalinan yang semakin dekat ditandai dengan adanya rasa kenceng – kenceng.

Menurut teori Icesmi & Margareth (2013), bahwa keluhan yang sering dirasakan ibu bersalin yaitu dimulai dengan his yang dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesteron. Selanjutnya keluar lendir darah terjadi karena adanya pembuluh darah yang pecah akibat pendataran dan pembukaan servik. Adanya pengeluaran cairan, hal ini dikarenakan karena ketuban pecah. Sebagian ketuban pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan dalam waktu 24 jam.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

Berdasarkan fakta diperoleh data pada Ny. "D" yaitu keadaan ibu baik, pada pemeriksaan wajah yaitu konjungtiva merah muda, mukosa lembab, payudara bersih, puting susu menonjol, kolostrum belum keluar, dan pemeriksaan abdmomen meliputi :

TFU : 2 jari dibawah *Processus Xyloideus* (30 cm), bagian fundus teraba bokong, punggung sebelah kiri, sebelah kanan teraba ekstremitas, pada bagian bawah teraba kepala sudah masuk PAP 2/5 bagian.

Kontraksi : 2x dalam 10 menit lamanya 25 detik.

DJJ : $(12 + 12 + 12) \times 4 = 144$ x/menit.

Genitalia : Tidak oedem, tidak ada varises, keluar lendir bercampur darah.

VT : (dilakukan pukul 00.15 WIB) Pembukaan 2 cm, effacement 25%, ketuban masih utuh, tidak teraba bagian terkecil janin, UUK kiri depan, tidak ada moulage, kepala, Hodge II.

Menurut opini penulis, keadaan ibu masih dalam batas normal, kenceng pada perut merupakan keadaan fisiologis dialami pada ibu hamil yang akan mengalami persalinan karena kontraksi uterus sebagai tanda - tanda persalinan.

Menurut teori Romauli (2011), pemeriksaan fisik dilakukan secara seluruh tubuh, meliputi : TFU Mc. Donald (cm) sesuai dengan umur kehamilan, pemeriksaan Manuver palpasi Leopold (Leopold I, II, III dan IV), DJJ (normalnya 120-160 x/menit).

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Berdasarkan fakta analisa data pada Ny. "D" adalah G₁P₀A₀ UK 40 minggu inpartu kala I fase laten persalinan normal janin tunggal hidup. Menurut opini penulis, persalinan normal yaitu persalinan yang tidak disertai dengan komplikasi ataupun penyulit dan analisa data dalam hal ini yaitu kesimpulan dari data subjektif dan data objektif sehingga kita bisa menentukan tindakan ataupun terapi yang sesuai.

Menurut Romauli (2011) analisa data pada ibu bersalin yaitu G__P__A__ UK 40 minggu, inpartu kala__persalinan__.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

a. Kala I

Berdasarkan fakta pada kala I berlangsung \pm 7 jam (pukul 00.05.00-07.30), (VT pukul 00.15 WIB Ø 2 cm). Menurut opini penulis, kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif sehingga mempercepat proses persalinan. Keadaan tersebut dapat dijumpai baik pada primigravida maupun multigravida.

Menurut Icesmi & Margareth (2013) yang menyatakan persalinan kala I fase aktif \pm sekitar 12 jam pada primigravida dan pembukaan 1 cm per jam.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Kala II

Berdasarkan fakta, persalinan kala II Ny.“D” berlangsung \pm 30 menit (07.30-08.03) tidak ada penyulit selama proses persalinan. Bayi lahir spontan, jenis kelamin perempuan dengan kondisi bayi baru lahir normal. Menurut opini peneliti, pada kala II Ny “D” masih tergolong cepat dan normal karena tidak ada penyulit apapun.

Menurut Icesmi & Margareth (2013), kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

c. Kala III

Berdasarkan fakta, persalinan kala III pada Ny.“D” berlangsung kurang lebih 15 menit (08.03-08.17), tidak ada penyulit, plasenta lahir lengkap, laserasi derajat 2. Menurut opini penulis, plasenta lahir dalam batas waktu yang normal dan tidak ada penyulit.

Menurut teori Sulistiyowati (2013), kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit dengan asuhan manajemen aktif kala III.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

d. Kala IV

Berdasarkan fakta, persalinan kala IV Ny.“D” berlangsung selama 2 jam (08.40-10.25), perdarahan \pm 35 cc, tidak ada komplikasi, dilakukan IMD, pasien mendapatkan asuhan pemeriksaan TTV, masase dan *personal hygiene*. Menurut opini penulis, pada kala IV berlangsung fisiologis tanpa ada masalah. Perdarahan dan TTV masih dalam batas normal.

Menurut teori Icesmi & Margareth (2013), kala IV ini berlangsung mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 2 jam. Observasi yang harus

dilakukan pada kala IV adalah: tingkat kesadaran klien, pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, kandung kemih, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc. TFU setelah bayi lahir sejajar pusat. TFU setelah plasenta lahir 2 jari di bawah pusat.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

Pada pembahasan ketiga ini dijelaskan tentang kesesuaian teori dan fakta pada PNC (*Post Natal Care*). Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan pada PNC (*Post Natal Care*). Dalam pembahasan yang berkaitan dengan PNC (*Post Natal Care*), maka dapat diperoleh data pada tabel berikut ini :

Tabel 4.3 Distribusi Data Subjektif dan Objektif dari Variabel PNC (*Post Natal care*) Ny.“D” di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Banyuarang Ngoro Jombang.

Tanggal PNC	28 Maret 2018	31 Maret 2018	3 Mei 2018
Post partum (hari ke)	8 jam	4 hari	34 hari
Anamnesa	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
Eliminasi	BAK ± 2x/hari, warna kuning jernih, belum BAB.	BAK ± 4x/hari, warna kuning jernih, BAB 1x/hari, konsistensi lembek	BAK ± 5-6x/ hari kuning, jernih, BAB 1x/hari lembek, warna kuning
Tekanan Darah	100/70 mmHg	110/60 mmHg	100/60 mmHg
Laktasi	Tidak Lancar	Tidak lancar	Lancar
TFU Involusi	TFU 2 jari dibawah pusat.	TFU pertengahan simpisis dan pusat.	TFU tidak teraba
Lochea	Lochea rubra	Lochea sanguinolenta	Lochea sudah tidak keluar.

Sumber : Data Primer (Buku KIA)

1. Data Subyektif

a. Keluhan

Berdasarkan fakta, pada 8 jam *post partum* Ny.“D” mengatakan tidak ada keluhan, belum BAB, pada 4 hari *post partum* ibu mengatakan tidak ada keluhan, pada 34 hari *post partum* ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa dan belum menstruasi. Menurut opini penulis, masa nifas yang dialami Ny”D” berjalan dengan normal.

Menurut teori Depkes RI (2014) keluhan utama yang dirasakan ibu nifas yaitu mules karena proses involusi selama 7 hari dan payudara yang terasa penuh pada *post partum* hari ke 3.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

a. Laktasi

Berdasarkan fakta Ny.“D” kolostrum sudah keluar saat bayi lahir dan ASI pada 6 jam PP sudah keluar sedikit demi sedikit, tidak ada bendungan. Menurut opini penulis, sesering mungkin bayi menyusu semakin baik untuk merangsang produksi ASI dan juga keluarnya ASI dengan lancar dapat dipengaruhi oleh refleks hisap bayi.

Menurut Sulistyawati (2009), bahwa selama kehamilan hormon *estrogen* dan *progesterone* menginduksi perkembangan *alveoli* dan *duktus laktiferus* didalam payudara, serta merangsang produksi kolostrum, cairan pertama yang di peroleh bayi dari ibunya sesudah

dilahirkan adalah colostrum, mengandung campuran yang kaya akan protein, mineral dan antibodi.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Involusi

1) Tinggi Fundus Uteri

Berdasarkan fakta pada Ny.“D” pada 8 jam *post partum* TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra. Pada 4 hari *post partum* TFU teraba pertengahan simpisis dan pusat (mengecil), kontraksi uterus baik, lochea sanguinolenta, kontraksi uterus baik, pada 34 hari *post partum* TFU tidak teraba, lochea sudah tidak keluar. Menurut opini penulis, kontraksi uterus Ny.“D” berjalan dengan baik selain itu ibu juga sering menyusukan bayinya, sehingga mempercepat proses involusi.

Menurut Yusari Asih & Risneni (2010), TFU menurut masa involusi bayi lahir setinggi pusat, plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat symphysis, 2 minggu tidak teraba diatas symphysis, 6 minggu bertambah kecil, 8 minggu sebesar normal (tidak teraba).

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Lochea

Berdasarkan fakta pada Ny.“D”, pada 8 jam *post partum* lochea rubra, pada 4 hari *post partum* lochea sanguinolenta, pada 34 hari

post partum lochea sudah tidak keluar. Menurut opini penulis, berdasarkan pengeluaran lochea pada Ny.“D” tergolong normal, warna sesuai dan tidak berbau.

Menurut teori Walyani & Purwoastuti (2015), bahwa lochea *rubra* terdiri dari darah segar bercampur sisa – sisa ketuban berlangsung selama 1-2 hari *post partum*, lochea *sanguinolenta* warnanya kecoklatan berisi darah bercampur lendir, terjadi pada hari ke 3-7 hari *post partum*, lochea *serosa* berwarna kekuningan terjadi pada hari ke 7-14 *post partum*, dan lochea *alba* merupakan cairan putih yang terjadi pada hari setelah 2 minggu *post partum*.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Berdasarkan fakta analisa data pada Ny.“D” adalah P₁A₀ dengan *post partum* fisiologis. Menurut opini penulis, nifas normal adalah nifas yang berjalan tanpa ada keluhan dan penyulit pada masa nifas sehingga nifas berjalan secara fisiologis.

Menurut teori Sulistyowati (2011) teori nifas fisiologis adalah nifas yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu dengan kondisi yang baik tanpa ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Berdasarkan fakta penulis melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny “D”, sebagaimana untuk ibu nifas normal karena tidak ditemukannya masalah, seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, istirahat, dan jadwal kontrol ulang. Menurut opini penulis, dengan diberikan penatalaksanaan yang sesuai dengan asuhan pada ibu nifas dapat mencegah terjadinya tanda bahaya masa nifas seperti demam, perdarahan, lochea berbau, bendungan ASI, dan sebagainya, selain itu juga memberikan dampak yang positif bagi ibu dan bayi seperti mengajari ibu bagaimana cara menyusui yang benar, melakukan perawatan bayi sehari-hari, memberikan konseling tentang KB sedini mungkin agar ibu merasa mantap dan nyaman sebelum menggunakan alat kontrasepsi.

Menurut pendapat Bahiyatun (2009), seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, dan kontrol ulang.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesengajaan antara fakta dengan teori.

4.4 Asuhan Kebidanan pada BBL (Bayi Baru Lahir)

Pada pembahasan yang keempat, akan dijelaskan tentang kesesuaian antara teori dan kenyataan asuhan kebidanan pada BBL. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan

tentang asuhan kebidanan pada neonatus. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan tentang asuhan kebidanan pada neonatus, maka dapat diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Bayi Baru Lahir Ny.“D” di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Banyuarang Ngoro Jombang

Asuhan BBL	28 Maret 2018 Jam	Nilai
Penilaian Awal	09.05 WIB	Menangis spontan, warna kulit merah, reflek baik
Apgar Score	09.07 WIB	10
BB	09.10 WIB	3.000 gram
PB	09.12 WIB	49 cm
Lingkar Kepala	09.14 WIB	34 cm (MO : 34 cm, FO : 34 cm, SOB : 31 cm)
Lingar Dada	09.15 WIB	33 cm
Lila	09.16 WIB	10 cm
Salep Mata	09.19 WIB	Sudah diberikan
Vit K	09.20 WIB	Sudah diberikan
Inj. HB0	16.32 WIB	Sudah diberikan
BAK		Belum BAK
BAB		Keluar mekonium

Sumber : Data Primer (partograf)

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

1. Data Subyektif

a. Nutrisi

Berdasarkan fakta, bayi Ny.“D” sudah menyusu pada saat dilakukan IMD setelah kelahiran. Menurut opini penulis, saat bayi lahir langsung dilakukan IMD yang bertujuan untuk mendekatkan kontak batin ibu dengan bayi agar bayi bisa mencari puting susu.

Menurut teori *Midwifery Update* (2016), Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi, luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mamae ibu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Eliminasi

Berdasarkan fakta, pada usia 1 jam bayi Ny. "D" sudah BAB warna hitam (Mekonium). Menurut opini penulis, hal ini menunjukkan keadaan fisiologis, hal ini bagus karena menandakan bahwa system pencernaan bayi baru lahir sedang melakukan tugasnya mengeluarkan zat sisa dari tubuh bayi.

Menurut teori Jenny (2013), proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir. Feses bayi baru lahir berwarna hijau kehitaman, konsistensi mekonium lebih kental dan lengket. Feses bayi yang keluar akan berubah warna menjadi kuning setelah beberapa hari bayi lahir (3-5 hari setelah lahir).

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dengan teori.

2. Data Obyektif

a. Tanda-tanda vital

Berdasarkan fakta tanda-tanda vital bayi Ny.”D” dalam batas normal. Menurut opini penulis, pemeriksaan tanda vital bayi harus dilakukan karena dari pemeriksaan tersebut kita bisa mengetahui apakah keadaan bayi sehat atau timbul tanda bahaya bayi baru lahir.

Menurut Depkes RI (2014) suhu bayi normal adalah antara 36,5°C – 37,5 °C, laju nafas normal neonatus berkisar antara 40 – 60 kali per menit dan nadi berkisar antara 110 – 180 kali per menit. Dan bayi dikatakan fisiologis jika tidak ada komplikasi yang menyertai.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Antropometri

Berdasarkan fakta berat badan lahir bayi Ny.”D” 3.000 gram, panjang badan bayi 49 cm, lingkar kepala 34 cm, dan lingkar dada 33 cm. Menurut opini penulis, hasil pengukuran antropometrinya menunjukkan hasil yang normal.

Menurut Jenny (2013), bahwa pengukuran antropometri meliputi BB (2500-4000 gram), PB (45-50 cm), LK (33-35 cm), LD (30-33 cm).

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa data

Berdasarkan fakta analisa data pada bayi Ny.”D” adalah “bayi usia 1 jam keadaan normal fisiologis”. Menurut teori penulis, diagnosa

kebidanan pada bayi baru lahir fisiologis karena tidak ada komplikasi yang ditemukan pada bayi Ny “D” sejauh ini.

Menurut Jenny (2013), bahwa BBL adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram dan diagnosa asuhan kebidanan pada BBL fisiologis yaitu “BBL usia ___jam keadaan normal”.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan BBL, penulis melakukan penatalaksanaan pada bayi Ny.“D” sebagaimana untuk BBL normal karena tidak ditemukan masalah. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE seperti KIE tanda bahaya bayi, imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari. Menurut popini enulis, pemberian KIE untuk bayi baru lahir sangat perlu karena bertujuan untuk mencegah terjadinya resiko pada bayi seperti bayi tidak mau menyusu, kejang, sesak nafas, merintih, demam atau tubuh merasa dingin, dan memberikan salep mata.

Menurut Jenny (2013), penatalaksanaan pada BBL fisiologis, meliputi KIE seperti KIE tanda bahaya bayi, imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari dan lain-lain. KIE diberikan secara bertahap agar ibu lebih

mudah dan memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi dan kontrol ulang.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4.5 Asuhan Kebidanan Neonatus

Pada pembahasan kelima ini akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan fakta asuhan kebidanan pada neonatus. Berikut ini akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang asuhan kebidanan pada neonatus. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan pada neonatus, maka dapat diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Neonatus Bayi Ny. "D" di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Banyuwangi Ngoro Jombang

Tgl.Kunjungan Neonatus	28 Maret 2018	31 Maret 2018	29 Maret 2018
ASI	Ya	Ya	Ya
BAK	Belum BAK	BAK \pm 3 kali dalam sehari, kuning jernih	BAK \pm 5 kali dalam sehari, kuning jernih
BAB	BAB \pm 1x/hari warna hitam kecoklatan, konsistensi lembek	BAB \pm 1x/hari warna coklat, konsistensi lembek.	BAB \pm 2x/hari warna kuning konsistensi lembek.
BB	3000 gram	2.800 gram	3.000 gram
<i>Ikterus</i>	Tidak	Ya	Tidak
Tali pusat	Belum lepas	Belum lepas	Sudah lepas

Sumber : Data Primer (Buku KIA)

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

1. Data Subyektif

a. Eliminasi

Berdasarkan fakta pada usia 8 jam bayi Ny.“D” belum BAK dan sudah BAB dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan lain. Pada usia 4 hari BAK kuning jernih dan BAB lancar, keluhannya rewel dan sulit menyusu. Menurut opini penulis, yang dialami bayi ini adalah hal yang fisiologis karena ASI yang belum keluar dengan lancar maka bayi akan sulit untuk menyusu dan rewel. Pada usia 13 hari bayi tidak ada keluhan.

Menurut Jenny (2013), yaitu proses pengeluaran defekasi dan urine terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir. Seringnya mengonsumsi ASI pencernaan bayi menjadi lancar dan sering BAB karena dalam ASI mengandung zat pencahar. BAB yang sering pada bayi berfungsi untuk mengeluarkan bilirubin yang terkandung di dalam tubuh bayi, hal ini karena pada usia 2 hari bayi akan mengalami bilirubin fisiologis karena sel darahnya pecah.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

a. Berat Badan

Berdasarkan fakta, berat badan lahir bayi Ny.”D” usia 8 jam 3.000 gram, panjang badan bayi 49 cm, usia 4 hari 2.800 gram, usia 13 hari 3.000 gram. Menurut opini penulis, berat badan bayi dapat berubah –

ubah tergantung nutrisi yang masuk di dalam tubuhnya, jika nutrisi yang masuk banyak maka berat badan bayi akan terus naik dan saat bayi dia hanya mengkonsumsi ASI saja sehingga jika ASI yang keluar hanya sedikit tidak bisa mempertahankan berat badannya.

Menurut Jenny (2013), normalnya berat badan bayi yang baru lahir adalah 2,5 kg - 4 kg, pada minggu pertama akan mengalami penurunan setelah memasuki antara minggu kedua dan minggu ketiga maka akan mengalami kenaikan berat badan kembali. Berat bayi yang turun merupakan cairan yang hilang dari tubuh bayi. Saat didalam rahim, bayi hidup didalam cairan, sehingga saat lahir bayi membawa banyak cairan.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Berdasarkan fakta, analisa data pada bayi Ny.“D” adalah “Neonatus normal fisiologis”. Menurut opini penulis, neonatus fisiologis adalah neonatus yang lahir aterm dan selama bayi maupun neonatus tidak terjadi komplikasi.

Menurut Jenny (2013), diagnosa asuhan kebidanan pada neonatus fisiologis yaitu “Neonatus normal usia ___ hari fisiologis”.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan neonatus, penulis melakukan penatalaksanaan pada bayi Ny.“D” sebagaimana untuk neonatus normal karena tidak

ditemukan masalah selama kunjungan. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE seperti memberikan konseling pada ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya dan tidak boleh memberikan susu formula kepada bayinya secara rutin dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya keluar rumah diantara jam 07.00 WIB – 08-00 WIB untuk terkena sinar matahari untuk mencegah bayi kuning, KIE tanda bahaya neontus, imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari. KIE diberikan secara bertahap agar ibu lebih mudah dalam memahami penjelasan yang diberikan dan kontrol ulang.

Menurut Jenny (2013), penatalaksanaan pada neonatus meliputi KIE seperti KIE tanda bahaya neontus, imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari dan lain-lain. KIE diberikan secara bertahap agar ibu lebih mudah dan memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi, kontrol ulang.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4.6 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Pada pembahasan yang keenam akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan pada asuhan kebidanan pada keluarga berencana. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang asuhan kebidanan pada keluarga berencana. Dalam pembahasan yang

berkaitan dengan asuhan kebidanan pada keluarga berencana, maka dapat diperoleh data pada tabel berikut ini:

Tabel 4.6 Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Keluarga Berencana Ny.“D” di PMB Endang Ernawati, Amd.Keb Banyuarang Ngoro Jombang

Tanggal kunjungan KB	3 Mei 2018	11 Mei 2018
Subjektif	Ibu mengatakan ingin konseling tentang KB	Ibu merencanakan akan menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan
Tensi	100/60 mmHg	110/70 mmHg
Haid	Belum haid	Belum haid

Sumber : Data Primer (Buku KIA)

1. Data Subjektif

Berdasarkan fakta, pada 34 hari *post partum* Ny.“D” tidak ada keluhan, dan ia berencana menggunakan KB suntik 3 bulan setelah usia sampai saat ini ibu belum haid. Pada 40 hari *post partum* Ny.“D” melakukan suntik KB 3 bulan sebagai akseptor baru. Menurut opini penulis, keadaan ibu dalam batas normal semua, serta rencana ibu untuk memilih KB suntik 3 bulan adalah hal yang efektif karena ibu tidak mau menggunakan KB jangka panjang dan juga KB suntik 3 bulan karena tidak memengaruhi produksi ASI.

Menurut Dyah & Sujiatini (2011), yaitu kontrasepsi suntikan progestin cocok untuk ibu menyusui, boleh digunakan oleh wanita pada tekanan darah <180/110 mmHg, usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin wanita hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima

terjadinya gangguan haid terutama amenorea, menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes melitus.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Objektif

Berdasarkan fakta hasil pemeriksaan menunjukkan Ny."D" dalam kondisi baik. Menurut opini penulis, hasil pemeriksaan ibu dalam batas normal salah satunya tekanan darah ibu yaitu 110/70 mmHg dan ibu saat ini masih menggunakan KB suntik 3 bulan karena ibu tidak ingin menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang dan ibu masih menyusui.

Menurut Dyah & Sujiatini (2011), KB suntik 3 bulan merupakan kontrasepsi suntikan progestin cocok untuk ibu menyusui, boleh digunakan oleh wanita pada tekanan darah <180/110 mmHg, usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak, menyusui.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Berdasarkan fakta pada analisa data Ny."D" akseptor baru suntik KB 3 bulan. Ibu saat ini masih menggunakan KB suntik 3 bulan. Menurut opini penulis, KB suntik 3 bulan baik untuk ibu karena tidak mengurangi produksi ASI.

Menurut Dyah & Sujiatini (2011), KB suntik 3 bulan merupakan kontrasepsi suntikan progestin cocok untuk ibu menyusui, boleh digunakan oleh wanita pada tekanan darah <180/110 mmHg, usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak, menyusui.

Menurut Dyah & Sujiatini (2011), penulisan diagnosa data adalah Ny “D” ---- dengan Metode KB suntik 3 bulan.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan untuk akseptor KB, penulis melakukan penatalaksanaan pada Ny.“D” akseptor baru KB suntik 3 bulan, ibu diberi KIE tentang efek samping KB suntik 3 bulan, keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan, waktu yang diperbolehkan untuk berhubungan intim dengan suami dan kunjungan ulang.

Menurut Dyah & Sujiatini (2011) penatalaksanaan pada akseptor baru KB suntik 3 bulan meliputi KIE efek samping, keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan, tanda bahaya dan kunjungan ulang.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Asuhan kebidanan pada Ny “D” telah dilakukan selama kurang lebih 5 bulan yang dimulai dari masa hamil dengan usia kehamilan 27 minggu sampai dengan KB.

1. Asuhan kebidanan kehamilan trimester II dan III pada Ny “D” G₁P₀₀₀₀₀ dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK).
2. Asuhan kebidanan persalinan pada Ny “D” P₁₀₀₀₁ dengan persalinan normal.
3. Asuhan kebidanan nifas pada Ny “D” P₁₀₀₀₁ dengan nifas normal.
4. Asuhan kebidanan BBL pada bayi Ny “D” dengan BBL Normal.
5. Asuhan kebidanan neonatus pada bayi Ny “D” dengan neonatus normal.
6. Asuhan kebidanan keluarga berencana (KB) pada Ny “D” P₁₀₀₀₁ dengan akseptor KB suntik 3 bulan.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi

STIKes ICMe Jombang diharapkan dapat mempertahankan penerapan pendidikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dengan pendampingan bidan dan dosen sehingga sumber daya manusia di institusi semakin meningkat dan memiliki keterampilan.

2. Bagi Bidan

Diharapkan bidan saat memberikan imunisasi HB0 dilakukan sesegera mungkin, dan para bidan dapat mempertahankan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar dan tetap melakukan pemeriksaan ANC pada setiap ibu hamil guna mendeteksi adanya komplikasi sedini mungkin.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan dapat menggunakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* agar bisa menambah wawasan dan keterampilan tentang ilmu kebidanan. Serta bisa dijadikan bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dewi, V. N. L., 2013. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
2. dkk, W., 2016. *Asuhan KeperawatanAntenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Andi.
3. Jenny J.S Sondakh. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang : Erlangga.
4. K, Icesmi Sukarni, & Margareth ZH, 2013. *Kehamilann, Persalinan dan Nifas*. jogjakarta : Nuha Medika.
5. Kesehatan, K., 2016. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjelasan Tahun 2016. p. kesmas.kesmes.go.id.
6. Maternity Dainty, S. d., 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: s.n.
7. Muslihatun, W. N., 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.
8. Prawirohardjo, S., 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono.
9. Primadani, F. D., 2016. BAB II Tinjauan Pustaka. p. repository.usu.ac.id.
10. Purnama, W. J., 2015. Analisis Pelaksanaan Program Antenatal Care di Puskesmas Ciputat Timur Tahun 2015. p. repository.uinjkt.ac.id.
11. RI, K. K., 2017. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016. p. depkes.go.id.
12. Risneni, Y. A. d., 2016. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Salemba Medika.
13. Romauli, S., 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta: Nuha Medika.
14. Sulistiyawati, Ari, & Nungraheny, E , 2010, *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*, Jakarta
15. Weni Kristiyanasari, S., 2010. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nuha Medika.
16. Yuni Kusmiyati, H. P. & S., 2010. *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)*. Yogyakarta: Fitramaya.

-
- ¹ [Ejurnal.litbang.depkes.go.id](http://ejurnal.litbang.depkes.go.id) (diakses 31 Desember 2017)
- ² repository.usu.ac.id (diakses 18 Februari 2018)
- ³ Kementerian Kesehatan, *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjelasannya Tahun 2016, 2016*, kesmas.kemkes.go.id (diakses 15 Februari 2018)
- ⁴ Kementerian Kesehatan RI, *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016, 2017*, depkes.go.id (diakses 18 Februari 2018)
- ⁵ Kohort di BPM Endang Ernawati, Amd. Keb Tahun 2017 di Desa Banyuarang Kecamatan Ngoro Kabupaten Jombang
- ⁶ Weni Kristiyanasari, S.Kep.Ns, *Gizi Ibu Hamil*. (Yogyakarta : Nuha Medika, 2010), 76.
- ⁷ Ibid. Hlm. 65
- ⁸ Ibid. Hlm. 61
- ⁹ Suryati Romauli, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*, (Yogyakarta : Nuha Medika, 2010), 90.
- ¹⁰ Fitriana Dyah Primadani, *BAB II Tinjauan Pustaka*, 2016, repository.usu.ac.id (diakses 11 Februari 2018)
- ¹¹ Weni Kristiyanasari, S.Kep.Ns, *Gizi Ibu Hamil*. (Yogyakarta : Nuha Medika, 2010), 71.
- ¹² Sarwono Prawirohardjo, *Ilmu Kebidanan*, (Jakarta : Bina Pustaka Sarwono, 2014), 213.
- ¹³ Sarwono Prawirohardjo, *Ilmu Kebidanan*. (Jakarta : Bina Pustaka Sarwono, 2014), 213.
- ¹⁴ Suryati Romauli, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*, (Yogyakarta : Nuha Medika, 2010), 90.
- ¹⁵ Ibid. Hlm. 89.
- ¹⁶ Ibid. Hlm. 90.
- ¹⁷ Ibid. Hlm. 134.
- ¹⁸ Yuni Kusmiyati, Heni P & Sujiyatini, *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)*, (Yogyakarta: Fitramaya, 2010)., 103.
- ¹⁹ Suryati Romauli., *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*, (Yogyakarta: Nuha Medika, 2010), 149.
- ²⁰ Icemi Sukarni K & Margareth ZH, *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*, (Yogyakarta : Nuha Medika, 2013), 123.
- ²¹ Fitriana Dyah Primadani, *BAB II Tinjauan Pustaka.*, 2016, repository.usu.ac.id (diakses 11 Februari 2018)
- ²² Ibid.
- ²³ Weni Kristiyanasari, S.Kep.Ns. 2010. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 65
- ²⁴ Fitriana Dyah Primadani. 2016. *BAB II Tinjauan Pustaka*. repository.usu.ac.id (diakses 11 Februari 2018)
- ²⁵ Weni Kristiyanasari, S.Kep.Ns, *Gizi Ibu Hamil*. (Yogyakarta : Nuha Medika, 2010), 65.
- ²⁶ Wanda Jaya Purnama, *Analisis Pelaksanaan Program Antenatal Care di Puskesmas Ciputat Timur Tahun 2015*, 2015, repository.uinjkt.ac.id (diakses 11 Februari 2018)
- ²⁷ Maternity Dainty, SST.M.Kes dkk, *Asuhan Kebidanan Komunitas*, (Yogyakarta, 2017), 244.
- ²⁸ Arief Hidayat, *BAB II Tinjauan Pustaka*, 2013, repository.ump.ac.id (diakses 11 Februari 2018)
- ²⁹ Wagiyo.dkk, *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir*, (Yogyakarta: Andi, 2016), 81.
- ³⁰ Elisabeth Siwi Walyani, *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*, (Yogyakarta : PT. Pustaka Baru, 2015), 170.
- ³¹ Elisabeth Siwi Walyani, *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, (Yogyakarta : PT.Pustaka Baru, 2016), 5.
- ³² Sulistyawati dan Nugraheny, *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*, (Jakarta : Salemba Medika, 2010), 5.
- ³³ Ibid. Hlm. 6
- ³⁴ Jenny J.S Sondakh, *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, (Malang : Erlangga, 2013), 5.
- ³⁵ Ibid. 136
- ³⁶ BL Ritonga. repository.usu.ac.id (diakses 27 Februari 2018)
- ³⁷ Jenny J.S Sondakh, *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, (Malang : Erlangga, 2013), 136.
- ³⁸ Ibid. Hlm. 7
- ³⁹ Midwifery Update.2016

-
- ⁴⁰ Walyani dan Purwoastuti, *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*, (Yogyakarta : Pustaka Baru, 2015), 2.
- ⁴¹ Ibid. Hlm. 1
- ⁴² Ibid. Hlm. 2
- ⁴³ Ibid. Hlm. 65
- ⁴⁴ Ibid. Hlm. 79
- ⁴⁵ Ibid. Hlm. 103
- ⁴⁶ Yusari Asih dan Risneni, *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui* (Jakarta: CV. Trans Info Media, 2016), 230.
- ⁴⁷ BAB II Tinjauan Pustaka, abstrak.ta.uns.ac.id (diakses 25 Februari 2018)
- ⁴⁸ Vivian Nanny Lia Dewi, *Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*, (Jakarta: Salemba Medika, 2013), 2.
- ⁴⁹ Wafi Nur Muslihatun, *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. (Yogyakarta.: Fitramaya, 2010), 2
- ⁵⁰ Wafi Nur Muslihatun, *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*, (Yogyakarta :Fitramaya, 2010), 27
- ⁵¹ Ibid. 12.
- ⁵² Wafi Nur Muslihatun, *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. (Yogyakarta.: Fitramaya, 2010), 39.
- ⁵³ HF Sari, *BAB II Tinjauan Pustaka*, 2015, eprints.ums.ac.id (diakses 25 Februari 2018)
- ⁵⁴ HF Sari, *BAB II Tinjauan Pustaka*, 2015, eprints.ums.ac.id (diakses 25 Februari 2018)
- ⁵⁵ HF Sari, *BAB II Tinjauan Pustaka*, 2015, eprints.ums.ac.id (diakses 25 Februari 2018)
- ⁵⁶ HF Sari, *BAB II Tinjauan Pustaka*, 2015, eprints.ums.ac.id (diakses 25 Februari 2018)
- ⁵⁷ *BAB II Tinjauan Pustaka*. repository.usu.ac.id (diakses 25 Februari 2018)
- ⁵⁸ HF Sari, *BAB II Tinjauan Pustaka*, 2015, eprints.ums.ac.id (diakses 25 Februari 2018)

Lampiran 1 Surat Persetujuan

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Diana Tri Andaniyati

Alamat : Ds. Banyuarang, Kec. Ngoro, Kab. Jombang

BPM : Endang Ernawati,Amd.Keb

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi pasien dari masa hamil sampai dengan Kb dengan menggunakan pendekatan menegemen kebidanan secara komperhensif untuk memenuhi Laporan Tugas Akhir (LTA) oleh :

Nama : Renny Ginanjar Ja'is Saputri

NIM :151110026

Kelas/semester: A / VI

Prodi : D3 Kebidanan

Institusi : STIKes ICMe Jombang

Jombang, 24 Desember 2017

Mengetahui,

Pasien



(.....DIANA TRI. A.....)

Mahasiswa



(.....RENNY GINANJAR J.S.....)

Lampiran 2 Surat Pernyataan Kesanggupan

SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Endang Ernawati,Amd.Keb
Alamat Praktik : Ds. Banyuarang, Kec. Ngoro, Kab. Jombang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

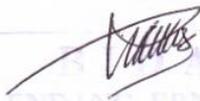
Nama : Diana Tri Andaniyati
Alamat : Ds. Banyuarang, Kec. Ngoro, Kab. Jombang
Hamil ke : 1
Tafsiran Persalinan : 26 Maret 2018

Dengan ini menyatakan bahwa yang bersangkutan adalah benar pasien di BPM saya dan saya menyatakan sanggup datang jika sewaktu-waktu dibutuhkan untuk memberikan keterangan dan penjelasan dalam kegiatan Laporan Tugas Akhir (LTA) dari mahasiswa :

Nama : Renny Ginanjar Ja'is Saputri
Semester : VI
Prodi : D3 Kebidanan
Institusi : STIKes ICME Jombang

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh sungguhnya dan kemauan saya sendiri tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jombang, 24 Desember 2017


ENDANG ERNAWATI
No 2016

Lampiran 3 Surat Persetujuan Bidan

SURAT PERSETUJUAN BIDAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : RENNY GINANJAR JA'IS SAPUTRI

Nim : 151110026

Kelas/semester : A / ~~VI~~ I

Prodi : D3 KEBIDANAN

Institusi : STIKes ICMC Jombang

Telah mendapatkan ijin untuk melakukan pemeriksaan pasien mulai dari masa hamil s/d kb dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan untuk memenuhi Laporan Tugas Akhir oleh :

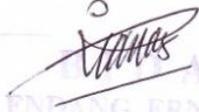
Nama Bidan : ENDANG ERNAWATI, Amd. Keb

Alamat : Ds. BANTUARANG, kec. NGORO, Kab. JOMBANG

Jombang, 29 Desember 2017

Mengetahui,

Bidan


ENDANG ERNAWATI
(.....)
2016

Mahasiswa


(Renny Ginanjar J.S.)
(.....)

Lampiran 4 Buku KIA

Nomor Registrasi :
 Nomor Urut :
 Tanggal menerima buku KIA : 1-8-2017.
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: Endang Ernawati
 08155098864.

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny Diana Tri Andaniati
 Tempat/Tgl lahir : Jombang, 13-5-1992 (25 th).
 Kehamilan ke : 1 Anak Terakhir umur: tahun
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi (Perguruan Tinggi*)
 Golongan Darah : O
 Pekerjaan : Guru
 No. JKN :

Nama Suami : Tn Taufiqul Amar
 Tempat/Tgl lahir : Jombang, 5-8-1984 (33 th).
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi (Perguruan Tinggi*)
 Golongan Darah : AB
 Pekerjaan : Guru

Alamat Rumah : Kuncung RT 23/RW 09.
 Banyuwangi
 Kecamatan : Ngoro
 Kabupaten/Kota : Jombang
 No. Telpn yang bisa dihubungi : 085708291057

Nama Anak : L/P*
 Tempat/Tgl Lahir :
 Anak Ke : dari anak
 No. Akte Kelahiran :

* Lingkari yang sesuai

CATATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 19-6-2017
 Hari Taksiran Persalinan (HIP), tanggal: 26-3-2018
 Lingkar Lengan Atas: 21,5 cm; KEK () Non KEK () Tinggi Badan: 1,53 cm
 Golongan Darah:
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: 5
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: tidak ada
 Riwayat Gemelli: MAP: 83,3 ROT: 10 IMT: 19,2
 Riwayat Alergi: tidak ada

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
1/8-17	mual, nafsu makan ↓	100/70	40 kg	6 mg	-	-	-
20/8	mual, muntah, perut penuh, nyeri	100/60	38 kg	9 mg	menyempit Ejemp	-	-
05/11	kodang Nyeri perut bagian bawah	110/70	44	19-20 mg	14 cm	Ball	⊕ 148x/mnt
09/11/12	Pusing	110/70	49,9	24-25 mg	16 cm	Ball	⊕ 144x/mnt
27/11/12	kodang pusing	120/70	52	27 mg 2 hr.	20 cm	let kecp	148x/mnt
27/11/12	kodang pusing	100/60	52	27 mg 2 hr.	20 cm	let kecp	146x/mnt
			/				
6/18	tidak ada	116/70	52 kg	28-29 mg	21 cm	let kecp U	⊕ 148x/mnt
10/18	Badan mringas, Tenggorokan sakit	116/70	53,7	33-34	27 cm	kecp L	⊕ 144x/mnt
25/18/02	Batuk, pilek	100/60	54,2	35-36	28 cm	kecp L	⊕ 145x/mnt
11/18/13	Kontrol	100/70	54	37-38	30 cm	kecp L	⊕ 148x/mnt

D. 655/17
CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan *Pa. golek* SCORE (2)

Hamil ke ...I... Jumlah persalinan ...0... Jumlah keguguran ...0... G...I...P...A...
 Jumlah anak hidup Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir ...15.....[bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir
 Cara persalinan terakhir** : [] Spontan/Normal [] Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+	PP tes ⊕	- Ucinam - VC.	Baca Hal BPM 1-7; ANC Terpadu	<i>As.</i>	2/9-17
⊖/+		- Ucinam - Novakal Fe.	Nutrisi	BPM <i>As.</i>	20/9-17
⊖/+		- Ferontal - Novakal	Nutrisi ANC terpadu	BPM <i>As.</i>	5/12-17
⊖/+		- Ferontal - Novakal	Nutrisi - Istirahat dan	BPM. <i>As.</i>	9/1-18
⊖/+		- Kalk - Fe, vit C	ANC terpadu BPM Pulorejo		9/1
⊖/+	ABCD Injeksi fluor albus = -				
-/+	HP II 9 gula 0 Albo			TELAH ANC TERPADU	
⊖/+	tu ⊖ PTC Nr HB 12 MR	- Etabion - vit C	ISOLEMAS PULOREJO	<i>As.</i>	6/2-18
⊖/+		- Hufablon - BCB.	Baca Hal 8-9	BPM <i>As.</i>	26/2-18
⊖/+		- Hufablon lvi - GG	Baca Hal 10-11	BPM <i>As.</i>	11/3-18
⊖/+		- Omegavit - VC.	Tanda ? Pers	BPM <i>As.</i>	19/3-18

GATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
25/18 03	Taa	110/60	55,3	39-40	31 cm	kep L	148 x/mnt
28/18 03	keluar lendir darah dan kuning!!	100/60	55,3	39-40	30 cm	kep U	142 x/m



Bidan, dokter dan tenaga kesehatan mengingatkan keluarga untuk segera mengurus AKTE KELAHIRAN. Syarat mengurus akte kelahiran; (1) Surat Kelahiran dari dokter/bidan/penolong kelahiran (2) nama dan identitas saksi kelahiran, (3) KK orang tua, (4) KTP orang tua, (5) Kutipan Akta Nikah/Akta Perkawinan orang tua.

Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

23 AUG 2017

WA TUA = OK e 9w. Ma

15 SEP 2017

Un J17
Bary
K 1 1/2

dr. HAMIDAH TRI KANDAJATI, SpOG
Ahlil Kebidanan dan Penyakit Kandungan

dr. HAMIDAH TRI KANDAJATI, SpOG
Ahlil Kebidanan dan Penyakit Kandungan

30 JAN 2018

Vh- kery
Bary 1/1/38 f7
pue Gr 11 kua cekp

dr. HAMIDAH TRI KANDAJATI, SpOG
Ahlil Kebidanan dan Penyakit Kandungan

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

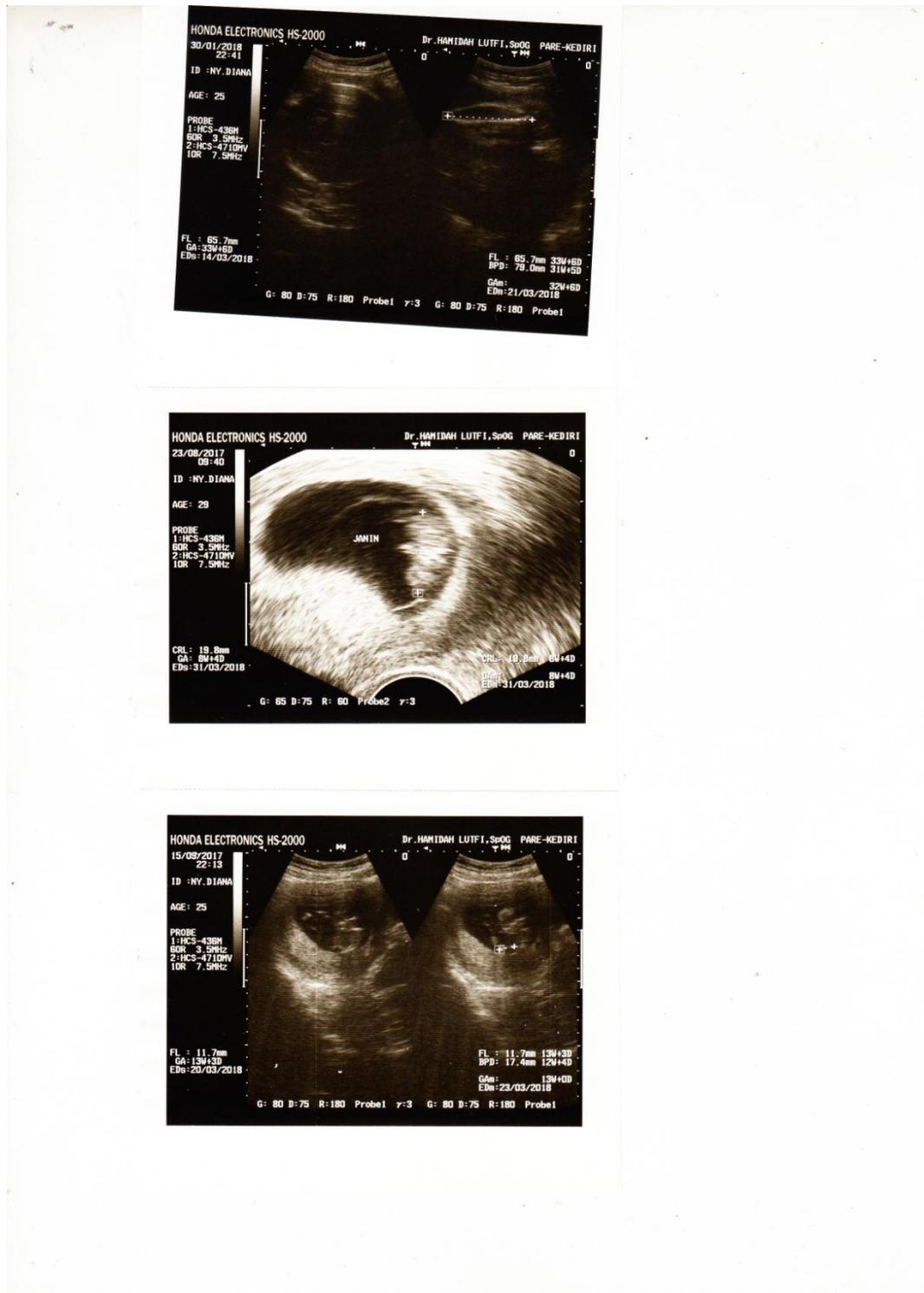
Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+		- Fe. - Vc.	- Persiapan Persalinan	BPM As.	28/3-18
⊖/+				BPM.	
-/+					

Lampiran 5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

**BUKTI PEMERIKSAAN ANC TERPADU
UPTD PUSKESMAS PULOREJO**

UNIT PEMERIKSAAN	JENIS PEMERIKSAAN	Tanggal_TTD Nama petugas
KIA	* Timbang/TB/LiLa	27/17 /12 [Signature]
	* Tensi Darah	
	* Palpasi (ukur TFU)	
	* DJJ	
	Skrining : HIV	
	HbsAg	
	Sifilis	
LABORATORIUM	* Golongan Darah	3/18 [Signature]
	* HB	
	* Reduksi	
	* Albumin	
	* GDA	
	* HIV - HbsAg	
GIZI	Konseling :	27/17 /12 [Signature]
	* Gizi Bumil	
	* Cara Menyusui	
	* ASI EKSKLUSIF	
GIGI	* Mulut	27/17 /12 [Signature]
	* Gigi	
POLI UMUM	* Jantung	[Stamp: TELAH ANK TERPADU PUSKESMAS PULOREJO]
	* Paru	

Lampiran 6 Hasil Pemeriksaan USG



CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit



Bidan, dokter dan tenaga kesehatan mengingatkan keluarga untuk segera mengurus AKTE KELAHIRAN.

Syarat mengurus akte kelahiran; (1) Surat Kelahiran dari dokter/bidan/penolong kelahiran (2) nama dan identitas saksi kelahiran, (3) KK orang tua, (4) KTP orang tua, (5) Kutipan Akta Nikah/Akta Perkawinan orang tua.

Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

23 AUG 2017¹

Uk 70 x 20 cm di 9w. 15 SEP 2017¹

lh TB

lh TB

BM 12/12

dr. HANIDAH TRI HANIDAJANI, SpOG
Ahl. Kebidanan dan Penyakit Kandungan

dr. HANIDAH TRI HANIDAJANI, SpOG
Ahl. Kebidanan dan Penyakit Kandungan

30 JAN 2018¹

lh TB

BM 12/12

plac 6x11 cm cep

dr. HANIDAH TRI HANIDAJANI, SpOG
Ahl. Kebidanan dan Penyakit Kandungan

Lampiran 7 Kartu Skor Pudji Rohyati

SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Ny. Diana T. A. Umur Ibu : 25 Th
 Hamil ke : 1 Haid terakhir tgl : 19-6-2017 Perkiraan persalinan tgl : 26-3-2018
 Pendidikan : Perguruan Tinggi Ibu (S1) Suami Perguruan Tinggi (S1)
 Pekerjaan : Ibu Buru Suami Buru

KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	IV
Skor Awal Ibu Hamil			2	2	2	2	2
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I ≥ 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan langkakang b. Uri terogoh c. Diberi infus/Transfusi	4				
10	Pernah Operasi Sesar	4					
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Peru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Uterus sempang	4				
	18	Uterus terbelah	4				
	19	Pendarahan dalam kehamilan m	4				
	20	Pre-eklampsia/terokelompok keping	4				
JUMLAH SKOR			2	2	2	2	

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN
~ RUJUKAN TERENCANA**

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWAT	PERSALINAN DENGAN RISIKO			RUJUKAN		
			RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RDB	RDR	RTW
2	KRB	BIDAN	TIDAK DIPULUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN, DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
≥12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'* PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter
 Persalinan : Melahirkan tanggal :/...../.....

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	RUJUKAN DARI : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit
RUJUKAN DARI : 1. Rujukan Dimi Berencana (RDBY/ Rujukan Dalam Rahim) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Terlambat (RTl)	Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko I & II 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
Gawat Darurat Obstetrik : • Kel. Faktor Risiko III 1. Pendarahan antepartum 2. Eklampsia • Komplikasi Obstetrik 3. Pendarahan postpartum 4. Uri Tertinggal 5. Persalinan Lama 6. Panas Tinggi	

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan	PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain	MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan pervaginal 3. Operasi Sesar
---	--	--

PASCA PERSALINAN : IBU : 1. Hidup 2. Mati dengan penyebab a. Pendarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	MACAM PERSALINAN : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2
---	--

BAYI :
1. Berat lahir gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup Apgar Skor :
3. Lahir mati penyebab :
4. Mati kemudian umur hr penyebab :
5. Kelainan bawaan tidak ada/ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin) 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab : Pemberian ASI 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA : 1. Ya,/Sterilisasi
2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan :

*** Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG**

Lampiran 9 Keterangan Lahir

KETERANGAN LAHIR

No : 08/III/2018

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;
 Pada hari ini 2960 , tanggal 28-03-2018, Pukul 08-03
 telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
 Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya*
 Kelahiran ke : 1. (5000)
 Berat lahir : 3000 gram
 Panjang Badan : 49 cm
 di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Polindes/Rumah Bidan/di*
 ENDANG ERNAWATI, Amd. NCS
 Alamat : Plemahan, Banyuwangi - Ngoro
 Diberi nama :

MAFAZA MARIFATUL GOLBI

Dari Orang Tua;

Nama Ibu : Diana Tri Andaniyati Umur : 25 tahun
 Pekerjaan : Guru
 KTP/NIK No. : 3517035305920003
 Nama Ayah : Taufikul Aman Umur : 33 tahun
 Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA
 KTP/NIK No. : 3517030908840003
 Alamat : Kuncung RT 23/RW 05, Banyuwangi
 Kecamatan : Ngoro
 Kab./Kota : Jombang

Jombang, Tanggal, 28 Maret 2018

Saksi I :  (ISMAIL MARZUKI)

Saksi II :  (SRI WAHYUNI)

Penolong persalinan :  (Endang Ernawati)

BIDAN
ENDANG ERNAWATI
 No. SIPB : 446 : 12162 / 415.25 / 2014

* Lingkari yang sesuai
 ** Tanda tangan, nama lengkap, nomor induk pegawai, nama instansi

• Lembar untuk mengurus akte kelahiran

29

Lampiran 9 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

A. MASUK KAMAR BERSALIN Tgl. : 28-03-2018 Jam : 00.05 WIB
 ANAMNESE His mulai tgl : 27-03-2018 Jam : 16.00 WIB
 Darah : (+)
 Lendir : (+)
 Ketuban pecah : (belur) Jam :
 Keluahan lain :

B. KEADAAN UMUM Tensi : 100/60 mmHg
 Suhu / Nadi : 36.2 °C / 80 x / menit
 Oedema : - / -
 Lain - Lain :

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI 1. Palpasi : TFU : 30 cm, letkep, puti
 2. Djj : 144 x / menit
 3. His 10" : 2 x, lama 25 detik
 4. VT. Tgl. : 28-03-2018 jam 00.15 WIB
 5. Hasil : VT Ø 2 cm, eff. 25%, H D, ket (+), preskep
 6. Pemeriksaan :

OBSERVASI KALA I (Fase Laten 0 < 4 cm.)

Tanggal	Jam	His dlm 10"		Djj	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Keterangan			
		Berapa Kali	Lamanya									
28/3/2018	01.15	2x	25"	144	100/60	36.3	84					
	01.45	2x	25"	144								
	02.15	2x	30"	148								
	02.45	2x	30"	148								
	03.15	3x	30"	148						36		
	03.45	3x	30"	148								
	04.15	3x	35"	144	100/60	36.2	84					
	04.45	3x	35"	148								
	05.15	3x	35"	148								
	05.45	3x	40"	144								
	06.15	3x	40"	148								84

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 28 Maret 2018
2. Nama bidan : Fitriani, E. N. Hawati
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya : BPM
4. Alamat tempat persalinan : Banyuwangi, Ngoro
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y (1)
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah tersebut :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 - Ya, Indikasi
 - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 - Suami Teman Tidak ada
 - Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
16. Distosia bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : 15 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan :
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	08.40	100/70	86	36 ⁸	2 jr & pst	Baik	Kosong ± 25 cc
	08.55	100/70	88		2 jr & pst	Baik	Kosong -
	09.10	100/60	88		2 jr & pst	Baik	Kosong -
	09.25	100/70	84		2 jr & pst	Baik	Kosong -
2	09.55	100/70	84	36 ⁸	2 jr & pst	Baik	Kosong -
	10.25	100/70	84		2 jr & pst	Baik	Kosong ± 10 cc

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masasee fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :
 25. Plasenta lahir lengkap (Intact) Ya Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 27. Laserasi :
 - Ya, dimana : perineum dan mukosa vagina gin
 - Tidak
 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3 / 4
 - Tindakan :
 - Perjahitan, dengan tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan :
 29. Atoni uteri :
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
 30. Jumlah perdarahan : 100 ml
 31. Masalah lain, sebutkan :
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 33. Hasilnya :
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan : 3000 gram
 35. Panjang : 49 cm
 36. Jenis kelamin : L (P)
 37. Penilaian bayi baru lahir (baik) ada penyulit
 38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Aspiksia ringan/pucat/biru/temas/tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan :
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 39. Pemberian ASI segera
 - Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan :
 40. Masalah lain,sebutkan :
 - Hasilnya :

Lampiran 11 Catatan Ibu Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS
(Diisi oleh dokter/bidan)

JENIS PELAYANAN	KUNJUNGAN I (6 jam - 3 hari)	KUNJUNGAN II (4 - 28 hari)	KUNJUNGAN III (29 - 42 hari)	
	Tgl: 28/3-2018	Tgl: 31/3-18	Tgl: 9/4-18	
kondisi ibu nifas secara umum	Baik	Baik	Baik	3/5-18
tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi	TD: 100/70, 36 ^o , 20, 24	TS: 100/60, 36 ^o , 20, 26	TS: 100/60, 37 ^o , 20, 20	100/60
perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara	Normal, baik kontraksi baik	Normal, uterus baik, baik 1/2 post-egyp =	Normal, baik kontraksi baik, baik	
lokhia dan perdarahan	Rubra	Sanguinolenta	Serosa	
Pemeriksaan jalan lahir	✓	✓	✓	✓
Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif	✓	✓	✓	✓
Pemberian Kapsul Vit. A	✓	-	-	-
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	-	-	-	-
Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-	-	-	-

Memberi nasehat yaitu:			
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan	✓	✓	✓
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	✓	✓	✓
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	✓	✓	✓
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	✓	✓	✓
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	✓	-	-
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan	✓	✓	✓
Perawatan bayi yang benar	✓	✓	✓
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress	✓	✓	✓
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	✓	✓	✓
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	-	-	-

26

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Buang Air Besar	Buang Air Kecil	Produksi ASI	Catatan Dokter/Bidan
⊖/+	-/+⊕	colostrum ⊕	Tx: Hufanoxyl, Asmet, Fe, vit A
⊖/+	-/+⊕	⊕	Tx: Hufanoxyl, Asmet, Fe,
-/+⊕	-/+⊕	⊕	Tx: Fe.
-/+	-/+		
-/+	-/+		
-/+	-/+		

Pelayanan KB Ibu Nifas

Tanggal/bulan/tahun			
Tempat			
Cara KB/Kontrasepsi			

Kesimpulan Akhir Nifas

Kedaaan Ibu**:

- Sehat
 Sakit
 Meninggal

Komplikasi Nifas**:

- Perdarahan
 Infeksi
 Hipertensi
 Lain-lain: Depresi post partum

Kedaaan Bayi**:

- Sehat
 Sakit
 Kelainan Bawaan
 Meninggal

**Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 12 Catatan Bayi Baru Lahir

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 28/3 2018	Tgl: 31/3-18	Tgl: 9/4-18
Berat badan(kg)	3 kg	2800	3600
Panjang badan (cm)	49 cm	-	-
Suhu (°C)	36,2 °C	37,9	37,2
Tanyakan ibu, bayi sakit apa?			
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri			
• Frekuensi napas (kali/menit)	44 x /mnt	46	42
• Frekuensi denyut jantung (kali/menit)	140 x /mnt	132	136
Memeriksa adanya diare	✓	-	-
Memeriksa ikterus	✓	-	-
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	✓	-	-
Memeriksa status pemberian vitamin K1	1 mg	-	-
Memeriksa status imunisasi HB-O	HB-O	-	-
Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK			
- Skrining Hipotiroid Kongenital	-	-	-
- Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+	-	-	-
- Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Memeriksa keluhan lain: Sakit mata Tali pusat	Perdarahan	Basah	Kering
Memeriksa masalah/keluhan ibu Tindakan (terapi/rujukan/ umpan balik)	✓	✓	✓
Nama pemeriksa	Endang Erawati	Endang Erw	Endang Er

*Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir
Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)*

40

Lampiran 13 Catatan Imunisasi Anak

CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	0	1	2	3	4	5
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi					
HB-0 (0-7hari)	28/3/2018					
BCG		17/5-18				
Polio 1		17/5-18				
DPT-HB-Hib 1			21/6-18			
*Polio 2			21/6-18			
*DPT-HB-Hib 2						
*Polio 3						
*DPT-HB-Hib 3						
*Polio 4						
*IPV						
Campak						

Umur (bulan)	18	24	30	*****36+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi			
***DPT-HB-Hib Lanjutan				
****Campak Lanjutan				

- * Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT-HB-Hib minimal 4 minggu (1 bulan)
 Jarak antara pemberian vaksin Polio minimal 4 minggu (1 bulan)
- ** Anak di atas 1 tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap. Sakit ringan seperti batuk, pilek, diare, demam ringan, dan sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi

Tambahkan Vaksin Lain	Vaksin	Tanggal Pemberian			

BIMBINGAN PROPOSAL LTA

PEMBIMBING 1 : Ani Isro'aini, SST., M.Kes

TANGGAL	MASUKAN	TTD
05-01-2018	ACC Judul	
15-02-2018	Revisi masalah solusi	
21-02-2018	Revisi BAB I, lanjut BAB III	
26-02-2018	Revisi BAB II dan III	
28-02-2018	Revisi BAB III, lengkapi lembar dan belakang	
05-03-2018	Siapkan UP , PPT	

BIMBINGAN PROPOSAL LTA

PEMBIMBING 2 : Dhita Yuniar K, SST., M.Kes

TANGGAL	MASUKAN	TTD
30-12-2017	ACC Judul, lanjut BAB I	
17-02-2018	Revisi BAB I, lanjut BAB II	
22-02-2018	Revisi BAB II	
05-03-2018	Revisi BAB II dan III	
05-03-2018	ACC (Lengkapi Berkas) Siap UP	

BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PEMBIMBING 1 : Ani Isro'aini, SST., M.Kes

TANGGAL	MASUKAN	TTD
18-04-2018	Revisi APN	
06-06-2018	Revisi kala III sampai dengan nifas	
08-06-2018	Revisi, lanjut Pembahasan	
03-07-2018	Revisi Pembahasan, perbaiki fakta, opini dan teori	

BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PEMBIMBING 2 : Dhita Yuniar K, SST., M.Kes

TANGGAL	MASUKAN	TTD
06-06-2018	Revisi BAB III, lanjut BAB IV	
05-07-2018	Revisi BAB IV dan V, lengkapi berkas	