

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “I”
G_{II}P₁A₀ DENGAN JARAK KEHAMILAN TERLALU JAUH
DI BPM YUNI WIDARYANTI Amd. Keb
DESA SUMBERMULYO KECAMATAN JOGOROTO
KABUPATEN JOMBANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

Oleh:

**DIKA AISNA CHOTIYAWATI
141110006**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "I" G_{II}P₁A₀
DENGAN JARAK KEHAMILAN TERLALU JAUH
DI BPM YUNI WIDARYANTI Amd. Keb
DESA SUMBERMULYO KECAMATAN JOGOROTO
KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Dika Aisna Chotiyawati
NIM : 14.111.0006

Telah Disetujui sebagai 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



Dwi Anik Karya Setiarini, SST.,M.Kes
NIK. 02.08.124

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "I" G_{II}P₁A₀
DENGAN JARAK KEHAMILAN TERLALU JAUH
DI BPM YUNI WIDARYANTI Amd. Keb
DESA SUMBERMULYO KECAMATAN JOGOROTO
KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Dika Aisna Chotiyawati
NIM : 14.111.0006

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal :17 Juli 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat dapat diterima

Mengesahkan,
TIM PENGUJI

NAMA

TANDA TANGAN

Penguji Utama : **Hari Utami, SST.,M.Kes**
NIP.195806151983032010

Penguji I : **Any Isro'aini, SST.,M.Kes**
NIK. 02.07.098

Penguji II : **Dwi Anik Karva S., SST.,M.Kes**
NIK. 02.08.124

Mengetahui,

Ketua STIKes ICME



Bambang Tutuko, S.H., S.Kep, Ns., M.H
NIK. 01.06.054

Ketua Program Studi D-III
Kebidanan



Lusiana Meinawati, SST., S.Psi., M.Kes
NIK. 02.08.126

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : DIKA AISNA CHOTIYAWATI

NIM : 141110006

Jenjang : Diploma

Program Studi : Kebidanan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 03 Agustus 2017

Saya yang menyatakan,



DIKA AISNA CHOTIYAWATI
NIM : 141110006

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Peneliti dilahirkan di Bojonegoro 27 Desember 1997, peneliti merupakan anak pertama dari 0 bersaudara pasangan Bapak Joko Wicaksono dan Ibu Sukarti. Pada tahun 2008 peneliti lulus dari MII Sendangagung. Pada tahun 2011 peneliti lulus dari SMPN 1 Sumberrejo, pada tahun 2014 peneliti lulus dari SMAN 1 Balen-Bojonegoro. Dan pada tahun 2014 peneliti lulus seleksi masuk STIKes “Insan Cendikia Medika Jombang” melalui jalur PMDK. Peneliti memilih program studi D-III Kebidanan dari tiga pilihan program studi yang ada di STIKes “Insan Cendikia Medika” Jombang.

Demikian daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Jombang, 17 Juli 2017

Dika Aisna Chotiyawati

14.111.0006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny “I” G_{II}P₁ A₀ dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh”, 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 terimakasih kepada :

1. Bambang Tutuko, S.H., S.Kep, Ns., M.H selaku ketua STIKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
2. Lusiana Meinawati, SST., S.Psi., M.Kes, selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
3. Hari Utami, SST., M.Kes selaku penguji utama yang telah bersedia memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
4. Any Isro'aini, SST., M.Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
5. Dwi Anik Karya S, SST., M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

6. Yuni Widaryanti Amd.Keb yang telah memberikan izin untuk melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir di BPM.
7. Ibu Ismiati selaku responden atas kerjasamanya yang baik.
8. Bapak, Ibu saya atas cinta, dukungan dan doa yang selalu diberikan sehingga Laporan Tugas Akhir ini selesai pada waktunya.
9. Teman-teman saya serta 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, 17 Juli 2017

Penulis

RINGKASAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "I" G₁₁P₁A₀ DENGAN JARAK KEHAMILAN TERLALU JAUH DI BPM YUNI WIDARYANTI Amd.Keb DESA SUMBERMULYO KECAMATAN JOGOROTO KABUPATEN JOMBANG

Oleh :

Dika Aisna Chotiyawati

141110006

Jarak kehamilan terlalu jauh adalah salah satu penyebab Angka Kematian Ibu (AKI) yang cukup tinggi di Indonesia sebagai salah satu negara berkembang. Untuk itu perlu direncanakan suatu asuhan kebidanan oleh bidan dalam menerapkan peran secara mandiri dan kolaborasi. Tujuan LTA ini adalah memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB dengan jarak kehamilan terlalu jauh.

Metode Asuhan dalam LTA ini adalah dengan wawancara, observasi dan penatalaksanaan asuhan. Subyek dalam asuhan ini adalah Ny "I" G₂P₁A₀ 32 minggu dengan jarak kehamilan terlalu jauh di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Sumbermulyo Jogoroto Jombang.

Hasil asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny "I" selama kehamilan trimester III dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh, pada persalinan dengan partus presipitatus, pada masa nifas dengan nifas normal, pada BBL dengan BBLN, pada masa neonates dengan hipotermi, dan menjadi akseptor baru KB suntik 3 bulan.

Kesimpulan dari asuhan kebidanan secara komprehensif ini didapat dengan melakukan asuhan kebidanan secara mandiri, dan kolaborasi serta penanganan secara dini, ditemukan adanya penyulit pada persalinan dengan partus presipitatus, pada neonatus dengan hipotermi. Disarankan kepada bidan untuk mengadakan penyuluhan tentang jarak yang ideal, pentingnya pemasangan P4K agar tidak ditemukan kasus Jarak Kehamilan Terlalu Jauh.

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, Komprehensif, Jarak Kehamilan Terlalu Jauh.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
RINGKASAN	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan	4
1.4. Manfaat	5
1.5. Ruang Lingkup.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Kehamilan Trimister III	7
2.2 Konsep Dasar Persalinan	19
2.3 Konsep Dasar Nifas	39

2.4	Konsep Dasar BBL	51
2.5	Konsep Dasar Neonatus	56
2.6	Konsep Dasar KB	65
2.7	Konsep Dasar Jarak Kehamilan Terlalu Jauh.....	70

BAB III ASUHAN KEBIDANAN

3.1	Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III	78
3.2	Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin.....	84
3.3	Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas	92
3.4	Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir	100
3.5	Asuhan Kebidanan pada Neonatus	104
3.6	Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana	112

BAB IV PEMBAHASAN

4.1	Asuhan Kebidanan Ibu Hamil TM III.....	116
4.2	Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin.....	128
4.3	Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas.....	135
4.4	Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.....	142
4.5	Asuhan Kebidanan pada Neonatus.....	146
4.6	Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana (KB).....	150

BAB V PENUTUP

5.1	Kesimpulan.....	154
5.2	Saran.....	154

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri	8
Tabel 2.2 Perubahan Uterus Selama Postpartum	43
Tabel 2.3 Perubahan Lochea Selama Postpartum	43
Tabel 2.4 Penilaian Apgar Score.....	52
Tabel 4.1 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel ANC	117
Tabel 4.2 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel INC.....	128
Tabel 4.3 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel PNC.....	136
Tabel 4.4 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel BBL ...	142
Tabel 4.5 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel Neonatus.....	146
Tabel 4.6 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel KB.....	151

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan	158
Lampiran 2 Balasan Dinas	159
Lampiran 3 Lembar Prey Survey Data	160
Lampiran 4 Lembar Nota Dinas	161
Lampiran 5 Surat Ijin BPM.....	162
Lampiran 6 Surat Pernyataan Kesanggupan Bidan.....	163
Lampiran 7 Informed Consent	164
Lampiran 8 Buku KIA.....	165
Lampiran 9 KSPR	168
Lampiran 10 Lembar Observasi.....	169
Lampiran 11 Lembar Partograf.....	170
Lampiran 12 Surat Keterangan Lahir	172
Lampiran 13 Lembar Kunjungan Nifas	173
Lampiran 14 Lembar Kunjungan Neonatus.....	174
Lampiran 15 Lembar Imunisasi	175
Lampiran 16 Kartu Keluarga Berencana	176
Lampiran 17 Lembar Bimbingan LTA.....	177
Lampiran 18 Lembar Kewirausahaan	179
Lampiran 19 Dokumentasi	185
Lampiran 20 Pernyataan Bebas Plagiasi	193

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Ante Natal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Dekontaminasi Tingkat Tinggi
Fe	: Feros
G	: Gravida
A	: Abortus
Hb	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IM	: <i>Intra Muskular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
Kkal	: Kilo Kalori

KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
K	: Kunjungan
KPD	: Ketuban Pecah Dini
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MDGs	: Millenium Development Goals
N	: Nadi
P	: <i>Para</i>
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: PintuAtasPanggul
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
S	: Suhu
SOAP	: Subyektif, Obyektif, Analisa data, Penatalaksanaan
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan dengan risiko tinggi merupakan kehamilan yang membawa ancaman bagi jiwa dan kesehatan ibu maupun bayi. Dari definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa setiap kehamilan dengan faktor risiko tinggi akan menghadapi ancaman morbidity atau mortalitas ibu dan janin, baik dalam kehamilan, persalinan maupun nifas. Karena kasus-kasus risiko tinggi melibatkan dua nyawa, penanganan kasus-kasus tersebut haruslah dipertimbangkan dan dilakukan dengan sebaik-baiknya (Mochtar, 2011). Salah satu kasus risiko tinggi yang terjadi pada ibu hamil adalah jarak kehamilan terlalu jauh.

Jarak kehamilan terlalu jauh adalah anak terkecil usia ≥ 10 tahun, dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu (Rochjati, 2011). Jarak kehamilan terlalu jauh memiliki risiko tinggi dari kehamilan sampai KB. Dalam akses pelayanan kebidanan termasuk dalam faktor risiko tinggi yang dapat memberikan berbagai dampak bagi keselamatan ibu dan bayi. Adanya faktor risiko ini juga dapat mempengaruhi nilai mortalitas (AKI dan AKB), serta morbidity ibu dan bayi. (Anindita, 2014).

Menurut data *Millenium Development Goals* (MDGs), target AKI di Indonesia tahun 2015 adalah 102/100.000 kelahiran hidup. Data ibu hamil di provinsi Jawa Timur tahun 2015 sebesar 98,75 % ibu hamil. (Dinkes Jatim, 2015). Data ibu hamil di kabupaten jombang tahun 2015 sebesar 98 % ibu

hamil dan yang termasuk dalam angka resiko tinggi sekitar 21,42 % ibu hamil (Dinkes Jombang, 2015). Di BPM Yuni Widaryanti Amd Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang dalam 1 tahun terakhir yaitu pada tahun 2016 tercatat jumlah ibu hamil sebanyak 264 ibu hamil, 87 ibu hamil dengan resiko tinggi, jarak kehamilan terlalu jauh sejumlah 11 ibu hamil.

Berdasarkan study kasus yang telah dilakukan penulis pada tanggal 13 Februari 2017 di BPM Yuni Widaryanti Amd Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang kepada Ny "I" G_{II}P₁A₀ umur 34 tahun dengan usia kehamilan 32 minggu, ibu menjelaskan bahwa anak pertamanya berusia 11 tahun, sebenarnya ibu sudah lama menginginkan mempunyai anak lagi saat usia anak pertamanya 7 tahun, kemudian ada masalah keluarga sehingga ditunda dengan menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan selama 9 tahun 6 bulan setelah kelahiran anak pertamanya. Setelah itu ibu berhenti menggunakan alat kontrasepsi selama 1 tahun 6 bulan dan hamil lagi.

Terjadinya jarak kehamilan terlalu jauh ini dapat disebabkan dari faktor psikologis, KB hormonal, pola aktifitas, ketepatan pasangan suami isteri dalam melakukan senggama (koitus) pada masa subur atau tidak subur, dan juga makanan yang dapat mempengaruhi produktifitas kesuburan sel telur. Jarak kehamilan terlalu jauh akan sangat berisiko, karena organ reproduksi sudah lama tidak hamil lagi. Setelah lebih dari 10 tahun melahirkan anak terakhir, kemudian hamil lagi, rahim butuh proses adaptasi. Otot pada jalan lahir juga memerlukan penyesuaian. Saat adaptasi tersebut, ada beberapa

kemungkinan yang muncul. Diantaranya perdarahan atau janin mati dalam kandungan. Jarak kehamilan terlalu jauh pada ibu hamil dapat menimbulkan masalah potensial pada ibu dan bayi. Beberapa potensial yang dapat ditimbulkan oleh jarak kehamilan terlalu jauh pada ibu hamil, yaitu hipertensi (tekanan darah tinggi), pre eklamsia, diabetes pada kehamilan, dan lain-lain. Pada persalinan dapat menimbulkan persalinan berjalan tidak lancar (partus lama), perdarahan pasca persalinan. Pada BBL dapat terjadi BBLR dan prematuritas. Pada masa nifas dapat menimbulkan infeksi, produksi ASI kurang, dan pada KB dapat menjadikan ibu ragu untuk ber-KB lagi apabila ingin memiliki anak lagi.

Solusi untuk mengatasi masalah jarak kehamilan yang terlalu jauh adalah melakukan ANC (*antenatal care*) terpadu, pemeriksaan kehamilan secara rutin sampai dengan nifas, dan menganjurkan pasien untuk melakukan pemeriksaan laboratorium seperti urin, albumin, reduksi untuk mengantisipasi terjadinya preeklamsi. Untuk persiapan persalinan, bidan atau petugas kesehatan dapat melakukan pemeriksaan dengan saksama dan mengambil kesimpulan dari hasil pemeriksaan sebelumnya apakah perlu melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis atau tidak. Kemudian melanjutkan pemantauan di masa nifas dan asuhan pada neonatus. Kemudian untuk Keluarga Berencana (KB) disarankan untuk menggunakan KB jangka panjang seperti AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny "I" dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh di BPM

Yuni Widaryanti Amd. Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada Ny "T" G_{II}P_IA₀ dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang ?

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB pada Ny. "T" dengan jarak kehamilan terlalu jauh di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan ibu hamil trimester III pada Ny "T" dengan jarak kehamilan terlalu jauh di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.
2. Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny "T" dengan jarak kehamilan terlalu jauh di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

3. Melakukan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny “T” di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.
4. Melakukan asuhan kebidanan pada BBL Ny “T” di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.
5. Melakukan asuhan kebidanan pada neonatus Ny “T” di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.
6. Melakukan asuhan kebidanan KB pada Ny “T” di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dari asuhan kebidanan yang dilakukan diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan dalam penerapan asuhan kebidanan komprehensif terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB khususnya pada ibu hamil dengan jarak kehamilan terlalu jauh (>10 tahun).

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Ibu Hamil

Mendapatkan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB.

2. Bagi Bidan

Sebagai acuan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil dengan faktor resiko jarak kehamilan terlalu jauh.

3. Bagi Penulis

Menerapkan materi asuhan pelayanan kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada kehamilan dengan faktor resiko jarak terlalu jauh.

1.5 Ruang Lingkup

1.5.1 Sasaran

Sasaran dalam asuhan *continuity of care* ini adalah Ny."P" G_{II}P₁A₀ dengan jarak kehamilan terlalu jauh di BPM Yuni Widaryanti Amd. Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB yang dilakukan sesuai standar asuhan kebidanan.

1.5.2 Tempat

BPM Yuni Widaryanti Amd. Keb Desa Sumbermulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang.

1.5.3 Waktu

Asuhan kebidanan ini dilakukan pada bulan Februari sampai dengan Mei 2017.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan (Kehamilan, Bersalin, Nifas, BBL, Neonatus dan KB yang menggambarkan *Continuity of Care*)

2.1.1 Teori tentang Kehamilan Trimester III

1. Definisi Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III adalah kehamilan yang umur kehamilannya antara 28-42 minggu. Kehamilan ini merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian. (Padila, 2014).

2. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

a. Sistem reproduksi

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gr dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan bertambah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion.

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Kehamilan

Usia kehamilan	TFU cm
12 minggu	3 jari diatas simpisis
16 minggu	Pertengahan simpisis pusat
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat prosesus xiphoideus (px)
36 minggu	3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40 minggu	Pertengahan pusat prosesus xiphoideus (px)

(Sumber : Hanifa, Prawirodihardjo, 2002).

2) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks.

3) Ovarium

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

4) Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hipremia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan.

5) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *strie gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan disebut dengan *linea nigra*.

6) Payudara

Pada awal kehamilan wanita akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut colostrum dapat keluar, namun air susu belum dapat diproduksi.

7) Perubahan metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler.

8) Sistem kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dimana 20 terjadi peningkatan volume plasma terjadi peningkatan preload. (Sarwono, 2010).

3. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

a. Kebutuhan fisik ibu hamil

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. (Elisabeth, 2015).

2) Nutrisi

Ditrimester ketiga, ibu hamil butuh bekal energi yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energi untuk persalinan kelak. Itulah sebabnya pemenuhan gizi seimbang tidak boleh dikesampingkan baik secara kualitas maupun kuantitas. Pertumbuhan otak janin akan terjadi cepat sekali pada dua bulan terakhir menjelang persalinan. Karena itu jangan sampai kekurangan gizi. (Elisabeth, 2015).

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

a) Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kilo kalori (kkal), dengan penambahan berat badan sekitar 12,5kg. Pertambahan kalori ini diperlukan terutama pada trimester III. Untuk itu

tambahan kalori yang diperlukan setiap hari adalah sekitar 285-300 (kkal).

b) Vitamin B6 (Piridoksin)

Vitamin ini dibutuhkan untuk menjalankan lebih dari 100 reaksi kimia didalam tubuh yang melibatkan enzim. Selain membantu metabolisme asam amino, karbohidrat, lemak dan pembentukan sel darah merah juga berperan dalam pembentukan neurotransmitter (senyawa kimia penghantar pesan antar sel saraf). Semakin berkembang otak janin semakin meningkat pula kemampuan untuk mengantarkan pesan.

c) Yodium

Yodium dibutuhkan sebagai pembentuk senyawa tiroksin yang berperan mengontrol setiap metabolisme sel baru yang terbentuk. Bila kekurangan senyawa ini, akibatnya proses perkembangan janin, termasuk otaknya terhambat dan terganggu. Janin akan tumbuh kecil.

d) Tiamin (vitamin B1), Riboflavin (B2) dan Niasin (B3)

Deretan vitamin ini akan membantu enzim untuk mengatur metabolisme system pernafasan dan energi. Ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi Tiamin sekitar 1,2 miligram per hari, Riboflavin sekitar 1,2 miligram perhari dan Niasin 11 miligram perhari. Ketiga vitamin B

ini bisa dikonsumsi dari keju, susu, kacang-kacangan, hati dan telur.

e) Air

Kebutuhan ibu hamil di trimester ketiga ini bukan hanya dari makanan tapi juga dari cairan. Air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan dan mengatur proses metabolisme zat-zat gizi, serta mempertahankan volume darah yang meningkatkan selama masa kehamilan.

3) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah tubuh dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium, rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan caries gigi. (Elisabeth, 2015)

4) Eliminasi

Pada trimester ketiga frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (Pintu Atas Panggul), BAB

sering obstipasi (sembelit) karena hormone progesterone meningkat. (Elisabeth, 2015)

5) Seksual

Trimester ketiga minat menurun libido dapat turun kembali ketika kehamilan memasuki trimester ketiga. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegel dipunggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual, itulah beberapa penyebab menurunnya minat seksual, (Elisabeth, 2015)

6) Standar minimal kunjungan kehamilan

Untuk menerima manfaat yang maksimum dari kunjungan– kunjungan antenatal ini pada ibu hamil dilakukan kunjungan asuhan antenatal care 4 kali kunjungan selama kehamilan dalam 3 trimester. Standar minimal kunjungan ANC, meliputi : TM I minimal 1 kali, TM II minimal 1 kali, TM III minimal 2 kali.

Jadwal antenatal care adalah :

- a. K-1 (16 minggu) penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan, pengenalan komplikasi akibat-akibat kehamilan dan pengobatannya.
- b. K- 2 (24 – 28 minggu) dan K-3 (32 minggu) pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya,

penapisan pre-eklamsia, gemeli, infeksi, alat reproduksi saluran pencernaan.

- c. K- 4 (36 minggu) sama seperti kegiatan kunjungan 2 dan 3, mengenalinya adanya letak dan presentasi, mengenali tanda – tanda persalinan (Suparyanto, 2013).

7) ANC Terpadu

ANC Terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat. Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi:

- a. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat.
- b. Melakukan deteksi dini masalah, penyulit atau komplikasi kehamilan.
- c. Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman.
- d. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit atau komplikasi.
- e. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.

Dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care*, ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh

bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2009) :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Pemeriksaan tekanan darah.
3. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas).
4. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri).
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. Test laboratorium (rutin dan khusus).
9. Tatalaksana kasus.
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan.

P4K adalah kepanjangan dari program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang merupakan kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami keluarga dan masyarakat dalam perencanaan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi

komplikasi bagi ibu hamil termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Sasaran P4K penanggungjawab dan program KIA provinsi dan kabupaten, bidan koordinator, kepala puskesmas, dokter, perawat, bidan, kader, forum peduli KIA. Komponen P4K pencatatan ibu hamil, dorsalin / tabulin, donor darah, transpor atau ambulan desa, suami / keluarga menemani ibu pada saat bersalin, IMD, kunjungan nifas, kunjungan rumah.

4. Tanda-tanda Bahaya pada Ibu Hamil

Menurut Elisabeth (2015) ada 6 tanda bahaya kehamilan, yaitu:

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.

1) Solusio Plasenta

2) Plasenta Previa

b. Keluar cairan pervaginam

Pengeluaran cairan pervaginam pada kehamilan lanjut merupakan kemungkinan mulainya persalinan lebih awal. Bila pengeluaran berupa mucus bercampur darah dan mungkin

disertai mules, kemungkinan persalinan akan dimulai lebih awal. Bila pengeluaran berupa cairan, perlu diwaspadai terjadinya ketuban pecah dini (KPD).

c. Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

d. Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock, perdarahan intra abdomen dan atau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada.

e. Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklamsia.

f. Demam Tinggi

Ibu hamil menderita demam dengan suhu tubuh lebih 38° C dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

5. Keluhan Umum Pada Ibu Hamil Trimester III

a. Sakit Pinggang / Punggung

Nyeri punggung pada ibu hamil adalah nyeri yang terjadi pada area lumbal. Nyeri punggung adalah gangguan yang umum terjadi, dan ibu hamil mungkin pernah memiliki riwayat sakit punggung di masa lalu. Sebagai kemungkinan lain, nyeri punggung dapat dirasakan pertama kalinya dalam kehamilan. Nyeri punggung bawah sangat sering terjadi dalam kehamilan sehingga digambarkan sebagai salah satu gangguan minor dalam kehamilan. Ibu hamil mencondongkan perut sehingga menambah lengkungan pada bagian bawah punggung yang menimbulkan rasa nyeri.

b. Varises

Sejumlah faktor turut memengaruhi perkembangan varises selama kehamilan. Varises vena lebih mudah muncul pada wanita yang memiliki kecenderungan tersebut dalam keluarga atau memiliki oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah.

c. Konstipasi

Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah ini pada trimester ke dua atau ke tiga.

d. Kram pada kaki dan edema ringan

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang.

e. Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati ketidaknyaman yang mulia timbul menjelang akhir trimester ke dua dan bertahan hingga trimester ke tiga adalah kata lain untuk regurgitasi atau refluks isi lambung yang asam menuju esofagus bagian bawah akibat peristaltis balikan (Sulistyawati, 2009).

2.1.2 Konsep Dasar/Teori Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Manuaba, 2010).

1. Bentuk-Bentuk Persalinan

a. Persalinan spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan sendiri.

b. Persalinan Bantuan

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

c. Persalinan Anjuran

1) Partus Presipitatus

Adalah persalinan berlangsung sangat cepat. Kemajuan cepat dari persalinan, berakhir kurang dari 3 jam dari awitan kelahiran, dan melahirkan diluar rumahsakit adalah situasi kedaruratan yang membuat terjadi peningkatan risiko komplikasi dan/atau hasil yang tidak baik pada klien atau janin.

2) Etiologi

- a. Abnormalitas tahanan yang rendah pada bagian jalan lahir.
- b. Abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat.
- c. pada keadaan yang sangat jarang dijumpai oleh tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses-proses persalinan yang sangat kuat itu.

3) Tanda dan Gejala

Dapat mengalami ambang nyeri yang tidak biasanya atau tidak menyadari kontraksi abdominal. Kemungkinan tidak

ada kontraksi yang dapat diraba, bila terjadi pada ibu yang obesitas. Ketidaknyamanan punggung bagian bawah (tidak dikenali sebagai tanda kemajuan persalinan). Kontraksi uterus yang lama/hebat, ketidakadekuatan relaksasi uterus diantara kontraksi. Dorongan involunter lintula mengejan.

4) Akibat pada Ibu

Partus presipitatus jarang disertai dengan komplikasi maternal yang serius jika serviks mengadakan penipisan serta dilatasi dengan mudah, vagina sebelumnya sudah teregang dan perineum dalam keadaan lemas (relaksasi). Namun demikian, kontraksi uterus yang kuat disertai serviks yang panjang serta kaku, dan vagina, vulva atau perineum yang tidak teregang dapat menimbulkan ruptur uteri atau laserasi yang luas pada serviks, vagina, vulva atau perineum dalam keadaan yang terakhir, emboli cairan ketuban yang langka itu besar kemungkinan untuk terjadi. Uterus yang mengadakan kontraksi dengan kekuatan yang tidak lazim sebelum proses persalinan bayi, kemungkinan akan menjadi hipotonik setelah proses persalinan tersebut dan sebagai konsekuensinya, akan disertai dengan pendarahan dari tempat implantasi plasenta.

5) Akibat pada Fetus dan Neonatus

Mortalitas dan morbiditas perinatal akibat partus precipitatus dapat meningkat cukup tajam karena beberapa hal. Pertama, kontraksi uterus yang amat kuat dan sering dengan interval relaksi yang sangat singkat akan menghalangi aliran darah uterus dan oksigenasi darah janin. Kedua, tahanan yang diberikan oleh jalan lahir terhadap proses ekspulsi kepala janin dapat menimbulkan trauma intrakranial meskipun keadaan ini seharusnya jarang terjadi. Ketiga, pada proses kelahiran yang tidak didampingi, bayi bisa jatuh ke lantai dan mengalami cedera atau memerlukan resusitasi yang tidak segera tersedia.

6) Penanganan

Kontraksi uterus spontan yang kuat dan tidak lazim, tidak mungkin dapat diubah menjadi derajat kontraksi yang bermakna oleh pemberian anestesi. Jika tindakan anestesi hendak dicoba, takarannya harus sedemikian rupa sehingga keadaan bayi yang akan dilahirkan itu tidak bertambah buruk dengan pemberian anestesi kepada ibunya. Pengganggu anestesi umum dengan preparat yang bisa mengganggu kemampuan kontraksi rahim, seperti halotan dan isofluran, seringkali merupakan tindakan yang terlalu berani. Tentu saja, setiap preparat oksitok yang sudah diberikan harus dihentikan dengan segera. Preparat tokolitik,

seperti ritrodin dan magnesium sulfat prenatal, terbukti efektif. Tindakan mengunci tungkai ibu atau menahan kepala bayi secara langsung dalam upaya untuk memperlambat persalinan tidak akan bisa dipertahankan. Perasat semacam ini dapat merusak otak bayi. (Sarwono, 2009).

2. Tanda Awal Persalinan

- a. Perut mulas secara teratur.
- b. Mulasnya sering dan lama.
- c. Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.
- d. Keluar cairan ketuban dari jalan lahir (Kemenkes, 2014).

3. Tanda Bahaya Persalinan

- a. Perdarahan lewat jalan lahir.
- b. Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir.
- c. Ibu tidak kuat mengejan.
- d. Ibu mengalami kejang.
- e. Air ketuban keruh dan berbau.
- f. Ibu gelisah.
- g. Ibu merasakan sakit yang hebat.

4. Proses Terjadinya Persalinan

a. Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti

rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

b. Peningkatan Estrogen

Estrogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim, memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

c. Teori Oksitosin

Oksitosin diduga bekerja bersama prostaglandin yang makin meningkat mulai dari usia kehamilan minggu ke 15.

d. Kontraksi Braxton-Hicks

Kontraksi Braxton-hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu makin tua usia kehamilan frekuensi kontraksi makin sering. (Manuaba, 2010)

5. Tanda-tanda Persalinan

a. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.

b. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah).

c. Dapat disertai ketuban pecah.

d. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks). (Manuaba, 2010)

6. Permulaan Terjadi Persalinan

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

- a. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, diatas simfisis pubis dan sering ingin berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
- b. Perut lebih melebar karena fundus uteri menurun.
- c. Munculnya nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus franken hauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu).
- d. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim.
- e. Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan.

7. Pembagian Fase/Kala Persalinan

a. Kala 1 Persalinan :

Kala 1 adalah pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

b. Kala 2 Persalinan

Tanda gejala kala II adalah sebagai berikut:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, durasi 20 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan.
- 4) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, sub oksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar.
- 6) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong.
- 7) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

c. Kala 3 Persalinan

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

Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu: uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan.

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara Crade pada fundus uteri.

d. Kala 4 Persalinan

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

8. Mekanisme Persalinan

a. Turunnya kepala

Masuknya kepala kedalam pintu atas panggul pada sudah terjadi bulan terakhir, majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kedalam rongga panggul terjadi bersamaan.

b. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Fleksi disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pintu atas panggul, servik, dinding panggul atau dasar panggul.

c. Rotasi interna (putaran paksi dalam)

Pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan kebawah symphysis.

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala, hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

e. Rotasi eksterna (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putar paksi dalam. Hal ini disebabkan karena ukuran bahu (diameter bisa cromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochilion untuk kelahiran bahu belakang.

9. Asuhan Persalinan Normal (APN)

a. Mengenali tanda dan gejala kala dua

1) Memeriksa tanda berikut:

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan/atau vaginanya.
- c) *Perineum* menonjol dan menipis.
- d) *Vulva-vagina* dan *sfincter ani* membuka.

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
 - a) Klem, gunting, benang tali pusat, penghisap lendir steril/DTT siap dalam wadahnya.
 - b) Semua pakaian, handuk, selimut dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat.
 - c) Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi, dan termometer dalam kondisi baik dan bersih.
 - d) Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai di dalam partus set/wadah DTT.
 - e) Untuk resusitasi: tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.
 - f) Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu: cairan kristaloid, set infus.
- 3) Kenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kaca mata.
- 4) Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan dengan handuk atau tisu bersih.
- 5) Pakai sarung tangan steril/DTT untuk pemeriksaan dalam.

- 6) Ambil *sput* dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit.
- c. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik
- 7) Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
 - 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi bila 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 (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 kali/menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- d. Menyiapkan Ibu dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran
- 11) Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.

- 12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman. Anjurkan ibu untuk cukup minum.
 - 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
 - a) Perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - b) Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- e. Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi
- 15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - 16) Letakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu.
 - 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 - 18) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- f. Membantu Lahirnya Kepala
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan yang lain menahan

kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran sambil bernapas cepat dan dangkal.

- 20) Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi. Jika lilitan tali pusat di leher bayi masih longgar, selipkan tali pusat lewat kepala bayi. Jika lilitan tali pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting di antaranya. Jangan lupa untuk tetap lindungi leher bayi.
- 21) Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

g. Membantu Lahirnya Bahu

- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.
 - a) Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis.
 - b) Gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

h. Penanganan Bayi Baru Lahir

25) Lakukan penilaian selintas dan jawablah tiga pertanyaan berikut untuk menilai apakah ada asfiksia bayi:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

26) Bila tidak ada tanda asfiksia, lanjutkan manajemen bayi baru lahir normal. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu.

- a) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya.
- b) Ganti handuk basah dengan handuk yang kering.
- c) Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas dada atau perut ibu.

27) Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).

- 28) Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu *uterus* berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 30) Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi (kecuali pada asfiksia neonatus, lakukan sesegera mungkin). Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Potong dan ikat tali pusat.
 - a) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit.
 - b) Gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut (sambil lindungi perut bayi).
 - c) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.
 - d) Lepaskan klem dan masukkan dalam larutan klorin 0,5%.
- 32) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di

antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi.

i. Manajemen Aktif Kala III

33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

34) Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati, untuk mencegah terjadinya Inversio uteri. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk menstimulasi puting susu.

j. Mengeluarkan plasenta

36) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kranial.

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
 - c) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - d) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - e) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir.
 - f) Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
- 37) Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan.
- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

k. Rangsangan Taktil (Masasse) Uterus

- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/masase.

l. Menilai Perdarahan

- 39) Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh.
- 40) Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif.

m. Melakukan Asuhan Pasca Persalinan (Kala IV)

- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.

n. Evaluasi

- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air dtt tanpa melepaskan sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
- 44) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan massase 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 bernafas dengan baik (40 – 60 x/menit). Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau atraksi, diresusitasi dan segera merujuk

kerumah sakit. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke rumah sakit. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu – bayi dan hangatkan ibu – bayi dalam selimut.

o. 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 ketuban, lender dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan 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 dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam 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 bersih dan kering.
- 55) Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40 – 60 x/menit) dan temperature tubuh normal (36,5 – 37,5 °c) setiap 1 jam.
- 57) Setelah 1 jam pemberian vitamin k₁, berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkuan ibu agar sewaktu – waktu dapat di susukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didala 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.

p. Dokumentasi

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

(Modul Midwifery Update, 2016).

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti

keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Sarwono, 2006).

2. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

- a. Perubahan fisik.
- b. Involusi uterus dan pengeluaran lochea.
- c. Laktasi atau pengeluaran air susu ibu.
- d. Perubahan sistem tubuh lainnya.
- e. Perubahan psikis. (Sarwono, 2006).

3. Kebijakan Program Pemerintah dalam Asuhan Masa Nifas

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

Kunjungan dalam masa nifas antara lain :

- a. Kunjungan pertama, 6-8 jam post partum. Tujuan :
 - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain, perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 4) Pemberian ASI awal, 1 jam setelah Inisiasi Menyusui Dini (IMD) berhasil dilakukan.
 - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama sesudah kelahiran atau sampai bayi dan ibu dalam keadaan stabil.
- b. Kunjungan kedua, 6 hari setelah persalinan. Tujuan :
- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada bagian payudara.
 - 4) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan ketiga, 2 minggu post partum. Tujuan :
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.

- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

d. Kunjungan keempat, 6 minggu setelah persalinan. Tujuan :

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ada atau bayi alami.
- 2) Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini. (Sulistyawati, 2009)

4. Perubahan Fisiologis Ibu Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Involusi Uterus

a) Pengertian

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

b) Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum.

Tabel 2.2 Perubahan uterus selama postpartum

Waktu	TFU	Bobot Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
Akhir minggu ke-1	½pusat sympisis	450-500 gr	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	Tidak teraba	200 gr	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (Sulistyawati, 2009)

c) Lochea

Lochea adalah cairan rahim pada masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nikritik dari dalam uterus. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Perubahan lochea selama postpartum

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi lanugo (rambut bayi), dan sisa mekonium
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kuning	Lebih sedikit darah dan

		kecoklatan		lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/lacerasi plasenta
Alba	>14 hari berlangsung 2-6 minggu post partum	Putih		Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati
Lochea purulenta				Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochea statis				Lochea tidak lancar keluarnya

Sumber : (Sulistyawati, 2009)

d) Serviks

Setelah post partum bentuk servik agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan servik uteri terbentuk semacam cincin. Servik mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2-3 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

e) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses berlanjut. Kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-

angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

f) Perineum

Jalan lahir mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, sehingga menyebabkan mengendurnya organ ini bahkan robekan yang memerlukan penjahitan, namun akan pulih setelah 2-3 pekan. Jaga kebersihan daerah kewanitaan agar tidak timbul infeksi (tanda infeksi jalan lahir bau busuk, rasa perih, panas, merah dan terdapat nanah). Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

g) Rahim

Setelah melahirkan rahim akan berkontraksi (gerakan meremas) untuk merapatkan dinding rahim sehingga tidak terjadi perdarahan, kontraksi inilah yang menimbulkan rasa mulas pada perut ibu. Berangsur-angsur rahim akan mengecil seperti sebelum hamil, sesaat setelah melahirkan normalnya rahim teraba keras setinggi 2 jari dibawah pusat, 2 pekan setelah melahirkan rahim sudah tidak teraba, 6 pekan akan pulih seperti semula. Akan tetapi

biasanya perut ibu masih terlihat buncit dan muncul garis-garis putih atau coklat berkelok, hal ini dikarenakan peregangan kulit perut yang berlebihan selama hamil, sehingga perlu waktu untuk memulihkannya, senam nifas akan sangat membantu mengencangkan kembali otot perut.

h) Perubahan Sistem Pencernaan

Perubahan kadar hormone dan gerak tubuh yang kurang menyebabkan menurunnya fungsi usus, sehingga ibu tidak merasa ingin atau sulit BAB (buang air besar). Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet/makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup.

i) Perubahan Sistem Perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses melahirkan. Kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian

ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

j) Perubahan Sistem Muskulokeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8.

k) Perubahan Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesterone turun pada hari ke 3 post partum. Kadar prolactin dalam darah berangsur-angsur hilang.

l) Perubahan Tanda-Tanda Vital

1. Suhu Badan

Satu hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5-38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100

kali adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda.

3. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

4. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

m) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan haemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. bila kelahiran seksio cesaria, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat (Sulistyawati, 2009)

5. Tahapan dalam Masa Nifas

a. Tahapan dalam masa nifas

Adapun proses masa nifas (post partum puerperium) adalah:

- 1) Puerperium dini (*immediate puerperium*) waktu 0-24 jam post partum. Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial (*early puerperium*) waktu 1-7 hari postpartum. Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Remot puerperium (*later puerperium*) waktu 1-6 minggu postpartum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil dan waktu persalinan tidak mempunyai komplikasi.

6. Adaptasi Dan Psikologi Masa Nifas

a. Penyesuaian Psikologi Pada Masa Post Partum

1) *Taking in* (1-2 hari post partum)

Wanita menjadi lebih pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalan proses persalinan yang dialami.

2) *Taking hold* (2-4 hari post partum)

Ibu khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayinya dan khawatir tidak mampu bertanggung jawab untuk merawat bayinya. Wanita post partum ini berpusat pada kemampuannya dalam mengontrol diri, fungsi tubuh. Berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, memberi minum dan mengganti popok.

3) *Letting go*

Pada masa ini ibu sudah pulang dari RS. Ibu mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi, begitu juga adanya grefing karena dirasakan sebagai mengurangi interaksi sosial tertentu, Depresi post partum sering terjadi pada masa ini.

4) Post Partum Blues

Kemurungan masa nifas umumnya terjadi pada ibu baru. Hal ini disebabkan oleh perubahan dalam tubuh seorang wanita selama kehamilannya serta perubahan-perubahan irama atau cara hidupnya sesudah bayinya terlahir. Faktor-faktor yang mungkin menyebabkan post partum blues meliputi :

- 1) Pengalaman melahirkan, biasanya pada ibu dengan melahirkan yang kurang menyenangkan dapat menyebabkan ibu sedih.
- 2) Perasaan sangat down setelah melahirkan, biasanya terjadi peningkatan emosi yang disertai dengan tangisan.
- 3) Tingkah laku bayi, bayi yang rewel dapat membantu ibu merasa tidak mampu merawat bayi dengan baik.

- 4) Kesulitan dalam mengalami kewajiban setelah melahirkan, ibu memberi makanan pada bayi, aktifitas perawatan bayi.
- 5) Gejala-gejala post partum blues yaitu :
 - a. Menangis
 - b. Perubahan perasaan
 - c. Cemas
 - d. Kesepian
 - e. Penurunan nafsu sex
 - f. Khawatir mengenai sang bayi
 - g. Kurang percaya diri mengenai kemampuan menjadi seorang ibu (Sulistyawati, 2009).

2.1.4 Konsep Asuhan BBL (Bayi Baru Lahir)

1. Pengertian BBL (Bayi Baru Lahir)

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram. (Dewi, 2010).

2. Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera setelah lahir letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan diatas perut ibu, keringkan bayi terutama pada muka dan permukaan tubuh dengan kain kering, hangat dan bersih. Kemudian lakukan 2 penilaian awal yaitu :

- a. Apakah menangis kuat atau pernapasan tanpa kesulitan.
- b. Apakah bergerak dengan aktif atau lemas.

Jika bayi tidak bernapas, megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008).

Tabel 2.4 Penilaian APGAR Score

Nilai APGAR No	TANDA	NILAI 0	NILAI 1	NILAI 2
1.	Denyut jantung	Tidak ada	Lambat < 100	Lebih dari 100
2.	Pernafasan	Tidak ada	Lambat menangis lemah	Menangis dengan baik
3.	Tonus otot	Lemah	Ekstermitas sedikit fleksi	Fleksi dengan baik
4.	Refleks	Tidak ada respons	Menyeringai (<i>Grimace</i>)	Menangis
5.	Warna	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstermitas biru	Merah muda seluruhnya

Sumber : (JNPK-KR, 2008).

3. Manajemen Bayi Baru Lahir Normal

a. Membersihkan Jalan Nafas

Bayi normal akan menangis seponan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut :

- 1) Letakan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- 2) Gulung sepotong kain dan letakan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala di atur lurus sedikit kebelakang.
- 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.

- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2 – 3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.

b. Menjaga Kehangatan

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia, misalnya kontak dini dengan ibu yaitu dengan memberikan bayi kepada ibu secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk :

- 1) Kehangatan dan mempertahankan panas yang sesuai pada bayi baru lahir.
- 2) Ikatan batin dan pemberian ASI
- 3) Dorongan ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah “siap” (dengan menunjukkan *refleks rooting*). ASI menjadi lancar karena bayi menghisap kuat pada pemeriksaan dua hari setelah persalinan spontan, keluarnya ASI dengan lancar dapat dipengaruhi oleh reflek hisap bayi, semakin kuat hisapannya semakin lancar ASI yang keluar.

c. Memberi Vitamin K

Semua BBL harus diberi vitamin K (*Phytomenadione*) injeksi 1 mg intramuscular setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Jika

menggunakan sediaan 10 mg/ml suntikan secara IM di paha kiri anterolateral sebanyak 0,1 ml, sedangkan jika sediaan 2 mg/ml maka suntikan Vit K sebanyak 0,5 ml.

d. Memberi Obat Tetes Mata atau Salep Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi mata tersebut mengandung tetrakisiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan >1 jam setelah kelahiran.(APN, 2008).

4. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir Normal

- a) Berat badan 2500 – 4000 gr.
- b) Panjang badan 45 – 54 cm.
- c) Lingkar dada 30 – 38 cm.
- d) Lingkar kepala 33 – 35 cm.
- e) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit.
- f) Pernapasan 60 – 40 kali/menit.
- g) Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- h) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i) Kuku agak panjang dan lemas.
- j) Genitalia : perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.
Laki – laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- k) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l) Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.

m) Refleks grasps atau menggenggam sudah baik.

n) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Dewi, 2013)

5. Pemberian ASI

a. Inisiasi Menyusu Dini

Langkah Inisiasi Menyusu Dini :

a. Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit dengan ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam.

b. Bayi harus dibiarkan untuk melakukan IMD dan ibu dapat mengenali bahwa bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.

c. Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusu selesai dilakukan.

b. Keuntungan Inisiasi Menyusu Dini bagi Ibu.

Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu.

1) Pengaruh oksitosin

a) Membantu kontraksi uterus sehingga menurunkan risiko perdarahan pasca persalinan.

b) Merangsang pengeluaran kolosrum dan peningkatan produksi ASI.

c) Membantu ibu mengatasi stres sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir dan prosedur pasca persalinan lainnya.

- 2) Pengaruh prolaktin
 - a) Meningkatkan produksi ASI.
 - b) Menunda ovulasi.
- c. Keuntungan Inisiasi Menyusu Dini bagi Bayi
 - 1) Mempercepat keluarnya kolostrum yaitu makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal untuk kebutuhan bayi.
 - 2) Mengurangi infeksi dengan kekebalan pasif (melalui kolostrum) maupun aktif.
 - 3) Mengurangi 22% kematian bayi dibawah 28 hari.
 - 4) Meningkatkan keberhasilan menyusui secara eksklusif dan lamanya bayi disusui membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan isap, telan dan nafas. Refleks menghisap bayi awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam setelah lahir.
 - 5) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.
 - 6) Mencegah kehilangan panas.

2.1.5 Konsep Dasar Neonatus

1. Pengertian Neonatus

Masa neonatus adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir (Muslihatun, 2010).

2. Perubahan Fisiologi Neonatus

a. Sistem pernafasan

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan diafragmatik dan abdominal, laju napas normal neonatus berkisar antara 40-60 kali permenit dan nadi apikal dapat berfluktuasi dari 110 sampai 180 x/ menit. (Muslihatun, 2010).

b. Suhu tubuh

Mekanisme hilangnya panas tubuh bayi ke lingkungannya secara konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi. Cara mencegah hal tersebut yaitu: mengeringkan bayi secara seksama; menyelimuti bayi dengan kain bersih, kering dan hangat; menutup bagian kepala bayi; menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya; jangan segera menimbang atau memandikan bayi; dan menempatkan bayi di lingkungan yang hangat. Suhu bayi normal adalah antara 36,5°C-37,5°C (Muslihatun, 2010).

c. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa. Pada jam pertama, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-2, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada

hari ke-6, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat (Muslihatun, 2010).

d. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium 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* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Muslihatun, 2010).

e. 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 simplek dan lain-lain), reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan *antibodi gamma A, G dan M.*(Muslihatun, 2010).

3. Perilaku refleks

a. Reflex kedipan (*glabellar reflex*)

Merupakan respon terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optik.

b. Reflex mengisap (*rooting reflex*)

Merupakan reflex bayi yang membuka mulut atau mencari puting saat akan menyusui.

c. *Suckling reflex*, yang dilihat pada waktu bayi menyusui

d. *Tonick neck reflex*

Letakkan bayi dalam posisi terlentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terekstensi pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal, bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf asesori.

e. *Grapping reflex*

Normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada palmar yang ditekan dengan kuat.

f. *Reflex moro*

Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45 derajat, dalam keadaan rileks kepala dijatuhkan 10 derajat, normalnya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan.

g. *Walking reflex*

Bayi akan menunjukkan respon berupa gerakan berjalan dan kaki akan bergantian dari fleksi ke ekstensi.

h. *Babinsky reflex*

Caranya menggores telapak kaki, dimulai dari tumit lalu gores pada sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki.

4. Kebutuhan Kesehatan Pada Neonatus

a. Pemberian minum

Pengertian ASI adalah makanan pokok untuk bayi, berikan ASI 2-3 jam sekali atau on demand (semau bayi). Berikan ASI dengan satu payudara sama teras kosong setelah itu baru ganti payudara yang lain. ASI eksklusif adalah memberi ASI saja sampai usia 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun kecuali imunisasi, vitamin. Berikan ASI sampai 2 tahun dengan tambahan makan lunak sesuai tahapan usia bayi.

b. BAB pada Bayi

BAB hari 1-3 disebut mekoneum yaitu feses berwarna kehitaman, hari 3-6 feses transisi yaitu warna coklat sampai kehijauan karena masih bercampur mekoneum, selanjutnya feses akan berwarna kekuningan. Segera bersihkan bayi setiap selesai BAB agar tidak terjadi iritasi didaerah genetalia.

c. BAK pada bayi

Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12-24 jam pertama kelahirannya, BAK lebih dari 8 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Setiap habis BAK segera ganti popok supaya tidak terjadi iritasi didaerah genetalia.

d. Kebutuhan Istirahat/ tidur

Dalam 2 minggu pertama bayi sering tidur rata-rata 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam setelah usia 3 bulan.

Jaga kehangatan bayi dengan suhu kamar yang hangat dan selimut bayi.

e. Menjaga kebersihan kulit

Bayi sebaiknya mandi minimal 6 jam setelah kelahiran, sebelum mandi sebaiknya periksa suhu tubuh bayi. Jika terjadi hipotermi lakukan skin to skin dan tutupi kepala bayi dengan ibu minimal 1 jam. Sebaiknya bayi mandi minimal 2 kali sehari, mandikan dengan air hangat dan di tempat yang hangat.

f. Menjaga keamanan bayi

Hindari memberikan makanan selain ASI, jangan tinggalkan bayi sendirian, jangan menggunakan alat penghangat buatan .

g. Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi

1. Sulit bernafas.
2. Hipotermi atau hipertermi.
3. Kulit bayi kering, biru, pucat, atau memar.
4. Hisapan melemah, rewel, muntah, mengantuk.
5. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah.
6. Tanda-tanda infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan, sulit bernafas.
7. Tidak BAB dalam 3 hari atau tidak BAK selama 24 jam.
8. Diare.

9. Menggigil, rewel, lemas, ngantuk, kejang (Muslihatun, 2010).

5. Kunjungan Neonatus

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pelayanan kunjungan neonatal dilaksanakan minimal 3x yaitu:

1. Kunjungan I (umur 6 jam – 3 hari)
 - a. Melakukan observasi TTV, BAB dan BAK untuk mencegah terjadinya tanda bahaya neonatus.
 - b. Memberikan nutrisi, yaitu pemberian ASI sebanyak 60 cc/ kg BB/ 24 jam pada hari pertama, 90 cc/ kg BB/ 24 jam pada hari kedua, 120 cc/ kg BB/ 24 jam pada hari ketiga karena nutrisi penting untuk metabolisme tubuh.
 - c. Memandikan bayi setelah 6 jam persalinan untuk mencegah hipotermi.
 - d. Merawat tali pusat untuk mencegah terjadinya infeksi.
 - e. Menjaga kehangatan dengan membedong bayi untuk menghindari hipotermi.
 - f. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir
 - g. Melakukan rawat gabung karena dapat menciptakan bonding antara ibu dan bayi.
 - h. Menjadwalkan kunjungan ulang neonatus untuk mengevaluasi keadaan bayi.

2. Kunjungan II (umur 4-7 hari)

- a. Melakukan observasi TTV, BAB, dan BAK untuk mencegah terjadinya tanda bahaya neonatus.
- b. Mengevaluasi pemberian nutrisi, yaitu pemberian ASI sebanyak 200cc/Kg BB/24jam karena nutrisi penting untuk metabolisme tubuh.
- c. Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya pada neonatus agar ibu dapat memahami tanda bahaya pada neonatus dan jika ada salah satu tanda yang muncul dapat segera di tangani.
- d. Menjadwalkan kunjungan ulang neonatus untuk mengevaluasi keadaan bayi dan menjadwalkan program imunisasi.

3. Kunjungan III (umur 8-28 hari)

- a. Observasi TTV, BAB, dan BAK untuk mencegah terjadinya tanda bahaya neonatus.
- b. Memberikan imunisasi BCG untuk memberikan kekebalan tubuh bayi terhadap virus tuberculosis.
- c. Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya neonatus agar ibu dapat memahami tanda bahaya pada neonatus dan jika ada salah satu tanda yang muncul dapat segera ditangani.
- d. Menjadwalkan kunjungan ulang neonatus untuk mengevaluasi keadaan bayi dan menjadwalkan imunisasi selanjutnya.

6. Masalah pada Neonatus

- a. Dehidrasi

- b. Hipoglikemia
 - c. Asfiksia
 - d. Ikterus
 - e. Down syndrome
 - f. Cacat mental.
7. Hipotermi

a. Definisi

Hipotermia didefinisikan sebagai suhu inti tubuh dibawah 36°C . Gejala awal hipotermia apabila suhu $< 36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki atau tangan terasa dingin. Bila seluruh tubuh bayi terasa dingin, maka bayi sudah mengalami hipotermia sedang (suhu 32°C - 36°C). Disebut hipotermia kuat bila suhu tubuh $> 32^{\circ}\text{C}$. Hipotermia pada BBL adalah suhu dibawah $36,5^{\circ}\text{C}$, yang terbagi atas hipotermia ringan yaitu suhu antara 36 - $36,5^{\circ}\text{C}$, hipotermia sedang yaitu suhu antara 32 - 36°C dan hipotermia berat yaitu berat badan 2500 gram, langsung menangis kuat, maka memandikan bayi dilakukan selama ± 24 jam setelah kelahiran. Pada saat memandikan bayi, gunakanlah air hangat.

b. Tanda-tanda

1. Aktifitas berkurang (latergi)
2. Tangisan lemah
3. Kemampuan menghisap lemah
4. Bibir dan kuku kebiruan
5. Kaki bayi terasa dingin

c. Penanganan

1. Keringkan bayi dengan handuk hangat.
2. Memberikan lingkungan hangat dengan cara kontak kulit ke kulit (metode kanguru) dan bungkus BBL dengan kain hangat.
3. Kepala bayi ditutupi topi.
4. Kain yang basah sebaiknya cepat diganti dengan kain kering dan hangat.
5. Sering disusui.
6. Beri lampu 60 watt dengan jarak minimal 60 cm dari bayi.
7. Penghangatan kembali dengan metode yang sesuai.

d. Komplikasi

Hipotermia dapat menyebabkan komplikasi, seperti peningkatan konsumsi oksigen, produksi asam laktat, apneu, penurunan kemampuan pembekuan darah yang paling sering terlihat hipoglikemi. Pada bayi prematur, stres dingin dapat menyebabkan penurunan sekresi dan sintesis surfaktan. Memberikan bayi dingin meningkatkan mortalitas dan morbiditas (Sarwono, 2009).

2.1.6 Teori Keluarga Berencana (KB)

1. Konsep KB Suntik 3 Bulan

Kontrasepsi suntik 3 bulan adalah Depo Medroksiprogesteron Asetat (*Depoprovera*), mengandung 150 mg DMPA. Diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikkan intramuskuler (IM) di daerah bokong. Suntikan KB 3 bulan mencegah kehamilan dengan melepaskan hormone progesterin ke dalam pembuluh darah.

Depoprovera ialah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi perenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif.

Jenis suntikan KB 3 bulan, contoh :

- a. Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA).
- b. Depo Noretisteron Enatat (Depo Noristerat) (Padila, 2014).

2. Cara Kerja

- a. Mencegah ovulasi.
- b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- c. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.
- e. Mengubah endometrium menjadi tidak sempurna untuk implantasi hasil konsepsi.

3. Efektifitas

Kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

4. Keuntungan atau kerugian

Keuntungannya antara lain :

- a. Sangat efektif
- b. Pencegahan kehamilan jangka panjang
- b. Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri
- d. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

- e. Sedikit efek samping
- f. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- g. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*)
- h. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan etopik.
- i. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- j. Mencegah beberapa penyakit radang panggul (Padila, 2014)

Kerugiannya antara lain :

- a. Sering ditemukan gangguan haid, seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, pendarahan yang banyak atau sedikit, pendarahan tidak teratur atau pendarahan bercak (*spotting*)
- b. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut. Bisa memakan waktu hingga 1 tahun setelah di hentikan jika ingin kembali subur. Hal ini membuat kontrasepsi jenis ini tidak dianjurkan untuk mereka yang ingin segera memiliki anak.
- d. Penambahan berat badan
- e. Tidak melindungi terhadap penyakit menular seksual.
- f. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian. Bukan karena terjadinya kerusakan pada daerah genitalia melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).

- g. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, jerawat.
5. Yang dapat Menggunakan KB suntik 3 bulan
- a. Usia reproduksi
 - b. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi
 - c. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
 - d. Anemia defisiensi zat besi
 - e. Sering lupa menggunakan pil
 - f. Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
6. Yang Tidak Boleh Menggunakan KB Suntik 3 Bulan
- a. Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran
 - b. Pendarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya
 - c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama aminore
 - d. Menderita kanker payudara dan riwayat kanker payudara
 - e. Diabetes mellitus disertai komplikasi
 - f. Wanita yang ingin siklus menstruasinya teratur.
7. Waktu Mulai Menggunakan KB suntik 3 Bulan
- a. Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
 - b. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
 - c. Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap

saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual

- d. Ibu menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu menunggu haid berikutnya datang (Padila, 2014) .

8. Cara Penggunaan Kontrasepsi Suntikan

- a. Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular dalam di daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat atau tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan setiap 90 hari.
- b. Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi oleh etil/isopropyl alkohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik. Setelah kulit kering baru disuntik.
- c. Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung udara . Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terdapat endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dengan menghangatkannya.

2.1.7 Konsep Dasar Jarak kehamilan terlalu jauh (≥ 10 tahun)

1. Pengertian

Jarak Kehamilan Terlalu Jauh adalah ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan atau persalinan yang pertama lagi. Umur ibu biasanya lebih bertambah tua. (Rohjati, 2007).

Kehamilan ini bisa terjadi pada :

- a. Anak pertama mati, janin, didambakan dengan nilai sosial tinggi.
- b. Anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih ibu tidak ber-KB.

Ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi.

2. Etiologi

Jarak kehamilan terlalu jauh ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, ditinjau dari program KB (Keluarga Berencana) yang telah didiskusikan dengan suami karena penggunaan kontrasepsi yang lalai hingga terjadi proses kehamilan yang tidak disengaja, bahkan bisa juga dipengaruhi karena ketidak siapan ibu mengalami kehamilan jarak terlalu dekat, sehingga memutuskan untuk merencanakan kehamilan dengan kurun waktu sangat lama sampai keadaan psikologi ibu siap untuk hamil dan bersalin lagi. Penyebab lainnya yaitu dari segi kematangan ekonomi, pengaruh

sosial budaya, pekerjaan, serta postpartum blues dan depresi pasca persalinan adalah salah satu faktor alasan ibu dengan kasus jarak kehamilan terlalu jauh

3. Bahaya yang dapat terjadi

- a. Persalinan dapat berjalan tidak lancar.
- b. Perdarahan pasca persalinan.
- c. Penyakit ibu : Hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain. Sehingga dalam persalinan dalam keadaan penyakit ini untuk keselamatan ibu maupun janin, yaitu dengan seksio sesarea.

4. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan jarak kehamilan terlalu jauh (>10 tahun)

a. Pada Ibu

1) Persalinan dapat berjalan tidak lancar

Penyebab dari persalinan lama dipengaruhi oleh kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan kekuatan his dan mengejan serta pimpinan persalinan yang salah.

2) Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan pada saat melahirkan antara lain disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam proses involusi. Selain itu juga disebabkan selaput ketuban stasel (bekuan darah yang tertinggal didalam rahim), proses pembekuan darah yang lambat dan juga dipengaruhi oleh adanya sobekan pada jalan lahir.

3) Penyakit ibu. Hipertensi, diabetes dan lain-lain.

b. Pada Bayi

1) Kemungkinan lahir belum cukup usia kehamilan.

Adalah kelahiran prematur yang kurang dari 37 minggu (259 hari). hal ini terjadi karena pada saat pertumbuhan janin zat yang diperlukan berkurang.

2) Berat badan lahir rendah (BBLR)

Yaitu bayi yang lahir dengan berat badan yang kurang dari 2.500 gram. kebanyakan hal ini dipengaruhi kurangnya gizi saat hamil, umur ibu saat hamil kurang dari 20 tahun. dapat juga dipengaruhi penyakit menahun yang diderita oleh ibu hamil.

3) Cacat bawaan

Agar kesakitan, kecacatan bahkan kematian pada ibu atau bayinya tidak terjadi dibutuhkan upaya pencegahan proaktif sejak awal kehamilan, selama kehamilan serta menjelang persalinan. Hal ini harus dilakukan bersama-sama oleh tenaga kesehatan, wanita hamil, suami, keluarga serta masyarakat.

5. Penanganan

Sebagai tenaga kesehatan khususnya bidan untuk mengatasi masalah tersebut bisa memberikan KIE dengan jarak kehamilan terlalu jauh seperti abortus, kemacetan pada persalinan, down syndrom, perdarahan pasca persalinan. Menganjurkan ibu untuk ANC terpadu. Kita juga harus sering memberikan sosialisasi

tentang kehamilan yang aman pada pasangan subur. Apabila ibu hamil dengan jarak terlalu jauh dari kehamilan pertama maka akan terjadi banyak resiko dalam kehamilannya. Permasalahan tersebut membutuhkan perhatian yang lebih spesifik lagi dalam pemberian informasi kepada para ibu sehingga ibu hamil dapat melalui masa kehamilan dengan baik dan bayi yang dilahirkan sehat.

6. Konsep SOAP Kehamilan dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh

Pengumpulan data tanggal... pukul.....WIB

1) Data Subyektif : Keluhan utama / Alasan kunjungan

Ibu mengatakan hamil dengan persalinan terakhir kurang lebih 10 tahun yang lalu (Kemenkes, 2014).

2) Data obyektif

a) Pemeriksaan fisik umum

Kecerdasan umum : Baik, lemah

Kesadaran : Composmentis, somnolen, koma

TTV : TD : 100/70 – 120/80 mmHg

S : 36,5 – 37,5 °C

N : 80 – 90 x/menit

RR : 16 – 24 x/menit

LILA : > 23,5 cm

TB : > 145 cm

BB saat hamil : Naik 6,5-16 kg (Manuaba, 2010).

b) Pemeriksaan fisik khusus (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Muka : Simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, terlihat cemas.

Mata : *Conjungtiva* pucat atau tidak, *sclera* putih atau tidak dan mata cekung atau tidak.

Dada : Ada/tidak rochi dan wheezing, benjolan pada payudara, puting menonjol/tidak, terjadi hiperpigmentasi/tidak pada areola, nyeri tekan atau tidak, keluar kolostrum atau tidak.

Abdomen : Pembesaran perut sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra dan striae gravidarum.

Leopold I : Menentukan TFU (Tinggi Fundus Uteri) dan bagian apa yang berada di fundus.

Leopold II : Menentukan bagian apa yang berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu.

Leopold III : Menentukan bagian terbawah janin dan sudah masuk PAP (Pintu Atas Panggul) atau belum.

Leopold IV : Untuk menentukan bagian terbawah janin sudah seberapa jauh masuk PAP.

DJJ : 5 detik hitung, 5 detik henti, 5 detik hitung, 5 detik henti, 5 detik hitung.

$$(\dots + \dots + \dots) \times 4 = \dots$$

Normal 120 – 160 x/menit.

TBJ : Memastikan TBJ (Tafsiran Berat Janin) sesuai usia kehamilan, melihat resiko BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) atau tidak.

TBJ = (TFU – 12) x 155 : Belum Masuk PAP.

TBJ = (TFU - 11) x 155 : Sudah Masuk PAP. (Romauli, 2011).

3) Pemeriksaan penunjang (jika ada atau diperlukan)

Hasil USG (*Ultra Sonografi Grafi*), pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan urin dan lain-lain.

4) Analisis data

G...P... UK (Usia Kehamilan) ... minggu janin hidup, tunggal, letak kepala, intra uteri, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik.

Diagnosa : G_{II}P₁A₀ dengan jarak kehamilan terlalu jauh.

5) Penatalaksanaan

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan kehamilannya.

2. Melakukan ANC secara rutin kepada tenaga kesehatan minimal bidan yaitu TM I minimal 1x kunjungan, TM II minimal 1x dan TM III minimal 2x kunjungan.
3. Melakukan ANC terpadu sebagai ANC lengkap meliputi pemeriksaan laboratorium urin, darah dan pemeriksaan penunjang lainnya.
4. Memberikan KIE dengan jarak kehamilan terlalu jauh seperti abortus, kemacetan pada persalinan, down syndrom, perdarahan pasca persalinan.
5. Melakukan deteksi dini dengan menggunakan kartu skor untuk digunakan sebagai alat skrening antenatal atau deteksi dini faktor resiko ibu hamil, sebagai pedoman untuk memberi penyuluhan.
6. Selama hamil membutuhkan Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) senam hamil untuk dilakukan 2 kali sehari karena senam hamil adalah untuk mengurangi dan mencegah timbulnya gejala-gejala yang mengganggu selama masa kehamilan dan mengurangi ketegangan otot-otot sendi sehingga mempermudah kelahiran.
7. KIE tentang persiapan persalinan sesuai dengan faktor resiko ibu hamil untuk memilih tempat bersalin di polindes, puskesmas, atau rumah sakit ditolong oleh tenaga kesehatan.
8. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada ibu.

9. Jelaskan tanda bahaya kehamilan TM III.
10. Jelaskan tanda-tanda persalinan.
11. Beri KIE pada ibu tentang relaksasi dan tablet Fe dan Kalk
1x1.
12. Anjurkan ibu untuk datang 1 bulan lagi atau apabila ada
keluhan (Kemenkes, 2014).

BAB III
ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Kunjungan ANC Ke – 1

Tanggal : 17 Februari 2017
No. Register : 153/16
Pukul : 16.30 WIB
Tempat : BPM Yuni Widaryanti Desa Sumbermulyo Kecamatan
Jogoroto Kabupaten Jombang
Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Pengkajian Data

Identitas

Nama	: Ny “I”	Nama	: Tn “I”
Umur	: 34 tahun	Umur	: 38 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Kuli
Penghasilan	: -	Penghasilan	: Rp 1.600.000
Alamat	: Sumbermulyo	Alamat	: Sumbermulyo

2. Prolog

Ny “I” G₂P₁A₀ UK 32 minggu, HPHT : 5-7-2016, HPL : 12-4-2017,
riwayat kehamilan pertama dengan persalinan nomal, jenis kelamin :

perempuan. Anak terakhir usia : 11 tahun. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit menurun, menular ataupun menahun. Pada kehamilan sekarang ibu sudah periksa 6 kali di BPM Yuni Widaryanti, BB sebelum hamil : 50 kg, TB : 156,5 cm. Setelah anak pertama lahir ibu menggunakan alat kontrasepsi KB suntik 3 bulan selama 9 tahun 6 bulan dan melepas KB selama 1 tahun 6 bulan. Belum periksa ANC terpadu. Skor Puji Rochyati : 6 dengan jarak kehamilan terlalu jauh.

3. Data Subyektif

Ibu datang ingin kontrol ulang dan mengeluh diare sejak pagi setelah makan makanan pedas.

4. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 100/70 mmHg S : 36,6°C

N : 80x/menit RR : 22x/menit

BB sebelum hamil : 50 Kg

BB selama hamil : 58 Kg

Lila : 24 cm

b. Pemeriksaan fisik khusus

(inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Muka : simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum

Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih, palpebra tidak odema

Dada : simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bunyi wheezing dan ronchi.

Mamae : terdapat hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, kolostrum belum keluar, ada pembesaran payudara.

Abdomen : TFU teraba pertengahan pusat dan processus xipioideus (25 cm), puka, letak kepala, kepala belum masuk PAP.

TBJ : $(25 - 12) \times 155 = 2.015$ gram

DJJ : $(12+12+11) \times 4 = 140x$ / menit

Ekstremitas atas : simetris, tidak odeme, pergerakan aktif

Ekstremitas bawah : simetris, tidak odeme, pergerakan aktif, reflek patella +/+

c. Pemeriksaan penunjang

-

5. Analisa Data

G_{II}P₁A₀ UK 32 Minggu dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh

Janin tunggal hidup.

6. Penatalaksanaan

Tanggal : 17 Februari 2017

Waktu : 16.30 WIB

1. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini, ibu mengerti tentang kondisinya bahwa kondisinya baik.
2. KIE tentang kehamilan dengan jarak kehamilan terlalu jauh seperti sebab dan dampak jarak kehamilan terlalu jauh, ibu mengerti.

3. Memberikan konseling pada ibu untuk melakukan senam hamil, ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. Mengajarkan kepada ibu tentang tehnik relaksasi, ibu dapat mengikuti dengan baik.
5. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan TM III, Ibu mengerti.
6. Menganjurkan ibu untuk tidak mengkonsumsi makanan yang pedas, ibu bersedia.
7. Memotivasi ibu untuk melakukan ANC terpadu di puskesmas Mayangan, ibu mengerti dan mau melakukan.
8. Memberikan terapi Invatrim 2x1, Loperamid 1x1 untuk mengatasi diare, obat telah diberikan.
9. Memberikan tablet Solvitral 1x1, Novakal 1x1 dan memotivasi untuk mengkonsumsi secara teratur, ibu bersedia.
10. Menginformasikan pada ibu untuk kontrol ulang 1 bulan lagi / bila ada keluhan, ibu bersedia.

3.2 Kunjungan ANC ke – 2

Tanggal : 7 Maret 2017

Pukul : 16.00 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti Desa Sumbermulyo Kecamatan
Jogoroto Kabupaten Jombang

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subyektif

Ibu datang ingin kontrol ulang dan tidak ada keluhan.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik umum

TTV : TD : 100/70 mmHg

N : 82x/menit

S : 36,6°C

RR : 20x/menit

BB sekarang : 60 kg

b. Pemeriksaan fisik khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi)

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema

Mammae : terdapat pembesaran payudara, terdapat hyperpigmentasi aerola mammae, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, colostrum belum keluar.

Abdomen : TFU teraba setinggi processus xipioideus (28 cm), puka, letak kepala, kepala belum masuk PAP.

TBJ : $(28 - 12) \times 155 = 2.480$ gram

DJJ : $(12+13+13) \times 4 = 152x$ / menit

Ekstremitas atas : simetris, tidak odeme, pergerakan aktif

Ekstremitas bawah : simetris, tidak odeme, pergerakan aktif, reflek patella +/-

c. Pemeriksaan Penunjang Laboratorium

Tanggal : 20 Februari 2017 Tempat : Pusekesmas Mayangan

Hb : 13 gr/dl

Reduksi urin : Negatif (-)

Albumin urin : Negatif (-)

Golongan darah : O

3. Analisa Data

G_{II}P₁A₀ UK 35 Minggu dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh

Janin tunggal hidup.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 7 Maret 2017

Jam : 16.05 WIB

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
2. Menjelaskan pada ibu tanda – tanda persalinan, ibu mengerti.
3. Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan, ibu mengerti.
4. Memberitahu pada ibu untuk melakukan persalinan di puskesmas, ataupun rumah sakit, ibu mengerti.
5. Memberitahu ibu sering sujud agar kepala masuk pintu atas panggul, ibu bersedia.
6. Memberikan tablet Fe 1x1, Kalk 1x1 dan memotivasi ibu untuk mengkonsumsi secara teratur, ibu bersedia.
7. Menginformasikan pada ibu untuk kontrol ulang 2 minggu yaitu pada tanggal 21 Maret 2017 atau bila ada keluhan, ibu bersedia.

3.2 Asuhan Ibu Bersalin

Tanggal : 11 April 2017

Jam : 04.15 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

3.2.1 Kala I

1. Data Subjektif

Ibu mengeluh perutnya kenceng-kenceng dan keluar darah bercampur lendir sejak jam 00.00 WIB.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Fisik umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV: TD : 110/70 mmHg

N : 82 x/menit

S : 35° C

RR : 22 x/menit.

b. Pemeriksaan Fisik khusus

(Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, TFU 3 jari dibawah Processus Xyloideus (31 cm), teraba puka, kepala janin sudah masuk PAP (divergen) 2/5 bagian.

DJJ : 133x /menit.

His : 3 x 35” dalam 10 menit

Genetalia : Keluar lendir bercampur darah.

c. Pemeriksaan Dalam

Jam : 04.15 WIB

Pembukaan 3 cm, effacement : 25 %, ketuban: utuh (+), presentasi: kepala, molase tidak ada, hodge: II, tidak teraba bagian terkecil janin (tangan / tali pusat) di samping kepala.

3. Analisa Data

G_{II} P₁A₀ UK 40 Minggu dengan inpartu kala I fase laten.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 11 April 2017

Jam : 04.30 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti.
2. Memberikan *informed consent* kepada keluarga pasien, keluarga bersedia mengisi *informed consent* dan menyetujui tindakan yang dilakukan petugas kesehatan.
3. Mengobservasi keadaan umum ibu mulai dari VT, suhu, tekanan darah selama 4 jam sekali, dan DJJ, nadi, kontraksi selama 30 menit sekali untuk melihat kemajuan persalinan, hasil terlampir pada lembar observasi.
4. Memberitahu kepada ibu untuk istirahat makan dan minum disela-sela his agar tubuh ibu ada tambahan energi, ibu mengerti.
5. Memberitahu kepada ibu untuk mobilisasi untuk mempercepat penurunan kepala dengan jalan-jalan di sekitar ruangan atau miring kiri, ibu bersedia dan bisa

melaksanakan dengan baik.

6. Membimbing ibu untuk relaksasi agar rasa sakit ibu dapat berkurang , ibu bisa melakukan.
7. Memberitahu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya, ibu sudah sering BAK.
8. Melakukan pemeriksaan dalam (VT) pada jam 08.15 WIB, pemeriksaan belum dilakukan.

3.2.2 Kala II

1. Data Subyektif

Ibu mengeluh perutnya terasa mulas lebih kuat dan sering serta ingin mengedan seperti BAB .

2. Data Obyektif

Vulva atau vagina tidak ada kelainan, pembukaan lengkap 10 cm, selaput ketuban belum pecah, presentasi belakang kepala, denominator UUK kanan depan, tidak ada moulase, tidak ada tali pusat yang membung, hodge : IV, His : 5 x 50” dalam 10 menit, DJJ : 146 x/menit.

3. Analisa Data

G_{II}P₁A₀ UK 40 minggu dengan inpartu kala II.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 11 April 2017

Jam : 06.15 WIB

1. Memberitahu pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, ibu dan keluarga mengerti.
2. Memakai alat pelindung diri (APD) dan mencuci tangan, APD terpakai dan tangan bersih.
3. Mematahkan oksitosin, oksitosin telah dipatahkan.
4. Memakai satu sarung tangan steril/DTT untuk mengambil *sput*, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali sput tersebut di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi sput, oksitosin telah dimasukkan.
5. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan, sarung tangan terpakai.
6. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran senyaman mungkin, ibu sudah nyaman.
7. Memimpin ibu untuk meneran saat ada dorongan yang kuat untuk meneran, ibu dapat mengikuti dengan baik.
8. Melakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai APN pada langkah 19-31, bayi lahir dengan spontan, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan dengan jenis kelamin laki-laki pada jam 06.22 WIB.
9. Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk IMD selama 1 jam, selimuti ibu dan bayi serta pakaikan topi bayi, bayi sudah diatas perut ibu selimut dan topi bayi sudah terpasang.

3.2.3 KALA III

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan lega telah melahirkan bayi dan perutnya terasa masih mulas.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum : Ibu tampak lemah

Raut muka : Tampak kelelahan

Kesadaran : Composmentis

b. Pemeriksaan fisik khusus

Abdomen : TFU setinggi pusat, kontaksi baik, uterus membulat dan mengeras, kandung kemih kosong.

Genitalia : terlihat tali pusat didepan introitus vagina.

3. Analisa Data

P₂A₀ dengan dengan kala III

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 11 April 2017

Jam : 06.30 WIB

1. Mengecek apakah ada janin kedua atau tidak, janin tunggal.
2. Memberitahu kepada ibu bahwa akan disuntik oksitosin, ibu mengerti.

3. Melakukan penyuntikan di 1/3 paha kanan bagian luar, oksitosin telah disuntikkan.
4. Melakukan PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali), ada tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu ada semburan darah, tali pusat memanjang dan uterus globuler.
5. Saat plasenta tampak 5-10 cm di vulva lahirkan plasenta dengan cara memilin searah jarum jam hingga plasenta lahir, plasenta lahir pada jam 06.40 WIB.
6. Melakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi, uterus teraba keras.
7. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh, plasenta lengkap dan selaput ketuban utuh.
9. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum, ada laserasi derajat 2.

3.2.3 Kala IV

1. Data Subyektif

Ibu merasa lemas dan senang karena bayi dan plasentanya telah lahir.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik Umum

Keadaan umum : Ibu tampak lemah

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmhg N : 84 x/menit

S : 36,6⁰C RR:20 x/menit

b. Pemeriksaan fisik khusus

Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, uterus keras, kandung kemih kosong.

Genetalia : Perdarahan \pm 200 cc.

Perineum : ada laserasi derajat 2.

3. Analisa Data

P₂A₀ Kala IV dengan laserasi perineum derajat 2.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 11 April 2017

Jam : 06.45 WIB

1. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam, uterus keras.
2. Mengajarkan ibu atau keluarga untuk massase uterus, ibu atau keluarga mengerti.
3. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi, peralatan telah direndam.
4. Membuang bahan – bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai, bahan yang terkontaminasi telah dibuang.

5. Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT, membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring, membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering, ibu sudah bersih.
6. Menyiapkan alat-alat heating set, alat sudah disiapkan.
7. Melakukan penjahitan pada perineum dengan tehnik jelujur, perineum terjahit rapi.
8. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%, tempat bersalin bersih.
9. Mencilupkan tangan yang masih memakai sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, sarung tangan terlepas.
10. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering, tangan bersih.
11. Melanjutkan observasi 2 jam post partum, hasil terlampir dilembar partograf.

3.3 Asuhan Pada Masa Nifas

3.3.1 Kunjungan I (3 hari Post Partum)

Tanggal : 14 April 2017
Jam : 06.30 WIB
Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb
Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subjektif

Ibu mengeluh perut senep.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Kesadaran : Composmentis
TTV : TD : 110/70 mmHg
N : 80 x/ menit
R : 20 x/menit
S : 36,1⁰ C.
BAK : ± 4 kali/hari (kuning jernih)
BAB : 1 kali/hari (konsistensi lembek)

b. Pemeriksaan fisik khusus

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih, dan palpebra tidak oedema.
Payudara : puting menonjol, puting susu tidak lecet, ASI keluar lancar, tidak ada bendungan ASI, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : TFU 3 jari atas symphysis, kandung kemih kosong.

Genetalia : terdapat pengeluaran lochea rubra yang berwarna merah kehitaman, terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi lanugo (rambut bayi), dan sisa mekonium.

Perineum : luka jahitan menyatu dan masih basah.

3. Analisa Data

P₂A₀ post partum hari ke 3 fisiologis.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 14 April 2017

Jam : 06.40 WIB

1. Menjelaskan kepada pasien bahwa perut senep dikarenakan uterus yang berkontraksi sehingga lama-kelamaan uterus mengecil dan nyeri tersebut menghilang, ibu mengerti dan faham dengan keadaannya saat ini.
2. Menjelaskan pada ibu untuk mengkonsumsi makan makanan bergizi dan tidak terek makanan, ibu mengerti dan bersedia melaksanakan apa yang dijelaskan oleh petugas kesehatan.
3. Menjelaskan pada ibu tentang tanda – tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan abnormal, mata berkunang-kunang, tubuh odema, tekanan darah naik, ibu mengerti.

4. Memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif, ibu bersedia.
5. Memberikan KIE tentang personal hygiene untuk mencegah terjadinya infeksi pada masa nifas, serta menjaga kebersihan ibu, ibu mengerti
6. Memberikan obat dan memotivasi kepada ibu untuk mengkonsumsinya seperti Erlamol 3x1/hari, Vit C 3x1/hari, Novabion 1x1/hari, Vit A, obat telah diberikan dan ibu bersedia untuk mengkonsumsinya.
7. Memberitahu pada ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi pada tanggal 17 April 2017 atau jika ada keluhan, ibu mengerti dan bersedia kunjungan ulang.

3.3.2 Kunjungan II (7 Hari Post Partum)

Tanggal : 17 April 2017

Jam : 06.30 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subjektif

Ibu mengeluh vagina tidak nyaman.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 84 x/ menit

R : 20 x/menit

S : 36⁰ C.

BAK : ± 3 kali/hari (kuning jernih)

BAB : 1 kali/hari (konsistensi keras)

b. Pemeriksaan fisik khusus

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

Payudara : puting menonjol, puting susu tidak lecet, ASI keluar lancar, tidak ada bendungan ASI, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : TFU 3 jari di atas symphysis, kandung kemih kosong.

Genetalia : terdapat pengeluaran lochea sanguinolenta yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir yang terdiri dari sisa darah bercampur lendir .

Perineum : luka jahitan mengering.

3. Analisa Data

P₂A₀ post partum hari ke 7 fisiologis.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 17 April 2017

Jam : 06.45 WIB

1. Menjelaskan kepada pasien tentang keadannya bahwa vagina yang tidak nyaman merupakan hal yang

normal/fisiologis setelah melahirkan, ibu mengerti dan faham dengan keadaannya saat ini.

2. Memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif, ibu bersedia.
3. Memastikan involusi uterus berjalan normal, involusi uterus berjalan dengan baik, keadaan ibu dalam batas normal.
4. Mengevaluasi tanda – tanda bahaya masa nifas, tidak ada tanda-tanda bahaya pada ibu.
5. Memotivasi kepada ibu untuk mengkonsumsi obat yang telah diberikan seperti Novabion 1x1/hari dan Asam Mefenamat 3x1/hari, ibu bersedia.
6. Memberitahu pada ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi pada tanggal 24 April 2017 atau jika ada keluhan, ibu mengerti dan bersedia kunjungan ulang.

3.3.3 Kunjungan III (2 Minggu Post Partum)

Tanggal : 24 April 2017

Jam : 06.30 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subjektif

Ibu datang ingin kunjungan ulang dan tidak ada keluhan.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 82 x/ menit

R : 20 x/menit

S : 36,2 °C.

b. Pemeriksaan fisik khusus

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara : puting susu tidak lecet, ASI keluar lancar, tidak ada bendungan ASI.

Abdomen : TFU tidak teraba diatas symphysis (mengecil), kandung kemih kosong.

Genetalia : terdapat pengeluaran lochea serosa yang berwarna kuning kecoklatan yang terdiri dari leukosit dan robekan/lacerasi plasenta .

Perineum : luka jahitan sudah kering dan bagus, jahitan sudah menyatu.

3. Analisa Data

P₂A₀ post partum hari ke 14 fisiologis.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 24 April 2017

Jam : 06.45 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada pasien, ibu mengerti dan faham dengan keadaannya saat ini.
2. Memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif, ibu bersedia.
3. Mengevaluasi tanda – tanda bahaya masa nifas, tidak ada tanda-tanda bahaya pada ibu
4. Memotivasi kepada ibu untuk mengkonsumsi obat yang telah diberikan seperti Yusimox 1x1/hari dan Livron B Plex 1x1/hari, ibu bersedia.
5. Menjadwalkan pada ibu untuk masase/pijat pada tanggal 4 Mei 2017, ibu bersedia untuk dipijat.
6. Memberitahu pada ibu untuk kunjungan ulang lagi pada tanggal 8 Mei 2017 atau jika ada keluhan, ibu mengerti dan bersedia kunjungan ulang.

3.3.4 Kunjungan IV (4 Minggu Post Partum)

Tanggal : 6 Mei 2017

Jam : 07.05 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subjektif

Ibu datang ingin kunjungan ulang dan tidak ada keluhan.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 82 x/ menit

R : 20 x/menit

S : 36,2 °C.

b. Pemeriksaan fisik khusus

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara : puting susu tidak lecet, ASI keluar lancar,
tidak ada bendungan ASI.

Abdomen : TFU tidak teraba diatas symphysis (mengecil),
kandung kemih kosong.

Genetalia : terdapat pengeluaran lochea alba .

Perineum : luka jahitan sudah kering dan bagus, jahitan
sudah menyatu.

3. Analisa Data

P₂A₀ post partum hari ke 28 fisiologis.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 6 Mei 2017

Jam : 07.15 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada pasien, ibu mengerti dan faham dengan keadaannya saat ini.

2. Menanyakan penyulit yang dialami ibu selama masa nifas, ibu mengatakan tidak mempunyai penyulit apapun.
3. Memberikan konseling tujuan dan macam – macam alat kontrasepsi, ibu mengerti dan memutuskan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.

3.4 Asuhan pada BBL

3.4.1. BBL (1 jam)

Tanggal : 11 April 2017

Jam : 07.22 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subjektif

Bayi sudah menyusu dan gerakan aktif.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

- 1) Keadaan umum : Baik
- 2) Tonus otot : Baik
- 3) Tingkat kesadaran : Composmentis
Warna kulit : Merah muda
Tangis bayi : Kuat
- 4) TTV
Frekuensi nafas : 40 x/menit
Frekuensi jantung : 140 x/menit

Suhu : 36,5°C

5) Antropometri

Berat Badan : 3600 gram

Panjang Badan : 54 cm

Lingkar dada : 32 cm

Lingkar Kepala

Sirkum ferentia *Mento-Oksipito* : 35 cm

Sirkum ferentia *Fronto-Oksipito* : 33 cm

Sirkum ferentia *Suboksipito-Bregmatika* : 32 cm

6) Pemeriksaan Reflek

Reflek rooting : ada

Reflek sucking : ada

Reflek swallowing : ada

Reflek moro : ada

Reflek babinski : ada

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

1) Kepala : Tidak ada kelainan, tidak ada caput suksedaneum, tidak ada cephal hematoma, tidak ada fraktur tulang tengkorak, rambut tebal dan hitam

2) Muka : Tidak ada kelainan, tidak pucat dan tidak oedem.

- 3) Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada kelainan, reflek berkedip normal.
- 4) Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret dan polip, tidak ada kelainan.
- 5) Mulut : Lembab, tidak ada labioskisis, tidak ada labiopalatokisis.
- 6) Telinga : Tidak ada serumen, daun telinga tidak ada kelainan.
- 7) Dada : Pada respirasi normal, dinding dada bergerak bersama dengan dinding perut.
- 8) Abdomen : Tali pusat basah, tidak ada darah dan nanah maupun infeksi.
- 9) Genetalia : Dua testis sudah berada dalam skrotum, ada lubang uretra dan terletak diujung.
- 10) Anus : Tidak ada atresia ani.
- 11) Ekstremitas : Jari lengkap, tidak sianosis, simetris, gerak aktif dan tidak fraktur.

3. Analisa Data

Bayi Baru Lahir usia 1 jam fisiologis.

4 Penatalaksanaan

Tanggal : 11 April 2017

Jam : 07.22 WIB

1. Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik, ibu mengerti.
2. Menjaga kehangatan bayi dengan menjauhkan bayi dari jendela atau pintu atau benda-benda yang biasa menghantarkan suhu dingin pada bayi, menggendong dan menyusui bayi, bayi terlihat nyaman dan tenang.
3. Memantau tanda bahaya Bayi Baru Lahir (BBL), bayi dalam keadaan baik
4. Memfasilitasi bayi untuk menyusu kepada ibunya, bayi tampak tenang dan menyusu dengan benar.
5. Memberikan salep mata dan injeksi vit K 1 mg secara IM dipaha kiri, tindakan sudah dilakukan.
6. Memberi imunisasi hepatitis B 0,5 mL secara IM, di paha bagian kanan anterolateral setelah 1 jam pemberian vit K1, bayi telah diimunisasi.

3.4.2 BBL (2 jam)

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya sudah menyusu dengan kuat.

2. Data Obyektif

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

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada kelainan, reflek berkedip normal.

Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret dan polip, tidak ada kelainan.

Dada : Pada respirasi normal, dinding dada bergerak bersama dengan dinding perut.

Abdomen : Tali pusat basah, tidak ada darah dan nanah maupun infeksi.

Ekstremitas : Gerak aktif .

3. Analisa Data

Bayi Baru Lahir usia 2 jam fisiologis

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 11 April 2017

Jam : 08.22 WIB

1. Memberitahu ibu bahwa bayinya akan di berikan imunisasi hepatitis B, ibu mengerti dan bersedia.
2. Memberi imunisasi hepatitis B 0,5 mL secara IM, di paha bagian kanan anterolateral setelah 1 jam pemberian vit K1, bayi telah diimunisasi.

3.5 Asuhan Pada Neonatus

3.5.1 Kunjungan I Neonatus (3 Hari)

Tanggal : 14 April 2017

Jam : 06.30 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya.

b. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Minum ASI \pm 2-3 jam sekali.

2) Eliminasi

BAK : 3x (jernih, kuning, bau khas)

BAB : 1x (hijau kehitaman, konsistensi lembek).

3) Aktivitas

Menangis, tidur , minum ASI

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

1) Keadaan Umum

Pergerakan : Aktif

Warna kulit : Merah muda

Tangis bayi : Kuat

2) Tanda-tanda Vital

Frekuensi jantung : 144 x/menit

Frekuensi nafas : 48 x/menit

Suhu : 36 °C

BB : 4000 gram

b. Pemeriksaan fisik khusus

Kepala : Tidak ada benjolan, tidak nyeri tekan.

- Muka : Simetris, tidak tampak kuning.
- Mata :Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebrae tidak odema.
- Dada : Tidak terdengar *ronchi* maupun *wheezing*.
- Abdomen : Tidak ada benjolan, tali pusat basah, tidak ada nanah dan darah, tertutup kasa steril, tidak ada tanda-tanda infeksi.
- Ekstermitas
- Atas dan bawah : Tidak ada gangguan pergerakan, jari-jari kaki dan tangan lengkap.

3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 3 hari dengan hipotermi.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 14 April 2017

Jam : 06.35 WIB

1. Memberitahu kepada ibu bahwa kondisi suhu bayinya tidak normal yaitu kurang dari 36,5 °C, ibu mengerti.
2. Memberitahu ibu untuk selalu menghangatkan bayinya agar suhu bayi normal, ibu bersedia melakukannya.
3. Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada neonatus seperti hipotermi atau hipertermi, asfiksi, infeksi, hisapan melemah, rewel, tali pusat berbau busuk, diare, ibu mengerti.
4. Memberitahu ibu cara menghangatkan tubuh bayi dengan

metode kanguru yaitu tubuh ibu dan bayi harus berada dalam 1 pakaian, ibu mengerti.

5. Memberitahu ibu untuk tidak memandikan bayi, jika suhu tubuh bayi kurang dari 36,5°C
6. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI tanpa dijadwal siang malam atau setiap bayi menginginkan, ibu mengerti.
7. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang dengan membawa bayinya tanggal 17 April 2017 atau sewaktu-waktu jika ada keluhan, ibu mengatakan iya dan menganggukkan kepala.

3.5.2 Kunjungan II Neonatus (7 Hari)

Tanggal : 17 April 2017

Jam : 06.30 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subyektif

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya, bayinya sudah sering di beri ASI dan tidak memberi makanan tambahan.

b. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Minum ASI 7-8x/hari

2) Eliminasi

BAK : 7-8x/hari (jernih, kuning, bau khas)

BAB : 2x/hari (hijau kehitaman, konsistensi lembek).

3) Aktivitas

Menangis, tidur 7-8 jam, minum ASI 2-3 jam sekali, lamanya 5-10 menit.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik umum

1) Tanda-tanda Vital

Frekuensi jantung : 140x/menit

Frekuensi nafas : 42 x/menit

Suhu : 36,2⁰C

2) BB : 4000 gram

b. Pemeriksaan fisik khusus

Muka : Simetris, tidak tampak kuning.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, reflek pupil normal, reflek berkedip normal.

Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Simetris, lidah bersih.

Dada : Simetris, tidak ada ronchi dan wezhing.

Abdomen : Tidak ada benjolan abnormal, tali pusat sudah lepas.

Ekstremitas: Tidak ada gangguan pergerakan.

3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 7 hari dengan hipotermi.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 17 April 2017

Jam : 06.35 WIB

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa suhu bayi masih kurang dari batas normal yaitu $36,2^{\circ}\text{C}$, ibu mengerti.
2. Memberitahu ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayinya, ibu
3. Memantau bayi untuk menyusui, bayi sering menyusui.
4. Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya pada neonatus, ibu mengerti.
5. Menanyakan pada ibu apakah sudah melakukan perawatan metode kanguru dirumah, ibu sudah melakukannya.
6. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang dengan membawa bayinya tanggal 24 April 2017 atau jika ada keluhan sewaktu-waktu, ibu mengatakan iya dan menganggukkan kepala.

3.5.3 Kunjungan III Neonatus (14 Hari)

Tanggal : 24 April 2017

Jam : 07.20 WIB

Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb

Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subyektif

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya, bayinya sudah sering di beri ASI dan tidak memberi makanan tambahan.

b. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Minum ASI 7-8x/hari

2) Eliminasi

BAK : 7-8x/hari (jernih, kuning, bau khas)

BAB : 2-3x/hari (kuning, konsistensi lembek).

3) Aktivitas

Menangis, tidur 7-8 jam, minum ASI 2-3 jam sekali, lamanya 5-10 menit.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan fisik umum

1) Tanda-tanda Vital

Frekuensi jantung : 140 x/menit

Frekuensi nafas : 38 x/menit

Suhu : 36,4⁰C

2) BB : 4.400 gram

b. Pemeriksaan fisik khusus

Muka : Simetris,tidak tampak kuning.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, reflek pupil normal, reflek berkedip normal.

Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Simetris, lidah bersih.

Dada : Simetris, tidak ada ronchi dan wezhing.

Abdomen : Tidak ada benjolan abnormal, tali pusat sudah lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstremitas: Tidak ada gangguan pergerakan.

3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 14 hari dengan hipotermi.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 24 April 2017

Jam : 07.25 WIB

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan bayi membaik tetapi suhu masih dibawah batas normal, ibu mengerti.
2. Mengevaluasi kembali pemberian nutrisi dan memastikan kembali bahwa bayi dapat menyusu dengan baik, bayi dapat menyusu dengan baik
3. Mengingatkan kembali pada ibu untuk menjaga kehangatan bayi, ibu mengerti.
4. Menjadwalkan untuk masase pada bayi pada tanggal 4 Mei 2017, ibu menyetujui dan bersedia.
5. Mengingatkan ibu untuk membawa bayinya kepetugas kesehatan pada tanggal 10 Mei 2017 untuk imunisasi BCG dan polio, ibu mengerti dan bersedia.

3.6 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)

3.6.1 Kunjungan KB 1

Tanggal : 6 Mei 2017
Jam : 07.05 WIB
Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb
Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subjektif

Ibu datang ingin kunjungan ulang dan konsultasi tentang KB apa yang sesuai.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Kesadaran : Composmentis
TTV : TD : 110/70 mmHg
N : 82 x/ menit
R : 20 x/menit
S : 36,2 °C.

b. Pemeriksaan fisik khusus

Payudara : puting susu tidak lecet, ASI keluar lancar,
tidak ada bendungan ASI.
Abdomen : TFU tidak teraba diatas symphysis (mengecil),
kandung kemih kosong.
Genetalia : terdapat pengeluaran lochea alba.

3. Analisa Data

P₂A₀ post partum hari ke 28 dengan calon akseptor KB suntik 3 bulan.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 6 Mei 2017

Jam : 07.15 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada pasien, ibu mengerti dan faham dengan keadaannya saat ini.
2. Memberitahu pada ibu macam-macam metode kontrasepsi untuk ibu dan menjelaskan manfaat, kelebihan, kelemahan, efek samping, beserta kontra indikasinya, ibu mengerti.
3. Memberi pertanyaan kepada ibu untuk memilih KB apa yang ingin di gunakan nanti, ibu menjawab pertanyaan.
4. Menjelaskan kepada ibu keuntungan KB suntik 3 bulan tidak akan menghambat keluarnya ASI dan memberitahu untuk segera ber-KB, ibu mengerti dan ibu akan suntik KB pada tanggal 17 Mei 2017.

3.6.1 Kunjungan KB II

Tanggal : 21 Mei 2017
Jam : 16.30 WIB
Tempat : BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb
Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Data Subjektif

Ibu datang ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Kesadaran : Composmentis
HPHT : 13 Mei 2017
TTV : TD : 100/60 mmHg
N : 84 x/ menit
R : 20 x/menit
S : 36⁰C.
BB : 53 kg.

c. Pemeriksaan fisik khusus

Mata : sclera putih, konjungtiva merah muda.
Payudara : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
Abdomen : tidak ada tanda kehamilan, TFU tidak teraba.

3. Analisa Data

P₂A₀ akseptor baru KB suntik 3 bulan.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 21 Mei 2017

Jam : 16.35 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada pasien, ibu mengerti dan faham dengan keadaannya saat ini.
2. Menjelaskan kembali cara kerja, efek samping, keuntungan dan kerugian dari kontrasepsi suntik 3 bulan, ibu mengerti
3. Menanyakan ulang dan meyakinkan ibu untuk menggunakan kontrasepsi suntik, ibu sudah siap dan yakin untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.
4. Menyuntikkan Depo progestin di bagian bokong dengan cara IM, sudah di berikan.
5. Menginformasikan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 11 Agustus 2017 / sewaktu-waktu bila ada keluhan, ibu bersedia untuk kunjungan ulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini akan dijelaskan tentang kesesuaian antara teori dan kenyataan yang terjadi pada kasus yang diambil dan teori yang mendukung diantara fakta dan kenyataan serta ditambahkan opini yang luas dari penulis sebagai pendamping klien yang melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari asuhan kebidanan pada ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana pada Ny "I" dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh di BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb Desa Sumbermulyo, Kecamatan Jogoroto, Kabupaten Jombang.

4.1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III

Berdasarkan data yang diperoleh penulis membuat asuhan kebidanan akan membahas hasil dari data yang didapatkan serta melakukan asuhan adalah tentang pemeriksaan Antenatal Care yang dilakukan pada Ny "I" dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh di BPM Yuni Widaryanti ,Amd.Keb Desa Sumbermulyo, Kecamatan Jogoroto, Kabupaten Jombang.

Berikut data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang Antenatal Care. Dalam pembahasan ini yang berkaitan dengan Antenatal Care maka, dapat diperoleh data berikut ini berikut ini.

4.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester III

Tabel 4.1 Distribusi data subjektif dan objektif dari variabel ANC Ny. "I" di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb. Desa Sumbermulyo, Kecamatan Jogoroto, Kabupaten Jombang

Tanggal	Riwayat						Pelaksanaan		
ANC	24 September 2016	29 Oktober 2016	26 November 2016	24 Desember 2016	23 Januari 2017	17 Februari 2017	7 Maret 2017	3 April 2017	
UK	12 minggu	16 minggu	20 minggu	24 minggu	28 minggu	32 minggu	35 minggu	38 minggu	
Anamnesa	Pusing, mual	Pusing	Tangan kiri linu	Mual, pusing	Tidak ada keluhan	Diare	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	
TD	100/70 mmHg	100/60 mmHg	100/60 mmHg	100/60 mmHg	100/70 mmHg	100/70 mmHg	100/70 mmHg	100/70 mmHg	
BB	54 kg	50 kg	51 kg	53 kg	56 kg	58 Kg	60 Kg	62 kg	
T F U	WHO Mc. Donald	- -	Pertengahan pusat 3 jari bawah pusat	Pertengahan pusat 3 jari bawah pusat	Setinggi pusat 20 cm	Pertengahan pusat 3 jari atas pusat 23 cm	Pertengahan pusat dan px 25 cm	Setinggi px 28 cm	3 jari di bawah px 31 cm
Terapi	Ferfital, omedom, erlamol	Erlamol, caviplex	Novakalk, novabion	Novakalk, Novabion	Caviplex, Kalk	Invatrim, Solvitral, Novakal	Kalk, Fe	Kalk, Fe	
Penyuluhan	Tanda-tanda bahaya ibu hamil, persiapan tempat bersalin.	Minum air putih yang banyak, istirahat cukup.	Istirahat cukup	Istirahat cukup	Gizi seimbang	ANC Terpadu, Senam hamil	Istirahat cukup	Tanda persalinan, persiapan persalinan	

1. Data Subyektif

a. Umur

Berdasarkan data yang diperoleh Ny."I" berumur 34 tahun. Menurut peneliti pada usia 34 tahun merupakan usia reproduksi sehat yang berarti bahwa organ-organ reproduksi masih kuat baik fisik maupun psikologis sehingga ibu diperbolehkan untuk hamil lagi. Dimana rahim sudah mampu memberi perlindungan atau kondisi yang maksimal untuk kehamilan. Secara mental siap, yang berdampak pada perilaku merawat dan menjaga kehamilannya secara hati-hati. Selain itu pada usia reproduktif mereka lebih terbuka terhadap orang lain dan biasanya mereka akan saling bertukar pengalaman tentang hal yang sama yang pernah mereka alami sehingga tidak terjadi komplikasi pada kehamilan.

Hal ini sesuai dengan teori Manuaba (2010), usia reproduksi yang baik yaitu usia 20-35 tahun berarti organ-organ reproduksinya telah benar-benar siap dan kondisi fisik wanita dalam keadaan prima sehingga pada persalinan dapat berjalan dengan lancar.

Berdasarkan hal diatas tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Keluhan Trimester III

Berdasarkan fakta pada kehamilan dengan jarak terlalu jauh, Ny."I" mengatakan tidak ada keluhan apa-apa.

Menurut peneliti pada trimester III kemungkinan ibu hamil dapat mengalami berbagai kesulitan atau mengeluhkan sesuatu terkait perubahan fisik sesuai usia kehamilannya yang semakin tua.

Menurut tori Sulistyowati (2009) ketidaknyamanan kehamilan Trimester III antara lain : sakit bagian tubuh belakang, varises, konstipasi, nyeri ulu hati, edema kaki, kram kaki.

Berdasarkan hal tersebut tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

c. Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan Ny "I" yaitu 11 tahun. Menurut peneliti jarak kehamilan itu tidak aman karena jarak kehamilan yang aman itu adalah 2-10 tahun. Jarak kehamilan > 10 tahun sangat berisiko, karena organ reproduksi sudah lama tidak hamil lagi. Setelah lebih dari 10 tahun melahirkan anak terakhir, kemudian hamil lagi, rahim butuh proses adaptasi. Otot pada jalan lahir juga memerlukan penyesuaian. Saat adaptasi tersebut, ada beberapa masalah potensial yang muncul seperti persalinan tidak lancar, penyakit ibu yang menyertai (hipertensi, diabetes), kemudian pada janin dapat terjadi prematuritas, BBLR.

Hal ini sesuai dengan teori Puji Rohjati (2011), jarak kehamilan yang baik adalah 2-10 tahun dari kehamilan sebelumnya. Karena persalinan ≥ 10 tahun seolah-olah menghadapi kehamilan/persalinan yang pertama lagi. Jarak kehamilan 10 tahun berisiko tinggi yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan,

dan penyakit ibu seperti hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain, pada BBL dapat terjadi BBLR dan prematuritas.

Berdasarkan hal diatas, maka ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Tekanan darah

Tekanan darah Ny."P" pada usia kehamilan 32 minggu dan 35 minggu adalah 100/70 mmHg.

Menurut peneliti kondisi klien baik Bila terjadi kenaikan tekanan darah yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini akan berlanjut pada pre eklamsi atau eklamsia jika tidak segera di tangani. Pada ibu hamil trimester III, dengan jarak kehamilan terlalu jauh beresiko mengalami hipertensi sampai *pre-eklamsia*. Kenaikan tekanan darah dapat di peroleh ibu secara genetik, dapat juga karena tingkat aktifitas atau keadan psikologis.

Hal ini sesuai dengan teori 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 pre eklamsi atau eklamsi jika tidak segera di tangani.

Dari data diatas tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Berat badan

Berat badan Ny.”I” sebelum hamil adalah 50 kg dan pada akhir kehamilan adalah 61 kg, artinya Ny. “I” terjadi peningkatan berat badan sebesar 11 kg.

Menurut peneliti peningkatan berat badan yang terjadi dalam batas normal apabila kenaikan berat badan kurang dari kriteria yang ditentukan akan mempengaruhi proses pertumbuhan janin, BBLR, prematuritas.

Hal tersebut sesuai dengan teori Manuaba (2010) berat badan pada ibu hamil normalnya akan bertambah jika asupan nutrisi ibu baik yaitu 6,5 – 16 kg selama kehamilan atau terjadi kenaikan sekitar 0,5 kg/minggu.

Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

3) LILA (Lingkar Lengan Atas)

Pada saat pemeriksaan kehamilan ukuran LILA Ny.”I” 24 cm dan dalam batas fisiologis. Menurut peneliti, pengukuran LILA sangat penting karena indikator kuat untuk status gizi Ibu kurang atau buruk. Jika status gizi ibu buruk maka bayi yang dilahirkan dapat prematuritas, BBLR.

Menurut teori Wahyuningsih (2009), LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi Ibu kurang atau

buruk. Sehingga dapat menyebabkan bayi lahir mati dan intrapartum (mati dalam kandungan) lahir dengan berat badan rendah BBLR.

Berdasarkan hal tersebut antara fakta dan teori tidak ditemukan adanya kesenjangan.

b. Pemeriksaan fisik khusus

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada Ny "I" keadaanya dalam batas normal yaitu, muka tidak oedem, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, kolostrum belum keluar, pada perut ibu terjadi pembesaran membujur.

Menurut peneliti, pada dasarnya semua pemeriksaan pada ibu hamil sangatlah penting, salah satunya pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik dimulai dari kepala sampai kaki (*Head To Toe*). Dari hasil pemeriksaan fisik, nantinya akan berpengaruh pada konseling ibu agar tidak terjadi komplikasi pada kasus jarak kehamilan terlalu jauh.

Menurut Romauli (2011) perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil trimester III didapatkan tidak ada oedem pada muka, sklera tidak putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, puting susu menonjol dan kolostrum sudah keluar, terjadi pembesaran membujur pada abdomen.

Dari data diatas tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori .

1) TFU (Tinggi Fundus Uteri)

Pada Ny."I" ukuran TFU berdasarkan hasil Leopold saat UK 32 mgg pertengahan pusat dan processus xiploideus (25 cm), 35 mgg setinggi processus xiploideus (28 cm).

Menurut peneliti ukuran TFU Ny."I" berdasarkan hasil Leopold termasuk fisiologis, perubahan atau ukuran TFU setiap ibu memang berbeda sesuai dengan bentuk perut dan ketebalan dinding perut namun dengan rumus yang sudah ada dapat dengan mudah mengukur TFU ibu hamil sehingga tidak ada masalah dengan janin.

Hal ini sesuai dengan teori Mandriwati (2011) yang menyatakan bahwa pembesaran pada abdomen dapat diukur dengan memeriksa TFU (tinggi fundus uteri) dengan cara pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc Donald tujuannya adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu, dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU dalam sentimeter (cm) yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

Berdasarkan hal diatas, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan darah (Hb)

Hasil pemeriksaan Hb Ny. "I" 13 gr%. Menurut peneliti, hemoglobin sangat berpengaruh langsung terhadap ibu dan janin karena hemoglobin yang terdapat pada darah merupakan alat transportasi O₂.

Hal tersebut sesuai dengan teori Winkjosastro (2007), kadar Hb normal 11-14 gr%. Jika kadar Hb kurang dari 11 gr%, pada persalinan normal dapat menimbulkan perdarahan pasca persalinan, kematian pada janin, dan persalinan dapat berlangsung lama.

Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Golongan Darah

Sesuai data yang diperoleh dari pemeriksaan pasien hasil pemeriksaan golongan darah Ny. "I", golongan darah O.

Menurut peneliti hal ini fisiologis pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

Hal ini sesuai dengan teori Winkjosastro (2007), pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil sebagai perencanaan pencegahan penyakit, apabila suatu saat ibu membutuhkan

transfusi darah sudah diketahui golongan darah ibu dan sudah mendapatkan darah salah satu anggota keluarga yang sama dengan darah ibu untuk menggantikan darah yang sudah ditransfusikan.

Berdasarkan data diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pemeriksaan urine albumin

Sesuai data yang diperoleh dari pemeriksaan pasien hasil pemeriksaan urine albumin Ny.“I” adalah negatif. Menurut peneliti hal ini fisiologis karena pada ibu hamil sebaiknya urine albumin hasilnya negatif, karena jika hasilnya positif dapat menjadi masalah pada kesehatan seperti bisa menyebabkan terjadinya preeklamsia sehingga bisa menyebabkan kematian pada ibu.

Hal ini sesuai dengan teori Winkjosastro (2007), pemeriksaan urine albumin normal bila hasilnya negatif (urine tidak keruh).

Berdasarkan data diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Pemeriksaan urine reduksi

Hasil pemeriksaan urine reduksi Ny. “I” adalah negatif. Menurut peneliti, hal ini fisiologis karena hasil dari pemeriksaan urine reduksi sebaiknya adalah negatif. Tujuan dari pemeriksaan ini untuk mendiagnostik apakah ibu mengalami positif kenaikan

gula darah atau tidak didalam urine. Karena jika dalam pemeriksaan ditemukan hasil positif maka bisa berdampak tidak baik terhadap kesehatan ibu.

Hal tersebut sesuai dengan teori Winkjosastro (2007), pemeriksaan urine dikatakan normal jika hasilnya negatif (Warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh).

Berdasarkan hal diatas tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Analisa data pada Ny."I" adalah G_{II}P₁A₀ UK 32 Minggu dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh.

Menurut peneliti analisa data merupakan kesimpulan antara data subyektif dan data obyektif yang menjadi acuan dalam melakukan tindakan atau terapi sesuai dengan keadaan pasien. Dalam penulisan analisa data menurut penulis sesuai denganteori Saminem (2010) yaitu nama klien, G_P_A_ usia kehamilan, UK dengan kehamilan normal/patologi.

Analisa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interprestasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif. Dalam pendokumentasian menejemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat Mufdlillah (2009).

Dari hal diatas tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Asuhan pada masa hamil peneliti melakukan penatalaksanaan pada Ny.”I” sebagaimana asuhan yang diberikan untuk kehamilan normal karena tidak ditemukannya masalah, asuhan yang diberikan yaitu seperti KIE tentang tanda bahaya ibu hamil, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan (P4K), keluhan pada ibu hamil seperti kenceng-kenceng, dan sebagainya, kolaborasi pemberian suplemen, dan kontrol ulang.

Menurut peneliti pemberian KIE pada ibu hamil merupakan kebutuhan karena kehamilan ibu beresiko, dengan adanya KIE rutin setiap kali kunjungan seperti ANC terpadu, persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan (P4K), keluhan pada ibu hamil seperti kenceng-kenceng, dan sebagainya, kolaborasi pemberian suplemen, dan kontrol ulang dapat mencegah komplikasi atau masalah potensial yang muncul.

Hal tersebut sesuai dengan teori Sarwono (2010), asuhan yang diberikan untuk kehamilan normal karena diantaranya KIE tentang keluhan pada ibu hamil seperti kenceng-kenceng, dan sebagainya, tanda bahaya ibu hamil, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan (P4K), kolaborasi pemberian suplemen, dan kontrol ulang.

Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

4.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Pada pembahasan yang kedua, akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan pada *Intranatal Care*. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang *Intranatal Care*.

Tabel 4.2 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel INC Ny. "P" di BPM Yuni Widaryanti amd.Keb

INC KELUHAN	JAM	KALA I KETERANGAN	KALA II	KALA III	KALA IV
Ibu mengatakan kencing-kencing dan keluar lendir campur darah sejak jam 00.00	04.15	TD: 110/70 mmHg N : 82 x/mnt S : 35°C RR : 22x/ mnt His : 3x35"10' DJJ : 133 x/mnt VT : ø 3 cm, Eff 25 %, ketuban positif, presentasi kepala, Hodge II, moulase tidak ada	Lama kala II ±7 menit. Bayi lahir spontan, jenis kelamin laki-laki, langsung menangis, tonus otot baik, warna kulit merah muda, tidak ada kelainan kongenital, anus berlubang.	Lama kala III ± 5 menit. Plasenta lahir lengkap spontan, kotiledon utuh	Lama kala IV ±2 jam Perdarahan : ± 200 cc Observasi 2 jam pp : TD: 110/80 mmHg N: 80x/mnt S : 36 ⁰ C RR:20 x/mnt TFU : 3 jari bawah pusat UC : Baik Konsistensi : keras, kandung kemih kosong
	06.15	TD : 110/70 mmHg His : 5x 50"10' DJJ : 146 x/mnt VT : ø 10 cm, Eff 100%, ketuban positif, presentasi kepala, denominator UUK kiri depan, Hodge IV, moulase tidak ada.			
Lama kala I ± 2 jam					

Berdasarkan data diatas, maka dapat dilakukan analisa sebagai berikut, yaitu:

1. Data subjektif

Keluhan utama yang disampaikan oleh Ny "P" adalah kencing-kencing disertai keluar lendir bercampur darah sejak jam 00.00 WIB. Kondisi tersebut menurut peneliti adalah kondisi normal karena itu menunjukkan adanya tanda-tanda persalinan dimana salah satunya adalah

rasa mules dan juga kenceng-kenceng yang terus terjadi dan dalam waktu yang sering dan frekuensi lamanya adalah sekitar 10-50 detik dan tanda-tanda persalinan tersebut akan dialami oleh ibu hamil yang akan bersalin.

Hal ini sesuai dengan teori Kemenkes (2014) yang menyatakan bahwa tanda-tanda awal dari persalinan adalah munculnya rasa mules-mules dan rasa sakit di perut oleh karena adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.

Jadi dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara fakta dengan teori.

2. Data Obyektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada Ny."I" semua dalam batas normal, muka tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih, mukosa bibir lembab, payudara bersih, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar, tidak ada bendungan/ massa abnormal, pemeriksaan abdomen, meliputi: TFU 3 jari di bawah px (31 cm), teraba bokong, bagian kanan teraba punggung, bagian kiri teraba ekstremitas, kepala sudah masuk PAP 2/5 bagian, DJJ : 133 x/menit, His : 3 x 35''10', Genetalia : keluar lendir dan bercak darah, VT : Ø : 3, eff : 25 %, ketuban positif, hodge : II, moulase : 0.

Menurut peneliti, pemeriksaan fisik pada saat bersalin harus dilakukan karena untuk mengetahui kemajuan persalinan seperti his yang semakin adekuat apa tidak, berapa bagian kepala yang sudah masuk PAP, mengetahui DJJ normal apa tidak jika DJJ kurang dari normal maka akan terjadi *fetal distress* dan kemungkinan bayi *asfiksia* dengan begitu akan

mencegah terjadinya komplikasi baik sebelum atau setelah persalinan. His yang adekuat dan teratur pada kala I adalah 2-4 kali dalam 10 menit dan ditemukan pada ibu 4 x 40” dalam 10 menit karena adanya pembukaan yang bertambah dan penipisan tenakan air ketuban pada pemulaan kala I selanjutnya janin semakin masuk kedalam rongga panggul.

Hal ini sesuai dengan teori Manuaba (2007), pemeriksaan fisik pada ibu bersalin meliputi muka tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih, mukosa bibir lembab, payudara bersih, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar, tidak ada bendungan/ massa abnormal, pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin, meliputi: TFU Mc. Donald (cm) sesuai dengan umur kehamilan, pemeriksaan Leopold (Leopold I, II, III, dan IV), DJJ (normalnya 120-160x/menit). Genetalia bersih, tidak oedem, tidak varises, tidak ada *kondiloma akuminata*, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pembesaran kelenjar *bartholini* maupun *scene*.ekstremitas atas dan bawah tidak oedem.

Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Berdasarkan fakta analisa data Ny ”I” adalah P₂A₀ dengan persalinan normal. Menurut peneliti ibu mengalami kehamilan yang aterm atau cukup bulan dengan usia kehamilan yakni 40 minggu sehingga termasuk dalam usia yang aterm, berdasarkan pemeriksaan kebidanan dan teori tersebut maka dapat disimpulkan bahwa analisa data kebidanan pada kehamilan Ny “I” sudah sesuai dengan standart kebidanan. Hal ini sesuai

dengan teori Romauli (2011), penulisan analisa data pada ibu bersalin yaitu P_A_.... inpartu kala I fase laten atau aktif.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

a. Kala I

Berdasarkan fakta, persalinan kala I Ny.”I” berlangsung selama \pm 2 jam (04.15-06.15 WIB).

Menurut peneliti, kala I Ny “I” berlangsung cepat yaitu \pm 2 jam. Sedangkan pada umumnya lama kala I pada multigravida sekitar 8 jam. Hal ini dikarenakan kontraksi yang lebih kuat dan lebih sering. Keadaan tersebut dapat dijumpai baik pada primigravida atau multigravida, akan tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida, ostium uteri internum sudah membuka sedikit, sehingga ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang bersamaan.

Sesuai dengan teori Manuaba (2010) Kala 1 adalah pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan

kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

Berdasarkan hal diatas, ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

Berdasarkan fakta pada kala I Ny "I" mendapatkan asuhan pemenuhan nutrisi pada ibu, mobilisasi dan tehnik relaksasi. Menurut peneliti asuhan yang didapat oleh pasien sudah sesuai dengan asuhan pada umumnya. Asuhan tersebut diberikan untuk memperlancar proses persalinan pada ibu.

Hal ini sesuai dengan teori APN (2010) asuhan yang diberikan pada kala 1 yaitu pemenuhan nutrisi, mobilisasi dan tehnik relaksasi.

Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Kala II

Berdasarkan fakta, persalinan kala II berlangsung selama 7 menit. Menurut peneliti, persalinan pada Ny "I" berlangsung sangat cepat. Persalinan tersebut disebut dengan persalinan presipitatus, partus presipitatus dapat menyebabkan ruptur uteri atau laserasi pada vagina, perineum. Pada bayi dapat mengakibatkan angka kematian yang cukup tinggi karena persalinan yang sangat cepat. Sedangkan lama kala II pada multigravida umumnya berlangsung 30 menit.

Menurut teori Manuaba (2010) yang menyatakan bahwalamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala II

persalinan dimulai pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

Berdasarkan hal diatas, ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

Berdasarkan fakta pada kala II Ny "T" mendapatkan asuhan cara meneran yang baik, memakai APD, pertolongan persalinan pada ibu dan IMD. Menurut peneliti asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan standar asuhan pada kala II.

Hal ini sesuai dengan teori APN (2010) asuhan pada kala II yaitu memakai APD, memimpin cara meneran yang baik, memberikan posisi yang nyaman, pertolongan persalinan pada ibu dan memfasilitasi IMD.

Berdasarkan hal diatas tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Kala III

Berdasarkan fakta, persalinan kala III berlangsung selama \pm 8 menit, tidak ada penyulit.

Menurut peneliti, lama asuhan kala III (pengeluran plasenta) 8 menit, setelah bayi lahir tidak ada masalah karena uterus ibu yang berkontraksi dengan baik sehingga pelepasan plasenta cepat dan tidak melebihi 15 menit .Jika sampai 15 menit tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta seperti perdarahan menyembur, tali pusat memanjang, uterus bundar, maka akan terjadi perdarahan (*haemoragic post partum*).

Sesuai dengan teori Manuaba (2010), kala III dimulai dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim, mengecek robekan. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu: uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara Crade pada fundus uteri dengan waktu tidak lebih dari 15 menit.

Menurut fakata Ny "I" mendapat asuhan penyuntikan oksitosin, menolong kelahiran plasenta, masase, pemeriksaan laserasi dan perdarahan. Menurut peneliti asuhan yang telah didapatkan pada Ny "I" sudah sesuai dengan asuhan yang seharusnya diberikan pada kala III.

Hal ini sesuai dnegan teori APN (2010) asuhan pada kal III yaitu penyuntikan oksitosin, PTT dan masase.

Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

c. Kala IV

Berdasarkan fakta, persalinan kala IV Ny."I" berlangsung selama ± 2 jam, perdarahan ± 200 cc, kandung kemih kosong. Menurut peneliti, observasi 2 jam postpartum harus dilalukan agar tidak terjadi komplikasi. Kala IV pada Ny "I" berjalan dengan normal setelah dilakukan pemantauan selama 2 jam setelah persalinan.

Hal tersebut sesuai dengan teori Manuaba (2010), kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi

yang harus dilakukan pada kala IV adalah : tingkat kesadaran klien, pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernapasan, kontraksi uterus, TFU, terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

Berdasarkan fakat, Ny “T” mendapatkan asuhan pemeriksaan TTV, memantau TFU, personal hygiene, cara masase. Menurut peneliti asuhan yang telah diberikan sudah sesuai dengan asuhan yang diberikan pada kala IV.

Hal ini sesuai dengan teori APN (2010) asuhan pada kala IV yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus, TFU.

Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

4.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Pada pembahasan yang ketiga akan dijelaskan tentang kesesuaian teori dan kenyataan pada *post natal care*. Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang asuhan kebidanan pada *post natal care*. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan tentang *post natal care*, maka dapat diperoleh data pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel PNC Ny.”T”

Tanggal PNC	14 April 2017	17 April 2017	24 April 2017	6 Mei 2017
PostPartum (jam/hari)	3hari	7 hari	14 hari	4 minggu
Anamnesa	Perut senep	Vagina tidak nyaman	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
	BAK ±4 x/hari, warna kuning jernih	BAK ±5-6 x/hari, warna kuning jernih	BAK ±5-6x/hari, warna kuning jernih	BAK ±5-6 x/hari, warna kuning jernih
Eliminasi	BAB 1x/hari, konsistensi lembek	BAB 1x/hari, konsistensi lembek	BAB 1x/hari, konsistensi lembek	BAB 1x/hari, konsistensi lembek

Tekanan Darah	110/70 mmHg	110/70 mmHg	120/80 mmHg	110/70 mmHg
Laktasi	ASI keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal 3 jari bawah	ASI keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal Pertengahan	ASI keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal Tidak teraba	ASI keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal TFU tidak teraba
Involusi	TFU pusat, kontraksi uterus baik	Pusat dan sympisis, kontraksi uterus baik		
Perdarahan Perineum	Lochea rubra ± 30 cc Luka jahitan menyatu dan masih basah	Lochea sanguinolenta ± 15 cc Luka jahitan mengering	Lochea serosa - Luka jahitan sudah kering dan jahitan sudah menyatu	Lochea alba - Jahitan sudah menyatu

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut:

1. Data Subyektif

a. Keluhan

Berdasarkan fakta pada 3 hari post partum Ny. "I" perutnya masih mules, pada 7 hari post partum mengatakan vagina tidak nyaman, pada 14 hari post partum mengatakan tidak ada keluhan apa-apa dan pada 4 minggu post partum mengatakan tidak ada keluhan apa-apa serta belum menstruasi. Masa nifasyang dijalaniNy "I" berjalan secara fisiologis tanpa ada masalah dan infeksi masa nifas.

Menurut peneliti, hal ini fisiologis dialami pada ibu post partum, karena rasa mules tersebut merupakan tanda kontraksi uterus baik. Dan vagina tidak nyaman tersebut dikarenakan nyeri pada jahitan perineum.

Hal tersebut sesuai dengan teori Sulistyawati (2009) involusi/pengerutan rahim merupakan suatu keadaan kembalinya

uterus pada kondisi sebelum hamil, dengan involusi ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati). Pada saat 3 hari post partum perut masih senep dikarenakan uterus mengalami involusi uterus untuk kembali ke bentuk semula. Kemudian pada 7 hari post partum ibu mengeluh vagina tidak nyaman dikarenakan nyeri pada jahitan perineum.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Eliminasi

Berdasarkan fakta, Ny. "T" sudah BAK sejak hari pertama post partum, BAB pada 2 hari post partum dengan konsistensi lembek, BAK dan BAB sudah lancar.

Menurut peneliti, normalnya ibu sudah bisa BAB sampai 2 hari post partum dan bisa BAK setelah \pm 4 jam setelah melahirkan, jika tidak bisa BAK dalam waktu 4 jam maka lakukan pemasangan kateter.

Sesuai dengan teori Sulistyawati (2009), klien harus BAK dalam waktu 6 jam post partum, bila 8 jam post partum belum BAK, dirangsang dengan air mengalir, kompres hangat dan lain-lain. Bila tidak bisa dilakukan kateterisasi, agar buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal.

Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

a. Laktasi

Berdasarkan fakta bahwa Ny. "T" kolostrum keluar saat bayi lahir dan ASI pada hari ke 3 sudah keluar lancar, tidak ada bendungan, tidak ada massa abnormal. Kolostrum merupakan cairan berwarna kuning yang keluar pertama kali pada payudara dan pada hari selanjutnya pengeluaran ASI yang keluar.

Menurut peneliti, kolostrum merupakan cairan yang pertama kali dikeluarkan oleh kelenjar payudara mulai hari pertama yang berwarna kekuning-kuningan, sesering mungkin bayi menyusu semakin baik untuk merangsang produksi ASI sebaliknya jika bayi tidak menyusu sementara produksi ASI meningkat kemungkinan akan terjadi bendungan ASI jika tidak diatasi secepatnya.

ASI matur dikeluarkan mulai hari ke 14 post partum, keluarnya ASI dengan lancar dapat dipengaruhi oleh refleks hisap bayi/ refleks *let down*, semakin kuat hisapan bayi, semakin lancar ASI yang keluar Suherni (2009). Menurut Sulistyawati (2009), selama kehamilan hormon estrogen dan progesterone menginduksi perkembangan alveoli dan duktus laktiferus didalam payudara, serta merangsang produksi kolostrum, cairan pertama yang diperoleh bayi dari ibunya sesudah dilahirkan adalah kolostrum yang mengandung campuran yang kaya akan protein, mineral, dan antibodi.

Berdasarkan hal tersebut diatas, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Involusi

1. TFU (Tinggi Fundus Uteri)

Berdasarkan fakta pada Ny. "I", pada 3 hari post partum TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, pada 7 hari post partum pertengahan pusat-symphisis, kontraksi uterus baik, pada 14 hari post partum TFU mengecil dan tidak teraba diatas symphisis, pada 4 minggu post partum TFU tidak teraba. Kontraksi uterus Ny "I" sangat baik sehingga involusi uterus berjalan normal pada 4 minggu TFU sudah tidak teraba.

Menurut peneliti, kontraksi uterus Ny "I" sangat baik sehingga involusi uterus berjalan normal pada 4 minggu TFU sudah tidak teraba. Perut mulas yang dialami pada ibu merupakan tanda kontraksi uterus yang baik. Pada hari ke 3 sampai hari ke 5 dan seterusnya fisiologis dan tidak ditemukan adanya kontraksi yang lembek (*atonia uteri*) maka dari itu selalu dilakukan observasi involusi uteri sesuai dengan standar asuhan kunjungan masa nifas.

Hal tersebut sesuai dengan teori Sulistyawati (2009), TFU setelah plasenta lahir-1minggu post partum 2 jari bawah pusat, 1-2 minggu post partum pertengahan pusat-symphisis, 2-6 minggu tak teraba, dan kontraksi uterus selalu baik dengan konsistensi keras.

Berdasarkan hal diatas maka tidak ada kesenjangan antara fakta dengan teori yang ada.

2. *Lochea*

Berdasarkan fakta pada Ny.“I”, pada 1-3 hari post partum lochea rubra, pada 7 hari post partum lochea sanguinolenta, pada 14 hari post partum lochea serosa, pada 4 minggu post partum sudah tidak keluar cairan apa-apa.

Menurut peneliti, proses involusi berdasarkan lochea pada Ny.“I” berjalan fisiologis karena pengeluaran lochea sesuai dengan teori yang ada. Jika lochea berbau dan ada pus maka ibu terkena infeksi. Untuk itu diperlukan KIE tentang vulva hygiene.

Menurut Sulistyawati (2009), Lochea rubra : Berwarna merah, berlangsung selama 1-3 hari post partum., Lochea sanguinolenta : Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir, terjadi pada hari ke 4-7 hari post partum, Lochea serosa : Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 post partum, Lochea alba : Cairan putih yang terjadi pada hari setelah 2 minggu post partum.

Berdasarkan teori dan fakta diatas tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Analisa data pada Ny ”I” adalah P₂A₀ post partum hari ke 3 fisiologis. Menurut peneliti berdasarkan pemeriksaan kebidanan maka dapat disimpulkan bahwa analisa data kebidanan pada kehamilan Ny “I” sudah sesuai dengan standart analisa data kebidanan dengan penulisan yang sudah sesuai dengan ketentuan yaitu P_A_. Hal ini sesuai dengan

pendapat Romauli (2011) penulisan analisa data diagnosa ibu nifas yaitu P_A_ post partum hari ke_fisiologis.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Peneliti melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny."I" sebagaimana untuk ibu nifas normal karena tidak ditemukannya masalah, seperti melakukan observasi perdarahan pervaginam, tinggi fundus uteri, dan memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, KB dan kontrol ulang.

Menurut peneliti dengan memberikan implementasi yang sesuai dengan asuhan pada ibu nifas yaitu melakukan observasi pervaginam untuk mengetahui darah yang keluar (darah segar atau lochea) dan berapa banyak, mengobservasi TFU untuk mengetahui proses kembalinya uterus dengan baik atau terjadi sub involusi uterus, dapat mencegah terjadinya tanda bahaya masa nifas seperti demam, perdarahan, lochea berbau, bendungan ASI, dsb.

Hal ini sesuai dengan teori Bahiyatun (2009), asuhan masa nifas normal 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 ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

4.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Pada pembahasan yang ke empat, 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 BBL.

Tabel 4.4 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Bayi Baru Lahir

Asuhan BBL	11 April 2017 (Jam)	Nilai
Penilaian Awal	06.22 WIB	Menangis spontan, warna kulit merah, reflek baik
BB	07.22 WIB	3600 gram
PB	07.24 WIB	54 cm
Lingkar Kepala	07.25 WIB	SOB : 32 cm, MO : 35 cm, FO : 33 cm
Lingkar Dada	07.27 WIB	32 cm
Inj. Vit K	07.28 WIB	Sudah diberikan
Salep mata	07.30 WIB	Sudah diberikan

1. Data Subjektif

BBL usia 1 jam dengan BBLN sudah menyusu pada saat melakukan IMD selama \pm 1 jam. Menurut peneliti hal ini fisiologis karena pada saat bayi sudah lahir ke dunia bayi membutuhkan kebutuhan nutrisi jadi bayi akan secara alamiah ingin mencari puting susu ibunya untuk menyusu sehingga kebutuhan nutrisinya akan terpenuhi lewat ASI.

Hal ini sesuai dengan teori Dewi (2013) ASI menjadi lancar karena bayi menghisap kuat pada pemeriksaan dua hari setelah persalinan spontan, keluarnya ASI dengan lancar dapat dipengaruhi oleh reflek hisap bayi, semakin kuat hisapannya semakin lancar ASI yang keluar.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

a. Tanda-tanda vital

Berdasarkan fakta, tanda-tanda vital yang didapatkan pada saat pemberian asuhan kebidanan bayi Ny."I" adalah nadi 140 x/menit dengan pernapasan 40 x/menit dan suhu $36,5^{\circ}\text{C}$.

Menurut peneliti pemeriksaan TTV harus dipantau pada bayi baru lahir yaitu nadi, pernapasan, dan suhu merupakan hal yang penting dalam pemeriksaan tanda-tanda vital pada BBL, pastikan bayi selalu dalam keadaan hangat. Hal ini sesuai dengan teori Kosim (2010) yang menyatakan bahwa suhu bayi normal adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$.

Menurut Kosim (2010) yang menyatakan bahwa suhu bayi normal adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. Didukung juga dengan pernyataan Latief (2013) yang menyatakan bahwa laju napas normal pada neonatus berkisar antara 40-60 kali permenit dan nadi apical dapat berfluktuasi dari 110-180 x/menit.

Berdasarkan fakta dan teori disimpulkan bahwa tidak ditemukan adanya kesenjangan.

b. Antropometri

Berat badan lahir bayi Ny."I" adalah 3600 gram. Menurut peneliti berat badan lahir bayi dalam batas normal sesuai dengan bayi aterm yaitu lahir dengan cukup bulan.

Hal tersebut sesuai dengan teori Dewi (2013) yang menyatakan bahwa berat badan neonatus cukup bulan antara 2500 sampai 4000

gram. Berdasarkan data diatas, keadaan bayi Ny.”I” memiliki berat badan dalam batas normal.

Panjang badan bayi Ny.”I” adalah 54 cm. Menurut peneliti panjang badan bayi dalam batas normal. Sesuai dengan pendapat Dewi (2013) yang menyatakan bahwa panjang badan neonatus cukup bulan antara 45 sampai dengan 54 cm. Berdasarkan fakta diatas dapat disimpulkan panjang badan bayi Ny “I” dalam batas normal.

Lingkar dada bayi Ny.”I” adalah 32 cm. Menurut pendapat peneliti pengukuran lingkar dada digunakan untuk mengetahui postur tubuh dari bayi. Dengan lingkar dada yang normal diharapkan kinerja dari organ-organ yang berada didalam rongga dada juga bisa normal, sehingga tidak ada permasalahan pada bayi.

Hal ini adalah kondisi yang normal dimana menurut Dewi (2013) lingkar dada biasanya lebih kecil dari lingkar kepala yaitu kurang lebih 30-38 cm. Berdasarkan fakta diatas dapat disimpulkan lingkar dada bayi Ny”I” dalam batas normal.

Berdasarkan hal diatas, dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa data

Pada BBL adalah BBLN usia 1 jam. Menurut peneliti berdasarkan pemeriksaan kebidanan dapat disimpulkan bahwa analisa data kebidanan pada BBL sudah sesuai dengan standar analisa data kebidanan dan juga sesuai dengan hasil pemeriksaan pada bayi Ny ”I”. Hal ini sesuai dengan

pendapat Romauli (2011) penulisan analisa data diagnosa BBL yaitu BBLN dengan.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Asuhan kebidanan bayi baru lahir pada bayi Ny."I" dilakukan penatalaksanaan sebagaimana untuk bayi baru lahir normal karena tidak ditemukan masalah selama kunjungan. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu memberikan menjaga kehangatan, melakukan perawatan tali pusat, proses eliminasi, KIE pada ibu tentang ASI eksklusif dan perawatan bayi.

Menurut peneliti KIE yang diberikan pada Bayi Baru Lahir yang terpenting adalah selalu menjaga kehangatan bayi karena pada bayi baru lahir sangat rentan dengan suhu sekitar sehingga mudah sekali terjadi hipotermi , perawatan tali pusat untuk menjaga kelembaban tali pusat agar cepat kering dan tidak terjadi infeksi, perawatan bayi sehari-hari, dan ASI eksklusif agar berat badan bayi naik.

Hal ini sesuai dengan teori Sudarti (2010) yang menyatakan bahwa penatalaksanaan pada bayi baru lahir normal meliputi KIE menjaga kehangatan bayi, imunisasi, ASI eksklusif, perawatan bayi sehari-hari. KIE diberikan bertahap agar ibu lebih mudah dalam memahami penjelasan yang diberikan.

Berdasarkan fakta diatas dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta.

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 Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Neonatus Bayi Ny.“I”

Tgl.Kunjungan Neonatus	14 April 2017	17 April 2017	24 April 2017
ASI	Ya	Ya	Ya
BAK	BAK 3-4x, warna kuning jernih	BAK ± 7-8 kali dalam 24 jam	BAK ± 7-8 kali dalam 24 jam
BAB	BAB ± 1x warna hijau kehitaman (mekonium), konsistensi lembek	BAB ± 2x/hari warna kehitaman, konsistensi lembek	BAB ± 2-3x/hari warna kuning konsistensi lembek.
BB	4000 gram	4000 gram	4400 gram
<i>Ikterus</i>	Tidak	Tidak	Tidak
Tali pusat	Basah tidak kemerahan, tidak bau, tidak bengkak, tertutup kasa steril	Sudah lepas	-

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

1. Data Subyektif

a. Eliminasi

Berdasarkan fakta pada usia 1 hari bayi Ny.“I” sudah BAK dan sudah BAB dengan konsistensi encer.

Menurut pendapat peneliti jika bayi BAB warna hijau kehitaman berarti normal karena mekonium yang telah keluar dalam 24 jam

pertama setelah lahir menandakan anus telah berfungsi. Dan jika BAK bayi warna kuning jernih berarti normal karena jika bayi tidak BAK dalam 24 jam pertama setelah lahir maka bidan harus mengkaji kondisi uretra.

Sesuai dengan teori Muslihatun (2010), proses pengeluaran defekasi dan urine terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir adalah 20-300 cc/24 jam atau 1-2 cc/Kg BB/jam. Bayi selalu mengkonsumsi ASI, karena seringnya mengkonsumsi ASI pencernaan bayi menjadi lancar.

Berdasarkan data tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Obyektif

a) Tanda-tanda vital

Berdasarkan fakta, pemeriksaan tanda-tanda vital bayi Ny. "I" , suhu bayi pada KN I : 36⁰C, KN II : 36,2⁰C, KN III: 36,4⁰C. Menurut peneliti pemeriksaan tanda vital bayi sangat mutlak dilakukan karena dari pemeriksaan tersebut kita bisa mengetahui apakah keadaan bayi sehat atau timbul tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi, asfiksia,dsb. Bayi Ny "I" mengalami hipotermia dan harus segera ditangani karena jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan kematian pada bayi.

Sesuai dengan teori Sarwono (2009) suhu bayi normal adalah antara 36,5⁰C-37,5⁰C. Jika suhu dibawah normal maka dikatakan hipotermia. Hipotermia dapat menyebabkan komplikasi, seperti peningkatan konsumsi oksigen, produksi asam laktat, apneu,

penurunan kemampuan pembekuan darah dan yang paling sering terlihat hipoglikemia. Pada bayi prematur, stress dingin dapat menyebabkan penurunan sekresi dan sintesis surfaktan. Laju napas normal neonatus berkisar antara 40-60 kali permenit dan nadi apikal dapat berfluktuasi dari 110 sampai 180 x/ menit.

Berdasarkan hal diatas, ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

b) Antropometri

1) Berat Badan Bayi

Berat badan bayi Ny."I" usia 1 hari 3600 gram, kenaikan berat badan bayi dari lahir sampai 14 hari yaitu 4400 gram. Menurut peneliti kenaikan berat badan bayi sangat berpengaruh pada tumbuh kembang bayi karena pada dasarnya setiap bulan bayi akan mengalami penambahan berat badan sesuai dengan asupan yang diterima dari ASI.

Hal ini fisiologis sesuai dengan teori Dewi (2013) pengukuran antropometri meliputi BB (2500-4000 gram), PB (45-54 cm), LK (32-35 cm), LD (30-33 cm) .

Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Panjang Badan Bayi

Panjang badan bayi Ny."I" 54 cm, pada usia 1-14 hari panjang bayi belum bertambah. Menurut peneliti panjang badan bayi normal menunjukkan bahwa bayi tersebut tidak prematur dan tidak

termasuk BBLR karena panjang badan bayi tidak kurang dari 45 cm. Bayi Ny'I' dalam keadaan sehat dan pertumbuhannya akan menjadi normal.

Menurut Dewi (2013), panjang badan neonatus cukup bulan 45 sampai 54 cm. Panjang bayi normal adalah sebagai berikut usia 0-6 bulan 2,5 cm perbulan dan 6-12 bulan 1,27 cm.

Dari hal diatas, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa Data

Analisa data By umur.. Neonatus cukup bulan. Menurut peneliti berdasarkan pemeriksaan kebidanan dan teori tersebut maka dapat disimpulkan bahwa analisa data kebidanan sudah sesuai dengan standar analisa data kebidanan. Hal ini sesuai dengan pendapat Romauli (2011), diagnosa asuhan kebidanan pada neonatus yaitu: Neonatus cukup bulan usia.....hari keadaan bayi.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Pada asuhan neonatus, peneliti melakukan penatalaksanaan pada neonatus cukup bulan dengan hipotermia. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE, seperti KIE tanda bahaya neonatus, memberikan penjelasan tentang dampak hipotermia, perawatan metode kanguru, menjaga kehangatan bayi, sering memberikan ASI dan kontrol ulang.

Menurut peneliti penatalaksanaan yang sudah diberikan kepada orang tua bayi sudah sesuai dengan kebutuhan bayinya mengingat KIE tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir sudah disampaikan dan penyampaian yang bertahap guna mempermudah ibu memberikan asuhan kepada bayinya sehingga masalah dapat teratasi.

Hal ini sesuai dengan teori Sarwono (2009) penatalaksanaan pada neonatus dengan hipotermia, meliputi KIE tanda bahaya neonatus, mengeringkan bayi dengan handuk hangat, memberikan lingkungan hangat dengan cara kontak kulit ke kulit (metode kanguru) dan bungkus dengan kain hangat, kepala bayi ditutupi topi, kain yang basah sebaiknya cepat diganti dengan yang kering dan hangat, sering disusui, beri lampu 60 watt dengan jarak minimal 60 cm dari bayi, penghangatan kembali dengan metode yang sesuai.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

4.6 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)

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 Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Keluarga Berencana pada Ny "I" di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb

Tanggal kunjungan KB	6 Mei 2017	21 Mei 2017
Subyektif	Ibu mengatakan ingin mengetahui alat-alat kontrasepsi dan memilih kontrasepsi apa yang sesuai.	Ibu mengatakan ingin menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan
Tensi	110/70 mmHg	100/60 mmHg
Berat badan	-	53 kg
Haid	Belum haid	Belum haid

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

1. Data Subjektif

Berdasarkan fakta, Ny "I" ingin menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan. Menurut peneliti, ibu diperbolehkan menggunakan KB suntik 3 bulan karena tidak mempengaruhi produksi ASI.

Sesuai dengan teori Padila (2014) yang dapat menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan adalah ibu yang menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai karena suntik progestin tidak berpengaruh terhadap ASI, sering lupa meminum pil, usia reproduksi.

Berdasarkan data diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori, karena ibu KB suntik 3 bulan tidak berpengaruh terhadap ASI.

2. Data Objektif

Berdasarkan data diatas, pemeriksaan fisik Ny."I" berkaitan dengan KB suntik 3 bulan tidak didapatkan penyimpangan. Tanda-tanda vital Tekanan darah 100/60 mmHg, respirasi 20 x/menit, nadi 84 x/menit, suhu 36 °C.

Menurut penulis, suntik 3 bulan diberikan jika pemeriksaan pada ibu dalam batas normal. KB suntik 3 bulan disuntikkan pada bokong secara

intramuscular (IM) dengan posisi jarum suntik 90° dan dianjurkan untuk kembali 90 hari lagi atau 3 bulan lagi.

Hal ini sesuai dengan teori Saifudin (2012), kontrasepsi suntikan diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik *intramuscular* (IM) dalam daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan tiap 90 hari.

Dari hal diatas tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

3. Analisa data

Analisa data pada Ny "I" terkait dengan KB adalah P₂A₀ akseptor kb suntik 3 bulan. Menurut peneliti perumusan diagnosa kebidanan pada keluarga berencana Ny "I" sudah sesuai dengan fakta pada pemeriksaan yaitu dengan penulisan P_A_. Hal ini sesuai dengan pendapat Saifudin (2006) yang menyatakan bahwa diagnosa kebidanan pada akseptor kb adalah P_ A_ akseptor baru/lama KB.

Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori.

4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan untuk akseptor KB, peneliti melakukan penatalaksanaan pada Ny."I" sebagaimana untuk akseptor suntik 3 bulan, karena tidak ditemukannya masalah maka diberikan KIE tentang efek samping, keuntungan, kerugian, kontrol ulang dan menganjurkan ibu makan makanan rendah kalori seperti sayur, buah dan hindari makanan

yang berkalori akan membuat berat badan ibu tetap normal dan tidak sampai terjadi obesitas.

Sesuai dengan teori Saifuddin (2012) peningkatan berat badan pada akseptor KB suntik dapat diatasi dengan memberikan KIE efek samping , diet rendah kalori, serta olah raga yang teratur, keuntungan, kerugian dan menganjurkan klien untuk kontrol sesuai dengan jadwal/segera jika ada keluhan.

Dari hal diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan pada Ny. "I" tidak terdapat komplikasi, mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus hingga kb. Oleh karena itu penulis menyimpulkan:

1. Asuhan kebidanan komprehensif pada kehamilan TM III Ny "I" dengan jarak kehamilan terlalu jauh.
2. Asuhan kebidanan komprehensif pada persalinan Ny "I" dengan partus presipitatus.
3. Asuhan kebidanan komprehensif pada nifas Ny "I" dengan masa nifas normal.
4. Asuhan kebidanan komprehensif pada BBL Ny "I" dengan BBL cukup bulan fisiologis.
5. Asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus Ny "I" dengan neonatus hipotermia.
6. Asuhan kebidanan komprehensif pada KB Ny "I" dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan.

5.2. Saran

1. Bagi Bidan

Diharapkan para bidan dapat lebih dekat/berbaur dengan masyarakat untuk mengadakan penyuluhan atau menginformasikan kepada masyarakat tentang jarak yang ideal bagi ibu hamil, pentingnya pemasangan stiker

P4K agar tidak terjadi lagi kasus kehamilan dengan jarak terlalu jauh dan menerapkan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dengan tepat dalam melakukan pelayanan kebidanan agar dapat meningkatkan derajat pelayanan kesehatan ibu dan anak serta dapat meningkatkan pelayanan yang berkualitas bagi kesehatan masyarakat.

2. Bagi Institusi

Bagi STIKES ICMe jombang dapat meningkatkan proses belajar mengajar dan memperbaiki praktik pembelajaran menjadi lebih efektif dan efisien, dengan cara dosen dan mahasiswa melakukan pengabdian masyarakat yaitu massage, pijat bayi, penyuluhan tentang bahaya ibu hamil dengan faktor risiko terlalu jauh hamil lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Yeti, SST. SKM. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Rihama
- BKKBN. 2010. *Jarak Hamil Jauh Berisiko*. <http://kepri.bkkbn.go.id> diakses tanggal 23 februari 2017
- Depkes RI. 2010. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI 2013.
- Dewi, V.N.L. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Salemba Medika.
- Dewi. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Kota Jombang. 2015. *Profil kesehatan Kota Jombang Tahun 2015*. Jombang : Dinas Kesehatan kota Jombang.
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: Depkes RI
- JNPK-KR. 2016. *Modul Midwifery Update 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta
- Elizabeth, 2015. *Patologi Pada Kehamilan Manajemen dan Asuhan Kebidanan*. Jakarta. EGC
- Manuaba. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Mochtar, R. 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Muslihatun, 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya
- Nurasiah, Ai., dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Kuningan : PT. Refika Aditama
- Padila. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Prawirohardjo, S. 2006. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

- RI, Kementrian Kesehatan. 2014. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementrian Kesehatan dan JIKA (*Japan Internasional Cooperation Agency*)
- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil*. Surabaya : Airlangga University Press
- Rochjati, Poedji. 2011. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil*. Surabaya : Airlangga University Press
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Saifuddin, Abdul Bari. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 2*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sastro Prawirohardjo.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sastro Prawirohardjo
- Suherni, dkk. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta : Fitramaya
- Sulistiyawati, A. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Winkjosastro, G. H. 2007. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Ardiani, 2013. Jurnal *BAB II Tinjauan Pustaka Kehamilan*. eprints.undip.ac.id/.../3/Anindita_Kusuma_Ardiani_G2A009148_BabIIK. Diakses 23/02/2017
- Rochjati. 2007. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. <http://sartika-76.blogspot.com>. Diakses 20/02/2017

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 074/KTI-D3KEB/K31/073127/IV/2017
 Lamp. : -
 Perihal : Penelitian

Jombang, 07 April 2017

Kepada :

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jombang
 di
 Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan KTI yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap	: DIKA AISNA CHOTIYAWATI
No. Pokok Mahasiswa / NIM	: 14 111 0006
Prodi	: D3 Kebidanan
Judul Penelitian	: <i>Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. " I" G2P1A0 dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Ds. Sumbermulyo Kec. Jogoroto Kab. Jombang</i>

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan KTI sebagaimana tersebut diatas.
 Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua

 H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
 NIK: 01.06.054

Tembusan:

- Kepala Puskesmas Mayangan
- BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb Ds. Sumbermulyo Kec. Jogoroto Kab. Jombang

Lampiran 2 Balasan Dinas



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 131 Jombang. Kode Pos : 61411
 Telp/Fax. (0321) 866197 Email : dinkesjombang@yahoo.com
 Website : www.jombangkab.go.id

Jombang, 6 Maret 2017

Nomor : 070/187/1415.17/2017
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
 Yth BPM Yuni widaryanti Amd.Keb
 Desa Sumbermulyo, Kec. Jogoroto
 di

J o m b a n g

Menindak lanjuti Surat Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Jombang Nomor : 009/KTI-D3KEB/K31/073127/II/2017 tanggal 06 Maret 2017 perihal izin penelitian. Maka mohon berkenan BPM Saudara sebagai tempat penelitian mahasiswa Prodi D III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Adapun nama mahasiswanya adalah :

Nama : **Dika Aisna Chotiyawati**

Nomor Induk : 141110006

Judul : Asuhan kebidanan komprehensif Resiko Tinggi pada Ny "i"
 G2P1A0 dengan jarak kehamilan terlalu jauh di Desa
 Sumbermulyo, Kec.Jogoroto, Kab.Jombang

Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan
 - Segala sesuatu yang terkait dengan kegiatan /
 pembimbingan di lapangan agar dimusyawarahkan
 bersama mahasiswa yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
 KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JOMBANG
 DINAS KESEHATAN
 drg. **INNA SILESTYOWATI, M. Kes.**
 NIP. 19690623 200212 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
 Insan Cendekia Medika Jombang
2. Mahasiswa yang bersangkutan

Lampiran 3 Lembar Prey Survey Data

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 009/KTI-D3KEB/K31/073127/II/2017
 Lamp. : -
 Perihal : Pre survey data

Jombang, 24 Februari 2017

Kepada :

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang
 di
 Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan KTI yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Pre survey data kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : DIKA AISNA CHOTIYAWATI
 No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 111 0006
 Prodi : D3 Kebidanan
 Judul Penelitian : *Asuhan Kebidanan Komprehensif Resiko Tinggi dengan Jarak Kehamilan Terlalu Jauh*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan KTI sebagaimana tersebut diatas.
 Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


B. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
 NIK: 01.06.054

Lampiran 4 Lembar Nota Dinas



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN

JL. KH. Wahid Hasyim No. 131 Jombang. Kode Pos : 61411
 Telp/Fax. (0321) 866197 Email : dinkesjombang@yahoo.com
 Website : www.jombangkab.go.id

NOTA DINAS

D a r i : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang
 Kepada : Yth. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes.Kab. Jombang
 Tanggal : 06 Maret 2017
 Nomor : 070/032/415.17/2017
 Sifat : -
 Lampiran : -
 Hal : Pengambilan Data

Menindaklanjuti Surat dari Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Nomor : 09/KTI-D3 KEB/K31/073127/III/2017 tanggal : 24 Februari 2017 perihal Pengambilan Data. Pada prinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa D III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang melakukan kegiatan pengambilan data di Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang.

Dengan ini kami harap seksi dapat memberikan data yang dimaksud kepada :

Nama : **Dika Aisna Chotiyawati**
 N I M : 141110006
 Judul Data : Asuhan Kebidanan Komprehensif Resiko Tinggi dengan jarak Kehamilan terlalu jauh
 Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

PK. KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JOMBANG
 DINAS KESEHATAN

drg. INNA SILESTYOWATI, M. Kes.
 NIP. 19690623 200212 2 001

Lampiran 5 Lembar Ijin Penelitian BPM



No : 027/SP-BD/073127/II/2017 Jombang, 16 Februari 2017
 Lamp : -
 Perihal : Penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA)

Kepada :
 Yth. Yuni Widaryanti, Amd.Keb
 Di
 Tempat

Dengan hormat,

Memasuki Tahun Ajaran Genap 2016/2017 dimana proses pembelajaran semester VI (enam) yaitu penyusunan LTA yang merupakan prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/ibu untuk memberikan ijin kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : Dika Aisna Chotiyawati
 No. Pokok Mahasiswa/ NIM : 141110006
 Tingkat / Semester : VI
 Judul Penelitian : Asuhan kebidanan komprehensif pada Ny "I" dengan jarak kehamilan terlalu jauh

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan laporan tugas akhir sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Hormat kami,
 Kaprodi D3 Kebidanan



Lusiana Meinawati, SST., M.Kes
 NIK. 02. 08. 126

Lampiran 6 Surat Pernyataan Kesanggupan Bidan

SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yuni Widaryanti Amd, Keb

Alamat praktik : Ds. Sumbermulyo Kec. Jogoroto, Kab. Jombang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Ismiati

Alamat : Ds. Sumbermulyo Kec. Jogoroto, Kab. Jombang

Hamil ke : 2

Tafsiran persalinan : 12 April 2017

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 : Dika Aisna Chotiyawati

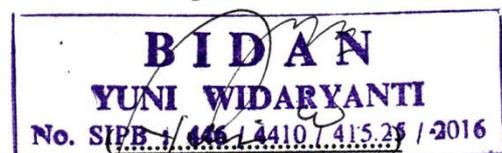
Semester : VI

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, Februari 2017



Lampiran 7 Informed Consent

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ismiati
Alamat : Desa Sumbermulyo Kec. Jogoroto Kab. Jombang
BPM : Yuni Widaryanti Amd, Keb

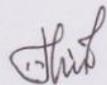
Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi pasien dari masa hamil sampai dengan keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan secara komprehensif untuk memenuhi Laporan Tugas Akhir Oleh :

Nama : Dika Aisna Chotiyawati
NIM : 141110006
Kelas/semester : VI/A
Prodi : D3 Kebidanan
Institusi : STIKes ICMe Jombang

Jombang, Februari 2017

Mengetahui,

Pasien



Ismiati

Mahasiswa



Dika Aisna C.

Lampiran 8 Buku KIA (Identitas, Catatan Perkembangan Kehamilan)

Nomor Registrasi	:	15 / 116
Nomor Urut	:	
Tanggal menerima buku KIA	:	
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	:	Xuni. W.
Nama Ibu	:	ISMIATI
Tempat / Tgl lahir	:	Jombang, 28-04-1982 / 34 th
Kehamilan ke	:	1 Anak Terakhir umur: 11 tahun
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	:	
Pekerjaan	:	Karyawan
No. JKN	:	
Nama Suami	:	Ibrahim
Tempat / Tgl lahir	:	Banyuwangi, 6-6-1978 / 38 th
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	Tidak sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	:	
Pekerjaan	:	Kuli
Alamat Rumah	:	Sumber Mulyo Tengah
Kecamatan	:	Jagoroto
Kabupaten / Kota	:	Jombang
No. Telpn yang bisa dihubungi	:	
Nama Anak	:	L/P*
Tempat / Tgl Lahir	:	
Anak Ke	:	dari anak
No. Akte Kelahiran	:	

* Lingkari yang sesuai

iv

ANC Terpadu di Puskesmas

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)

20/17. S = ket ⊖
 O = FO = kea
 I = karies ⊖, karies ⊕
 A = kas-1

- pro Scal
 - DHE

dtg. Hamam.

Lampiran 9 Kartu Skor Poedji Rochyati

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

Nama: Ny. T. Umur Ibu: 34 Th. 12/4/17
 Hamil ke: 2. Haid terakhir tgl: 5/7/16 Perkiraan persalinan tgl:bl
 Pendidikan ibu: SMA Suami: T. 1 Pekerjaan ibu: RT Suami:

KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV. Tribulan			
				I	II	III	III..
		Skor Awal Ibu Hamil	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 1 > 35 Th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 Th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 Th)	4			4	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 lang/vakum b. Uri dirongoh c. Diberi infus/transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah b. Mararis c. TBC Paru 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 (hydramion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan Itr	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/Kecang-kejang	8				
JUMLAH SKOR						6	6

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	PERSALINAN DENGAN RISIKO			RUJUKAN		
			RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RDB	RDR	RTW
2	KPR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	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 Dini Berencana (RDB)
 2. Rujukan Dalam Rahim
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 3. Rujukan Terlambat (RTlt)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko II
 1. Pendarahan antepartum
 2. Eklamsia
 3. Komplikasi Obstetrik
 4. Pendarahan postpartum
 5. Uri Tertinggal
 6. Persalinan Lama
 7. 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 Pervaginam 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
TEMPAT PERSALINAN :
 1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

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 adalada

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

KELUARGA BERENCANA : 1. Ya,/Sterilisasi

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak

Lampiran 10 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

A. MASUK KAMAR BERSALIN ANAMNESE
 Tgl. : 11-04-2017 Jam : 04.15 WIB
 His mulai tgl : 11-04-2017 Jam : 00.00 WIB
 Darah : (4)
 Lendir : (2)
 Ketuban pecah : belum Jam :
 Keluhan lain :

B. KEADAAN UMUM
 Tensi : 110 / 70 mmHg
 Suhu / Nadi : 35°C / 82 x / mnt
 Oedema : -
 Lain - Lain : =

C. PEMERIKSAAN OBSTETRIK
 1. Palpasi : TFU : 31 cm
 2. DJJ : 133 x / mnt
 3. His 10" : 3 x, lama ... 35 ... detik
 4. VT. Tgl : 11-04-2017
 5. Hasil : Ø : 3 cm, eff : 25 %, ket (4), HII
 6. Pemeriksa :

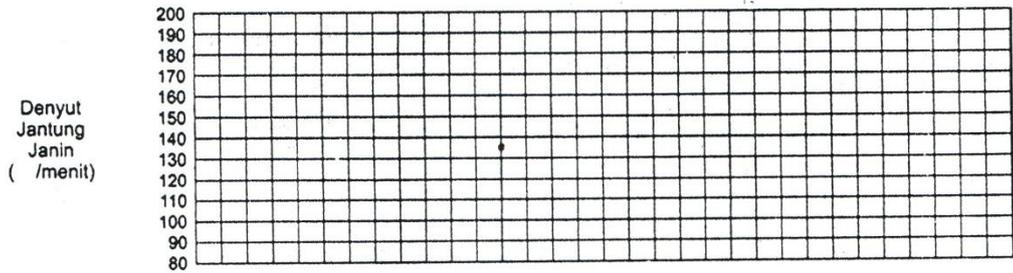
OBSERVASI KALA I (Fase Laten ø < 4 cm)

Tanggal	Jam	HIS dlm 10"		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Keterangan
		Berapa kali	Lamanya						
11-04-2017	04.15	3	35'	133	110/70	35°C	82 x/mnt	Ø : 3 cm eff : 25 % Ket (4), HII.	
	04.45	3	40	142			80 x/mnt		
	05.15	4	40	140			84 x/mnt		
	05.45	4	40	147			82 x/mnt		

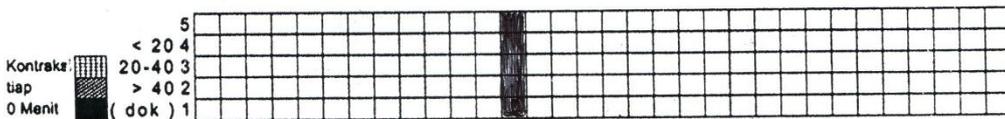
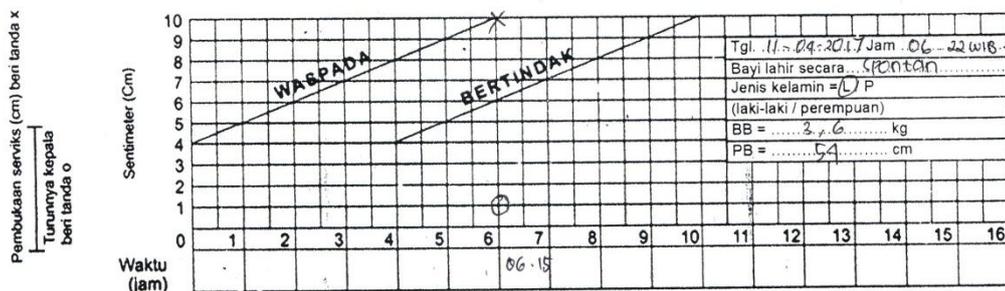
Lampiran 11 Lembar Partograf

PERSALINAN NORMAL PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : Ny I Umur : 34 th G I P I A 0
 No. Puskesmas Tanggal : 11-09-2017 Jam : 06.15 WIB Alamat : Sumbermulyo
 Ketuban pecah Sejak jam 06.15 (amniotomi) mules sejak jam 00.00 WIB (11-09-17)

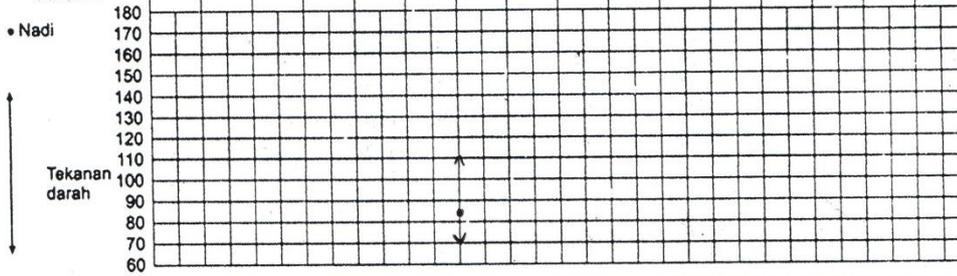


Air ketuban	J
Penyusupan	0



Oksitosin U/L tetes/menit	
---------------------------	--

Obat dan Cairan IV	
--------------------	--



Urin	Protein	
	Aseton	
	Volume	

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 11-09-2017
- Nama bidan : Yuni Widiyanti
- Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya : BPM
- Alamat tempat persalinan : Sumbermulyo
- Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / D
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
 - Ya, Indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - Suami Teman Tidak ada
 - Keluarga Dukun
- Gawat Janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 -
 -
 -
 - Tidak
- Distosia bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 -
 -
 -
 - Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III : 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U i m ?
 - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan :
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	06.45	120/70	84	36,6°C	3 gr. buah pusat	Keras	Kosong	-
	07.00	120/80	84		3 gr. buah pusat	Keras	Kosong	-
	07.15	110/70	84		3 gr. buah pusat	Keras	Kosong	-
	07.30	120/80	82		3 gr. buah pusat	Keras	Kosong	-
2	08.00	120/80	80	37,1°C	3 gr. buah pusat	Keras	Kosong	-
	08.30	110/70	80		3 gr. buah pusat	Keras	Kosong	± 50 cc

Masalah kala IV :
 Penatalaksanaan masalah tersebut :
 Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :
- Plasenta lahir lengkap (intact) Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 -
 -
 -
- Laserasi :
 - Ya, dimana : perineum
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan :
- Atoni uteri :
 - Ya, tindakan
 -
 -
 -
 - Tidak
- Jumlah perdarahan : ± 200 ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan : 3.600 gram
- Panjang : 47 cm
- Jenis kelamin : P / L
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan :
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 -
 -
 -
- Pemberian ASI
 - Ya, waktu : segera 1 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan :
- Masalah lain,sebutkan :
 Hasilnya :

Lampiran 13 Lembar Kunjungan 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. 14/9	Tgl. 17/9	Tgl. 24/9
kondisi ibu nifas secara umum	Ant. Grep	Wajim h. yam	Bale
tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi	110/70	110/70	110/70
perdarahan penevaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara	3 rotas Empus	3 rotas Syp.	Tan
lokhta dan perdarahan	Pultra	Sempultra	Perum
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	✓	✓	✓

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Buang Air Besar	Buang Air Kecil	Kesehatan Anak	Produksi ASI	Tindakan Pemberian Vit A, Fe, Terapi, Rujukan, Umpan Balik	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan (Nama Pemeriksa, Tempat Pelayanan, Parat)
-/+	-/+	Sehat	lancar	Perlanol / Ut.c.	3x1.	Ban Ym. w.
-/+	-/+	Sehat	lanc	✓ Hormon Agan	1x1 3x1	Ym. Bm. w.
-/+	-/+	Sehat	lanc	✓ Lintex. B. Pila / re1		
-/+	-/+					
-/+	-/+					
-/+	-/+					

Pelayanan KB Ibu Nifas

Tanggal/bulan/tahun			
Tempat			
Cara KB/Kontrasepsi			

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu** :

[] Sehat
 [] Sakit
 [] Meninggal

Komplikasi Nifas**:

[] Perdarahan
 [] Infeksi
 [] Hipertensi
 [] Lain-lain: Depresi post partum

[] Sehat
 [] Sakit
 [] Kelainan Bawaan
 [] Meninggal

**Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 14 Lembar Kunjungan Neonatus

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: 14/11	Tgl: 17/11	Tgl: 21/11
Berat badan(kg)	4.000 gr	4000	4.400
Panjang badan (cm)	59 cm	59 cm	59
Suhu (°C)	36.°c.	36.2.°c.	36.4
Tanyakan ibu, bayi sakit apa?			
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri			
Frekuensi napas (kali/menit)	48 x	42 x	38 x
Frekuensi denyut jantung (kali/menit)	144 x	140 x	140 x
Memeriksa adanya diare	-	-	-
Memeriksa ikterus	-	-	-
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	-	-	-
Memeriksa status pemberian vitamin K1	✓	✓	✓
Memeriksa status imunisasi HB - O	✓	✓	✓
Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK			
Skrining Hipotiroid Kongenital	-	-	-
Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) - /+			
Konfirmasi hasil SHK			
Memeriksa keluhan lain:			
.....	-	-	-
.....			
Memeriksa masalah/keluhan ibu			
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	-	-	-
Nama pemeriksa	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

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

40

Lampiran 15 Lembar Imunisasi

67/17 Sb. Mulyo Tengah

CATATAN IMUNISASI ANAK

Tgl : 11 - 09 - 2017 Afdal Aditya Jalul Fahmi Ny. Ismiati

Umur (bulan)	0	1	2	3	4	5
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi					
HB-0 (0-7hari)	11/09/17					
BCG	10-5-2017					
Polio 1	10-5-2017					
DPT-HB-Hib 1			21/6/17			
*Polio 2			21/6/17			
*DPT-HB-Hib 2						
*Polio 3						
*DPT-HB-Hib3						
*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			

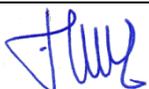
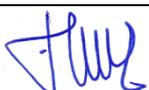
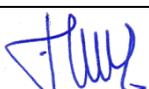
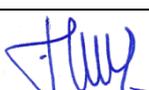
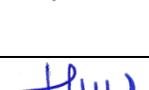
38

Lampiran 17 Lembar Bimbingan LTA

Pembimbing 1 : Any Isro'aini, SST.,M.kes

Tanggal	Masukan	TTD
14/02/2017	Acc Judul	
21/02/2017	Revisi bab I	
27/02/2017	Revisi bab I skala data, lanjut bab II	
02/03/2017	Acc bab I dan II, lanjut bab III	
06/03/2017	Revisi bab III, lanjut kunjungan II	
10/03/2017	Acc bab I,II dan III, siapkan ujian proposal	
20/04/2017	Revisi bab III	
25/04/2017	Revisi penatalaksanaan bab III	
07/05/2017	Acc bab III	
16/06/2017	Revisi bab IV	
11/07/2017	Lengkapi lampiran, siapkan sidang hasil	

Pembimbing 2 : Dwi Anik Karya S, SST.,M.Kes

Tanggal	Masukan	TTD
14/02/2017	Acc judul, lanjut bab I	
22/02/2017	Revisi bab I	
01/03/2017	Revisi bab I, lanjut bab II	
06/03/2017	Revisi bab II, lanjut bab III	
08/03/2017	Revisi bab III	
23/03/2017	Acc bab I,II dan III, lanjut sidang proposal	
26/04/2017	Revisi tatalaksana, tambah entrepreneur	
12/06/2017	Lanjut bab IV	
07/07/2017	Revisi bab IV	
10/07/2017	Revisi bab IV, tambah masalah potensial	
12/07/2017	Lanjut sidang hasil	

Lampiran 18 Lembar Enterpreneurship (Kewirausahaan)

1. Masase pada Ibu

Tanggal : 04 Mei 2017
Jam : 15.30 WIB
Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Tujuan

Untuk membantu pemulihan ibu pada masa nifas dan melancarkan peredaran darah.

2. Tahap Persiapan

a. Persiapan alat

- 1) Kasur, selimut
- 2) Minyak aromatherapi
- 3) Handuk

b. Persiapan Terapis

- 1) Menyiapkan alat dan mendekatkannya ke pasien
- 2) Mencuci tangan

c. Persiapan Lingkungan

- 1) Menutup pintu
- 2) Pastikan privasi pasien terjaga

3. Langkah Melakukan Masase

a. Pemijatan daerah punggung

- 1) Mempersiapkan pasien dan memosisikan pasien nyaman mungkin, pasien sudah siap dan dalam posisi yang nyaman.

- 2) Mengusap punggung mulai dari bagian bawah ke atas membentuk love besar (efflourage).
 - 3) Memijat seperti memeras pinggang dengan lembut dari bawah sampai bahu bagian atas.
 - 4) Mengurut dari pinggang ke bahu secara menyilang dari sisi kanan ke sisi kiri.
 - 5) Menggunakan jempol membentuk lingkaran keluar pada daerah pinggang.
 - 6) Melakukan gerakan gerusan pada daerah punggung bergerak maju mundur.
 - 7) Menggunakan tehnik siku dari pinggang ke bahu atas.
 - 8) Mengakhiri dengan tehnik efflourage.
- b. Pemijatan daerah lengan
- a. Mengusap dengan lembut mulai dari lengan bawah ke atas sebanyak ± 5 kali (efflourage).
 - b. Membentuk huruf V diantara ibu jari dan jari telunjuk kemudian pijat dari lengan bawah ke atas.
 - c. Membuat bentuk hati antara ibu jari dan jari telunjuk dengan arah naik turun saat memijat dimulai dari lengan bawah ke atas.
 - d. Mengusap seperti bentuk daun dari tengah ke luar.
 - e. Melakukan pijatan dengan gerusan dari bawah ke lengan atas.
 - f. Mengakhiri dengan gerakan efflourage.
- c. Pemijatan daerah kaki
- a. Memijat dengan gerakan efflourage.

- b. Membentuk huruf V di mulai dari bawah ke atas.
- c. Memijat seperti meremas dengan lembut pada daerah betis sampai ke lutut.
- d. Menggunakan jempol dengan membuat setengah lingkaran seperti gerakan membentuk daun dari bawah ke atas.
- e. Melakukan gerusan ke arah atas.
- f. Menahan lutut dengan tangan satu kemudian tangan yang lain melakukan dorso fleksi dan ekstensi secara bergantian pada telapak kaki dengan lembut.
- g. Menggosok telapak kaki dengan arah ke atas dan ke bawah menggunakan buku-buku jari.
- h. Mengakhiri dengan efflourage.

2. Masase pada Bayi

Tanggal : 04 Mei 2017
Jam : 15.00 WIB
Oleh : Dika Aisna Chotiyawati

1. Tujuan

Untuk mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan bayi.

2. Tahap Persiapan

a. Persiapan alat

- 1) Kasur
- 2) Minyak aromatherapi

b. Persiapan Terapis

- 1) Menyiapkan alat dan mendekatkannya ke bayi
- 2) Mencuci tangan

3. Langkah Melakukan Masase

a. Pemijatan daerah kaki

- 1) Memijat dengan tehnik efflourage mulai dari kaki bawah sampai pangkal paha.
- 2) Memijat dengan gerakan seperti memeras susu secara lembut dari kaki bawah sampai pangkal paha.
- 3) Memijat/mengelus-elus telapak kaki.
- 4) Jari kaki diplintir-pintir dan tarik dengan lembut.
- 5) Memeras pergelangan kaki dan pergelangan paha secara bergantian.

- 6) Mengakhiri dengan tehnik efflourage.
- b. Pemijatan daerah perut
 - 1) Memijat dengan tehnik efflourage secara lembut pada perut.
 - 2) Memijat dengan tehnik I LOVE U yaitu tangan kiri membentuk huruf I dimulai dari sisi perut kiri ke atas, kemudian setelah membentuk huruf I dilanjutkan membentuk huruf L terbalik setelah kebawah membentuk huruf U terbalik sesuai dengan pencernaan.
 - 3) Mengakhiri dengan tehnik efflourage.
 - c. Pemijatan daerah dada
 - 1) Memijat membentuk huruf X secara perlahan-lahan.
 - d. Pemijatan daerah lengan
 - a. Memijat dengan tehnik efflourage secara perlahan-lahan.
 - b. Memegang pangkal lengan sampai ujung seperti memeras susu dengan lembut.
 - c. Mengusap punggung tangan.
 - d. Memlintir jari bayi dan menariknya dengan lembut.
 - e. Memeras pergelangan tangan dan pergelangan lengan.
 - f. Mengakhiri dengan gerakan efflourage.
 - e. Pemijatan daerah muka
 - 1) Meletakkan ibu jari diatas alis.
 - 2) Memijat seperti membentuk alis.
 - 3) Memijat dari pertengahan alis turun ke bawah melalui lipatan hidung.

- f. Pemijatan daerah punggung
 - 1) Memijat dimulai dari punggung atas sampai lumbal dengan lembut.

Lampiran 19 Dokumentasi (Kunjungan ANC)



Perawatan Bayi Baru Lahir



Kunjungan Nifas



Kunjungan Neonatus



Kunjungan Kb



Masase pada bayi



Masase pada ibu





Lampiran 20 Pernyataan Bebas Plagiasi

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : DIKA AISNA CHOTIYAWATI

NIM : 141110006

Jenjang : Diploma

Program Studi : Kebidanan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 03 Agustus 2017

Saya yang menyatakan,



DIKA AISNA CHOTIYAWATI
NIM : 141110006