

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “I”  
G2P1A0 32 MINGGU DENGAN KEHAMILAN RESIKO  
TINGGI (JARAK KEHAMILAN TERLALU DEKAT)  
DI BPM MINARTI DESA TRAWASAN  
KECAMATAN SUMOBITO  
KABUPATEN JOMBANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**



**SYARIFATUL MUTINGAH**

**141110045**

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

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "I" G2P1A0  
32 MINGGU DENGAN KEHAMILAN RESIKO TINGGI  
(JARAK KEHAMILAN TERLALU DEKAT)  
DI BPM MINARTI DESA TRAWASAN  
KECAMATAN SUMOBITO  
KABUPATEN JOMBANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

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

**Oleh :  
SYARIFATUL MUTINGAH  
141110045**

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

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

### **ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “I” G2P1A0 32 MINGGU DENGAN KEHAMILAN RESIKO TINGGI (JARAK KEHAMILAN TERLALU DEKAT) DI BPM MINARTIDESA TRAWASAN KECAMATAN SUMOBITO KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :  
Nama : Syarifatul Mutingah  
Nim : 14.111.045

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

Menyetujui,  
Pembimbing I

**HENNY SULISTYAWATI, SST., M.Kes**  
**NIK : 02. 09. 214**

Pembimbing II

**NURLIA ISTI MALATUZZULFA, SST., M.Kes**  
**NIK : 02. 09. 204**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY “I” G2P1A0  
32 MINGGU DENGAN KEHAMILAN RESIKO TINGGI  
(JARAK KEHAMILAN TERLALU DEKAT )  
DI BPM MINARTI DESA TRAWASAN  
KECAMATAN SUMOBITO  
KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Syarifatul Mutingah

Nim : 14.111.045

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 21 Juli 2017  
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat dapat diterima.

Mengesahkan,  
**TIM PENGUJI**

|                      | NAMA  | TANDA TANGAN |
|----------------------|---|--------------|
| <b>Penguji Utama</b> | <b>:<u>Lilis Surya Wati , SST ., M.Kes</u><br/>NIK . 02. 08. 106</b>          | .....        |
| <b>Penguji I</b>     | <b>:<u>Henny Sulistyawati, SST.,M.Kes</u><br/>NIK. 02. 09. 214</b>            | .....        |
| <b>Penguji II</b>    | <b>:<u>Nurlia Isti Malatuzzulfa, SST.,M.Kes</u>.....<br/>NIK. 02. 09. 204</b> | .....        |

Mengetahui

Ketua STIKes ICME

Ketua Program Studi D-III Kebidanan

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

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

**PERNYATAAN KEASLIAN**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : SYARIFATUL MUTINGAH

NIM : 141110045

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, 27 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



SYARIFATUL MUTINGAH  
NIM : 141110045

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Ponorogo pada tanggal 27 November 1995. Penulis merupakan anak kedua dari Bapak Tukimin dan IbuTuminah.

Tahun 2008 penulis lulus dari SDN I Josari Jetis Ponorogo, tahun 2011 penulis lulus dari MTsN 1 Jetis Ponorogo dan tahun 2014 penulis lulus dari SMK Kesehatan BIM Ponorogo. Pada tahun 2015 masuk STIKES Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis memilih program Studi D III Kebidanan dari lima pilihan program studi yang ada di “STIKES ICME” Jombang,

Demikian Riwayat Hidup ini saya buat dengan sebenarnya.

Jombang, 21Juli 2017

Syarifatul Mutingah

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat rahmat Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny “I” G2P1A0 32 Minggu Dengan Kehamilan Resiko Tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat)” 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, SH.,S.KepNers.,MH, 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. Henny Sulistyawati,SST.,M.Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan
4. Nurlia Isti Malatuzzulfa, SST.,M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
5. Lilis Surya Wati, SST.,M.Kes selaku penguji utama yang telah memberikan masukan dan arahan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
6. Minarti, Amd.Keb, yang telah memberikan ijin untuk melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir di BPM,
7. Ibu Imroatul Hasanah selaku responden atas kerjasamanya yang baik.
8. Bapak, Ibu, kakak saya atas cinta, dukungan dan doa selalu diberikan sehingga Laporan Tugas Akhir ini selesai pada waktunya.

9. Semua rekan mahasiswa seangkatan dan pihak-pihak yang terkait dan banyak membantu dalam 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, 21 Juli 2017

Penulis

## RINGKASAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "I" G2P1A0 32 MINGGU  
DENGAN KEHAMILAN RESIKO TINGGI  
(JARAK KEHAMILAN TERLALU DEKAT)  
DI BPM MINARTI DESA TRAWASAN  
KECAMATAN SUMOBITO  
KABUPATEN JOMBANG**

Oleh :  
Syarifatul Mutingah  
141110045

Kehamilan dan persalinan merupakan proses alami, tetapi bukannya tanpa resiko dan merupakan beban tersendiri bagi seorang wanita. Ibu dapat mengalami beberapa keluhan fisik dan psikologis, diantaranya mengalami kesukaran selama kehamilan dan persalinan, tetapi kebanyakan ibu tersebut pulih sehat kembali setelah mempunyai bayi yang normal dan sehat. Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat) merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus karena Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat) dapat menyebabkan komplikasi baik pada ibunya maupun janinnya. Tujuan LTA ini adalah memberikan asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, Neonatus dan KB pada ibu dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat).

Metode Asuhan dalam LTA ini adalah dengan wawancara, observasi dan penatalaksanaan asuhan. Subyek dalam asuhan ini adalah Ny "I" G2P1A0 32 minggu dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat) di BPM Minarti Amd.Keb DesaTrawasan Kecamatan Sumobito KabupatenJombang.

Hasil asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny "I" selama kehamilan trimester III dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat), pada persalinan spontan tanpa ada penyulit, pada masa nifas dengan nifas normal, pada BBL dengan BBL normal, pada neonatus dengan neonatus normal, 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, tidak ditemukan adanya penyulit dari mulai kehamilan, persalinan, nifas dan neonatus. Disarankan kepada bidan untuk melakukan scrinning secara teratur pada semua ibu hamil di setiap kunjungan dan melakukan asuhan kebidanan secara kolaborasi bila ditemukan adanya komplikasi

**Kata Kunci** : Asuhan Kebidanan, Komprehensif, Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat).

## DAFTAR ISI

|  |             |
|--|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL</b> .....                         | <b>i</b>    |
| <b>HALAM PERSETUJUAN</b> .....                     | <b>ii</b>   |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....                    | <b>iii</b>  |
| <b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....                    | <b>iv</b>   |
| <b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....                  | <b>v</b>    |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....                        | <b>vi</b>   |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                            | <b>vii</b>  |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....                          | <b>xiii</b> |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....                       | <b>ix</b>   |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>                           |             |
| 1.1 Latar Belakang.....                            | 1           |
| 1.2 Rumusan Masalah.....                           | 3           |
| 1.3 Tujuan.....                                    | 3           |
| 1.4 Manfaat.....                                   | 5           |
| 1.5 RuangLingkup .....                             | 6           |
| <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>                      |             |
| 2.1 Konsep Dasar Kehamilan Trimester III .....     | 7           |
| 2.2 Konsep Dasar Persalinan .....                  | 32          |
| 2.3 Konsep Dasar Nifas .....                       | 63          |
| 2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....              | 71          |
| 2.5 Konsep Dasar Neonatus.....                     | 84          |
| 2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana .....          | 93          |
| 2.7 Konsep Dasar Pahtologi .....                   | 15          |
| 2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan .....            | 28          |
| <b>BAB 3 ASUHAN KEBIDANAN</b>                      |             |
| 3.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III ..... | 98          |
| 3.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin.....        | 105         |
| 3.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas.....           | 121         |
| 3.4 Asuhan Kebidanan pada BBL.....                 | 113         |
| 3.5 Asuhan Kebidanan pada Neonatus.....            | 116         |
| 3.6 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....       | 129         |
| <b>BAB 4 PEMBAHASAN</b>                            |             |

|  |     |
|--|-----|
| 4.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan TM III.....   | 132 |
| 4.2 Asuhan Kebidanan Persalinan .....        | 141 |
| 4.3 Asuhan Kebidanan Nifas.....              | 149 |
| 4.4 Asuhan Kebidanan BBL.....                | 154 |
| 4.5 Asuhan Kebidanan Neonatus.....           | 159 |
| 4.6 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana..... | 162 |
| <b>BAB 5 PENUTUP</b>                         |     |
| 5.1 Kesimpulan.....                          | 165 |
| 5.2 Saran.....                               | 166 |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....                  | 167 |
| <b>LAMPIRAN</b> .....                        | 169 |

## DAFTAR TABEL

|  |     |
|--|-----|
| Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Kehamilan .....                        | 8   |
| Tabel 2.2 Nilai Apgar Skor .....                                     | 71  |
| Tabel 4.1 Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel ANC.....         | 133 |
| Tabel 4.2 Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel INC.....         | 142 |
| Tabel 4.3 Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel PNC.....         | 150 |
| Tabel 4.4 Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Neonatus... | 154 |
| Tabel 4.5 Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel KB.....     | 162 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|  |     |
|--|-----|
| Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin BPM .....                     | 169 |
| Lampiran 2 Surat Persetujuan Bidan .....                       | 170 |
| Lampiran 3 Surat Persetujuan Pasien .....                      | 171 |
| Lampiran 4 Surat ijin penelitian Dinas Kesehatan Jombang ..... | 172 |
| Lampiran 5 Surat Tindak Lanjut Dinas Kesehatan Jombang .....   | 173 |
| Lampiran 6 Buku KIA .....                                      | 174 |
| Lampiran 7 Ibu Bersalin .....                                  | 181 |
| Lampiran 8 Partograf .....                                     | 182 |
| Lampiran 9 Pemeriksaan nifas.....                              | 185 |
| Lampiran 10 Pemeriksaan BBL dan Neonatus.....                  | 186 |
| Lampiran 11 KB.....  | 187 |
| Lampiran 12 Konsultasi.....                                    | 188 |
| Lampiran 13 Pernyataan Bbas Plagiasi.....                      | 190 |
| Lampiran 14 Dokumentasi.....                                   | 191 |

## DAFTAR SINGKATAN

|       |                                   |
|-------|-----------------------------------|
| AKDR  | : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim    |
| 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                 |
| BBLER | : Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah |
| BBLR  | : Berat Bayi Lahir Rendah         |
| BBLSR | : Bayi Berat Lahir Sangat Rendah  |
| DJJ   | : Denyut Jantung Janin            |
| Fe    | : Feros                           |
| G     | : Gravida                         |
| HPHT  | : Hari Pertama Haid Terakhir      |
| HPL   | : Hari Perkiraan Lahir            |
| HPP   | : Haemorrhagic Post Partum        |
| IM    | : <i>Intra Muskular</i>           |
| IMD   | : Inisiasi Menyusui Dini          |
| IMS   | : Infeksi Menular Seksual         |
| IUGR  | : Intrauterine Growth Restriction |
| KB    | : Keluarga Berencana              |
| KBA   | : Keluarga Berencana Alamiah      |
| KIE   | : Komunikasi Informasi Eduka      |

|      |  |
|------|--|
| KN 1 | : Kunjungan 1  |
| KN 2 | : Kunjungan 2  |
| KPD  | : Ketuban Pecaha Dini                                |
| MAL  | : <i>Metode A menorrhoe Laktasi</i>                  |
| MTBS | : Manajemen Terpadu Balita Sakit                     |
| P    | : <i>Para</i>  |
| PAP  | : Pintu Atas Panggul                                 |
| PBP  | : Pintu Bawah Panggul                                |
| PNC  | : <i>Post Natal Care</i>                             |
| S    | : Suhu   |
| SC   | : Seksio Caesaria                                    |
| SOAP | : Subyektif, Obyektif, Analisa data, Penatalaksanaan |
| TBC  | : Tuberculosis                                       |
| TBJ  | : Tafsiran Berat Janin                               |
| TFU  | : Tinggi Fundus Uteri                                |
| TM   | : Trimester  |
| TTV  | : Tanda Tanda Vital                                  |
| UK   | : Usia Kehamilan                                     |
| VT   | : Vaginal Toucher                                    |
| VTV  | : Ventilasi Tekanan Positif                          |
| WHO  | : World Health Organization                          |

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Kehamilan dan persalinan merupakan proses alami, tetapi bukannya tanpa resiko dan merupakan beban tersendiri bagi seorang wanita. Ibu dapat mengalami beberapa keluhan fisik dan psikologis, diantaranya mengalami kesukaran selama kehamilan dan persalinan, tetapi kebanyakan ibu tersebut pulih sehat kembali setelah mempunyai bayi yang normal dan sehat (Manuaba, 2010). Resiko kehamilan merupakan keadaan menyimpang dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi (Manuaba,2008,). Masalah resiko tinggi pada ibu hamil salah satunya ialah Jarak kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun). Jarak kehamilan terlalu dekat merupakan jarak antara kehamilan satu dengan berikutnya kurang dari 2 tahun. Sejumlah sumber menyatakan bahwa jarak ideal kehamilan sekurang-kurangnya 2 tahun, proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1-3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukkan proporsi kematian maternal lebih banyak.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2015 memperkirakan ibu besalin yang mengalami perdarahan postpartum(25 %). Di Indonesia menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2015, angka anemia yang terjadi sebanyak 51%, perdaahan dengan jarak kehamilan terlalu dekat (24%), BBLR(7,3%), infeksi (11%). Dari profil kesehatan mempekirakan

perdarahan( 28%), infeksi (11%),abortus (5%) , jarak terlalu dekat (5%) perdarahan menempati presentasi tertinggi (Profil Kesehatan Indonesia 2015). Di Jawa Timur tahun 2015 memperkiakan perdarahan akibat jarak kehamilan terlalu dekat (25,57%), infeksi (6,17) (Profil Jatim 2015). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang didapatkan angka berdasarkan data jumlah kematian maternal saat kehamilan berjumlah 0 orang, pada saat persalinan berjumlah 2 orang dan pada saat nifas berjumlah 14 orang. Dengan demikian di kabupaten Jombang pada tahun 2015 tercatat 16 kasus kematian maternal.(Dinkes Jombang 2015). Data dari catatan di BPM Minarti didusun Trawasan pada tanggal 15 februari terdapat 115 ibu hamil di tahun 2016, jumlah resiko tinggi ada 10 orang dan terdapat 3 kasus ibu hamil dengan resiko tinggi jarak kehamilan terlalu dekat. Berdasarkan studi pendahuluan 2 orang ibu hamil dengan jarak kehamilan terlalu dekat tersebut memiliki skor lebih banyak dibandingkan Ny "I", sehingga didapatkan pasien Ny "I" G2P1A0 usia 26 tahun Hamil dengan Jarak Kehamilan Terlalu Dekat dikarenakan Ny "I" sebelumnya tidak menggunakan KB.

Beberapa hal penyebab terjadinya jarak kehamilan terlalu dekat yaitu oleh karena ibu memang sengaja tidak menggunakan alat kontrasepsi, kegagalan dalam penggunaan alat kontrasepsi sehingga kehamilan tidak direncanakan , dan rendahnya pengetahuan tentang kehamilan . kehamilan dengan jarak terlalu dekat ini akan berdampak pada kehamilan diantaranya, anemia dalam kehamilan, perdarahan. Pada proses persalinan bisa menyebabkan persalinan lama, perdarahan, pada janin bisa menyebabkan bayi lahir premature atau BBLR, asfiksia, dan pada masa nifas bisa

menyebabkan terjadi infeksi masa nifas (Rahmadewi,2011). Untuk mengatasi hal tersebut menyarankan ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi yang efektif dan berjangka panjang, yaitu AKDR dan Implant (SDKI 2002-2003).

Untuk mengatasi ibu hamil dengan jarak kehamilan terlalu dekat maka menganjurkan pasien untuk periksa secara rutin dari TM I sampai TM III, pada TM III periksa sesering mungkin pada kehamilan usia 32 2minggu sekali dan pada usia kehamilan 36 minggu 1 minggu sekali,menganjurkan untuk ANC terpadu dan melakukan scrinning ibu hamil secara rutin, segera periksa apabila ada masalah ,tanda bahaya atau jika merasa khawatir,. Segera setelah masa nifas untuk melakukan pemasangan KB, agar kasus dengan jarak kehamilan terlalu dekat tersebut dapat dihindari.(Romauli,2011)

Berdasarkan uraian diatas penulis penting untuk melakukan studi kasus tentang Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif pada Ny”I” dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti di Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Bagaimana Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif pada Ny I dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017?”

## **1.3 Tujuan Penyusunan LTA**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny ”I“ dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) dan di

dokumentasikan dalam bentuk SOAP di BPM Minarti di Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Melakukan asuhan kebidanan ibu hamil trimester III pada Ny "I" dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti di Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017
- 2 Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny" I" dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti di Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017.
- 3 Melakukan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny" I " dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti di Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017.
- 4 Melakukan asuhan kebidanan BBL pada bayi Ny" I" dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti di Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017.
- 5 Melakukan asuhan kebidanan neonatus pada bayi Ny" I " dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti di Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017.

- 6 Melakukan asuhan kebidanan KB pada Ny "I" dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti di Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang tahun 2017.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat teoritis

Sebagai informasi ilmu pengetahuan yang berguna khususnya kebidanan sehingga dapat menambah wawasan pengetahuan tentang *continuity of care* pada ibu hamil dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) yang berkualitas dan bermutu.

### 1.4.2 Manfaat praktis

#### 1. Bagi klien

Klien merasa aman dan nyaman dengan adanya Asuhan Kebidanan Komprehensif yang berfokus pada kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat). Sebagai tambahan pengalaman dan informasi dalam memberikan asuhan secara komprehensif terutama pada ibu hamil dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat).

#### 2. Bagi lahan praktek atau BPM

Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak ( KIA ) yaitu asuhan sayang ibu, khususnya dalam memberikan informasi tentang kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat).

### 3. Bagi peneliti

Sebagai tambahan pengalaman dan informasi dalam memberikan asuhan secara komprehensif terutama pada ibu hamil dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat).

## 1.5 Ruang Lingkup

### 1.5.1 Sasaran

Sasaran dalam asuhan *continue of care* ini adalah Ny I dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) di BPM Minarti . Mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB yang dilakukan sesuai standart asuhan kebidanan.

### 1.5.2 Tempat

Studi kasus ini dilakukan di BPM Minarti

### 1.5.3 Waktu

Asuhan kebidanan ini dilaksanakan pada bulan Februari sampai dengan Juni tahun 2017.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Kehamilan TM III**

##### **2.1.1 Pengertian Kehamilan TM III**

Kehamilan TM III adalah kehamilan yang dihitung dari bulan ketujuh sampai 9 bulan( Prawirohardjo,2009).

Kehamilan TM III adalah kehamilan yang terjadi pada minggu ke 28 sampai 40 minggu (Prawirohardjo, 2009). Proses perkembangan janin pada TM III antara lain, :

a. Janin Usia 28 Minggu

Janin dapat bernafas, menelan dan mengatur suhu, surfaktan terbentuk didalam paru-paru, mata mulai membuka dan menutup.

b. Janin Usia 32 Minggu

Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisah bayi setelah lahir, mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor,verniks kaseosa yang tebal menutupi seluruh tubuh janin.

c. Janin Usia 36-40 Minggu

Pada akhir bulan ini, kulit menjadi halus tanpa kerutan karena lemak subkutan menebal dari cadangan tambahan. Rambut memanjang, kuku pada jari kaki telah mencapai ujungnya, dan testis biasanya sudah turun ke skrotum. Lanugo menghilang pada hampir seluruh tubuh. (Varney,2007)

## 2.1.2 Perubahan Fisiologis Trimester III

### 1. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

#### a. Uterus

Uterus yang berat mulanya 30 gram akan mengalami *hipertrofi* dan *hiperplasia*, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan.

**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 : Manuaba, 2010)

#### b. Serviks

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

#### c. 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.

d. 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.

e. Kulit

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

f. Payudara

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.

g. Perubahan Metabolisme

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

#### h. 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. (Prawiohardjo, 2009).

### 2.1.3 Kebutuhan Kesehatan Pada Ibu Hamil TM III

#### 1. Kebutuhan Fisik

##### a. Nutrisi

Kebutuhan makanan ibu hamil mutlak harus dipenuhi. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, *Intrauterine growth restriction* (IUGR), inersia uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis puerperalis, dan lain-lain, sesuai indikator untuk status gizi kurang atau buruk dapat diukur dengan LILA normal 23,5cm atau lebih bagi ibu hamil (Manuaba, 2009). Sedangkan kelebihan makanan akan berakibat kegemukan, pre-eklamsia, janin terlalu besar, dan sebagainya. Selama kehamilan ibu hamil harus mengalami penambahan berat badan dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan dengan normal 10-12 kg. (Sulistyawati, 2011)

b. Kebutuhan Energy

Widya Karya Pangan dan Gizi Nasional menganjurkan untuk memberikan suplemen asam folat 280,660 dan 470 mikrogram pada trimester III.

c. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil seperti pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, Pakailah bra yang menyokong payudara, Memakai sepatu dengan hak yang rendah, Pakaian dalam yang selalu bersih.

d. Istirahat

Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri.

- e. Perawatan payudara
  - a) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat.
  - b) Jika ditemukan cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi air susu ibu (ASI) sudah dimulai.  
(Sulistyawati,2009).
- f. Terapi

Terapi yang didapat ibu pada trimester III adalah tablet Fe, protein,karbohidrat,zat lemak, mineral dan bermacam-macam garam terutama fosfor, kalsium ,vitamin,splemen ,makanan dan air  
(Sulistyawati,2009).

#### **2.1.4 Keadaan Fisiologis Pada Kehamilan TM III**

- a. Sakit bagian tubuh belakang

Sakit pada daerah tubuh belakang, karena meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan anda yang dapat mempengaruhi postur tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang. Cara mengatasi adalah dengan istirahat yang cukup, jangan berdiri dalam waktu yang lama, jangan melakukan aktifitas fisik yang berat, posisi istirahat yang paling baik adalah tidur dengan posisi miring kiri, dan relaksasi akan mengurangi nyeri pada pinggang.

b. Konstipasi

Pada trimester tiga ini sering terjadi konstipasi karena tekanan rahim yang membesar ke daerah usus selain perubahan hormon progesteron. Cara mengatasinya adalah dengan minum cairan yang cukup banyak. Paling tidak 2 liter dalam sehari. Perbanyak konsumsi makanan berserat, seperti buah-buahan dan sayuran.

c. Pernafasan

Pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil akan merasa sedikit susah bernafas. Hal ini karena paru-paru anda bekerja lebih besar dari biasanya untuk memenuhi kebutuhan oksigen anda dan bayi anda. Kerja ini semakin berat saat kehamilan lanjut di mana bayi dalam kandungan semakin membesar dan menekan di bawah diafragma. Cara mengatasinya dengan tidur posisi miring kiri.

d. Sering buang air kecil

Pembesaran rahim ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing anda.

e. Timbul Striae Gravidarum

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis dibawah kulit sehingga menimbulkan striae gravidarum. (Sulistyawati,2009)

### 2.1.5 Tanda Bahaya Pada Kehamilan TM III

#### 1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 28 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.

- a. Solusio Plasenta
- b. Plasenta Previa

#### 2. 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) (Taufan,2010)

#### 3. Gerakan Janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 28 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.

#### 4. 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 (Sulistyawati,2009)

### **2.1.6 Ibu hamil golongan resiko tinggi**

Ada beberapa golongan ibu hamil yang dikatakan memiliki resiko tinggi walaupun dalam kesehariannya hidup dengan sehat dan tidak menderita suatu penyakit. Maksud dari golongan beresiko yaitu ibu yang cenderung beresiko mengalami kesulitan pada waktu kehamilan dan persalinannya, hal ini sangat membahayakan bagi ibu dan akan mengancam keselamatan janinnya atau yang dikenal dengan “4Terlalu” yaitu sebagai berikut :

- a. Terlalu Muda <18Tahun
- b. Terlalu Tua >35 Tahun
- c. Terlalu dekat jaraknya >2Tahun
- d. Terlalu Banayak anaknya > 3 orang

(Rahmadewi,2011)

### **2.1.7 Konsep Jarak Kehamilan Terlalu Dekat <2Tahun**

#### **a. Pengertian**

Kehamilan risiko adalah jika dalam kehamilannya klien mengalami masalah atau membutuhkan rujukan yang cepat dan tepat ke Rumah Sakit untuk perawatan khusus atau pemeriksaan ( Yeyeh,2010). Jarak Kehamilan Terlalu Dekat merupakan jarak antara kehamilan satu dengan berikutnya kurang dari 2 tahun (24 bulan) (SDKI 2002-2003). Beberapa hal penyebab terjadinya jarak

kehamilan terlalu dekat yaitu oleh karena ibu memang sengaja tidak menggunakan alat kontrasepsi, kegagalan dalam penggunaan alat kontrasepsi sehingga kehamilan tidak direncanakan, dan rendahnya pengetahuan tentang kehamilan. Kehamilan dengan jarak terlalu dekat ini akan beresiko pada kehamilan diantaranya, anemia dalam kehamilan. Pada proses persalinan bisa menyebabkan perdarahan, pada janin bisa menyebabkan bayi lahir premature atau BBLR dan pada masa nifas bisa menyebabkan terjadi infeksi masa nifas (Rahmadewi,2011).

**b. Resiko Jarak Kehamilan Terlalu Dekat Yang Mungkin Terjadi Pada Kehamilan**

1) Anemia Pada Kehamilan

Anemia pada kehamilan didefinisikan bila kadar Hb dibawah 11gr/dl (Nugroho, 2012).

Tanda dan Gejala

1. Rasa lelah
2. Mual dan muntah
3. Anoreksia yang bertambah berat
4. Adanya perdarahan selama kehamilan.

**c. Resiko Jarak Kehamilan Terlalu Dekat Yang Mungkin Terjadi Pada Persalinan**

a. Perdarahan pascapersalinan atau HPP (Haemorigic Post Partum )

1) Pengertian

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Pada praktisnya tidak perlu mengukur jumlah perdarahan sampai sebanyak itu sebab menghentikan perdarahan lebih dini akan memberikan prognosis lebih baik. Pada umumnya bila terdapat perdarahan yang lebih dari normal, apalagi telah menyebabkan perubahan tanda vital (seperti kesadaran menurun, pucat, limbung, berkeringat dingin, sesak napas, serta tensi  $< 90$  mmHg dan nadi  $> 100$ /menit), maka penanganan harus segera dilakukan (Prawirohardjo, 2011).

2) Penyebab

- a) Atonia uteri
- b) Retensio plasenta
- c) Trauma jalan lahir
- d) Inversio uteri
- e) Ruptur uteri
- f) Gangguan sistem pembekuan darah, faktor predisposisi yang harus dipertimbangkan adalah riwayat perdarahan

pascapersalinan, multiparitas, perdarahan antepartum dan partus lama (Prawirohardjo,2011).

### 3) Diagnosis

- a) Perdarahan banyak yang terus menerus setelah bayi lahir
- b) Pada perdarahan melebihi 20% volume total, timbul gejala penurunan tekanan darah, nadi dan nafas cepat, pucat, ekstremitas dingin, sampai terjadi syok.
- c) Perdarahan sebelum plasenta lahir biasanya disebabkan retensio plasenta atau laserasi jalan lahir. Bila karena retensio plasenta, perdarahan terhenti setelah plasenta lahir.
- d) Pada perdarahan setelah plasenta lahir, perlu dibedakan sebabnya antara atonia teri, sisa plasenta atau trauma jalan lahir. Pada pemeriksaan obstetri, mungkin kontraksi uterus lembek dan membesar bila ada atonia uteri. Bila kontraksi uterus baik, eksplorasi untuk mengetahui adanya sisa plasenta atau trauma lahir (Prawirohardjo,2011).

#### **d. Resiko jarak kehamilan terlalu dekat yang mungkin terjadi Pada Bayi**

##### a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

###### 1) Pengertian

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannnya saat lahir <2500 gram.

2) Penanganan

- a) Mempertahankan suhu dengan ketat
- b) Mencegah infeksi dengan ketat
- c) Pengawasan nutrisi atau asi
- d) Penimbangan ketat (Prawirohardjo,2012).

**e. Resiko jarak kehamilan terlalu dekat yang mungkin terjadi pada Nifas**

a. Infeksi masa nifas

Infeksi masa nifas atau sepsis puerperalis adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi karena ketuban pecah dini dan persalinan lama dimana terdapat dua atau lebih dari hal-hal berikut

- 1) Demam 39°C
- 2) Lemah
- 3) Lochia berbau
- 4) Nadi meningkat
- 5) Terjadi gangguan involusi uteri (Manuaba,2010).

**f. Penatalaksanaan Untuk Jarak Kehamilan Terlalu Dekat**

Untuk mengatasi ibu hamil dengan jarak kehamilan terlalu dekat maka menganjurkan pasien untuk periksa secara rutin pada TM I sampai TM III, pada usia kehamilan 32 minggu 2minggu sekali, dan pada usia kehamilan 26 minggu 1 minggu sekali, segera periksa apabila ada masalah ,tanda bahaya atau jika merasa khawatir, minimal

periksa sebanyak 2x pada TM III. Segera setelah masa nifas untuk melakukan pemasangan KB yang efektif dan berjangka panjang, yaitu AKDR dan Implant agar kasus dengan jarak kehamilan terlalu dekat tersebut dapat dihindari (Romauli, 2011)

#### 2.1.8 Konsep Gangguan Rasa Nyaman

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.(Musrifatul, 2009) Berdasarkan intensitas Nyeri digolongkan nyeri berat, nyeri sedang, dan nyeri ringan. Untuk mengukur intensitas nyeri yang dirasakan seseorang, dapat digunakan alat bantu yaitu dengan skala nyeri. (Ningsih, 2009).

Skala nyeri:

Numeris

---

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Tidak

Sangat

nyeri

nyeri

10 : Sangat dan tidak dapat dikontrol oleh klien.

7,8,9 : Sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien dengan aktifitas yang bisa dilakukan.

6 : Nyeri seperti terbakar atau ditusuk-tusuk.

- 5 : Nyeri seperti tertekan atau bergerak.
- 4 : Nyeri seperti kram atau kaku.
- 3 : Nyeri seperti perih atau mules.
- 2 : Nyeri seperti melilit atau terpukul.
- 1 : Nyeri seperti gatal, tersetrum atau nyut-nyutan.
- 0 : Tidak ada nyeri.

Skala nyeri dari 0 hingga 10 tersebut di atas kemudian dikelompokkan menjadi 3, yaitu:

Skala nyeri 1-3 = ringan

Skala nyeri 4-6 = sedang

Skala nyeri 7-10 = berat

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya nyeri punggung maupun kaki pada ibu hamil, yaitu penggunaan body mekanik, paritas, penambahan berat badan dan kegemukan, serta riwayat nyeri punggung sebelumnya.

Secara fisiologis, perubahan yang mencolok terjadi pada ibu hamil adalah pembesaran dan bertambahnya berat rahim yang menyebabkan pusat gravitasi tubuh bergeser ke depan sehingga postur tubuh menjadi lordosis dan tulang belakang akan mendapatkan beban yang berat. Adanya tubuh ini, tubuh harus mempertahankan keseimbangan dengan penggunaan body mekanik yang tepat. Apabila wanita hamil tidak menggunakan body mekanik yang tepat maka cedera muskuloskeletal pada daerah vertebra atau tulang belakang akan meningkat yang akan

meningkatkan nyeri punggung. Ketidaknyamanan yang sering terjadi selama kehamilan trimester III adalah nyeri punggung maupun kaki. Nyeri tersebut biasanya meningkat intensitasnya seiring bertambahnya usia kehamilan. Nyeri ini terutama akan meningkat pada ibu yang sudah pernah hamil (multigravida) terlebih pada *grande multigravida* karena adanya kelemahan otot-otot abdomen sehingga gagal menopang uterus. Hal ini akan menyebabkan uterus mengendur dan lengkung punggung semakin memanjang. (Varney, 2007)

### **2.1.8 Konsep ANC Terpadu**

#### **1. Pengertian**

Pelayanan *antenatal care* terpadu adalah program pelayanan untuk ibu hamil dengan prinsip menyediakan pelayanan antenatal terintegrasi, komprehensif dan berkualitas mendeteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil. Pemeriksaan antenatal seyogyanya dimulai segera setelah diperkirakan terjadi kehamilan. Pemeriksaan ini dapat dilakukan dalam beberapa hari setelah terlambat menstruasi, terutama bagi wanita yang menginginkan terminasi kehamilan, tetapi bagi wanita secara umum sebaiknya jangan lebih dari saat terlambat menstruasi kedua kali karena untuk mendeteksi secara dini adanya kelainan penyerta yang kemungkinan diderita oleh ibu.

(Depkes RI, 2013)

#### **2. Sasaran Pelayanan**

Semua ibu hamil ditargetkan menjadi sasaran pelayanan antenatal terpadu .

(Depkes RI, 2013)

### 3. Pelayanan *Antenatal Care* Terpadu

Menurut Depkes RI (2013) pelayanan *antenatal care* terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat.
- b. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyakit komplikasi kehamilan.
- c. Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman.
- d. Merencanakan antisipasi dan persiapan diri untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi.
- e. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- f. Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

### 2) Standar Pemeriksaan 14 T

- a. Timbang berat badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Ukur tinggi fundus uteri

- d. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- e. Beri tablet tambah darah (Tablet besi)
- f. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)
- g. Pemeriksaan VDRL (Veneral Disease Research Lab)
- h. Pemeriksaan protein dalam urin
- i. Pemeriksaan kadar gula darah
- j. Perawatan payudara
- k. Senam Hamil
- l. Pemberian Obat Malaria
- m. Pemberian kapsul yodium
- n. Temu wicara / konseling.

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Temu wicara atau konseling.

### **2.1.9 Konsep Prenatal Massage Untuk Ibu Hamil**

#### **1. Pengertian massage**

Pijat merupakan aplikasi tekanan pada jaringan lunak tubuh, seperti kulit, otot, tendon dan ligament.

## 2. Manfaat massage

- a. Mengeluarkan produk – produk sisa metabolisme tubuh melalui limfatik dan sistem sirkulasi yang dapat mengurangi kelelahan dan membuat ibu berenergi.
- b. Sistem sirkulasi darah lancar
- c. Mengurangi ketidaknyamanan selama hamil seperti kram, nyeri punggung, dll
- d. Menghilangkan asam laktat dan produk limbah seluler lainnya yang dapat menyebabkan kelelahan otot.
- e. Mengurangi depresi dan kecemasan pada ibu hamil.
- f. Meningkatkan sirkulasi pembuluh darah.
- g. Membantu menstabilkan hormone kehamilan.
- h. Merelaksasikan otot dan tonus

## 3. Teknik prenatal massage

### 1) Pemijatan daerah gluteal dan punggung

- a. Posisikan klien dalam posisi yang nyaman, tanyakan kenyamanan posisi dari klien, pertimbangan suhu ruangan.
- b. Buka selimut pada daerah punggung hingga ke gluteal kemudian balurkan minyak di daerah punggung dan mulai dengan peregangan.
- c. Effleurage, mulailah dari atas punggung meluncur kebawah pada kedua sisi tulang belakang hingga atas otot gluteal,

kembali lagi dari bawah ke atas, tekanan pijatan diatas dikurangi, membentuk love besar

- d. Kneading, lakukan kneading mulai dari otot gluteal dan pinggang dengan lembut bergeser bolak – balik, lanjutkan kneading ke bagian atas bahu.
- e. Diagonal stroke , urut dari daerah bahu ke daerah gluteal secara menyilang dari sisi kanan ke sisi kiri, urut dari daerah gluteal ke daerah bahu menyilang dari sisi kanan ke sisi kiri.
- f. Twidding thumbs, tekan pada daerah sekitar ilium kemudian bergerak ke dalam punggung hingga ke bahu menggunakan tarian jempol
- g. Circular thumbs , gunakan jempol bentuk lingkaran keluar pada sisi kanan dan kiri otot spina secara sirkular.
- h. Cross frictional therapy, gunakan jempol untuk menekan ke dalam dan keluar dari spina
- i. Chisel fist, lakukan gerusan pada otot tulang belakang, dapat bergerak maju mundur.
- j. Depper cross friction therapy, gunakan dua tangan 4 jari, di mulai dari sisi atas ilium di atas otot gluteal, meluncur dari alur lamina di atas otot tulang belakang, lanjutkan ke punggung ke atas hingga bahu dan kembali
- k. Elbou teknik, letakkan salah satu telapak tangan pada bahu dan siku tangan lainnya pada punggung, meluncur turun pada otot

tulang belakang dari bahu dengan focus utama tekanan pada otot gluteal, akhiri dengan efflurage.

2) Pemijatan untuk daerah lengan

- a. Efflurage, usap dengan lembut lengan bawah lalu naik ke atas
- b. V-stroke, buat huruf V diantara ibu jari dan jari telunjuk, pijat dari lengan bawah ke lengan atas
- c. Kneading, buat bentuk hati antara ibu jari dan jari telunjuk, saat memijat ibu jari di arahkan naik turun hingga bertemu jari telunjuk. Pemijatan di mulai dari bawah ke lengan atas.  
Usap samping dari tengah ke luar
- d. Gerusan.

3) Pemijatan daerah paha

- a. Efflurage, dimulai dari lutut hingga ke pangkal paha
- b. V-stroke, buat huruf V anatar jempol dan telunjuk, pijat dari lutut sampai pangkal paha
- c. Kneading-hamstring (depan)
- d. Leaf stroke
- e. Chisel fist, lakukan gerusan bisa digunakan dengan dua tangan maupun satu tangan
- f. Splitting hamstring, kedua tangan tumpang tindih memberikan tekanan hingga ke pangkal paha
- g. Criss-cross
- h. Compression

- 4) Pemijatan daerah betis (jangan gunakan tekanan yang sangat pada betis)
- a. Efflurage
  - b. V-stroke
  - c. Kneading
  - d. Leaf stroke
  - e. Chisel fist
  - f. Pumping, tahan lutut dengan telapak tangan kemudian lakukan dorso fleksi dan ekstensi secara bergantian pada telapak kaki dengan lembut. Lakukan massage dengan lembut pada kaki
  - g. Leaf arch, usap dengan lembut bagian telapak kaki
  - h. Chisel fist. (Anonim, 2014)

#### **2.1.10 Konsep SOAP Pada Kehamilan**

##### **S. Data Subyektif**

Ibu ingin memeriksakan kehamilannya.

##### **O :Data Objektif**

###### **a. Pemeriksaan fisik umum**

Keadaan umum : baik, lemah

Kesadaran : composmentis, somnolen, koma

TTV : TD :110/70 – 130/90 mmHg

S :36,5 – 37,5 °C

N : 80 – 90 x/menit

RR : 16 – 24 x/menit

HB : 11- 12 gram

b. Pemeriksaan fisik .

a. Mata

Melihat konjungtiva pucat/tidak, warna sclera

b. Payudara

Puting susu menonjol/tidak , bersih/tidak, colostrum sudah keluar apa belum, adakah nyeri tekan, adakah benjolan yang abnormal atau tidak, adakah hiperpigmentasi areola mammae.

c. Abdomen

Ada bekas luka operasi atau tidak, hiperpigmentasi (linea nigra, striae gravidarum)

Leopold I : Mengetahui TFU dan bagian teratas janin

Leopold II : Untuk mengetahui bagian janin disebelah kanan dan kiri perut ibu

Leopold III : Untuk mengetahui bagian janin dibagian bawah uterus ibu

Leopold IV : untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk PAP atau belum (Sulistyawati,2010).

Detak jantung janin : 120-160 permenit

TBJ : Jika belum masuk PAP (TFU – 12) x155

: Jika sudah masuk PAP(TFU-11)x155

(Romauli, 2011)

d. Punggung

Ada nyeri tekan atau tidak

e. Genetalia

Normal atau tidak, keluar cairan keputihan atau tidak, oedem atau tidak

f. Ekstermitas atas dan bawah

Normal atau tidak, pergerakan aktif atau tidak, oedem atau tidak

A : Analisa Data

G..P..A.. dengan kehamilan resiko tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) (Lisnawati, 2013).

P: Penatalaksanaan

Apa yang dilakukan berdasarkan kesimpulan dan evaluasi terhadap hasil keputusan yang diambil dalam rangka mengatasi masalah klien atau memenuhi kebutuhan klien dan menjelaskan atau membeikan ketidaknyamanan yang dialami ibu, nutrisi, KB , pertumbuhan janin , persiapan kelahiran/kegawatdaruratan, tanda-tanda bahaya, menjadwalkan kunjungan berikutnya (Elisabeth, 2015). Pada ibu hamil dengan kasus jarak kehamilan terlalu dekat, di dapati penatalaksanaan sebagai berikut :

- a. Menjelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.
- b. Menganjurkan ibu untuk melakukan ANC terpadu.
- c. Memberitahu ibu agar mengkonsumsi fe 1x1, kalk 1x1, Bc 2x1

- d. Menjelaskan pada ibu tentang kemungkinan resiko yang akan terjadi pada kehamilan dengan jarak terlalu dekat yaitu perdarahan, bayi prematur, bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) < 2500 gram, ibu mengerti
- e. Memberikan informasi tentang tanda-tanda persalinan, ibu mengerti.
- f. Menginformasikan pada ibu untuk mempersiapkan perlengkapan persalinan, seperti perlengkapan ibu dan bayi, keluarga yang akan mendampingi saat persalinan, administrasi dan kendaraan, ibu paham dan mau mempersiapkan.
- g. Menjelaskan pada ibu tentang manfaat dari masase tubuh (prenatal massage), ibu mengerti
- h. Memberitahu ibu untuk segera dilakukan masase tubuh untuk mengurangi rasa pegal – pegal dan memberikan rasa nyaman, ibu bersedia
- i. Memberitahu ibu control ulang 2 minggu lagi tanggal 06 Maret 2017 atau apabila sewaktu-waktu ada keluhan.

(sulistyawati,2009)

## **2.2 Konsep Dasar Persalinan**

### **2.2.1 Pengertian Persalinan**

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu ( Sulistyawati, 2013)

### 2.2.2 Tanda-tanda persalinan

#### a) *Lightening*

Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil, dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Terasa ringan pada bagian atas dan rasa sesak berkurang.
- 2) Di bagian bawah terasa penuh dan mengganjal.
- 3) Kesulitan saat berjalan.

#### b) Sering berkemih

Gambaran *lightening* pada multigravida atau multipara tidak terlalu jelas di bandingkan dengan primigravida, karena janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan sebagai berikut :

##### 1) Terjadinya his permulaan

Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. His permulaan ini biasanya disebut dengan his palsu yang ditandai dengan :

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
  - b) Datang tidak teratur
  - c) Tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
  - d) Durasi pendek
  - e) Tidak bertambah bila beraktivitas
- 2) Tanda masuk dalam persalinan

Karakter dari his persalinan dapat di kategorikan sebagai berikut:

- a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan.
- b) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- c) Terjadi perubahan pada serviks
- d) Jika pasien menambah aktifitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

### 3) Pengeluaran Lendir dan Darah (Penanda Persalinan)

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan

- a) Pendataran dan Pembukaan
- b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.
- c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

### d) Pengeluaran Cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, dan *section caesaria*. (Sulistyawati,2013)

## 2.2.3 Tahapan Persalinan

Pada tahap persalinan dibagi menjadi beberapa kala sebagai berikut

a) Kala 1

Dimulai dari saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm) pada primigravida berlangsung kurang lebih 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung kurang lebih 8jam. Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 macam :

1) Fase laten

Berlangsung selama 7-8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase aktif

Fase ini berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 macam:

a) Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 2 cm menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (Sulistyawati,2013).

b. Kala II (pengeluaran janin)

Kala II adalah kala pengeluaran janin,dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam

(VT) untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dari kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

c. Kala III (Pelepasan plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Uterus menjadi berbentuk seperti bundar.
- 2) Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke segmen dalam rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi perdarahan.

d. Kala IV (observasi)

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

- 1) Tingkat kesadaran pasien.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus.

- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati,2013).

#### **2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan**

##### a. Passagae(jalan lahir)

Suatu proses jalan lahir seorang ibu terdiri dari berbagai macam yaitu:

##### 1) Panggul

Ukuran-ukuran panggul sangat menentukan proses persalinan.

##### 2) Pintu atas panggul

Merupakan bagian dari pelvis mayor yang berbentuk dari promotorium, tulang sakri, linea terminalis,dan pinggir atas shimpisis.

##### 3) Kavum Pelvik

Kavum pelvic berada antara PAP dan PBP.

##### 4) Pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul bukan merupakan suatu bidang datar,tetapi tersusun atas dua bidang yang masing-masing berbentuk segitiga

##### 5) Bidang Hodge

Bidang-bidang hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin akan turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promotorium.
- b) Hodge II : Bidang yang sejajar dengan hidge I setinggi bagian bawah simpisis.
- c) Hodge III : Bidang yang sejajar dengan hodge I setinggi spina ischiadika.
- d) Hodge IV : Bidang yang sejajar dengan hodge I setinggi tulang koksigis.

6) Dasar Panggul

Dasar Panggul adalah diafragma muscular yang memisahkan antara kavum pelvic di sebelah atas dengan ruang perineum di sebelah bawah.

b. Power (Kekuatan ibu)

1) His

Adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

2) His yang efektif

- a) Kontraksi otot rahim dimulai daerah tuba dan ligamentumrotundum kemudian menjalar keseluruh bagian uterus.
- b) Gelombang kontraksi simetris dan terkoordinasi.
- c) Didominasi oleh fundus kemudian menjalar ke seluruh otot rahim.

- d) Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim.
- e) Setelah kontraksi otot rahim mengalami retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali lagi ke panjang semula.
- f) Frekuensi, yaitu jumlah terjadinya his selama 10 menit.
- g) Durasi his yaitu lamanya his yang terjadi setiap saat diukur dengan detik.
- h) Interval his, tenggang waktu antara kedua his. Pada permulaan persalinan his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran ( kala II) muncul sekali dalam 2 menit.
- i) Kekuatan his, yaitu perkalian antara amplitude dengan frekuensi yang ditetapkan dengan satuan unit Montevideo.

### 3) Tenaga meneran

Tenaga meneran pasien akan semakin menambah kekuatan kontraksi uterus. Dorongan meneran akan semakin meningkat ketika pasien dalam posisi yang nyaman, misalnya setengah duduk, jongkok, berdiri, atau miring kiri.

### c. Passanger (isi kehamilan )

Passanger yaitu isi kehamilan yang isinya adalah janin, plasenta, tali pusat, dan air ketuban. ( Sulistyawati, 2013)

### 2.2.5 Mekanisme Persalinan

- a. Kepala masuk pintu atas panggul : sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring /membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior).
- b. Kepala turun kedalam rongga panggul, akibat : 1) tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, 2) tekanan dari cairan amnion, 3) kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan 4) badan janin terjadi ekstensi dan mengejan.
- c. Fleksi : kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatika (belakang kepala).
- d. Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simpisis pubis),membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis.
- e. Ekstensi : setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simpisis pubis bagian posterior.Lahir berturut-turut : oksiput,bregma,dahi,hidung,mulut,dagu.
- f.. Rotasi eksternal (putaran paksi luar) : kepala berputar kembali sesuai dengan sumbu rotasi tubuh,bahu masuk pintu atas panggul dengan posisi anteroposterior sampai di bawah simfisis, kemudian dilahirkan bahu depan dan bahu belakang.

- g. Ekspulsi : setelah bahu lahir, bagian tubuh lainnya akan dikeluarkan dengan mudah. Selanjutnya lahir badan (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.

### **2.2.6 Langkah-langkah menolong persalinan**

Berikut 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN):

#### **Mengenali tanda dan gejala kala dua**

1. Memeriksa tanda berikut:
  - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.
  - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan vaginanya.
  - c. *Perineum* menonjol dan menipis.
  - d. *Vulva-vagina* dan *sfincter ani* membuka.

#### **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 *sputit* dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali *sputit* tersebut di *partus set*/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi *sputit*.

### **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.

### **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.

#### **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 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.

### **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.

### **Membantu Lahirnya Bahu**

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara *biparental*. 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).

#### **Asuhan 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).

## Manajemen Aktif Kala II

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 kemudian.
  - 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.

### **Manajemen Aktif kala III Persalinan**

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.

### **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.

#### **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*.

#### **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.

**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.

**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. Periksa 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 ke rumah 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.

**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 an cairan tubuh degan 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 eluarga utuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan tangan yang masih meakai 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 <sup>0</sup>c ) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin k<sub>1</sub>, 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 arutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

### **Dokumentasi**

60. Lengkapi partograf ( halaman depan dan belakang ), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan (Modul Midwifery Update, 2016)

#### 2.1.1 Konsep SOAP Persalinan

1. Kala 1 (waktu pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm).

**S** : Subjektif

Menurut (Sulistyawati, 2013), keluhan yang dapat terjadi pada ibu bersalin, yaitu :

- a. Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, sifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar.
- b. Nyeri semakin hebat bila untuk aktivitas (jalan) dan tidak berkurang bila dibuat tidur.
- c. Mengeluarkan lendir darah melalui vagina.
- d. Keluar banyak cairan dari jalan lahir akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek.

**O** : Objektif

Kedaaan umum : baik, lemah

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital :

a. Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor *hipotensi* atau *hipertensi*. Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg (Manuaba, 2010).

b. Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit. Batas normal 60-100 per menit (Prawirohardjo, 2010).

c. Suhu

Untuk mengetahui adanya peningkatan atau tidak. Pada kasus *hipertensi* <35 dapat merupakan gejala *preeklampsi*. (Manuaba, 2010).

d. Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit. (Manuaba, 2010).

Muka : oedem atau tidak, pucat atau tidak

Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih

Payudara : simetris, tidak ada bendungan ASI

Abdomen : TFU, DJJ Untuk memastikan DJJ janin ada, normalnya 120-160x/menit

Genitalia : bersih, tidak ada kondiloma, tidak varises.

VT : Untuk mengetahui adanya tanda-tanda persalinan (normalnya pembukaan 1-10 cm)

Ketuban : Untuk melihat pecahnya ketuban (utuh, jernih, keruh, dan campur mekonium).

Presentasi : Untuk mengetahui posisi terbawah janin dan menentukan UUK dan UUB

Penipisan : Untuk melihat berapa persen penipisan.

Hodge : Untuk menentukan penurunan kepala berada di bidang berapa (Hodge I, Hodge II, Hodge III, Hodge IV). (Manuaba, 2010)

A : Analisa Data

Ny “....” G...P....UK ....dengan inpartu kala 1

P: Penatalaksanaan

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti.
- b. Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin bila ibu ingin berkemih.
- c. Menganjurkan ibu untuk miring kiri, ibu bersedia.
- d. Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi senyaman mungkin, ibu bersedia.
- e. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum supaya kuat saat mengejan, ibu bersedia.
- f. Mengobservasi tanda-tanda vital, dan CHPB.
- g. Mempersiapkan untuk menolong persalinan, siapkan partus set.

2. Kala II

S : Subjektif

Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada *rectum* dan vagina.

(Asriah, 2010)

O : Objektif

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital :

a. Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor *hipotensi* atau *hipertensi*. Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. (Manuaba, 2010).

b. Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit. Batas normal 60-100 per menit. (Prawirohardjo, 2010).

c. Suhu

Untuk mengetahui adanya peningkatan atau tidak. Pada kasus *hipertensi* <35 dapat merupakan gejala *preeklamsi*.  
(Manuaba, 2010).

d. Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit.  
(Manuaba, 2010).

VT : untuk mengetahui adanya tanda-tanda persalinan (normalnya 10 cm)

Ketuban : untuk melihat pecahnya ketuban (utuh, jernih, keruh, dan campur *mekonium*).

Presentasi : Untuk mengetahui posisi terbawah janin dan menentukan UUK dan UUB

Hodge : Untuk menentukan penurunan kepala berada di bidang berapa (Hodge I, Hodge II, Hodge III, Hodge IV).

DJJ : untuk memastikan DJJ janin ada, normalnya 120-160x/menit

His (kontraksi) : serangkaian kontraksi rahim yang teratur, secara bertahap akan mendorong janin melalui serviks.

A : Analisa Data

G...P..... dengan inpartu kala II

P: Penatalaksanaan

APN langkah 1 – 27 (APN, 2008)

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul dan memasukkan alat suntik sekali pakai 2 ½ ml ke dalam wadah partus set
- 3) Memakai celemek plastik
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

- 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali kedalam wadah partus set
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan dari vulva ke perineum.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% dan membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi *uterus* selesai, pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok dan mengambil posisi nyaman, jika ibu merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
- 17) Membuka partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan bayi pada perut ibu.
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putar paksi luar secara spontan
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan *distal* hingga bahu depan muncul di bawah *arkus pubis* dan kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melakukan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara lutut janin).
- 25) Melakukan penilaian selintas :

- a. Apakah bayi menangis kuat
- b. Apakah bayi bernafas tanpa kesulitan?
- c. Apakah bayi bergerak aktif?

26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan membiarkan bayi di atas perut ibu.

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

### 3. Kala III

S : Subjektif

Ibu merasa lelah, perut terasa mulas (Kemenkes RI, 2011).

O : Objektif

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tekanan darah : normalnya 110/70 sampai 130/80 mmHg

Nadi : normalnya 80-90 x/menit

Suhu : normalnya 36,5°C – 37,5°C

Respirasi Rate : normalnya 18-24 x/menit

Abdomen : uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus setinggi pusat.

Genetalia : terdapat tanda-tanda terlepasnya plasenta : tali pusat memanjang dan semburan darah mendadak dan singkat.

A : Analisa Data

P.....dengan kala III

P : APN langkah 28 – 40 (Kemenkes, 2011).

- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuscular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit pascapersalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangannya tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 37) Melakukan peregangannya dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).
- 38) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
- 40) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia.

## a. Kala IV

## S : Subjektif

Ibu merasa lelah tapi senang. Haus umumnya dialami, dan banyak ibu melaporkan lapor segera setelah melahirkan. (Varney, 2008)

## O : Objektif

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tekanan darah : normalnya 110/70 sampai 130/80 mmHg

Nadi : normalnya 80-90 x/menit

Suhu : normalnya 36,5°C – 37,5°C

Respirasi Rate : normalnya 18-24 x/menit

Abdomen : kontraksi uterus dalam keadaan baik atau tidak jika baik keadaan uterus tidak lembek. (Manuaba, 2010). Fundus uteri dibawah umbilicus. (Saifuddin, 2013) di tengah-tengah abdomen kurang lebih 2/3 sampai 3/4 antara sinpisis pubis dan umbilicus (Varney, 2008). Kandung kemih tidak penuh. Kandung kemih ynag penuh mendorong uterus ke atas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya. (Saifuddin, 2013).

Genetalia : Perdarahan tidak berlebihan (Saifuddin, 2013) atau biasa. Jumlah perdarahan rata-rata yang dianggap normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Cairan tidak berbau, pengeluaran darah abnormal >500 cc (Saifuddin, 2013). Luka jahitan baik.

(Manuaba, 2010).

A : Analisa Data

P....inpartu kala IV

P : Penatalaksanaan (APN 41-58)

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.  
Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 Jam
- 44) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
- 45) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pascapersalinan.

- 50) Memeriksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
- 56) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- 58) Melengkapi partograf

## **2.3 Konsep Dasar Nifas**

### **2.3.1 Pengertian nifas**

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2011).

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula, dimana bertambahnya perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi dan tanggung jawab (Sulistyawati, 2009).

### **2.3.2 Tujuan asuhan masa nifas**

Menurut Sulistyawati (2009) tujuan masa nifas :

1. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi.
2. Pencegahan, diagnose dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu. Dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, kemungkinan munculnya permasalahan dan komplikasi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya lebih maksimal.
3. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
4. Imunisas ibu terhadap tetanus.

### **2.3.3 Tahapan Masa Nifas**

Menurut Sulistyawati (2009) nifas dapat dibagi menjadi 3 periode :

1. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali dan sehat sempurna baik selama hamil atau sempurna berminggu-minggu, berbulan-bulan atau tahunan.

#### **2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas**

1. Perubahan sistem reproduksi

- a. Uterus

- 1) Pengerutan rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana *TFU* nya (*tinggi fundus uteri*).

- a. Pada saat bayi lahir, *fundus uteri* setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- b. Pada akhir kala III, *TFU* teraba dua jari di bawah pusat.
- c. Pada 1 minggu post partum, *TFU* teraba pertengahan pusat *simpisis* dengan berat 500 gram.
- d. Pada dua minggu post partum, *TFU* teraba di atas *simpisis* dengan berat 350 gram.
- e. Pada 6 minggu post partum, *fundus uteri* mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram. (Sulistyawati, 2009).

- 2) Lochia

- a) Lochia rubra : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban.Sel-sel desidua,vernix kaseosa, lanugo, dan mekonium 2 hari pasca persalinan.
- b) Lochia sanguinolenta : berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
- c) Lochia serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- d) Lochia alba : cairan putih,setelah 2 minggu.

## 2. Perubahan pada serviks

Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah.Konsistensinya lunak,kadang-kadang terdapat laserasi,atau perlukaan kecil.Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan sebelum hamil.

### a. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur.

### b. Perineum

Perineum menjadi kendur karena sebelumnya terentang oleh tekanan bayi yang bergerak maju.Pada post natal hari ke-5,perineum sudah mendapatkan kembali sebagian

tonusnya,sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.( Sulistyawati,2009)

### **2.3.5 Kunjungan Masa Nifas**

Kunjungan masa nifas paling sedikit dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan yang yaitu untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Berikut ini adalah jadwal kunjungan masa nifas yang dianjurkan:

- a. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan), tujuannya untuk:
  - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
  - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan merujuk apabila perdarahan berlanjut.
  - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
  - 4) Pemberian ASI awal, cairan yang pertama keluar merupakan colostrums, dan keluar pada hari ke 3 atau 4 setelah kelahiran bayi, dan berubah menjadi ASI matur kira-kira 15 hari sesudah bayi lahir.
  - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
  - 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

- 7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil 2 (Sukistyawati,2009).
- b. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan), tujuannya untuk:
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
  - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
  - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
  - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
  - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan), tujuannya untuk:
- 1) Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
- d. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan), tujuannya untuk:
- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.
  - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

### 2.3.1 Konsep SOAP Nifas

S : ( Subjective)

Pada Ibu post partem biasanya keluhan yang muncul yaitu “ ibu mengeluh nyeri pada bagian luka ”.

O : (Objective)

1. Pemeriksaan fisik umum :

- a. Keadaan umum : baik, lemah
- b. Kesadaran : composmentis
- c. TTV :

1) Tekanan darah : Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partum. Tetapi ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan tanpa pengobatan.

(Bahiyatun, 2009).

2) Nadi : Nadi antara 60-80 kali/menit. (Bahiyatun, 2009).

3) Suhu : Peningkatan suhu tubuh masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi akibat keluarnya cairan pada waktu melahirkan.

4) Pernafasan : Pernafasan harus berada dalam rentang normal (20-30 kali/menit) (Bahiyatun, 2009).

2. Pemeriksaan fisik khusus

Abdomen : Setelah plasenta lahir TFU  $\pm$  2 jari bawah pusat.

Genetalia : *Lochea* yang timbul pada masa nifas hari pertama sampai hari ke-3 masa post partum adalah lochea rubra, yaitu cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium. (Sulistyawati, 2009).

A : Analisa Data

P...post partum hari ke 3 fisiologis (Medforth, dkk.2012)

P : Penatalaksanaan

1. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya. Meliputi hasil TTV dan keadaan umum. Ibu mengerti tentang kondisinya.
2. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap. Dimulai dengan miring kanan kiri, kemudian belajar setengah duduk, dilanjutkan dengan duduk dan pada 2 atau 3 hari ibu belajar berjalan. Ibu mengerti dan mau melakukan nasehat petugas.
3. Memenganjurkan ibu istirahat cukup untuk mengurangi nyeri. Ibu mengerti penjelasan petugas.
4. Menjelaskan pada ibu tentang nyeri pada vagina. Nyeri pada luka vagina karena terdapat luka jahitan dan juga disebabkan karena efek dari obat bius yang sudah habis. Ibu dapat menjawab pertanyaan petugas.
5. Memberitahu ibu agar menjaga daerah vagina tetap bersih supaya tidak terkontaminasi. Ibu mengerti dengan penjelasan petugas kesehatan.

6. Memberikan konseling pada ibu tentang personal hygiene. Seperti ibu di seka 2x/hari, ganti pembalut minimal 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari.
7. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya nifas, seperti panas tinggi, perdarahan dalam jumlah banyak, sakit kepala hebat, bengkak pada seluruh tubuh dan lain-lain.(Sulistyawati, 2009)

## 2.4 Konsep Dasar BBL

### 2.4.1 Pengertian BBL

Bayi Baru Lahir Normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat,pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu,dengan berat badan 2500-4000 gram, Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Muslihatun, 2010).

Tabel 2.1 Nilai Apgar Skor

| Klinis                              | 0          | 1                            | 2                       |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|-------------------------|
| Detak jantung                       | Tidak ada  | < 100x/ menit                | > 100x/ menit           |
| Pernafasan                          | Tidak ada  | Tidak teratur                | Tangis kuat             |
| Reflek saat jalan nafas dibersihkan | Tidak ada  | Menyeringai                  | Batuk/ bersin           |
| Tonus otot                          | Lunglai    | Fleksi ekstremitas           | Fleksi kuat gerak aktif |
| Warna kulit                         | Biru pucat | Tubuh merah ekstremitas biru | Merah seluruh tubuh     |

Sumber : Nanny Lia Dewi, 2011

### 2.4.2 Perubahan Fisiologis Pada BBL

#### a. Sistem Pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru – paru.(Nanny Lia Dewi,2011)

b. Perubahan pada Sistem Kardiovaskuler

Setelah lahir darah BBL harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik, kehidupan diluar rahim harus terjadi 2 perubahan besar: Penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan Penutupan duktus arteriosus antara paru-paru dan aorta (Nanny Lia Dewi,2011).

c. Perubahan pada Sistem Metabolisme/pengaturan suhu

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan dari dalam rahim ibu ke lingkungan luar yang suhunya lebih tinggi. Suhu dingin ini menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Pembentukan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat untuk produksi panas. Timbunan lemak coklat terdapat di seluruh tubuh

dan mampu meningkatkan panas tubuh sampai 100%. (Nanny Lia Dewi,2011).

d. Perubahan pada Sistem Renal

Ginjal bayi baru lahir memperlihatkan penurunan aliran darah dan ginjal dan penurunan laju filtrasi glomerulus. Hal ini dapat menimbulkan dengan mudah retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus masih belum matang, yang dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak mampu melakukan pemekatan (konsentrasi) urin, yang mencerminkan pada berat jenis urin yang rendah (Nanny Lia Dewi, 2011).

e. Perubahan pada Sistem Imunitas

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang di dapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi (Nanny Lia Dewi, 2011 ).

f. Perubahan pada Sistem Reproduksi

Saat lahir ovarium bayi wanita berisi beribu-ribu sel germinal primitif yang akan berkurang sekitar 90% sejak bayi lahir sampai dewasa. Peningkatan kadar estrogen selama masa hamil yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir mengakibatkan pengeluaran

bercak darah melalui vagina. Genetalia eksterna biasanya edematosa disertai hiperpigmentasi. Pada bayi prematur, klitoris menonjol dan labia mayora kecil dan terbuka ( Nanny Lia Dewi,2011).

g. Perubahan pada Sistem Neuromuskular

Berikut beberapa refleks pada BBL:

1) Refleks Moro/Peluk

Reflek ini muncul sejak lahir, paling kuat pada usia satu bulan dan akan mulai menghilang pada usia dua bulan. Reflek ini terjadi jika kepala bayi tiba-tiba terangkat, suhu tubuh bayi berubah secara drastis atau pada saat bayi dikagetkan oleh suara yang keras. Kaki dan tangan akan melakukan gerakan ekstensi dan lengan akan tersentak ke atas dengan telapak tangan keatas dan ibu jarinya bergerak fleksi

2) Refleks *rooting*

Reflek primitif pada bayi baru lahir ini ditunjukkan pada saat kelahiran dan akan membantu proses menyusui. Reflek ini akan mulai terhambat pada usia sekitar empat bulan dan berangsur-angsur akan terbawa di bawah sadar. Seorang bayi baru lahir akan menggerakkan kepalanya menuju sesuatu yang menyentuh pipi atau mulutnya, dan mencari obyek tersebut dengan menggerakkan kepalanya terus-menerus hingga ia berhasil menemukan obyek tersebut.

3) Refleksi menghisap & menelan (*sucking*)

Reflek ini secara umum ada pada semua jenis mamalia dan dimulai sejak lahir. Reflek ini berhubungan dengan reflek rooting dan menyusui, dan menyebabkan bayi untuk secara langsung mengisap apapun yang disentuhkannya di mulutnya.

4) Refleksi grasping

Grasping Reflex adalah refleksi gerakan jari-jari tangan mencengkram benda-benda yang disentuhkannya ke bayi, indikasi syaraf berkembang normal dan hilang setelah 3-4 bulan. Bayi akan otomatis menggenggam jari ketika Anda menyodorkan jari telunjuk kepadanya. Reflek menggenggam terjadi ketika sesuatu menyentuh telapak tangan bayi. Bayi akan merespons dengan cara menggenggamnya kuat-kuat. Pada akhir bulan ketika, refleksi menggenggam berkurang dan bayi memperlihatkan suatu genggamannya yang lebih spontan, yang sering dihasilkan dari rangasangan visual. Misalnya, ketika bayi melihat suatu gerakan yang berputar diatas tempat tidurnya, ia akan meraih dan mencoba menggenggamnya.

5) Refleksi Babinski

Reflek babinsky muncul sejak lahir dan berlangsung hingga kira-kira satu tahun. Reflek ini ditunjukkan pada saat bagian samping telapak kaki digosok, dan menyebabkan jari-jari kaki menyebar dan jempol kaki ekstensi. Reflek disebabkan oleh

kurangnya myelinasi traktus corticospinal pada bayi. Reflek babinsky juga merupakan tanda abnormalitas saraf seperti lesi neuromotorik atas pada orang dewasa (Nanny Lia Dewi,2011).

### **2.4.3 Kebutuhan Kesehatan BBL**

#### **a. Bounding Attachment**

##### **1) Definisi**

Proses dimana sebagai hasil dari suatu interaksi terus-menerus antara bayi dan orang tua yang bersifat saling mencintai memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan (Muaslihatun, 2010).

##### **2) Manfaat**

Bayi merasa dicintai, diperhatikan,mempercayai, menumbuhkan sikap sosial,bayi merasa aman,berani mengadakan eksplorasi.

a) Cara melakukan bounding attachment

b) IMD 30menit – 1jam

c) ASI eksklusif

d) Rawat gabung

e) Kontak mata

f) Suara

g) Aroma

h) Entrainment

- i) Bioritme
- b. Kondisi yang mempengaruhi bonding attachment
  - 1) Kesehatan emosional orang tua
  - 2) Tingkat kemampuan, komunikasi dan ketrampilan untuk merawat anak.
  - 3) Dukungan sosial seperti keluarga, teman, dan pasangan.
  - 4) Kedekatan orang tua ke anak .(Muslihatun,2010)

#### **2.4.4 Tanda Bahaya BBL**

- 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, mengantuk, kejan (Nanny Lia Dewi, 2011).

#### **2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir**

- 1. Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.

2. Tanyakan pada ibu dan atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu :
  - a. Keluhan tentang bayinya
  - b. Penyakit ibu yang mungkin berdampak pada bayi (TBC, demam saat persalinan, KPD > 18 jam, hepatitis B atau C, sifilis, HIV/AIDS, penggunaan obat).
  - c. Cara, waktu, tempat bersalin dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada.
  - d. Warna air ketuban
  - e. Riwayat bayi buang air kecil dan besar
  - f. Frekuensi bayi menyusu dan kemampuan menghisap.
3. Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip sebagai berikut :
  - a. Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
  - b. Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut
  - c. Catat seluruh hasil pemeriksaan. Bila terdapat kelainan, lakukan rujukan sesuai pedoman MTBS (lihat Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial Kementerian Kesehatan RI).
  - d. Berikan ibu nasihat merawat tali pusat bayi dengan benar:
    - 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.

- 2) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Nasihatkan hal ini juga kepada ibu dan keluarganya.
  - 3) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
  - 4) Sebelum meninggalkan bayi, lipat popok di bawah puntung tali pusat.
  - 5) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
  - 6) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
  - 7) Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.
- e. Jika tetes mata antibiotik profilaksis belum diberikan, berikan sebelum 12 jam setelah persalinan.

### 2.1.2 Konsep SOAP Pada BBL

S (Subyektif) : Keluhan utama

Pada asuhan ini bayi normal tidak ada keluhan.

O (Obyektif) : Data yang diobservasi

1. Pemeriksaan umum

a. Kesadaran

Kesadaran pada neonatus meliputi pergerakan bayi aktif, pernapasan regular, warna kulit merah muda.

b. TTV

1) Suhu

Suhu bayi normal adalah antara  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ .

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak.

Suhu aksila pada bayi baru lahir berkisar antara  $33^{\circ}\text{C}$ - $36^{\circ}\text{C}$ .

2) Pernapasan

Laju napas normal neonatus berkisar antara 30-60 kali permenit.

3) Nadi

Nadi apikal dapat berfluktuasi dari 100 sampai 160 x/ menit. (Muslihatun, 2010)

2. Pemeriksaan fisik Khusus

a. Kulit

Kulit kemerahan dan ditutupi oleh zat seperti lemak (*vernix caseosa*) berfungsi sebagai pelumas serta isolasi panas. *Lanugo* (rambut halus yang terdapat pada punggung bayi) lebih banyak pada bayi kurang

bulan dan makin berkurang pada bayi cukup bulan(Muslihatun,2010).

b. Kepala

Perhatikan adanya kelainan yang disebabkan trauma lahir, seperti kaput *suksedaneum*, *hematoma sefal*, *perdarahan subaponeurotik*, atau fraktur tulang tengkorak.

c. Muka

Wajah neonatus sering tampak asimetris oleh karena posisi janin intrauterin.

d. Mata

Konjungtiva merah muda, *sclera* putih.

e.. Hidung

Neonatus bernapas melalui hidung. Lubang hidung sering tersumbat oleh mucus.

f. Mulut

Dengan inspeksi, dapat terlihat adanya labio dan *palatoskisis*, adanya gigi atau ranula, yaitu kista lunak berasal dari dasar mulut.

g. Telinga

Pada neonatus cukup bulan telah terbentuk tulang rawan, sehingga bentuk telinga dapat dipertahankan.

Perhatikan letak daun telinga. Bila terdapat tanda-tanda infeksi, periksalah membran timpani.

h. Leher

Leher neonatus tampak pendek, tetapi pergerakan baik. Bila terdapat keterbatasan pergerakan, perlu dipikirkan kelainan tulang leher.

i. Dada

Pada respirasi normal dinding dada bergerak bersama dengan dinding perut. Gerakan dinding dada harus simetris.

j. Abdomen

Dinding perut neonatus lebih datar daripada dinding dadanya. Bila perut kembung, teliti kemungkinan *enterokolitis nekrotikans*, *perforasi usus*, atau *ileus*.

k. Genetalia

Pada bayi perempuan cukup bulan, labia minora tertutup oleh labia mayora. Lubang uretra terpisah dari lubang vagina. Pada bayi laki-laki sering terdapat fimosis. Ukuran penis berkisar antara 3-4 cm (panjang) dan 1-1,3 cm (lebar). Testis biasanya sudah turun ke dalam skrotum pada bayi cukup bulan.

### l. Anus

Pemeriksaan anus untuk mengetahui ada tidaknya *atresia ani*. Perhatikan adanya anus imperforata dengan memasukkan termometer ke anus. Pengeluaran mekonium dan berkemih biasanya terjadi dalam 24 jam pertama.(Hidayat,2009)

### m. Punggung

Neonatus diletakkan dalam posisi tengkurap, tangan pemeriksa meraba sepanjang tulang belakang untuk mencari adanya *skoliosis*, *meningokel*, *spina bifida*, *spina bifida okulta*, atau *sinus pilonidalis*.

### n. Ekstremitas

Perhatikan pergerakan ekstremitas. Bila ada asimetri, kemungkinan adanya patah tulang atau kelumpuhan saraf.

## 3. Pemeriksaan reflek

### a. Reflek *rooting*

Diperiksa dengan menyentuhkan ujung jari atau puting di sudut mulut bayi, maka bayi akan menengok ke arah rangsangan dan berusaha memasukkan ujung jari tersebut ke mulutnya.

b. Reflek *sucking*

Refleks *sucking* atau refleks isap terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan. (Saifuddin, 2013).

4. Pengukuran antropometri

a. Berat badan

Berat neonatus cukup bulan antara 2500 sampai 4000 gram. (Muslihatun, 2010).

b. Panjang badan

Panjang neonatus cukup bulan 45 sampai 50 cm.

c. Lingkar kepala

1) Diameter *Fronto-Oksipito*: 12 cm

2) Diameter *Mento-Oksipito* : 13,5 cm

3) Diameter *Submento-Bregmatika* : 10 cm

4) Diameter *Suboksipito-Bregmatika* : 9,5 cm

5) Sirkumferencia *Mento-Oksipito* : 35 cm

6) Sirkumferencia *Fronto-Oksipito* : 34 cm

7) Sirkumferencia *Suboksipito-Bregmatika* : 32 cm

d. Lingkar lengan

Pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan bayi, normalnya 9-11 cm.

A : (Analisa Data)

Neonatus aterm usia .... BBL normal (Saminem,2010)

P : Penatalaksanaan

1. Memenuhi kebutuhan nutrisi.
2. Tanda bahaya pada bayi
3. Mempertahankan kehangatan tubuh.
4. Mencegah infeksi
5. Melakukan perawatan bayi baru lahir (Muslihatun,2010)

## **2.5 Konsep Neonatus**

### **2.1.7 Pengertian Neonatus**

Neonatus adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran (Wafi , 2010). Neonatus merupakan masa terjadinya kehidupan baru di luar uterus, terjadi proses adaptasi semua sistem organ tubuh, diawali dengan aktifitas pernafasan pertama, penyesuaian denyut jantung janin, pergerakan, pengeluaran mekonium dan defekasi yang terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir (Wafi , 2010).

### **2.1.8 Kunjungan Neonatus**

1. Kunjungan neonatal ke – 1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6–48 jam setelah bayi lahir.

Hal yang dilaksanakan :

- a. Jaga kehangatan tubuh bayi
- b. Cegah infeksi
- c. Rawat tali pusat

2. Kunjungan neonatal ke – 2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke – 3 sampai dengan hari ke – 7 setelah bayi lahir

Hal yang dilaksanakan :

- a. Jaga kehangatan tubuh bayi
  - b. Berikan ASI eksklusif
  - c. Cegah infeksi
  - d. Rawat tali pusat
3. Kunjungan neonatal ke – 3 (KN – 3 ) dilakukan pada kurun waktu hari ke – 8 sampai dengan hari ke – 28 setelah lahir.

Hal yang dilaksanakan :

- a. Periksa adanya tanda bahaya atau gejala sakit
  - b. Jaga kehangatan tubuh, beri ASI eksklusif dan rawat tali pusat.
4. Jadwal Imunisasi
    - a. Umur 0-7 hari imunisasi HB 0
    - b. Umur 1 bulan imunisasi BCG, Polio 1
    - c. Umur 2 bulan imunisasi DPT/HB1, Polio 2
    - d. Umur 3 bulan imunisasi DPT/HB2, Polio 3
    - e. Umur 4 bulan imunisasi DPT/HB3, polio 4
    - f. Umur 9 bulan imunisasi campak

#### 2.5.2 Konsep SOAP pada Neonatus

S (Subyektif) : Keluhan utama

Misalnya Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya dan ingin mengontrolkan ulang bayinya.

O (Obyektif) : Data yang diobservasi

1. Pemeriksaan umum

a. Kesadaran

Kesadaran pada neonatus meliputi pergerakan bayi aktif, pernapasan regular, warna kulit merah muda.

TTV :

1) Suhu

Suhu bayi normal adalah antara  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  (Saifuddin, 2013). Suhu aksila pada bayi baru lahir berkisar antara  $33^{\circ}\text{C}$ - $36^{\circ}\text{C}$ .

2) Pernapasan

Laju napas normal neonatus berkisar antara 40-60 kali permenit.

2) Nadi

Nadi apikal dapat berfluktuasi dari 110 sampai 180 x/ menit.

2. Pemeriksaan fisik Khusus

a. Kulit

Kulit neonatus ditutupi oleh zat seperti lemak (*vernix caseosa*) berfungsi sebagai pelumas serta isolasi panas. Lanugo (rambut halus yang terdapat

pada punggung bayi) lebih banyak pada bayi kurang bulan dan makin berkurang pada bayi cukup bulan.

b. Kepala

Perhatikan adanya kelainan yang disebabkan trauma lahir, seperti kaput suksedaneum, hematoma sefal, perdarahan subaponeurotik, atau fraktur tulang tengkorak.

c. Muka

Wajah neonatus sering tampak asimetris oleh karena posisi janin intrauterin.

d. Mata

Konjungtiva merah muda, sclera putih. Perhatikan adanya sekret mata.

e. Hidung

Neonatus bernapas melalui hidung. Pernapasan cuping hidung menunjukkan adanya gangguan paru.

f. Mulut

Dengan inspeksi, dapat terlihat adanya labio dan *palatoskisis*, adanya gigi atau ranula, yaitu kista lunak berasal dari dasar mulut.

g. Telinga

Pada neonatus cukup bulan telah terbentuk tulang rawan, sehingga bentuk telinga dapat dipertahankan.

Perhatikan letak daun telinga.

h. Leher

Leher neonatus tampak pendek, tetapi pergerakan baik.

i. Dada

Pada respirasi normal dinding dada bergerak bersama dengan dinding perut.

j. Abdomen

Dinding perut neonatus lebih datar daripada dinding dadanya.

k. Genetalia

Pada bayi perempuan cukup bulan, labia minora tertutup oleh labia mayora. Lubang uretra terpisah dari lubang vagina. Pada bayi laki-laki sering terdapat fimosis. Ukuran penis berkisar antara 3-4 cm (panjang) dan 1-1,3 cm (lebar).

l. Anus

Pemeriksaan anus untuk mengetahui ada tidaknya atresia ani. Perhatikan adanya anus imperforata dengan memasukkan termometer ke anus.

M. Punggung

Neonatus diletakkan dalam posisi tengkurap, tangan pemeriksa meraba sepanjang tulang belakang untuk mencari adanya *skoliosis*, *meningokel*, *spina bifida*, *spina bifida okulta*, *atausinus pilonidalis*.

m. Ekstremitas

Perhatikan pergerakan ekstremitas. Bila ada asimetri, kemungkinan adanya patah tulang atau kelumpuhan saraf.

3. Pemeriksaan reflek

a. Reflek *Moro*

Gendong bayi dalam posisi setengah duduk, biarkan kepala dan badan bayi jatuh ke belakang dengan sudut 30° atau tempatkan bayi pada permukaan yang rata lalu hentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi (Nanny Lia Dewi, 2011). Reaksinya bayi akan kaget, lengan direntangkan dalam posisi abduksi ekstensi simetris dan tangan terbuka disusul dengan gerakan lengan adduksi dan fleksi.

b. Reflek *Babinski*

Pada telapak kaki, dimulai pada tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Reaksinya semua jari kaki

*hiperekstensi* dengan ibu jari *dorsofleksi*, dicatat sebagai hasil positif. Jika refleks ini tidak ada, perlu dilakukan pemeriksaan *neurologis*. Harus hilang setelah usia satu tahun (Nanny Lia Dewi, 2011).

d. Reflek *plantar graps*

Tempatkan jari pada telapak kaki, maka akan terjadi fleksi jari-jari kaki. Respons telapak kaki berkurang pada usia 8 bulan (Nanny Lia Dewi, 2011).

A : (Analisa Data)

Neonatus aterm usia ...dengan neonatus normal.(Saminem,2010)

P: (Penatalaksanaan)

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 utrisi 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 yang meliputi :
    - 1) *Hipotermi/ hipertermi*
    - 2) Malas minum
    - 3) Tidak berkemih setelah 24 jam
    - 4) Mekonial belum keluar setelah 3 hari pertama kelahiran
    - 5) Tali pusat menunjukkan tanda – tanda infeksi
    - 6) Rewel dan menangis terus
    - 7) Warna kulit sianosis
    - 8) Feces hijau/ berlendir/ berdarah
    - 9) Sulit bernapas
  - g. Melakukan rawat gabung karena dapat menciptakan *bounding* 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 8-14 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 di tangani.
  - d. Menjadwalkan kunjungan ulang neonatal untuk Mengevaluasi keadaan bayi dan menjadwalkan imunisasi selanjutnya.
4. Kunjungan IV (umur  $\geq 15$  hari)
- a. Observasi TTV, BAB, dan BAK untuk Mencegah terjadinya tanda bahaya neonatus.

- b. Memastikan bahawa bayi sudah bisa menyusui dengan baik, minimal 2-4 jam sekali menyusui, berkemih 6-8 x/hari, dan gerakan bayi aktif.
- c. Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya neonatus agar ibu dapat memahami tanda bahaya neonatus dan jika ada salah satu tanda yang muncul dapat segera ditangani.
- d. Menjadwalkan kunjungan neonatal dan mengingatkan pada ibu. Jadwal imunisasi selanjutnya agar dapat mengevaluasi keadaan bayi.

## **2.2 Konsep Dasar Tentang KB**

### **2.2.7 Pengertian Kontrasepsi**

Kontrasepsi merupakan pencegahan terbuaihnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nina Siti Mulyani, 2013). Terdapat beberapa metode yang digunakan dalam kontrasepsi, yaitu:

- a. Suntik tribulan atau progestin

Suntik tribulan merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap tiga bulan. kontrasepsi progestin ini cocok untuk ibu menyusui. Boleh digunakan pada wanita dengan usia reproduksi, nulipara, menyusui, tekanan darah <180/110mmHg. (Saifuddin,2010)

- 1) Kelebihan suntik 3 bulan
  - a) Tidak berinteraksi dengan obat-obatan lain.
  - b) Relatif aman untuk ibu menyusui.
  - c) Bermanfaat bagi wanita yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen.
  - d) Tidak perlu repot mengingat untuk mengkonsumsi pil kontrasepsi setiap hari.
  - e) Tidak perlu berhitung lebih dulu saat berhubungan seksual. Bergantung jenisnya, suntikan dapat bertahan hingga 8-13 minggu.
  - f) Jika ingin berhenti, tak perlu repot harus ke dokter, cukup hentikan saja pemakaiannya.
  - g) Dapat memberikan perlindungan terhadap kanker rahim dan penyakit radang panggul.
- 2) Kekurangan suntik KB 3 bulan
  - a) Dapat mendatangkan efek samping berupa sakit kepala, kenaikan berat badan, payudara nyeri, pendarahan, dan menstruasi tidak teratur. Efek ini bisa terus terasa selama jangka waktu penyuntikan berlangsung karena kandungan suntikannya akan terus berada dalam tubuh.
  - b) Bisa memakan waktu hingga setahun setelah dihentikan jika ingin kembali subur. Hal ini membuat kontrasepsi

jenis ini tidak dianjurkan untuk mereka yang ingin segera memiliki anak.

- c) Suntikan ini diduga dapat sedikit mengurangi kepadatan tulang, namun akan segera kembali normal apabila injeksi dihentikan.
- d) Kontrasepsi suntikan tidak memberikan perlindungan dari penyakit menular seksual sehingga perlu tetap menggunakan kondom saat berhubungan seksual.

#### 2.6.1 Konsep SOAP KB

S : Ibu ingin menjarangkan kehamilan dan ingin menggunakan alat kontrasepsi. Dengan keluhan tidak ingin hamil lagi.

O : Keadaan umum : composmentis, yaitu pasien sadar sepenuhnya dan memberi respons yang adekuat terhadap stimulus yang diberikan. (Latief, 2010).

Tekanan darah : normalnya 110/70 sampai 130/80 mmHg

Nadi : normalnya 80-90 x/menit

Suhu : normalnya 36,5°C – 37,5°C

Respirasi Rate : normalnya 18-24 x/menit

Pemeriksaan fisik

Mata : Sklera warna putih, konjungtiva tidak pucat.

Payudara : Bentuk simetris, puting susu menonjol, ASI keluar lancar

Abdomen : Bila terjadi nyeri abdomen.

(Saifuddin, 2013).

A : P.....akseptor baru/ lama dengan KB yang digunakan (Saifuddin, 2010).

P : Pelaksanaan

#### 1. Kunjungan I

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu dan keluarga, karena informasi yang adekuat dapat mengurangi ansietas klien.
- b. Memberikan KIE tentang macam-macam metode kontrasepsi pascapersalinan untuk mendorong penerimaan tanggung jawab dan meningkatkan keinginan untuk melakukan perawatan diri.
- c. Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu bila ada keluhan agar dapat menilai keadaan ibu dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Saifuddin, 2010).

#### 2. Kunjungan II

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan pada ibu dan keluarga karena Informasi yang adekuat dapat mengurangi ansietas klien.
- b. Mengevaluasi konseling tentang pelayanan KB pada ibu nifas untuk mengevaluasi keinginan ibu untuk ber KB.

- c. Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu bila ada keluhan agar dapat menilai keadaan ibu dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Saifuddin, 2010).

**BAB III**  
**ASUHAN KEBIDANAN**

**3.1 Kunjungan ANC ke-1**

Tanggal : 8 Februari 2017

Tempat : BPM Minarti Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten  
Jombang.

Jam : 16.15 WIB

1. Identitas

Nama istri : Ny "I"

Nama suami : Tn" N"

Umur : 26 tahun

Umur : 26 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/bangsa : Jawa/ Indonesia

Suku/bangsa : Jawa/ Indonesia

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : TU

Pekerjaan : Swasta

Penghasilan : ± 1000.000/bln

Penghasilan : ± Rp. 1000.000/bln

Alamat : Ds.Trawasan

Alamat : Ds. Trawasan

**Prolog :**

Ny "I" sekarang hamil ke 2, riwayat kehamilan pertama normal di RSUD, BBL 2900gr, jenis kelamin perempuan. Pada kehamilan sekarang merupakan kehamilan beresiko karena sebelumnya tidak menggunakan KB, anak sekarang usia 1.5 tahun, periksa ANC 7x. ANC TM 1 1x dengan

keluhan mual, ANC TM II 3x tidak ada keluhan, ANC TM III 3x tidak ada keluhan. BB sebelum hamil 46kg.

### 1. Data Subyektif

Ibu ingin memeriksakan kehamilannya.

### 2. Data Obyektif

a. TTV : TD : 120/80 mmHg

S : 36,5<sup>0</sup>C

N : 80x/Menit

RR : 20x/Menit

b. LILA : 27 cm

c. BB sekarang : 58kg

d. Pemeriksaan Fisik Khusus

Mata : Conjunctiva merah muda, sclera putih, palpebra tidak oedem.

Payudara : Puting susu menonjol, bersih, colostrum belum keluar, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, hiperpigmentasi areola mammae.

Abdomen : TFU teraba di antara Processus xypoides dan pusat (29cm), puka, letak kepala, penurunan kepala 5/5

Auskultasi : TBJ : (29-12) x 155 = 2.635 gram.

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

Genetalia : Tidak ada keputihan, tidak ada perdarahan

Ekstemitas : tidak oedema, telapak tangan tidak pucat, tidak  
atas ada gangguan pergerakan

Bawah Tidak oedema, reflek patela +

- 3. Analisa Data :** G2P1A0 UK 32 Minggu, dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat ).  
Janin Tunggal Hidup.

**4. Penatalaksanaan :**

| Jam       | Pelaksanaan  |
|-----------|--|
| 16.20 WIB | Memberitahu dan menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan normal, ibu paham dan mengerti penjelasan dari bidan.                         |
| 16.25WIB  | Menjelaskan pada ibu tentang kemungkinan resiko yang akan terjadi pada kehamilan dengan jarak terlalu dekat, ibu paham dan mengerti. |
| 16.35WIB  | Memberitahu ibu agar mengkonsumsi Ramabion (1x1), Licokalk (1x1) dan Bc secara teratur 2x1 ,ibu mengerti dan mau melakukan.          |

- 16.40WIB            Mengajukan ibu untuk melakukan ANC terpadu, ibu mau melakukannya.
- 16.45WIB            Menginformasikan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi pada tanggal 22 februari 2017 dan segera kembali apabila ada keluhan , ibu paham dan mau melakukannya.

### **3.2 Kunjungan ANC ke-2**

Tanggal        : 21 Februari 2017  
Tempat        : Puskesmas Jogoloyo Jombang  
Jam            : 07.55 WIB

#### **1. Data Subyektif**

Ibu ingin memeriksakan kehamilannya dan mengatakan pegal linu di punggung dan kaki sejak 2hari yang lalu.

#### **2. Data Obyektif**

- a. TTV        : TD        : 110/70 mmHg  
                      S        : 36,7<sup>0</sup>C  
                      N        : 82x/Menit  
                      RR       : 20x/Menit
- b. LILA                : 27 cm
- c. BB sekarang        : 59kg
- d. Pemeriksaan Fisik Khusus

- Mata : Conjunctiva merah muda, sclera putih, palpebra tidak oedem.
- payudara : Puting susu menonjol, bersih, colostrum belum keluar.
- Abdomen : TFU teraba 2 jari dibawah Processus xypoides (31cm), puka, letak kepala, penurunan kepala 5/5
- Auskultasi : TBJ :  $(31-12) \times 155 = 2.945$  gram.
- DJJ :  $(12+12+11) \times 4 = 140x/$  menit.
- Punggung : Ada sedikit nyeri tekan
- Genetalia : Tidak ada keputihan, tidak ada perdarahan
- Ekstemitas : Tidak oedem, tidak pucat pada telapak tangan, sedikit ada nyeri tekan
- Bawah : Tidak oedem, sedikit ada nyeri tekan

Pemeriksaan Penunjang Lab :Hb 11,2gr%, golongan darah AB, protein urine negative, urine reduksi negative, HIV negatif

- 3. AnalisaData** :G2P1A0 UK 34 Minggu, Kehamilan Resiko Tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) dengan gangguan rasa nyaman dan nyeri.  
Janin Tunggal Hidup.

#### 4. Penatalaksanaan

| Jam       | Pelaksanaan  |
|-----------|--|
| 08.10WIB  | Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan normal, ibu paham dan mengerti penjelasan dari bidan   |
| 08.15 WIB | 1. Memberikan informasi tentang tanda-tanda persalinan, ibu mengerti.  |
| 08.20 WIB | 2. Menginformasikan pada ibu untuk mempersiapkan persiapan persalinan, rujukan, kendaraan, administrasi seperti BPJS, dan KB yang direncanakan selanjutnya, ibu paham dan mau mempersiapkan. |
| 08.25 WIB | 3. Menjelaskan pada ibu tentang manfaat dari masase tubuh ( <i>prenatal massage</i> ), ibu mengerti  |
| 08.30 WIB | 4. Memberitahu ibu untuk segera dilakukan masase tubuh untuk mengurangi rasa pegal linu dan memberikan rasa nyaman, ibu bersedia   |
| 08.35 WIB | 5. Memberitahu ibu agar mengkonsumsi Ramabion (1x1), LicoKalk (1x1), dan Bc secara teratur 2x1 sehari, Ibu mengerti dan mau melakukan  |
| 08.40 WIB | 6. Memberitahukan pada ibu untuk control ulang 2 minggu sekali pada tanggal 06 Maret 2017 dan segera kembali bila ada keluhan, ibu paham dan mau   |

melakukannya.

### 3.3 Kunjungan Prenatal Massage

Tanggal : 22 Februari 2017

Tempat : Rumah Ny'I'

Jam : 16.00 WIB

#### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan masih merasa pegal linu di punggung dan kaki.

#### 2. Data Obyektif

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,7 C

R : 20 x/menit

Punggung : masih ada sedikit nyeri tekan

Ekstermitas atas dan bawah : sedikit ada nyeri tekan

- #### 3. Analisa Data : G2P1A0 UK 34 Minggu, Kehamilan Resiko Tinggi (jarak kehamilan terlalu dekat) dengan gangguan rasa nyaman dan nyeri.

Janin Tunggal Hidup.

#### 4. Penatalaksanaan

16.00 – 16.30 : Melakukan terapi prenatal massage untuk mengurangi pegal – pegal yang dirasakan ibu, ibu merasa nyaman dan pegal – pegal berkurang



## 3.2 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

### 3.2.1 KALA I FASE AKTIF

Tanggal : 02 April 2017

Tempat : BPM Minarti Amd.Keb

Jam : 19.00 WIB

Oleh : Syarifatul Mutingah

#### DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng disertai keluar lendir bercampur darah sedikit.

#### DATA OBYEKTIF

##### 1. Pemeriksaan Fisik Umum

- |    |              |   |                         |
|----|--------------|---|-------------------------|
| a. | Keadaan Umum | : | Baik                    |
|    | Kesadaran    | : | Composmentis            |
| b. | TTV          | : | TD : 120/70 mmHg        |
|    |              | : | N : 80 x/menit          |
|    |              | : | S : 36,7 <sup>0</sup> C |
|    |              | : | P : 20 x/menit          |

##### 2. Pemeriksaan Fisik Khusus

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

Abdomen : pembesaran uterus sesuai usia kehamilan, TFU 3 jari di bawah *Prosesus Xipoides* (33 cm) teraba bokong, punggung sebelah kanan, bagian terbawah janin (kepala), dan sudah masuk PAP.

TBJ :  $(33 - 11) \times 155 = 3.410 \text{ gr.}$

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

His : 3 kali dalam 10 menit selama 40 detik

Genetalia : Tidak oedem, keluar lendir bercampur darah.

### 3. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 02 April 2017 pukul : 19.00 WIB

VT : Lendir/Darah : Ada lender bercampur darah

Pembukaan : 6 cm

*Efficement* : 75 %

Letak terbawah : Kepala janin

Ketuban : Utuh

*Denominator* : UUK

*Hodge* : II

*Moulase* : O

4. Ekstremitas atas dan bawah : tidak oedema

### **ANALISA DATA**

G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> UK 40-41 minggu Inpartu kala 1 fase aktif.

### **PENATALAKSANAAN**

19.07-19.10WIB 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan

keluarga bahwa keadaan ibu dan janin baik-baik saja dan ibu sudah memasuki proses persalinan, ibu dan keluarga mengerti keadaannya saat ini.

19.10 - 19.40WIB 2. Melakukan observasi TTV (4 jam untuk pemeriksaan VT, 30 menit pemeriksaan DJJ, nadi, TD, suhu, HIS) sebagai parameter kemajuan persalinan dan untuk mendeteksi adanya kelainan, hasil observasi terlampir di partograf.

19.40 -19.45 WIB 3. Mengajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara menarik napas panjang dari hidung keluarkan lewat mulut, ibu bersedia melakukannya.

19.45 – 19.47 WIB 4. .menganjurkan ibu untuk makan minum jika tidak ada his untuk menambah energi, Ibu mengerti.

19.47 – 19.50 WIB 5. Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri agar aliran darah lancar dan penurunan kepala lebih cepat, ibu mengerti dan bersedia melakukan.

### 3.2.2 KALA II

Tanggal : 02 April 2017 Jam : 20 .00 WIB

Tempat : BPM Minarti oleh : Syarifatul M

### DATA SUBYEKTIF

Ibu merasakan ingin meneran karena hisnya semakin sering dan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

### DATA OBYEKTIF

#### 1. Palpasi Abdominal

HIS : 5x dalam 10 menit selama 45 detik

Auskultasi DJJ : 136 x/menit

Genetalia : vulva membuka, perineum menonjol, ada tekanan anus.

Kepala sudah nampak di vulva sepanjang 5-6 cm

#### 2. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 02 April 2017

pukul : 20.00 WIB

VT : Lendir/Darah : Ada lender bercampur darah

Pembukaan : 10 cm

*Efficement* : 100 %

Letak terbawah : Kepala

janin

Ketuban : jernih

*Denominator* : UUK

*Hodge* : IV

*Moulase* : O

### ANALISA DATA

G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> UK 40-41 minggu inpartu kala II.

#### **PENATALAKSANAAN**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 20.05 – 20.07 WIB | 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap keadaan ibu dan janinnya baik, ibu mengerti tentang keadaanya dan bayinya.              |
| 20.07 – 20.09 WIB | 2. Mendekatkan alat-alat partus dan mengecek perlengkapan alat, alat-alat partus set sudah lengkap.   |
| 20.09 – 20.10 WIB | 3. Mengatur posisi bersalin dorsal recumbent, ibu memilih setengah duduk.   |
| 20.10 – 20.11 WIB | 4. Mengobservasi DJJ di sela-sela his, kondisi ibu dan janin baik-baik saja dan hasil DJJ = 142 x/menit.  |
| 20.11 – 20.15 WIB | 5. Mulai Memimpin persalinan , bayi lahir spontan pada pukul 20.15 WIB, jenis kelamin laki - laki, tangisan kuat, tonus otot baik/aktif, warna kulit kemerahan. |
| 20.15 – 20.17 WIB | 6. Mengeringkan bayi dan mengganti kain pembungkus bayi dengan yang kering, bayi sudah terbungkus dengan kain yang bersih dan kering.                           |
| 20.17 – 20.20 WIB | 7. Memotong tali pusat dan mengikat tali  |

- pusat dengan umbilikel klem steril oleh  
 bidan , tali pusat sudah tertali kencang
- 20.20 -20.50 WIB 8. Memfasilitasi bayi IMD selama 30 menit,  
 bayi berhasil menyusu pada menit 30

### 3.2.3 KALA III

Tanggal : 02 April 2017 Jam : 20.20 WIB

Tempat : BPM Minarti oleh : Syarifatul M

#### DATA SUBYEKTIF

Ibu merasa agak lelah dan perutnya terasa mules-mules.

#### DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik Khusus
  - a. Abdomen : TFU setinggi pusat, uterus globuler
  - b. Genetalia : mengeluarkan semburan darah secara tiba-tiba  $\pm 75$  cc

#### ANALISA DATA

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> memasuki kala III

#### PENATALAKSANAAN

- 20.23 – 20.25 WIB 1. Memastikan tidak ada bayi kedua dan  
 Memberitahu ibu bahwa akan disuntikan  
 oxytocin 10 IU pada paha *distal lateral*, tidak  
 ada bayi kedua dan oksitosin sudah disuntikan
- 20.25 –20.27WIB 2. Melihat dan memastikan adanya tanda-tanda  
 pelepasan plasenta, ada tanda pelepasan

plasenta yaitu tali pusat memanjang, fundus globular dan semburan darah mendadak.

- 20.27 – 20.35WIB 3. Melakukan PTT dengan tangan kiri diatas supra simpisis menekan secara dorso cranial dan tangan kanan menegangkan tali pusat searah jalan lahir, plasenta lahir spontan jam 20.30 WIB dengan kotiledon lengkap dan selaput ketuban utuh.
- 20.35 – 20.37WIB 4. Melakukan massase pada fundus uteri searah jarum jam selama 15 detik,uterus berkontraksi dengan baik dan keras.
- 20.37 – 20.38WIB 5. Mengecek kelengkapan plasenta, plasenta lengkap
- 20.38 – 20.40WIB 6. Memberitahu ibu untuk membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 30 menit, ibu mengerti.
- 20.40- 20.45WIB 7. Memeriksa adanya laserasi jalan lahir, tidak terdapat laserasi.

### **3.2.4 KALA IV**

Tanggal : 02 April 2017 Jam : 20.45 WIB

Tempat : BPM Minarti oleh : Syarifatul M

#### **DATA SUBYEKTIF**

Ibu merasa lega bayinya dan plasenta sudah lahir dengan normal.

**DATA OBYEKTIF**

TTV : TD : 120/70 mmHg

N : 82 x/menit

S : 36,9<sup>0</sup> C

P : 22 x/menit

TFU : 2 jari di bawah pusat

Kontraksi uterus : keras

Kandung kemih : kosong

Perdarahan : ±100 cc

**ANALISA DATA**

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> memasuki kala IV

**PENATALAKSANAAN**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 20.52 – 20.53 WIB | 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu baik-baik saja, ibu mengerti.   |
| 20.53 – 20.58 WIB | 2. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam , kontraksi uterus baik dan perdarahan normal.  |
| 20.58 – 21.03 WIB | 3. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase dan menilai kontraksi, ibu dan keluarga mengerti dan melakukannya dengan benar                             |
| 21.03 – 21.10 WIB | 4. Membersihkan tempat tidur dengan larutan klorin dan membersihkan badan pasien dengan kain waslap yang sudah di basahi dengan air bersih, bantu pasien memakai |

- pakaian, ibu sudah merasa nyaman.
- 21.10 – 21.15 WIB      5. Memastikan bahwa ibu merasakan nyaman dan memfasilitasi bayi untuk IMD, bayi berhasil IMD
- 21.15 – 21.20 WIB      6. Menganjurkan keluarga untuk memberikan asupan nutrisi untuk ibu agar tenaga cepat pulih, keluarga sudah memberikan minum dan makan.
- 21.20 – 22.20 WIB      7. Melakukan pemantauan kala IV (TD, Nadi, Suhu, TFU, Kontraksi Uterus, Kandung kemih, dan perdarahan) setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan, hasil observasi terlampir di partograf.

### 3.3 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR ( 1 JAM )

Tanggal : 02 April 2017

Jam : 21.15 WIB

Tempat : BPM Minarti

oleh : Syarifatul M

#### DATA SUBYEKTIF

By Ny "I" lahir spontan pukul 20.15 WIB di BPM, sudah BAK 1x, belum BAB

#### DATA OBYEKTIF

##### 1. Pemeriksaan Fisik Umum

a. Pergerakan bayi aktif, warna kulit merah muda, dan menangis spontan.

b. Tanda-tanda vital

1) Tangis : kuat

- 2) Warna Kulit : kemerahan
- 3) Tonus otot : baik
- 4) Pernafasan : 52 x/menit
- 5) Suhu :36,5C
- 6) Nadi :130x/menit

c. Pengukuran *Antropometri*

- Berat Bayi Lahir : 3.200 gr
- Panjang Badan : 48 cm
- SOB (Sub oksipito bregmatika) : 32 cm
- FO (Fronto oksipito) : 34 cm
- MO (Mento oksipito) : 35 cm
- Lingkar dada : 32 cm
- Lingkar lengan : 11 cm

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kulit : warna kulit kemerahan, terdapat Lanugo.
- b. Kepala : normal, tidak ada kaput suksedaneum / sephal hematoma.
- c. Muka : simetris, kemerahan.
- d. Mata :simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, reaksi pupil positif.
- e. Hidung : normal, tidak ada pernapasan cuping hidung, hidung bersih.
- f. Mulut : normal, tidak ada labio sikisis dan labio palato sikisis
- g. Telinga : simetris, daun telinga sejajar dengan mata.
- h. Leher: normal, tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan vena jugularis.
- i. Dada :simetris, tidak ada wheezing, tidak ada ronchi.
- j. Abdomen : tali pusat basah, tidak kemerahan, tidak bau, tidak bengkak.
- k. Genetalia : lubang uretra pada ujung penis, dua testis sudah turun dalam skrotum.
- l. Anus : normal, tidak atresia ani.

- m. Punggung : tidak ada spina bifida.
- n. Ekstremitas :Keadaan jari-jari tangan dan kaki normal, tidak polidaktili ataupun sindaktili.

### 3. Pemeriksaan refleks

- a. *Rooting Reflek* : positif
- b. *Swallowing Reflek* : positif
- c. *Sucking Reflek* : positif
- d. *Morrow Reflek* : positif
- e. *Grapsk Reflek* : positif
- f. *Tonicneck Reflek* : positif
- g. *Babynsky Reflek* : positif

### **ANALISA DATA**

Bayi Ny "I" usia 1 jam dengan BBL Normal

### **PENATALAKSANAAN**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 21.25 – 21.27 WIB | 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa kondisi bayi baik-baik saja, ibu mengerti dan paham dengan penjelasan petugas.                                     |
| 21.27 – 21.32 WIB | 2. Memberikan tetes mata dan memberikan suntikan vitamin K1 sebagai pencegahan perdarahan intracranial pada bayi dipaha bagian kiri, vitamin K1 telah disuntikkan. |
| 21.32 – 21.37 WIB | 3. Merawat tali pusat bayi, tali pusat tidak perdarahan dan sudah terbungkus kasa steril   |

- 21.37 – 21.40 WIB            4. Memberitahu ibu bahwa bayi akan di beri  
suntikan Hb 0 di 1/3 paha kanan bayi, bayi  
sudah disuntikan HB 0
- 21.40 -21.45 WIB            5. Melakukan observasi TTV, hasil terlampir
- 21.45 – 21.47 WIB            6. Meletakkan bayi tetap berada didekat ibu , ibu  
dan bayi dalam satu kamar

### **3.4 ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

#### **3.4.1 KUNJUNGAN I**

Tanggal : 02 April 2017    Jam : 03.15 WIB

Tempat : BPM Minarti            oleh : Syarifatul M

#### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya. sudah BAK  $\pm$  3 kali hari ini, warnanya kuning jernih, dan sudah BAB1 kali, warnannya hitam, konsistensi lembek.

#### **DATA OBJEKTIF**

##### 1. Pemeriksaan umum

a. Pergerakan bayi aktif, pernapasan normal, kulit merah muda.

b. Tanda-tanda vital

Suhu                    : 37° C

Pernapasan            : 52 x/menit

Nadi                     : 142 x/menit

c. Berat Badan        : 3.200 gr

##### 2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Tali pusat basah, tidak berbau

3. Pemeriksaan reflek

a. *Swallowing Reflek* : positif

b. *Sucking Reflek* : positif

c. *rooting reflek* : positif

**ANALISA DATA**

Neonatus aterm usia 6 jam dengan bayi fisiologis

**PENATALAKSANAAN**

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 03.20 – 03.22 WIB  | 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa kondisi bayi baik-baik saja, ibu mengerti dan paham dengan penjelasan petugas.  |
| 03.22 - 03. 25WIB  | 2. Membritahu ibu bahwa memandikan bayi setelah 6 jam persalinan untuk mencegah hipotermi, bayi akan dimandikan di pagi hari  |
| 03.25 – 03.27 WIB  | 3. Mengingatkan ibu untuk menyusui banyinya setiap 2 jam sekali, pemberian ASI eksklusif, dan cara menyusui yang benar, ibu bersedia dan bayi menyusu dalam posisi yang benar   |
| 03. 27- 03.35 WIB  | 4. Memberitahu ibu tentang deteksi dini komplikasi pada bayi (misalnya demam, diare, ikterus, dsb) dan menganjurkan ibu untuk segera memeriksakan ke bidan apabila ditemui salah satu tanda komplikasi tersebut, ibu mengerti |
| 03. 35 – 03.37 WIB | 5. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk selalu   |

menjaga kehangatan bayinya dan selalu menjaga kebersihan bayinya, ibu mengerti.

- 03.37 – 03.40WIB      6. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 08 april 2017, ibu bersedia.

### 3.4.2 KUNJUNGAN II

Tanggal : 08 April 2017    Jam : 16.25 WIB

Tempat : BPM Minarti                      oleh : Syarifatul M

#### DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, tali pusat sudah lepas pada hari ke 5, bayi dapat menyusu dengan benar, BAB  $\pm 4x$  (lunak) BAK  $\pm 7x$  (kuning, jernih, bau khas), gerak bayi aktif, dan tidak ada tanda bahaya pada bayi.

#### DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum
  - a. Pergerakan aktif, pernapasan regular, kulit merah muda.
  - b. Tanda-tanda vital
    - Suhu                      : 36,8° C
    - Pernapasan            : 42 x/menit
    - Nadi                     : 140 x/menit
  - c. Berat Badan        : 3.600 gr
2. Pemeriksaan Fisik Umum
  - Abdomen                : tali pusat sudah lepas.
3. Pemeriksaan reflek
  - a. *Swallowing Reflek*        :            positif
  - b. *Sucking Reflek*            :            positif
  - c. *rooting reflek*             :            positif

**ANALISA DATA**

Neonatus aterm usia 6 hari dengan bayi fisiologis

**PENATALAKSANAAN**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 16.30 – 16.32 WIB | 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa kondisi bayi baik-baik saja, ibu mengerti tentang kondisinya saat ini   |
| 16.32 – 16.35 WIB | 2. Mengevaluasi kepada ibu bahwa untuk memeberikan ASI eksklusif, ibu bersedia.   |
| 16.35 – 16.40 WIB | 3. Mengevaluasi kembali kepada ibu tentang deteksi dini komplikasi pada bayi (misalnya demam, diare dsb) dan menganjurkan ibu untuk segera memeriksakannya ke bidan apabila ditemui salah satu tanda komplikasi tersebut, ibu mengerti dan bersedia |
| 16.40 – 16.42 WIB | 4. Menganjurkan ibu utuk memberikan ASI eksklusif, ibu bersedia memberikan ASI eksklusif  |
| 16.42 – 16.43 WIB | 5. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang atau jika ada keluhan, ibu mengerti dan bersedia   |

**3.4.3 KUNJUNGAN III**

Tanggal : 20 April 2017

Tempat : BPM Minarti

Jam : 16.00 WIB

oleh : Syarifatul M

**Data Subjektif**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayi tidak rewel, BAK kurang lebih 8-10x dalam 24 jam, BAB 4x/hari konsistensi lunak berwarna kuning, menyusu dengan baik.

**DATA OBJEKTIF**

## 1. Pemeriksaan Umum

- a. Kesadaran : pergerakan bayi aktif, kulit merah muda
- b. Tanda – Tanda Vital

Suhu : 36,7 C  
 Pernafasan : 46 x/menit  
 Nadi : 128x/menit  
 BB : 4200gram

## 2. Pemeriksaan fisik khusus :

Abdomen : pusat bersih, perut tidak kembung

## 3. Pemeriksaan reflek

- a. *Swallowing Reflek* : positif
- b. *Sucking Reflek* : positif
- c. *rooting reflek* : positif

**ANALISA DATA**

Neonatus aterm usia 18 hari fisiologis

**PENATALAKSANAAN**

16.10 – 16.12 WIB 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi

- bahwa kondisi bayi baik – baik saja , ibu mengerti da merasa senang
- 16.12-16.15 WIB      2. Menganjurkan ibu untuk tidak memberikan makanan tambahan sebelum usia 6 bulan, ibu mengerti dan bersedia
16. 15 – 16.17 WIB      3. Menganjurkan ibu untuk segera memeriksakan bayinya jika bayinya sakit, ibu bersedia
- 16.17 – 16.18WIB      4. Mengingatkan ibu untuk diberikan imunisasi BCG pada tanggal 29 April 2017, ibu mengerti dan bersedia

### **3.5 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS**

#### **3.5.1 KUNJUNGAN I (6jam PP)**

Tanggal : 03 April 2017    Jam : 03.30 WIB

Tempat : BPM Minarti                      oleh : Syarifatul M

#### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu merasa masih mules dan ASI sudah keluar tetapi belum lancar.

#### **DATA OBJEKTIF**

1. Keadaan umum            : Baik
- Kesadaran                : Composmentis
2. Tanda-tanda vital
- Tekanan darah            : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit  
 Suhu : 36,7<sup>0</sup> C  
 Pernafasan : 20 x/menit  
 BAK : 2 kali (kuning jernih)  
 BAB : belum BAB

### 3. Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih  
 Payudara : Pada payudara, terjadi proses laktasi. tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan, keluar ASI kolostrum.  
 Abdomen : TFU ± 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras, Kandung kemih kosong  
 Genetalia : tidak terdapat luka jahitan, lochea rubra (merah darah), jumlah perdarahan ± 2 pembalut (± 10 cc )  
 Ekstermitas : tidak oedem

### **ANALISA DATA**

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> post partum 6 jam fisiologis

### **PENATALAKSANAAN**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 03.35 – 03.37 WIB | 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti tentang keadaannya                   |
| 03.37 – 03.39 WIB | 2. Menganjurkan pada ibu untuk makan makanan bergizi dan minum air sesering mungkin serta ibu tidak boleh tarak, ibu mengerti dan bersedia |

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 03.39 – 04.45 WIB | 3. Memberikan KIE mengenai asi eksklusif, cara menyusui yang benar, mobilisasi dini, ibu dapat mengulangi penjelasan yang diberikan. |
| 04.45 – 04.55 WIB | 4. Mengajarkan ibu tentang perawatan payudara sebelum ibu menyusui bayinya, ibu mengerti dan bersedia melakukan                      |
| 04.55 – 05.05 WIB | 5. Mengajarkan ibu tentang personal hygiene terutama daerah genitalia, ibu mengerti dan bersedia melakukan                           |
| 05.05 – 05.10 WIB | 6. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya masa nifas, ibu mengerti dan bersedia waspada   |
| 05.10 – 05.12 WIB | 7. Memberitahu ibu tentang istirahat dan latihan miring kanan dan miring kiri, ibu mengerti dan bersedia melakukan                   |
| 05.12 – 05.15 WIB | 8. Memberikan ibu tablet Fe, vit A, asam mefenamat dan amocilin sebagai terapi dan Fe, ibu bersedia melakukan                        |
| 05.15 – 05.17 WIB | 9. Menjadwalkan kunjungan ulang, paling sedikit 4 kali kunjungan selama masa nifas untuk mengontrol dan memantau                     |

kondisi ibu dan bayi , ibu mengerti dan  
bersedia

### 3.5.2 KUNJUNGAN II (6 hari PP)

Tanggal : 08 April 2017 Jam : 16.25 WIB

Tempat : BPM Minarti oleh : Syarifatul M

#### DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan ASI nya keluar lancar

#### DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik
  - Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-tanda vital
  - Tekanan darah : 120/70 mmHg
  - Nadi : 80x/menit
  - Suhu : 36,6<sup>0</sup> C
  - Pernafasan : 20x/menit
  - BAK : ±4 kali sehari (kuning jernih)
  - BAB : ±2 kali sehari (konsistensi lembek)
3. Pemeriksaan fisik
  - Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
  - Payudara : Payudara bersih, puting menonjol, tidak terdapat benjolan abnormal, keluar ASI lancar.
  - Abdomen : TFU pertengahan pusat dan symphysis, kontraksi uterus baik.
  - Genetalia : *lochea sanguinolenta* (merah kekuningan), perdarahan ± 3 cc.

Ekstermitas :tidak odem,tidak ada nyeri tekan

### **ANALISA DATA**

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> post partum 6 hari fisiologis

### **PENATALAKSANAAN**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 16.30 – 16.32 WIB | 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti tentang kondisinya                          |
| 16.32 – 16.35 WIB | 2. Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi, ibu mengerti dan bersedia melakukan  |
| 16.35 – 16.40 WIB | 3. Mengingatkan kembali kepada ibu tentang personal hygiene, ibu mengerti dan dapat melakukan   |
| 16.40 – 16.45 WIB | 4. Mengevaluasi ibu tentang perawatan payudara sebelum ibu menyusui bayinya, ibu mengerti dan dapat melakukan dengan benar                        |
| 16.45 – 16.50 WIB | 5. Mengevaluasi pada ibu cara menyusui yang benar untuk mencegah terjadinya lecet pada puting susu, ibu mengerti dan dapat melakukan dengan benar |
| 16.55 – 17.00 WIB | 6. Mengevaluasi ibu tentang tanda bahaya masa nifas, ibu mengerti dan bersedia waspada  |
| 17.00 – 17.02 WIB | 7. Mengingatkan kembali pada ibu untuk  |

- meminum novabion 1x1 selama masa nifas,  
ibu bersedia meminum
- 17.02 – 17.04 WIB
8. Menganjurkan pada ibu untuk kontrol ulang pada tgl 20 april 2017 dan memantau kondisi ibu dan bayi atau jika ditemukan tanda bahaya , ibu mengerti dan bersedia untuk kontrol.

### 3.5.3 KUNJUNGAN III (2minggu PP)

Tanggal : 20 April 2017 Jam : 16.00 WIB

Tempat : BPM Minarti oleh : Syarifatul M

#### DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun.

#### DATA OBJEKTIF

2. Keadaan Umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
3. Tanda –tanda Vital
- Tekanan Darah : 110/70 mmHg
- Nadi : 80x/menit
- Suhu : 36,5c
- Pernafasan : 22x/menit
- BAK : ±5 kali sehari(kuning jernih)
- BAB : ±2 kali sehari (konsistensi lembek)
4. Pemeriksaan Fisik Khusus

|             |   |
|-------------|---|
| Mata        | : Konjungtiva merah muda  |
| Payudara    | : Tidak ada benjolan, tidak ada bendungan ASI, ASI keluar lancar                                |
| Abdomen     | : TFU teraba diatas symphysis , kontraksi uterus baik, konsistensi keras, kandung kemih kosong. |
| Genetalia   | : Lochea serosa (kuning), tidak ada oedema.   |
| Ekstermitas | :tidak ada nyeri tekan  |

### **ANALISA DATA**

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> post partum 2 minggu fisiologis

### **PENATALAKSANAAN**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 16.05 – 16.07 WIB | 1. Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan normal, ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan  |
| 16.07 – 16.09 WIB | 2. Mengingatkan ibu untuk banyak mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran, buah, minum air putih yang cukup, ibu mengerti dan telah melakukannya |
| 16.09– 16.15 WIB  | 3. Memotivasi ibu agar selalu memberikan ASI nya tanpa diselingi susu formula atau makanan tambahan yang lain, ibu mengerti dan bersedia.                 |
| 16.15 – 16.20 WIB | 4. Memberikan konseling KB kepada ibu, ibu mengerti tentang penjelasan mengenai   |

KB dan akan mempertimbangkan KB yang akan digunakan.

16.20 – 16.27 WIB

5. Menganjurkan pada ibu untuk kontrol ulang untuk memantau kondisi ibu dan bayi jika ditemukan tanda bahaya, ibu mengerti dan bersedia kontrol

#### **3.5.4 KUNJUNGAN IV (4minggu PP)**

Hari, tanggal pengkajian : 25 April 2017

Pukul : 16.00 WIB.

Tempat : Rumah Ny. "I"

Oleh : Syarifatul M

#### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

#### **DATA OBJEKTIF**

##### a. Pemeriksaan umum

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 kali/ menit

RR : 20 kali/menit

Suhu : 36,7°C

BAB : ±5 kali sehari(kuning jernih)

BAK : ±2 kali sehari (konsistensi lembek)

##### b. Pemeriksaan fisik khusus

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

Abdomen : TFU tidak teraba.

Genetalia : lochea alba (putih), tidak oedema,

Ekstermitas:tidak odem

### **Analisa Data**

P2A0 post partum 4 minggu fisiologis.

### **Penatalaksanaan**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 16.10 – 16.15 WIB | 1. Menjelaskan pada semua hasil pemeriksaan dalam batas normal, ibu paham dan merasa senang dengan kondisinya saat ini.   |
| 16.15 – 16.20 WIB | 2. Mengingatkan ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif yaitu pemberian nutrisi bayi hanya dengan air susu ibu selama 6 bulan tanpa tambahan apapun, ibu mengerti dan mau melakukan |
| 16.20 – 16.25 WIB | 3. Menginformasikan pada ibu untuk datang sewaktu-waktu ke bidan atau tenaga kesehatan apabila ada keluhan, ibu bersedia datang sewaktu-waktu bila ada keluhan.                       |

## **3.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana**

### **3.6.1 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Kunjungan Pertama**

Tanggal : 29 April 2017

Jam : 06.20 WIB

Tempat : BPM Minarti

Oleh : Syarifatul M

#### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan Ingin menggunakan kontrasepsi KB suntik 3 bulan dan ibu belum haid.

#### **DATA OBJEKTIF**

1. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 120/70 mmHg

RR : 20 x/menit

N : 80 x/menit

S : 36,6<sup>o</sup>C

BB : 49 kg

2. Pemeriksaan fisik khusus

Muka : bersih, tidak pucat.

Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebral tidak oedema.

Dada : simetris, bersih, tidak ada bendungan ASI, tidak lecet, ASI sudah keluar lancar.

Abdomen : bersih, tinggi fundus uteri tidak teraba, tidak ada bekas luka operasi

Ekstermitas atas dan bawah : tidak oedem.

#### **ANALISA DATA**

P2A0 akseptor baru KB suntik 3 bulan.

**PENATALAKSANAAN**

- 06.25 – 06.27 WIB Memberitahukan ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu mengerti.
- 06.27- 06.35 WIB Menjelaskan keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan, ibu mengerti
- 06.35 – 06.37 WIB Memberikan informed consent kepada ibu, ibu bersedia
- 06.37 – 06.39 WIB Menyuntikan KB 3 bulan secara *intramuskular* 1/3 *SIAS* dengan sudut 90° , ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
- 06.39 – 06.40 WIB Menganjurkan ibu untuk suntik KB ulang pada tanggal 19 Juni 2017 , ibu paham dan bersedia untuk melakukan suntik KB ulang.

## 3.6.2 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Kunjungan Kedua

Tanggal : 19 Juni 2017

Pukul : 16.05WIB

Tempat : BPM Minarti

Oleh : Syarifatul M

**DATA SUBJEKTIF**

Ingin melakukan kunjungan ulang, suntik KB 3 bulan dan ibu belum haid.

**DATA OBJEKTIF**

## 1. Pemeriksaan fisik umum

K/U : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,6<sup>0</sup>C

RR : 20 x/menit

### **ANALISA DATA**

P2A0 dengan akseptor KB suntik 3 bulan

### **PENATALAKSANAAN**

- |               |         |  |
|---------------|---------|--|
| 16.10<br>WIB  | – 16.15 | 1. Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaannya<br>TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80x/menit, S : 36,6 <sup>0</sup> C<br>RR : 20 x/menit, ibu mengerti tentang kondisinya. |
| 16.15<br>WIB  | – 16.17 | 2. Menanyakan pada ibu tentang keluhan apa yang<br>dirasakan KB 3 bulan saat ini, ibu mengatakan tidak<br>ada keluhan.   |
| 16.16<br>WIB  | – 16.19 | 3. Menyuntikkan suntik KB, sudah dilakukan   |
| 16.19 – 16.20 | WIB     | 4. Memberitahukan pada ibu untuk kembali suntik KB<br>3 bulan pada tanggal 09 agustus 2017. ibu mengerti<br>dan ibu bersedia kembali                                   |

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini akan dijelaskan tentang kesesuaian antara teori dan kenyataan antara fakta yang terjadi pada kasus yang diambil dari klien dan teori-teori yang mendukung diantara fakta dan kenyataan serta ditambahkan opini yang luas dari klien sendiri maupun opini yang dikemukakan oleh penulis sebagai pendamping klien dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dari masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus (bayi baru lahir), sampai dengan KB (keluarga berencana). Asuhan kebidanan pada klien secara berkesinambungan (*continuity of care*) pada Ny "I" G2P1A0 dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat).

#### **4.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester III**

Pembahasan yang pertama adalah tentang pemeriksaan pada masa kehamilan atau *ANC (Ante Natal Care)*, yang dilakukan oleh Ny "I" G2P1A0 dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat) di BPM Minarti Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang. Berikut ini akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang *ANC (Ante Natal Care)*. Dalam pembahasan yang berkaitan dengan *ANC (Ante Natal Care)*, maka dapat diperoleh data-data yang disajikan dalam bentuk tabel berikut ini :



TM I : 1 kali, TM II : 4 kali, TM III : 5 kali. Kontrol ANC Ny “I” melebihi standart kontrol ANC, menurut penulis kontrol ANC Ny “I” lebih bagus karena melebihi standart kontrol ANC, pemeriksaan ANC sangat penting dilakukan pada ibu hamil karena dalam pemeriksaan tersebut dilakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin sehingga kondisi ibu dan janin dapat terpantau dengan baik bahkan penyakit atau kelainan diharapkan dapat dilakukan penanganan secara dini, jadi control ANC lebih dari 4 kali yang sesuai dengan tahapan masa kehamilan. Ibu periksa lebih dari 4 kali untuk memantau kondisi kehamilannya sehingga ibu lebih rutin untuk periksa pada masa kehamilan, ini lebih baik karena agar jika terjadi sesuatu pada masa kehamilan akan segera diketahui. hal ini sesuai dengan pendapat (Romauli,2011), standart minimal kontrol ANC, meliputi : TM minimal I kali, TM II minimal I kali, TM III minimal 2 kali. Sehingga hal ini lebih baik pada ibu hamil untuk sering memeriksakan kehamilannya agar ibu dan janin sehat sampai proses persalinan.

Berdasarkan hal diatas, kontrol ANC Ny “I” sudah sesuai dengan standart kunjungan ANC. Jadi ANC sangat penting dan wajib dilakukan oleh ibu hamil, terutama melakukan ANC terpadu untuk mendeteksi secara dini komplikasi pada ibu hamil.

#### b. Pemeriksaan ANC Terpadu

Berdasarkan fakta Ny "I" melakukan ANC terpadu pada usia kehamilan 34 minggu. Menurut penulis ANC terpadu dilakukan dari awal kehamilan, karena untuk mendeteksi adanya komplikasi kehamilan sedini mungkin. Hal ini sesuai pendapat Depkes RI 2013 Pemeriksaan antenatal seyogyanya dimulai segera setelah diperkirakan terjadi kehamilan. pemeriksaan ini dapat dilakukan dalam beberapa hari setelah terlambat menstruasi karena untuk mendeteksi adanya suatu penyakit yang menyertai ibu. Berdasarkan uraian diatas ditemukan kesesuaian antara fakta dan teori.

a. Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan Ny."I" adalah 17 bulan, pada kehamilan, persalinan, nifas berjalan normal, pada BBL dan neonatus dalam keadaan normal. Menurut penulis, jarak kehamilan yang terlalu dekat kurang dari 2 tahun mempunyai waktu yang singkat untuk memulihkan rahimnya seperti semula sehingga mungkin terjadi suatu resiko pada ibu dan janin misal bisa terjadi anemia, perdarahan, abortus, BBLR namun pada kehamilan, persalinan, nifas Ny."I" berjalan dengan normal, Hal ini lebih baik karena tidak ditemukan suatu masalah maupun penyulit. Hal ini sesuai dengan pendapat (Rahmadewi, 2011) ada beberapa resiko tinggi pada ibu hamil termasuk jarak kehamilan terlalu dekat (<2 tahun). Wanita yang melahirkan dengan jarak yang sangat berdekatan (<2 tahun) akan mengalami resiko perdarahan pasca persalinan, keguguran dan

anemi dan dampak pada bayi yaitu bayi premature, BBLR dan pada nifas bisa menyebabkan terjadinya infeksi masa nifas.

Jarak Berdasarkan hal di atas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori, karena pada kehamilan Ny”I” berjalan dengan normal, persalinan dan nifas juga berjalan dengan normal, pada BBL dan neonatus tidak ditemukan suatu masalah atau komplikasi

### c. Keluhan Selama Trimester III

#### 1) Gangguan Rasa Nyaman dan Nyeri

Berdasarkan fakta pada usia kehamilan 34 minggu, Ny.”I” mengeluh pegal-pegal di bagian punggung dan kakinya yang merupakan gangguan rasa nyaman dan nyeri. Menurut penulis selama kehamilan trimester III sering terjadi ketidaknyamanan, karena semakin besar uterus semakin membuat lengkungan pada punggung yang akan meregangkan otot dan menimbulkan rasa nyeri.

Hal ini sesuai dengan pendapat Varney (2007). Ketidaknyamanan yang sering terjadi selama kehamilan trimester III adalah nyeri punggung maupun kaki. Nyeri tersebut biasanya meningkat intensitasnya seiring bertambahnya usia kehamilan.

Berdasarkan uraian diatas tidak ditemukan kesesuaian antara fakta dan teori.

#### 2) Terapi

Terapi yang diberikan pada Ny “I” pada tiap trimester yaitu :

TM I : Bc, kalk

TM II : Kalk, Fe, Vit C

TM III : Kalk, fe

Menurut penulis tablet Fe berguna untuk mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan, tablet Fe dibutuhkan pada ibu hamil untuk membentuk sel darah merah, zat besi juga berfungsi dalam sistem pertahanan tubuh, mineral ini juga merupakan protein yang membawa oksigen ke otot, protein yang terdapat di tulang dan jaringan penyambung serta enzim. Kalk berguna untuk pemenuhan kalsium bagi ibu dan janinnya yang berisi calcium lactate. Bc berguna untuk memproduksi energy dalam tubuh, mengoptimalkan pertumbuhan janin serta meningkatkan sistem imun. Hal ini sesuai dengan pendapat (Sulistyawati, 2009), zat-zat yang diperlukan untuk ibu hamil adalah protein, karbohidrat, zat lemak, mineral atau bermacam-macam garam terutama kalsium, fosfor dan zat besi (Fe), vitamin, suplemen makanan dan air. Berdasarkan hal tersebut, suplemen yang telah diberikan Ny "I" sesuai dengan teori sehingga tidak ada kesenjangan.

## 2. Data Obyektif

### a. Berat badan

Berat badan Ny "I" sebelum hamil 46 kg, pada akhir kehamilan 63 kg terjadi peningkatan 17 kg. Menurut penulis kenaikan berat badan ibu tidak dalam batas normal, karena kenaikannya selama hamil lebih 16 kg, hal ini dikarenakan apabila berat badan ibu hamil lebih dari batas normal dikhawatirkan akan menimbulkan bayi besar. Pada pola makan ibu selama hamil tidak teratur sehingga peningkatan berat badan ibu selama hamil lebih dari normal. Hal ini sesuai dengan pendapat (Sulistyawati,

2011), penambahan berat badan dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 15-16 kg. Peningkatan berat badan pada trimester I memang relatif normal. Peningkatan berat badan yang cukup naik pesat terjadi pada trimester II dan III, pada periode inilah perlu dilakukan pemantauan ekstra terhadap berat badan karena bisa berdampak pada janin yang nantinya akan mengalami obesitas. Untuk itu, sesuai data yang telah saya peroleh diatas, maka ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dan teori.

b. LILA (Lingkar Lengan Atas)

Ukuran LILA Ny "I" 27 cm, Menurut penulis normal pengukuran LILA minimal 23,5cm, pengukuran LILA sangat penting karena dari pengukuran tersebut kita bisa melihat status gizi ibu hamil baik atau tidak, karena LILA sangat berpengaruh dan beresiko terhadap kehamilan, persalinan, dan perkembangan janin. Menanggapi hal tersebut LILA Ny "I" dalam batas normal karena lebih dari 23,5cm. hal ini sesuai dengan pendapat (Manuaba, 2009), LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu kurang atau buruk. Sehingga ibu beresiko untuk melahirkan bayi dengan BBLR, ukuran LILA berkaitan erat dengan berat badan ibu selama hamil mulai trimester I sampai dengan trimester III. Kelebihannya jika dibandingkan dengan ukuran berat badan, ukuran LILA lebih menggambarkan keadaan atau status gizi ibu hamil sendiri. Untuk itu, sesuai data diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

c. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan palpasi abdomen ( Leopold)

Pada usia kehamilan 36 minggu, dari hasil pemeriksaan dijumpai, TFU 3 jari dibawah procecus xypoideus dengan pusat, bagian atas teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong). Bagian terbawah janin sudah masuk PAP. Sedangkan pada bagian bawah teraba bulat, keras, melenting (kepala). Menurut penulis UK TFU Ny "I" selama kehamilan sesuai dengan usia kehamilan tidak terjadi penyimpangan ukuran TFU , setiap ibu hamil memang berbeda sesuai dengan bentuk perut dan ketebalan dinding perut, Menurut Manuaba 2010, TFU pada usia kehamilan 36 minggu (3 jari dibawah processus xypoideus) Untuk itu, sesuai dari data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dan teori.

d. Pemeriksaan Khusus (penunjang)

Hasil pemeriksaan Hb Ny "I" pada tanggal 21-02-2017 yaitu 11,2 gr%. Menurut penulis Hb ibu normal karena dari hasil pemeriksaan didapatkan kadar HB 11,2 gr% dan dapat didefinisikan ibu tidak mengalami anemia. Disini karena ibu juga rutin dalam meminum tablet Fe sehingga Hb ibu dalam batas normal, ibu sangat mengantisipasi agar tidak terkena anemia dalam kehamilannya. Hal ini sesuai dengan pendapat (Nugroho,2012) kadar Hb normal 11 gr%. Untuk itu, sesuai dari

data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

### 3. Analisa Data

Analisa data Ny "I" adalah G2P1A0 UK 32 minggu dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat). Menurut penulis kehamilan Ny "I" berjalan normal karena kehamilan ini ibu sering mengikuti anjuran-anjuran yang diberikan oleh bidan . menurut Rahmadewi 2011 Kehamilan dengan jarak terlalu dekat ini akan beresiko pada kehamilan diantaranya, anemia dalam kehamilan. Pada proses persalinan bisa menyebabkan perdarahan, pada janin bisa menyebabkan bayi lahir premature atau BBLR dan pada masa nifas bisa menyebabkan terjadi infeksi masa nifas Untuk itu, sesuai dengan data yang saya peroleh maka tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dengan teori.

### 4. Penatalaksanaan

Asuhan pada masa hamil, Penulis melakukan penatalaksanaan pada Ny "I" sebagaimana asuhan yang diberikan untuk kehamilan normal, karena tidak ditemukan suatu masalah. Asuhan yang diberikan meliputi menjelaskan keluhan yang dialami ibu, KIE tentang tanda bahaya ibu hamil, istirahat yang cukup, kolaborasi pemberian suplemen, resiko kehamilan ,pemeriksaan laborat, menganjurkan pada ibu untuk minum obat yang telah diberikan oleh bidan yaitu kalk, mendiskusikan mengenai rencana persalinan ibu dan menganjurkan ibu untuk kontrol ulang. Hal ini sesuai dengan pendapat Sarwono (2010) Asuhan yang diberikan meliputi menjelaskan keluhan yang dialami ibu, KIE tentang tanda bahaya ibu

hamil, istirahat yang cukup, kolaborasi pemberian suplemen, resiko kehamilan ,pemeriksaan laborat. menganjurkan pada ibu untuk minum obat yang telah diberikan oleh bidan yaitu kalk, mendiskusikan mengenai rencana persalinan ibu dan menganjurkan ibu untuk kontrol ulang. Untuk itu, sesuai data diatas tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan teori.

#### 4.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

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

Tabel 4.2 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel INC Ny. "P" di BPM Minarti desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kab Jombang

| INC<br>KELUHAN   | JAM   | KALA I  | KALA II  | KALA III   | KALA IV   |
|--|-------|---|--|--|---|
| ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng disertai keluar lender bercampur darah. | 19.00 | TD: 120/70 mmHg<br>N : 80x/mnt<br>S : 36,7 °C<br>RR : 20x/ mnt<br>His 3x dalam 10 menit lamanya 40 detik<br>DJJ 140x/mnt<br>Palpasi WHO : 2/5<br>VT : ø 6 cm, Eff 75 %, ketuban negatif, presentasi kepala, denominator ubun-ubun kecil kiri depan, moulase 0, Hodge II | Lama kala II ±15 menit.<br>Bayi lahir spontan jam 20.15 WIB belakang kepala, jenis kelamin laki - laki, langsung menangis, tonus otot baik, warna kulit merah muda, tidak ada kelainan kongenital, anus ada. | Lama kala III ±15 menit.<br>Plasenta lahir lengkap spontan, jam 20.30 WIB kotiledon utuh | Lama kala IV ±2 jam.<br>Perdarahan : ± 200 cc<br>Observasi 2 jam pp : TD : 120/70mmHg<br>N : 82x/mnt<br>S : 36,9 <sup>0</sup> C<br>RR : 22 x/mnt<br>TFU : 2 jari bawah pusat<br>UC : Baik<br>Konsistensi : keras, kandung kemih kosong. |
|  | 20.00 | TD : 100/60 mmHg<br>N : 84x/mnt<br>RR: 20x/mnt<br>His : 5x dalam 10 menit lamanya lebih 45 detik<br>DJJ 136x/mnt<br><br>Palpasi WHO: 0/5<br>VT : ø 10 cm, Eff 10%, ketuban positif, presentasi kepala, denominator ubun-ubun kecil kiri depan moulase 0, Hodge IV       |  |  |   |

## A. Kala 1

### 1. Data Subyektif

#### a. Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan Ny "I" datang ke bidan pukul 19.00 WIB. Mules, kenceng-kenceng yang semakin kuat dan sering, ingin mengejan seperti BAB serta mengeluarkan lendir, ketuban belum pecah. Menurut penulis tanda-tanda yang dirasakan ibu pada kala I adalah keluarnya lendir darah dan his yang semakin kuat, memang fisiologis terjadi pada ibu bersalin dengan adanya tanda-tanda tersebut. Maka akan membantu mempercepat persalinan sehingga persalinannya lancar.

Hal ini sesuai dengan pendapat (Sulistyawati,2013) keluhan yang sering dirasakan ibu bersalin yaitu dimulai dengan his yang dipengaruhi oleh hormon *estrogen* dan *progesteron*. Selanjutnya keluar lendir darah terjadi karena adanya pembuluh darah yang pecah akibat pendataran dan pembukaan servik. Adanya pengeluaran cairan, hal ini dikarenakan karena ketuban pecah. Sebagian ketuban pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan dalam waktu 24 jam. Berdasarkan hal tersebut diatas, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

### 2. Data Obyektif

Pada fakta, diperoleh data pada Ny."I" payudara bersih, puting susu menonjol, colostrums belum keluar, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan abnormal. Pemeriksaan abdomen yaitu TFU 3 jari dibawah px (33cm) teraba bokong, punggung sebelah kanan , bagian terbawah janin

(kepala) dan sudah masuk PAP, DJJ 140 x/menit, genitalia :pembukaan 6 cm, eff 75%, ketuban belum pecah, denominator UUK, hodge II .menurut penulis berdasarkan pemeriksaan yang dilakkan masih dalam batas normal dan fisiologis

Menurut Manuaba (2010), pemeriksaan fisik pada ibu bersalin meliputi payudara bersih, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar, tidak ada bendungan/ massa abnormal, pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin, meliputi: TFU 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, tidak ada tanda-tanda infeksi,. Ekstremitas atas dan bawah tidak oedem

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

### 3. Analisa Data

Analisa data pada Ny "I" adalah G2P1A0 UK 40-41 minggu inpartu kala I fase aktif. Menurut Penulis berdasarkan pemeriksaan pada Ny "I" merasakan kenceng – kenceng dan mengeluarkan lender bercampur darah serta pembukaan 6 cm dalam hal ini merupakan tanda –tanda kala 1 fase aktif.

Menurut Aziz dan Manuaba (2010) tanda tanda kala 1 fase aktif dimulai dengan adanya his yang mulai sering sreta keluarnya lender bercampur dengan darah. Berdasarkan data diatas, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

#### 4. Penatalaksanaan

Berdasarkan fakta, persalinan kala I fase aktif Ny.”I” tidak melebihi batas normal, berlangsung selama  $\pm 1$  jam (19.00-20.00 WIB). menurut penulis, persalinan kala I pada multigravida berlangsung kurang lebih 14jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 sampai pembukaan kurang dari 4cm, dan fase aktif (6-7jam) dari pembukaan serviks 4 cm sampai 10cm). dalam fase aktif ini masid dibagi menjadi 3 fase, yaitu fase akselerasi, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal, yakni dalam waktu 2jam pembukaan berlangsung cepat, dari pembukaan 4cm menjadi 9 cm, fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2jam pembukaan 9cm menjadi 10 cm. kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Hal ini sesuai dengan pendapat Sulistyowati 2013, bahwa pada primigravida kala I berlangsung selama 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung selama 8 jam. Pada partograf Ny. “I” tidak melewati garis waspada, kemudian ibu diberikan makan dan minum, hal ini sesuai dengan pendapat Sarwono (2010), pada ibu bersalin kekuatan dipengaruhi asupan nutrisi sebelum persalinan. Hal ini sesuai antara fakta dan teori, lama kala 1  $\pm 1$  jam dari pembukaan 4 cm sampai pembukaan lengkap 10 cm. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

## B.Kala II

### a. Data Subyektif

ibu mengatakan merasakan kenceng kenceng semakin sering dan ingin meneran . menurut penulis hal ini fisiologis karena tanda-tanda mulainya persalinan yaitu keinginan untuk meneran semakin kuat, kontraksi semakin sering, sesuai dengan penjelasan di Buku Kesehatan Ibu dan Anak tanda bayi akan lahir yaitu perut mulas secara teratur , mulasnya sering dan lama. Menurut mochtar (2011) tanda gejala kala II yaitu his semakin kuat menjelang akhir kala I ketuban pecah ,dua kekuatan yaitu his dan ingin meneran

### b. Data Obyektif

Berdasarkan data yang diperoleh pada Ny "I" TFU 3 jari dibawah px,puka, his 5x dalam 10 menit selama 45 detik, penurunan kepala 0/5bagian, DJJ 136x/menit , genitalia pembukaan 10cm, eff 100%, ketuban sudah pecah ,presentasi kepala, denominator UUK , hodge IV, keluar lender bercampur darah. Menurut penulis berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan masih dalam batas normal dan fisiologis. Menurut manuaba (2010), pemeriksaan fisik ibu bersalin meliputi pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin :TFU sesuai umur kehamilan, pemeriksaan Leopold, DJJ normalnya(120-160 x/menit), genitalia bersih .

### c. Analisa Data

Analisa data pada Ny "I" adalah G2P1A0 inpartu kala II, menurut penulis berdasarkan hasil pemeriksaan Ny "I" merasakan kenceng-kenceng semakin sering dan kuat serta adanya keinginan ibu untuk meneran

,pembukaan 10cm,lender dan darah semakin banyak. Menurut teori mochtar (2011) tanda gejala inpartu kala II yaitu dimlainya dari adanya dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol serta vulva membuka . kekuatan his yang semakin kuat dan lehir serta darah yang keluar banyak

d. penatalaksanaan

Berdasarkan fakta, persalinan kala II Ny.”I” berlangsung selama  $\pm 15$  menit (20.00 – 20.15WIB), tidak ada penyulit selama proses persalinan. Menurut penulis,kala II pada Ny “I” berlangsung normal dikarenakan tidak melebihi batas normal dengan tanda-tanda adanya dorongan untuk meneran, ada tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka, TTV : pemantauan kala II secara fisiologis untuk multigravida berlangsung 1 jam, jika lebih dari waktu tersebut maka akan terjadi asfiksia maka dari itu harus dilakukan pemantauan secara optimal agar tidak terjadi resiko pada bayi maupun pada ibu.

Hal ini sesuai dengan pendapat Sulistyawati 2013, Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

Berdasarkan hal diatas tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

### C.Kala III

a. Data Subyektif

ibu mengatakan perut terasa mulas . menurut penulis hal tersebut fisiologis karena perut mulas merupakan tanda plasenta akan lahir . sesuai denagn

pendapat mochtar (2011), tanda –tanda kala III diantaranya perut terasa mulas

b. Data Obyektif

Berdasarkan data yang diperoleh pada Ny”I”, TFU setinggi pusat uterus bulat, tali pusat memanjang, dan adanya semburan darah . menurut penulis hal ini fisiologis karena merupakan tanda-tanda pelepasan plasenta . sesuai dengan teori yang terdapat di buku obstetric fisiologi yang merupakan tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus globuler disertai semburan darah dan tali pusat memanjang

c. Analisa Data

Analisa data pada Ny”I” adalah P2A0 kala III. Menurut penulis pemeriksaan Ny”I” terdapat tanda –tanda pelepasan plasenta yaitu uterus globuler ,terdapat semburan darah dan tali pusat memanjang, plasenta lahir lengkap 15menit setelah bayi lahir. Menurut teori mochtar(2011 )waktu untuk pelepasan plasenta setelah kala II berlangsung tidak lebih dari 30 menit dan tanda –tanda pelepasan plasenta yaitu uterus golbuler, adanya semburan darah serta tali psat bertambah panjang

d. penatalaksanaan

Berdasarkan fakta, persalinan kala III Ny.”I” berlangsung selama  $\pm 15$  menit (20.15 – 20.30WIB),plasenta lahir lengkap. Menurut penulis pada asuhan kala III ( pengeluaran plasenta) Secara fisiologis berlangsung  $\pm 15$  menit, jika sampai 15 menit tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta seperti perdarahan menyembur, tali pusat memanjang, uterus bundar, maka akan terjadi perdarahan (haemorigic post partum) tetapi pada kala III tidak

ditemukan hal yang patologis pada Ny”I” karena kontraksi uterus baik sehingga tidak terjadi perdarahan

Sesuai dengan pendapat Sulistyawati (2013), kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

Berdasarkan hal diatas, tidak dijumpai penyimpangan antara fakta dan teori.

#### D. Kala IV

##### a. Data Subyektif

Ibu mengatakan merasa lelah tapi lega karena plasenta sudah keluar lengkap dan normal. Menurut penulis hal itu fisiologis terjadi pada ibu setelah melahirkan , karena pada saat proses persalinan membutuhkan tenaga sangat kuat untuk melahirkan bayi dan plasenta, sehingga ibu merasakan lelah setelah persalinan.

##### b. Data Obyektif

Berdasarkan data yang diperoleh pada Ny”I”, tekanan darah 120/70mmHg, nadi 82x/menit ,S 36,9C, TFU 2jaridibawah pusat ,kandung kemih kosong, perdarahan 150cc, menurut penulis pemeriksaan diatas masih dalam batas normal. Berdasarkan pendapat sulistyawati (2014), kala IV adalah pengawasan selama 1-2jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Observasiyang hars dilakukan pada kala IV adalah tingkat kesadaran klien , Pemeriksaan TTV, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, perdarahan dikatakan normal apabila jumlahnya tidak melbihi 400-500cc

c. Analisa data

Analisa data pada Ny "I" adalah P2A0 kala IV . menurut penulis berdasarkan pemeriksaan Ny" I" pada observasi kala IV mulai plasenta lahir sampai 2jam PP berjalan normal. Menurut teori Mochtar (2011) kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2jam PP dilakukan observasi perdarahan, TTV, kontraksi uterus.

d. penatalaksanaan

Berdasarkan fakta, persalinan kala IV Ny."I" berlangsung selama  $\pm 2$  jam (20.30-22.30 WIB), perdarahan  $\pm 30$  cc, dilakukan IMD. Menurut penulis, observasi 2 jam post partum harus dilakukan agar tidak terjadi komplikasi seperti perdarahan, atonia uteri, anemia, pre eklampsia yang bisa membahayakan ibu, observai 2 jam post partum juga mengantisipasi adanya komplikasi darurat yang dapat mengancam nyawa ibu.

Hal ini sesuai dengan pendapat Sulistyawati (2013), kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam. Pada saat ini diamati apakah terjadi perdarahan pasca melahirkan. Berdasarkan hal diatas, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara fakta dan opini.

### 4.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

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

Tabel 4.3 Distribusi Data Subyektif dan Obyektif dari Variabel PNC (*Post Natal care*) Ny "I" di BPM Minarti Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang.

| Tanggal PNC           | 03 April 2017              | 08 April 2017  | 20 April 2017   | 25 April 2017                                     |
|-----------------------|----------------------------|--|---|---|
| Post partum (hari ke) | 6 jam                      | 6 hari   | 14 hari   | 40 hari   |
| Anamnesa              | Mules-mules                | Tidak ada keluhan  | Tidak ada keluhan   | Tidak ada keluhan                                 |
| Eliminasi             | Sudah BAK ± 2x, belum BAB  | BAK ± 4x/hari, warna kuning jernih, BAB 2x/hari konsistensi lembek | BAK ± 5x/hari, warna kuning jernih, BAB 2x/hari, konsistensi lembek | BAK ± 5x/ hari kuning, jernih, BAB 2x/hari lembek |
| Tekanan Darah         | 110/70 mmHg                | 120/70 mmHg  | 110/70 mmHg   | 110/70mmHg  |
| Laktasi               | Belum Lancar               | Lancar   | Lancar  | Lancar  |
| Perineum              | perdarahan 10 cc           | Perdarahan 3cc   | -   | -   |
| TFU Involusi          | TFU 2 jari di bawah pusat, | TFU pertengahan pusat symphysis,                                   | TFU teraba diatas symphysis   | TFU tidak teraba                                  |
| Lochea                | Lochea rubra               | Lochea sanguinolenta   | Lochea serosa   | Lochea alba                                       |

## 1. Data Subyektif

### a. Keluhan

Berdasarkan fakta pada 6 jam post partum Ny "I" mengatakan masih merasa mules. pada 6 hari post partum hari ibu mengatakan tidak ada keluhan, pada 14 hari post partum ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa, pada 40 hari post partum ibu mengatakan tidak ada keluhan Menurut penulis, Ny."I" pada saat 6 jam masih merasa mules dikarenakan uterus mengalami involusi uterus untuk kembali ke bentuk semula, hal ini fisiologis dialami pada ibu post partum, karena rasa mules tersebut merupakan tanda kontraksi uterus baik. Pada 6 hari post partum, 14 hari post partum dan 40 hari post partum ibu tidak ada keluhan karena masa nifas ibu berjalan dengan fisiologis. Hal ini sesuai

dengan pendapat (Sulistyawati (2009), masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi dan tanggung jawab ibu mulai bertambah. Berdasarkan hal diatas tidak ada penyimpangan antara fakta dan opini.

## 2. Data Obyektif

### a. Laktasi

Berdasarkan fakta, colostrum Ny “I” sudah keluar. Menurut penulis, proses laktasi yang baik dapat membantu mempercepat proses involusi uteri dan mempererat hubungan psikologis ibu dan bayi. Kolostrum merupakan cairan berwarna kuning yang keluar pertama kali pada payudara dan pada hari selanjutnya pengeluaran ASI yang keluar.

Hal ini fisiologis sesuai dengan pendapat (Sulistyawati, 2009), cairan pertama yang diperoleh bayi dari ibunya sesudah dilahirkan adalah colostrum, mengandung campuran yang kaya akan protein, mineral dan antibodi daripada ASI yang telah “matur”, ASI mulai ada kira-kira pada hari ke 3 atau ke 4 setelah kelahiran bayi dan colostrum berubah menjadi ASI yang matur kira-kira 15 hari sesudah bayi lahir. Proses laktasi pada Ny “I” berdasarkan teori dan fakta diatas tidak ditemukan adanya penyimpangan.

### b. Involusi

Berdasarkan fakta pada Ny “I” pada 6 jam post partum TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, pada 6 hari post partum TFU pertengahan pusat-symphisis, kontraksi uterus baik, pada 2

minggu post partum TFU teraba di atas symphysis, pada 6 minggu post partum TFU tidak teraba. Menurut penulis kontraksi uterus sangat baik sehingga involusi uterus berjalan normal pada 4 minggu TFU sudah tidak teraba, pada hari ke 6 dan seterusnya berjalan secara fisiologis, maka dari itu selalu dilakukan observasi involusi uteri sesuai dengan standart asuhan kunjungan masa nifas.. Hal ini sesuai dengan pendapat (Sulistyawati, 2009), TFU menurut masa involusi bayi lahir setinggi pusat, plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat symphysis, 2 minggu teraba diatas symphysis, 4 minggu tidak teraba. Berdasarkan teori dan fakta diatas tidak ditemukan adanya penyimpangan.

c. Lochea

Berdasarkan fakta pada Ny "I", pada 6 jam post partum lochea rubra (merah darah), pada 6 hari post partum lochea sanguinolenta (merah kekuningan), pada 14 hari post partum lochea serosa (kuning), pada 40 hari post partum lochea alba (putih). Menurut penulis lochea yang dialami ibu dalam batas normal karena tidak mengarah ke patologis, pada 6 jam post partum lochea rubra (merah darah), pada 4-7 hari post partum lochea sanguinolenta (merah kekuningan), pada 8-14 hari post partum lochea serosa (kuning), pada >14 hari post partum lochea alba (putih). Sehingga lochea ibu dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan pendapat Sulistyawati (2009), lochea rubra berwarna merah, berlangsung selama 6 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 merupakan cairan putih yang terjadi pada hari setelah > 14hari post partum. Untuk itu, sesuai dari data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

### 3. Analisa Data

Analisa data pada Ny.”I” adalah P2A0 post partum hari ke 1 fisiologis. Menurut penulis analisa data pada Ny “I” sudah sesuai dengan aturan penulisan diagnosa dengan tanpa ada keluhan dan penyulit pada masa nifas, TFU dalam batas normal, pengeluaran lochea sesuai dengan teori yang ada dan tidak ada tanda – tanda infeksi sehingga nifas berjalan secara fisiologis. Hal ini sesuai dengan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny “I” yaitu ibu tidak keluhan, ASI keluar lancar, perdarahan dalam batas normal. Menurut teori Sulistyowati, 2011 post partum fisiologis adalah post partum yang di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti semula sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu dengan kondisi yang baik tanpa ada penyulit dan komplikasi masa post partum

Untuk itu, sesuai dari data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

### 4. Penatalaksanaan

Penulis melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny “I”, sebagaimana untuk ibu nifas normal karena tidak ditemukannya masalah, seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi

fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, dan kontrol ulang. Hal ini fisiologis, sesuai dengan pendapat (Sulistiyawati, 2009), seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, dan kontrol ulang. Untuk itu, sesuai dari data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

#### 4.4 Asuhan Kebidana Pada BBL (Bayi Baru Lahir)

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

Tabel 4.4 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Bayi Baru Lahir Ny "I" di BPM Minarti Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang.

| Asuhan BBL     | 02 April 2017<br>Jam | Nilai  |
|----------------|----------------------|--|
| Penilaian Awal | 20.15 WIB            | Menangis spontan, warna kulit merah, reflek baik |
| Apgar Score    | 20.15WIB             | 6-7  |
| Inj. Vit K     | 20.15WIB             | Sudah diberikan                                  |
| Salep mata     | 20.20WIB             | Sudah diberikan                                  |
| BB             | 20.22WIB             | 3200 gram  |
| PB             | 20.24WIB             | 48 cm  |
| Lingkar Kepala | 20.26WIB             | SO : 32 cm, MO : 35 cm, FO : 34 cm.              |
| Lingkar Dada   | 20.28WIB             | 32cm   |
| Lila           | 20.30WIB             | 11 cm  |
| Inj. HBO       |                      | Sudah diberikan                                  |

---

|     |    |
|-----|----|
| BAK | 1x |
| BAB | -  |

---

Pada usia 1 jam bayi sudah menyusu pada saat dilakukannya IMD.

## 1. Data Subyektif

### a. Eliminasi

Berdasarkan fakta, pada usia 1 jam bayi Ny. "I" sudah BAK 1x, warna kuning, jernih, dan belum BAB.

Menurut penulis, hal ini memang keadaan normal atau pada umumnya terjadi pada BBL, jika bayi BAK ini pertanda bayi cukup baik dalam berkemih dan menunjukkan bayi cukup nutrisi.

Sesuai dengan pendapat Hidayat (2009), Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12-24 jam pertama kelahirannya, BAK lebih dari 8 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Berdasarkan data tersebut diatas, tidak dijumpai penyimpangan antara fakta dan teori.

### b. Nutrisi

Berdasarkan fakta, bayi Ny "I" sudah menyusu pada saat dilakukan IMD setelah kelahiran. Menurut penulis, saat bayi lahir langsung lakukan IMD yang bertujuan untuk mendekatkan kontak ibu dengan bayi agar bayi bisa mencari puting susu, pelaksanaan IMD  $\pm$  1 jam dan asupan nutrisi bayi terpenuhi. Pemberian ASI eksklusif sedini

mungkin sangat penting bagi tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efisien, mencegah infeksi, dan bisa menjadi alat kontrasepsi alamiah (*amenore laktasi*). Bayi Ny”P” bisa menghisap puting dengan bantuan bidan serta dilakukan IMD selama 30 menit.

Hal ini fisiologis sesuai dengan pendapat (Wafi Nur Muslihatun, 2010), anjurkan ibu untuk memberikan ASI dini (30 menit-1 jam setelah lahir) dan eksklusif. Prosedur pemberian ASI dijadwal siang malam (minimal 8 kali dalam 24 jam) setiap bayi menginginkan. Berdasarkan fakta diatas tidak dijumpai penyimpangan antara fakta dan teori.

## 2. Data Obyektif

### a. Tanda-tanda vital

Berdasarkan fakta tanda-tanda vital bayi Ny”P” dalam batas normal. menurut penulis TTV dalam batas normal yaitu S : 36,8 °C, RR : 52x/menit, N : 146x/menit dan tidak menunjukkan kearah patologis, pemeriksaan tanda vital pada bayi sangat mutlak dilakukan karena dari pemeriksaan tersebut kita dapat mengetahui apakah keadaan bayi dalam keadaan sehat atau timbul tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi dan asfiksia. sesuai pendapat (Wafi Nur Muslihatun, 2010), suhu bayi normal adalah antara 36,5-37,5 °C. Pernafasan bayi normal 30-60 kali/menit. Denyut jantung normal bayi antara 100-160 kali/menit, tetapi dianggap masih normal jika diatas 160 kali/menit dalam jangka waktu pendek, beberapa kali dalam 1 hari selama beberapa hari pertama kehidupan, terutama bila bayi mengalami distres.

Berdasarkan hal tersebut diatas tidak ditemukan adanya penyimpangan antara fakta dan teori.

b. Pemeriksaan fisik

Berdasarkan fakta, pada Bayi Ny. "I" warna kulit kemerahan, tidak ada kelainan pada anggota tubuh, tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat, anus ada, tidak ada kelainan pada ekstermitas.

Menurut penulis, hal ini fisiologis, karena dari hasil pemeriksaan memang pada umumnya warna bayi merah muda tidak menunjukkan bayi ikterus dan dari pemeriksaan lainnya dalam keadaan normal.

Sesuai dengan pendapat Latief (2013) warna kulit bayi harus berwarna merah muda yang bersih, tidak ada kelainan pada anggota tubuh, dan tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat. Berdasarkan data tersebut diatas, tidak dijumpai penyimpangan antara fakta dan teori.

c. Antropometri

1) Berat badan

Berat badan lahir bayi Ny "I" 3200 gram, panjang badan bayi 48 cm, lingkar dada 32 cm, SOB 32 cm, FO 34 cm, MO 35 cm, Saat umur 1 jam dengan BB 3200 gram, umur 6 hari dengan BB 3600 gram, umur 14 hari 4200 gram. Menurut penulis hasil pemeriksaan tersebut dalam batas normal dan tidak menuju ke arah patologis. Hal ini sesuai dengan pendapat (Wafi Nur Muslihatun, 2010) pengukuran antropometri meliputi BB (2500-4000 gram), PB (45-50 cm), LK (33-35 cm), LD (30-33 cm). Berdasarkan hal diatas tidak ditemukan penyimpangan antara fakta dan teori.

### 3. Analisa Data

Analisa data pada bayi Ny "I" adalah "bayi usia 1 jam keadaan normal". Menurut penulis analisa data pada Bayi Ny "I" dalam keadaan normal mulai dari pemeriksaan fisik dan tanda – tanda vital semua normal. Hal ini sesuai dengan pendapat Nanny Lia Dewi (2011) bahwa cirri – cirri bayi normal yaitu BB 2500 – 4000 gr, PB 48-52, LK 33-35, LD 30-38, RR 40-80x/mnit dan nadi 120-160x/menit.

Untuk itu, sesuai dari data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

### 4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan BBL, penulis melakukan penatalaksanaan pada bayi Ny "I" sebagaimana untuk BBL normal karena tidak ditemukan masalah selama kunjungan. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE seperti KIE tanda bahaya bayi, imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari. KIE diberikan secara bertahap agar ibu lebih mudah dalam memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi, kontrol ulang. Menurut penulis pemberian KIE untuk bayi baru lahir sangat perlu karena bertujuan untuk mencegah terjadinya resiko pada bayi seperti tali pusat berbau, sianosis, hipotermi, dan ikterus.

Hal ini sesuai dengan pendapat Wafi Nur Muslihatun (2010), penatalaksanaan pada neonatus fisiologis, meliputi KIE seperti KIE tanda bahaya bayi, imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari dan lain-lain. KIE diberikan

secara bertahap agar ibu lebih mudah dan memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi, kontrol ulang. Untuk itu, sesuai dari data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

#### 4.5 Asuhan Kebidanan Neonatus

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

Tabel 4.5 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Neonatus Bayi Ny "I" di BPM Minarti Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang.

| Tgl.Kunjungan Neonatus | 02 April 2017                            | 08 April 2017                                      | 20 April 2017  |
|------------------------|--|--|--|
| ASI                    | Ya                                       | Ya   | Ya   |
| BAK                    | BAK $\pm$ 3x sehari, warna kuning jernih | BAK $\pm$ 7 kali dalam 24 jar                      | BAK $\pm$ 8 kali dalam 24 jam                        |
| BAB                    | Sudah BAB                                | BAB $\pm$ 4x/hari warna kuning, konsistensi lembek | BAB $\pm$ 4x/hari konsistensi lunak berwarna kuning. |
| BB                     | 3200 gram                                | 3600 gram  | 4200 gram  |
| <i>Ikterus</i>         | Tidak                                    | Tidak  | Tidak  |
| Tali pusat             | Basah tidak kemerahan, tidak bau,        | Sudah lepas  | 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 lembek. Menurut penulis jika bayi BAB warna hitam 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. Bayi Ny "I" normal karena pada usia 1 hari sudah mengeluarkan mekonium atau kotoran.

Hal ini sesuai dengan pendapat (Wafi 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 diatas tidak ada penyimpangan antara fakta dan teori.

## 2. Data Obyektif

### a. Antropometri

Berat badan lahir bayi Ny "I" 3200 gram, panjang badan bayi 48 cm, umur 6 hari dengan BB 3600 gram, umur 14 hari 4200 gram. Menurut penulis bayi Ny "I" mengalami kenaikan BB melampaui batas karena bayi Ny "I" menyusu dengan sangat kuat. Menurut A. Aziz (2009) pada masa pertumbuhan setiap minggu akan mengalami kenaikan 140-200gram untuk bayi usia 0-6bulan. Dan menurut pendapat Wafi Nur Muslihatun, (2010) panjang badan neonatus cukup bulan 45 sampai

54 cm. Berdasarkan hal tersebut, terdapat kesenjangan berat badan antara fakta dan teori.

### 3. Analisa Data

Analisa data pada bayi Ny “I” adalah “Neonatus normal usia 1 hari fisiologis”. Menurut penulis, bayi Ny “I” dalam keadaan normal semua pemeriksaan dilakukan dengan hasil normal.

Hal ini sesuai dengan pendapat Saminem (2010) pemeriksaan pada neonatus dilakukan 3 kali kunjungan untuk mengobservai TTV, nutrisi, eliminasi dan laktasi serta membrikan konseling tanda –tanda bahaya neonatus. Untuk itu, sesuai dari data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

### 4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan neonatus, penulis melakukan penatalaksanaan pada bayi Ny “I” sebagaimana untuk neonatus normal karena tidak ditemukan masalah selama kunjungan. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE seperti KIE tanda bahaya Neonatus, imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari. KIE diberikan secara bertahap agar ibu lebih mudah dalam memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi, kontrol ulang. Menurut penulis pemberian KIE untuk bayi baru lahir sangat perlu karena bertujuan untuk mencegah terjadinya resiko pada bayi seperti tali pusat berbau, sianosis, hipotermi, dan ikterus.

Hal ini sesuai dengan pendapat (Saminem, 2010), penatalaksanaan pada neonatus fisiologis, meliputi KIE seperti KIE tanda bahaya Neonatus,

imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari dan lain-lain. KIE diberikan secara bertahap agar ibu lebih mudah dan memahami penjelasan yang diberikan, imunisasi, kontrol ulang. Untuk itu, sesuai dari data yang telah saya peroleh diatas, maka tidak ditemukan adanya suatu kesenjangan antara fakta dengan teori.

#### **4.6 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana**

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

*Tabel 4.5 Distribusi Data Subyektif dan Data Obyektif dari Variabel Keluarga Berencana Ny "I" di BPM Minarti Desa Trawasan Kecamatan Sumobito Kabupaten Jombang.*

| <i>Tanggal<br/>kunjungan KB</i> | <i>29 April 2017</i>                                      | <i>19 Juni 2017</i>   |
|---------------------------------|---|---|
| <i>Subyektif</i>                | <i>Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan</i> | <i>Ibu mengatakan Ingin melakukan kunjungan ulang, suntik KB 3 bulan.</i> |
| <i>Tensi</i>                    | <i>120/70 mmHg</i>  | <i>110/70</i>   |
| <i>Berat Badan</i>              | <i>49 kg</i>  | <i>49 kg</i>  |
| <i>Haid</i>                     | <i>Belum haid</i>   | <i>Belum haid</i>   |

##### *1. Data Subjektif*

*Berdasarkan fakta, pada 40 hari post partum Ny. "I" tidak ada keluhan, dan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan. Menurut penulis, hal ini tidak sesuai dengan keadaan ibu dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat) karena KB yang cocok untuk*

Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat) salah satunya adalah KB implant dan AKDR.

*Hal tersebut sesuai dengan Romauli 2011 Segera setelah masa nifas untuk melakukan pemasangan KB yang efektif dan berjangka panjang, yaitu AKDR dan Implant agar kasus dengan jarak kehamilan terlalu dekat tersebut dapat dihindari*

*Berdasarkan hal tersebut ditemukan adanya penyimpangan antara fakta dan teori*

#### 1. *Data Objektif*

*Berdasarkan data diatas, hasil pemeriksaan Ny "I" adalah keadaan umum,TTV, dan pemeriksaan fisik dalam batas normal. Menurut penulis Hasil data objektif yang normal menunjukkan tidak adanya kontra indikasi untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.. Hal ini sesuai dengan pendapat (Saifuddin, 2010) pemeriksaan fisik untuk akseptor KB suntik 3 bulan yaitu pemeriksaan fisik dalam batas normal dan tidak banyak efek samping. Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemui kesenjangan antalami perubahan pada fakta dan teori.*

#### 2. *Analisa Data*

*Berdasarkan fakta pada analisa data Ny "I" adalah P2A0 akseptor baru alat kontrasepsi suntik 3 bulan. Menurut penulis pemeriksaan fisik pada Ny "I" yang berkaitan dengan kb suntik 3 bulan tidak ada penyimpangan , sementara Ny "I" masih dalam proses menyusui dan kb suntik 3 bulan tidak mempengaruhi proses laktasi , Hal ini sesuai dengan teori Saifudin (2010) pemeriksaan fisik untuk kb suntik 3 bulan*

*yaitu ASI keluar lancar dan tidak banyak efek samping. Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.*

### 3. *Penatalaksanaan*

*Pada asuhan kebidanan untuk akseptor KB, penulis melakukan penatalaksanaan pada Ny "I" sebagaimana untuk akseptor baru KB suntik 3 bulan, karena tidak ditemukan masalah ibu diberi KIE efek samping normal KB suntik 3 bulan, tanda bahaya Kb suntik 3 bulan dan kunjungan ulang. Menurut penulis dengan keikutsertaan ibu dalam program KB ibu sudah menyadari pentingnya pengendalian pencegahan kehamilan. Hal ini sesuai dengan pendapat (Saifuddin, 2010), penatalaksanaan pada akseptor KB suntik 3 bulan meliputi KIE efek samping normal KB suntik 3 bulan, tanda bahaya dan kunjungan ulang. Berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.*

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Asuhan kebidanan pada Ny “T” yang Asuhan kebidanan yang telah dilakukan selama kurang lebih 3 bulan yang dimulai dari masa hamil dengan usia kehamilan 40-41minggu. Setelah penulis melakukan asuhan manajemen kebidanan dengan menggunakan pendekatan komprehensif dan pendokumentasian secara SOAP pada Ny “T” dari kehamilan, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB .

1. Asuhan kebidanan kehamilan Trimester III pada Ny. “T” dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat) berjalan normal tanpa ada penyulit atau komplikasi.
2. Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. “T” dengan persalinan normal.
3. Asuhan kebidanan masa nifas pada Ny. “T” dengan post partum normal.
4. Asuhan kebidanan bayi baru lahir, pada bayi Ny. “T” dengan BBL normal
5. Asuhan kebidanan Neonatus, pada bayi Ny. “T” dengan neonatus aterm fisiologis
6. Asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. “T” dengan akseptor baru alat kontrasepsi suntik 3 bulan

## 5.2 Saran

### 1. Bagi Responden (Klien)

Diharapkan klien hendaknya sering memeriksakan kehamilannya secara rutin guna atau sedini mungkin untuk mengetahui perkembangan janin sehingga dapat dicegah terjadinya komplikasi atau resiko lainnya, sehingga ibu dapat menjalani proses kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik, dan juga memperhatikan nutrisi dimasa kehamilan guna mencegah terjadinya bayi obesitas serta melakukan kunjungan ulang KB secara rutin.

### 2. Bagi Lahan Praktek (BPM)

Diharapkan para bidan BPM lebih menekankan ANC Terpadu di awal kehamilan, sehingga ketika pasien mengetahui adanya kehamilan segera periksa ANC terpadu dari awal kehamilan serta mengadakan kelas ibu hamil untuk memberikan penyuluhan tentang KB.

### 3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis dapat menerapkan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan Kehamilan Resiko Tinggi (Jarak Kehamilan Terlalu Dekat), serta dapat mempratikkan teori yang didapat di institusi secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan, serta dapat terus belajar dan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam melaksanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, Biran dkk. 2011. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka
- Bahiyatun. 2009. *Buku Ajar Kebidanan Asuhan Nifas Normal*. Jakarta :EGC
- Departemen Kesehatan RI. 2013. *Pedoman Pelayanan Antenatal* , Depkes RI, Jakarta
- Dinkes Jombang, 2015. *Profil Kesehatan Jombang* . Diakses pada tanggal 28 Februari 2017
- Dutton, Lauren A. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Hidayat, Aziz Alimul. 2009. *Asuhan Neonatal Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC
- Kemenkes RI, 2010. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta
- Latief, Dr.Abdul dkk. 2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta : Pustaka Rihama
- Madfort, Janet. 2012. *Kebidanan Oxford Dari Bidan Untuk Bidan*. Jakarta : EGC
- Manuaba, I.B.G. 2008. *Buku Ajar Patologi Obstetri*. Jakarta: EGC
- Manuaba, I.B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Mochtar, Rustam. 2011. *Synopsis Obstetri Jilid 1*. Jakarta :EGC
- Modul Midwifery Update, 2016.
- Mufdillah, S.Pd., SST, MSc.2009. *ANC FOKUS* . Yogyakarta: Nuha Medika
- Muslihatun, Wafi Nur. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*.Yogyakarta: Fitramaya
- Nanny Lia Dewi, Vivian. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika
- Nina Siti Mulyani. 2013. *ASI dan Pedoman Ibu menyusui*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nugroho, Taufan. 2010. *Buku Ajar Obstetri Mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta: Muha Medika
- Prawirohardjo, sarwono. 2009. *ilmu kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Yogyakarta: Yayasan Kebidanan.
- Rahmadewi, Herartri R. 2011. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kehamilan Resiko Tinggi*. Jakarta. EGC
- Romauli, suryati. 2011. *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Rukiyah Ai Yeyeh, Lia . 2010 . *Asuhan Kebidanan dan Patologi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk (ed) 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, Abdul Bari. 2013. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina
- Saminem, 2010. *Dokumentasi Kebidanan Konsep dan Praktik*. Jakarta: EGC
- Sulistiyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistiyawati, Ari.2009. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Yogyakarta: ANDI
- Sulistiyawati, Ari.2013. *Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika

Varney's. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC

Varney, Helen,dkk. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2*. Jakarta: EGC

Walyani Siwi, Elisabeth, 2015. *Asuhan Kebidanan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran RGC

## Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin BPM

|   |   |
|---|---|
|  | <p><b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN</b><br/> <b>"INSAN CENDEKIA MEDIKA"</b><br/> <b>SK Mendiknas No : 141/D/O/2005</b><br/>         Jl. K.H. Hasyim Asyari 171, Mojosongo – Jombang, Telp. 0321-877819, Fax.: 0321-864903<br/>         Jl. Halmahera 33 – Jombang, Telp.: 0321-854915, 0321-854916<br/>         e-Mail: Stikes_Icme_Jombang@Yahoo.Com</p> |
|---|---|

No. : 015/SP-BD/073127/1/2017 Jombang, 02 Februari 2017  
 Lamp. : -  
 Perihal : Penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA)

Kepada :  
 Yth. Minarti, 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 : Syarifatul Mutingah  
 No. Pokok Mahasiswa / NIM : 141110045  
 Tingkat / Semester : VI  
 Judul Penelitian :

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

  
 Kusiana M. Hawati, SST., M.Kes  
 NIK. 02. 08. 126

## Lampiran 2 Surat Persetujuan Bidan

## SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN

Saya yang bertanda dibawah ini :

Nama : Minarti And, Keb  
 Alamat Praktek : Ds Prawasan Sumobito Jombang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : IMROATUL HASANAH  
 Alamat : Ds Prawasan Sumobito Jombang  
 Hamil ke : II  
 Tafsiran Persalinan : 27 - 02 - 2017

Dengan ini menyatakan bahwa saya 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 mahasiswi :

Nama : SYARIFATUL MUTINGAH  
 Semester : VI  
 Prodi : D3 Kebidanan  
 Institusi : STIKES KME JOMBANG

Demikian surat pernyataan kesanggupan ini saya buat dengan sesungguhnya dan kemauan saya sendiri tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jombang, 07 Februari 2017

Pembuat Pernyataan

MINARTI And. Keb  
 SIPB : 446 / 2018 / 41525 / 2013

## Lampiran 3 Surat Persetujuan Pasien

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : IMROATUL HASANAH  
Tempat, Tgl lahir : JOMBANG, 26-12-1991  
Hamil Ke : ii  
Tafsiran Persalinan : 27 Maret 2017  
Alamat : Tranaran Sumobito Jombang

Dengan ini saya menyatakan sanggup untuk menjadi pasien dari masa hamil s/d masa nifas.  
Untuk memenuhi Laporan Tugas Akhir (LTA) dari mahasiswa :

Nama : SYAKIPATUL MUTINGAH  
Semester : vi  
Prodi : D3 Kebidanan  
Institusi : STIKES ICM JOMBANG

Demikian surat pernyataan kesanggupan ini saya buat dengan sesungguhnya dan atas kemauan saya sendiri tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jombang, 7 Februari 2017

Pembuat Pernyataan



IMROATUL HASANAH

## Lampiran 4 Surat ijin penelitian Dinas Kesehatan Jombang



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, 28 Februari 2017

Nomor : 070/1762/1415.17/2017  
 Sifat : Biasa  
 Lampiran : -  
 Perihal : **Izin Penelitian**

K e p a d a  
 Yth BPM Minarti, Amd. Keb  
 Ds. Trawasan Kec. Sumobito  
 di  
J o m b a n g

Menindak lanjuti Surat Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Jombang Nomor : 025/KTI-D3KEB/K31/073127/II/2017 tanggal 28 Februari 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 : Syarifatul Mutingah  
 Nomor Induk : 141110045  
 Judul : asuhan komprehensif dengan jarak kehamilan terlalu dekat  
 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.

PIK. KEPALA DINAS KESEHATAN  
 KABUPATEN JOMBANG  
 DINAS KESEHATAN  
 J o m b a n g  
 drg. INMA SILESTYOWATI, M. Kes.  
 Pembina  
 NIP. 196906232002122001

Tembusan Yth.:

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

## Lampiran 5 Surat Tindak Lanjut Dinas Kesehatan Jombang



**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 : 28 Februari 2017  
Nomor : 070/628/1415.17/2017  
Sifat : -  
Lampiran : -  
Hal : Pengambilan Data

Menindaklanjuti Surat dari Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Nomor : 025/KTI-D3 KEB/K31/073127/II/2017 tanggal : 27 Pebruari 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 : **Syarifatul Mutingah**  
N I M : 141110045  
Judul Data : Data Jarak Kehamilan terlalu dekat  $\leq$  2 tahun  
Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

PIR. KEPALA DINAS KESEHATAN  
 KABUPATEN JOMBANG  
 DINAS KESEHATAN  
 Drg. **INNA SILESTYOWATI, M. Kes.**  
 NPM 19690623 200212 2 001

## Lampiran 6 Buku KIA

Nomor Registrasi : .....  
 Nomor Urut : .....  
 Tanggal menerima buku KIA : 4-9-2016  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: .....

**IDENTITAS KELUARGA**

Nama Ibu : Ny. Imroatul Hasanah  
 Tempat/Tgl lahir : 26-12-1991  
 Kehamilan ke : 2 Anak Terakhir umur: 1,5 tahun  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Golongan Darah : .....  
 Pekerjaan : TU  
 No. JKN : .....

Nama Suami : Tn. Najib  
 Tempat/Tgl lahir : 25-11-1991  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Golongan Darah : .....  
 Pekerjaan : .....

Alamat Rumah : DS. Trawasan  
 Kecamatan : Sumobito  
 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

# CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL



## MENYAMBUT PERSALINAN ( Agar Aman dan Selamat )



Departemen Kesehatan  
Republik Indonesia

Saya : IMROATUL HAQANAH  
alamat : Pk Trausan Kec. Sunobito Kab. Jombang

Memberikan kepercayaan kepada nama-nama ini untuk membantu persalinan saya agar aman dan selamat, yang diperkirakan pada, bulan : Maret tahun : 2017



Untuk persalinan dibantu oleh Bidan/Dokter:

1. Bidan Bidan
2. Bidan Dokter



Untuk Dana Persalinan, disiapkan sendiri / dibantu oleh:

BPJS



Untuk kendaraan / ambulance Desa oleh:

1. Ambulance Desa
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



Metode KB setelah melahirkan yang dipilih:

-



Untuk sumbangan darah (Golongan Darah AB) dibantu oleh:

1. Keluarga
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Mengetahui  
Suami / Orang Tua / Mertua / Wali

[Signature]

Bidan / Dokter



[Signature]

Saya,

[Signature] 20.17

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

### Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 20 - 6 - 2016  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 27 - 3 - 2017  
 Lingkar Lengan Atas: 27 cm; KEK (  ), Non KEK (  ) Tinggi Badan: 147 cm  
 Golongan Darah: .....  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: .....  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: .....  
 Riwayat Alergi: .....

| Tgl         | Keluhan Sekarang | Tekanan Darah (mmHg) | Berat Badan (Kg) | Umur Kehamilan (Minggu) | Tinggi Fundus (Cm) | Letak Janin Kep/Su/Li | Denyut Jantung Janin/ Menit |
|-------------|------------------|----------------------|------------------|-------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 4/16<br>9   | Mual             | 125<br>80            | 47               | 10                      | -                  | -                     | -                           |
| 4/16<br>10  | t.a.a            | 120<br>80            | 49               | 13-14 mgg               | -                  |                       |                             |
| 13/16<br>4  | t.a.a            | 110<br>70            | 50               | 19 mgg                  | 18 cm              | ball ⊕                | 130 x/mnt                   |
| 14/16<br>12 | t.a.a            | 110<br>80            | 52               | 23-24 mgg               | 20 cm              | kep                   | 142 x/mnt                   |
| 25/17<br>10 | t.a.a            | 110<br>90            | 55               | 25-26 mgg               | 24 cm              | kep                   | 142 x/mnt                   |
| 8/17<br>2   | taa              | 120<br>80            | 58               | 32 mgg                  | 29 cm              | kep                   | 144 x/mnt                   |
| 21/17<br>2  | pegal-pegal      | 110<br>70            | 59               | 33-34                   | 31                 | kep U                 | 140 x/mnt                   |
| 06/17<br>05 | taa              | 110<br>70            | 59               | 36-37                   | 31                 | kep                   | 140 x/m                     |
| 14/17<br>3  | taa              | 110<br>70            | 62               | 37-38                   | 32 cm              | kep                   | 136 x/m                     |
| 21/17<br>3  | taa              | 120<br>70            | 63               | 38-39                   | 33 cm              | kep                   | 147 x/m                     |
|             |                  |                      |                  |                         |                    |                       |                             |

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

### Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ...1... Jumlah persalinan ...1... Jumlah keguguran ...-... G ...1... P ...1... A ...0...  
 Jumlah anak hidup ..... Jumlah lahir mati .....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan ..... anak  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir .....1,5 th.....  
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir .....2015..... [bulan/tahun]  
 Penolong persalinan terakhir .....Bidan.....  
 Cara persalinan terakhir\*\* : [] Spontan/Normal [ ] Tindakan .....

\*\* Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

| Kaki Bengkang | Hasil Pemeriksaan Laboratorium                  | Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik) | Nasihat yang disampaikan | Keterangan<br>- Tempat Pelayanan<br>- Nama Pemeriksa (Paraf) | Kapan Harus Kembali |
|---------------|---|---|--------------------------|--|---------------------|
| ⊖/+           | pp test ⊕                                       | BC, kalk  | nutrisi                  | Polindes <i>f</i>  | 1 Bln               |
| ⊖/+           |   | BC, kalk, Vit. c  | Periksa rutin Nutrisi    | Polindes <i>f</i>  | 13/11/16            |
| ⊖/+           |   | BC, kalk, Vit. C  | Periksa rutin Nutrisi    | Polindes <i>f</i>  | 14/12/16            |
| ⊖/+           |   | BC, kalk, Fe  | Periksa rutin Nutrisi    | Polindes <i>f</i>  | 25/01/17            |
| ⊖/+           |   | Kalk, Ramabion  | Periksa rutin            | Bpm minarti  | 8/2017              |
| ⊖/+           |   | Ramabion, kalk, vit c                                     | Periksa rutin nutrisi    | Bpm minarti  | 22/2/17             |
| ⊖/+           | Hb: 11,2 vct ⊕<br>gdl: 29 AB, Rh+<br>Alb: ⊕ KES | Fe, Kalk, Vit c   | Dokter                   | Bpm minarti  | 06/03/17            |
| ⊖/+           |   | Vit c   | Periksa Rutin            | Bpm Minarti  | 13/03/17            |
| ⊖/+           |   | Ramabion, kalk  | Periksa rutin            | Bpm Minarti  | 21/3/17             |
| ⊖/+           |   | Ramabion, kalk, Vit-c                                     | Periksa rutin            | Bpm Minarti  | Belum ada keluhan   |
| -/+           |   |   |                          |  |                     |

### CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

| Kaki Bengkak | Hasil Pemeriksaan Laboratorium | Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik) | Nasihat yang disampaikan | Keterangan<br>- Tempat Pelayanan<br>- Nama Pemeriksa (Paraf) | Kapan Harus Kembali |
|--------------|--------------------------------|---|--------------------------|--|---------------------|
| - / +        |                                |   |                          |  |                     |
| - / +        |                                |   |                          |  |                     |
| - / +        |                                |   |                          |  |                     |

Tgl: 21/2/17 ANC TERPADU PUSKESMAS JOGOLoyo

Hasil Pemeriksaan

1. Anamnesis : CA?  Abdomen?  Hypertroid?

2. Pemeriksaan Fisik : Stomatitis?  Cardien?  Anemia?

3. Pola Gizi : IMT?  Status Gizi?

4. PRM : TB?  Malaria?  Kusta?

5. Laboratorium

- U<sub>1</sub> : Albumin :  Reduksi?  Lain?

- U<sub>2</sub> : Gula :  HB : 11,2 %  Lain?

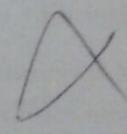
- VGT / WRVDRL :

- Faeces :

- Sreat :

6. KIA :

Diagnosa: 6110001 U<sub>1</sub> 33-34 minggu dengan kehamilan fisiologi



**PUSKESMAS JOGOLOYO**  
**Laboratorium Klinik**

Nama : Ny. Imroatul Umur : 25 Th  
Alamat : Tasikmalaya

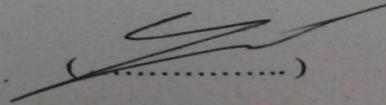
**JENIS PEMERIKSAAN**

| JENIS     | HASIL       | NORMAL                               |
|-----------|-------------|--------------------------------------|
| Hb        | <u>11,2</u> | L : 13 – 16 g/dl<br>P : 12 – 14 g/dl |
| Lekosit   |             | 4.000-10.000sel/mm <sup>3</sup>      |
| Erytrosit |             | 4 – 5 Juta                           |
| Trombosit |             | 150.000-400.000sel/mm <sup>3</sup>   |
| LED       |             | 0 – 10 mm/jam 1                      |

Hitung Jenis Lekosit : .....  
Golongan Darah : AB Rh<sup>+</sup>  
Malaria : .....  
Widal : .....

- Salmonella thypii O : .....
- Salmonella thypii H : .....
- Salmonella parathypii A : .....
- Salmonella parathypii B : .....

Jogoloyo, 21-2-2017  
Pemeriksa

  
(.....)

**PUSKESMAS JOGOLOYO**  
**Laboratorium Klinik**

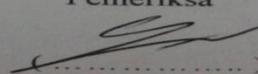
Nama : Ny. Imroatul Umur : 25 Th  
Alamat : Tasikmalaya

**JENIS PEMERIKSAAN**

| JENIS         | HASIL      | NORMAL    |
|---------------|------------|-----------|
| Albumin       | <u>Neg</u> | Negatif   |
| Reduksi       | <u>Neg</u> | Negatif   |
| Urobilin      |            | Negatif   |
| Bilirubin     |            | Negatif   |
| Sedimen       |            |           |
| - Erytrosit   |            | 0 – 1 /lp |
| - Lekosit     |            | 0 – 2 /lp |
| - Epitel      |            | 0 – 2 /lp |
| - Kristal     |            |           |
| - Silinder    |            |           |
| - Lain - lain |            |           |

GO Preparat : .....  
Tes Kehamilan : .....  
Sputum BTA kusta cuping ka : .....  
Kusta cuping ki : .....

Jogoloyo, 21-2-2017  
Pemeriksa

  
(.....)

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

Nama : ..... Umur Ibu : ..... Th.  
 Hamil ke ..... Haid terakhir tgl.: ..... bl  
 Pendidikan ..... : Ibu Suami .....  
 Pekerjaan : Ibu ..... Suami .....

| I           | II                        | III  | IV   | Tribulan |    |            |
|-------------|---------------------------|--|------|----------|----|------------|
|             |                           |  |      | I        | II | III, III.1 |
| KEL. F.R.   | NO.                       | Masalah/Faktor Risiko                              | SKOR |          |    |            |
|             |                           | Skor Awal Ibu Hamil                                | 2    | 2        | 2  | 2          |
| I           | 1                         | Tertalu muda, hamil ≤ 16 th                        | 4    |          |    |            |
|             | 2                         | a. Terlalu lambat hamil, kawin ≥ 4 th              | 4    |          |    |            |
|             |                           | b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 th                    | 4    |          |    |            |
|             | 3                         | Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)                  | 4    | 4        | 4  | 4          |
|             | 4                         | Tertalu lama hamil lagi (≥ 10 th)                  | 4    |          |    |            |
|             | 5                         | Tertalu banyak anak, 4/lebih                       | 4    |          |    |            |
|             | 6                         | Tertalu tua, umur ≥ 35 th                          | 4    |          |    |            |
|             | 7                         | Tertalu pendek ≤ 145 cm                            | 4    |          |    |            |
|             | 8                         | Pernah gagal kehamilan                             | 4    |          |    |            |
|             | 9                         | Pernah melahirkan dengan :                         | 4    |          |    |            |
|             | a. Tarikan tang/vakum     | 4  |      |          |    |            |
|             | b. Uhi dirogoh            | 4  |      |          |    |            |
|             | c. Diberi infus/transfusi | 4  |      |          |    |            |
|             | 10. Pernah Operasi Sesar  | 8  |      |          |    |            |
| II          | 11                        | Pemakit pada ibu hamil                             | 4    |          |    |            |
|             |                           | a. kurang darah b. Measles                         | 4    |          |    |            |
|             |                           | c. TBC Paru d. Bayan jantung                       | 4    |          |    |            |
|             |                           | e. Kencing Manis/ Diabetes                         | 4    |          |    |            |
|             |                           | f. Penyakit Menular Seksual                        | 4    |          |    |            |
|             | 12                        | Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi | 4    |          |    |            |
|             | 13                        | Hamil kembali 2 atau lebih                         | 4    |          |    |            |
|             | 14                        | Hamil kembar atau si kembar                        | 4    |          |    |            |
|             | 15                        | Bayi mati dalam kandungan                          | 4    |          |    |            |
|             | 16                        | Kehamilan lebih bulan                              | 4    |          |    |            |
| 17          | Letak sungsang            | 8  |      |          |    |            |
| 18          | Letak litang              | 8  |      |          |    |            |
| III         | 19                        | Preeklampsia dalam kehamilan ini                   | 8    |          |    |            |
|             | 20                        | Preeklampsia Berat/Ketang-ketang                   | 8    |          |    |            |
| JUMLAH SKOR |                           |  |      | 6        | 6  | 6          |

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

| JML. SKOR | KEL. RISIKO | PERAWATAN    | RUJUKAN       | PERSALINAN DENGAN RISIKO |              |             |
|-----------|-------------|--------------|---------------|--------------------------|--------------|-------------|
|           |             |              |               | TEMPAT                   | PENOLONG     | RUJUKAN     |
|           |             |              |               |                          |              | RDB RDR RTW |
| 2         | KRR         | BIDAN        | TIDAK DIRUJUK | RUMAH POLINDES           | BIDAN        |             |
| 6-10      | KRT         | BIDAN DOKTER | BIDAN PKN     | 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)/ Rujukan Dalam Rahim  
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)  
 3. Rujukan Terlambat (RTl)

Gawat Obstetrik :  
 Kel. Faktor Risiko I & II

- |         |                          |
|---------|--------------------------|
| 1. .... | • Kel. Faktor Risiko III |
| 2. .... | 1. Pendarahan antepartum |
| 3. .... | 2. Eklampsia             |
| 4. .... | • Komplikasi Obstetrik   |
| 5. .... | 3. Pendarahan postpartum |
| 6. .... | 4. Uri Tertinggi         |
| 7. .... | 5. Persalinan Lama       |
|         | 6. Panas Tinggi          |

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

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <b>PASCA PERSALINAN :</b>                       | <b>MACAM PERSALINAN :</b> |
| <b>IBU :</b>                                    | 1. Rumah Ibu              |
| 1. Hidup  | 2. Rumah bidan            |
| 2. Mati, dengan penyebab :                      | 3. Polindes               |
| a. Pendarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia        | 4. Puskesmas              |
| c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2             | 5. Rumah Sakit            |
| <b>BAYI :</b>                                   | 6. Perjalanan             |
| 1. Berat lahir ..... gram, Laki-2/Perempuan     | 7. Lain-2                 |
| 2. Lahir hidup : Apgar Skor .....               |                           |
| 3. Lahir mati, penyebab .....                   |                           |
| 4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab ..... |                           |
| 5. Kelainan bawaan : tidak ada/ada .....        |                           |

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

Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

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

**KATEGORI KELUARGA MISKIN :** 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan : .....

\* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG

## Lampiran 7 Ibu Bersalin

## CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

### Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 02-4-2017 Pukul : 20.15 WIB  
 Umur kehamilan : 40 Minggu  
 Penolong persalinan : Dokter (Bidan) /lain-lain .....  
 Cara persalinan : (Normal) Tindakan .....  
 Keadaan ibu : (Sehat) /Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
 Lokhia berbau/lain-lain .....)/  
 Meninggal\*

Keterangan tambahan : .....

\* Lingkari yang sesuai

### Bayi Saat Lahir

Anak ke : 2 (dua) .....  
 Berat Lahir : 3200 gram  
 Panjang Badan : 49 cm  
 Lingkar Kepala : 33 cm  
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan\*

### Kondisi bayi saat lahir\*\*:

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Segera menangis | <input type="checkbox"/> Anggota gerak kebiruan |
| <input type="checkbox"/> Menangis beberapa saat     | <input type="checkbox"/> Seluruh tubuh biru     |
| <input type="checkbox"/> Tidak menangis             | <input type="checkbox"/> Kelainan bawaan        |
| <input type="checkbox"/> Seluruh tubuh kemerahan    | <input type="checkbox"/> Meninggal              |

### Asuhan Bayi Baru Lahir \*\*::

- Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi  
 Suntikan Vitamin K1  
 Salep mata antibiotika profilaksis  
 Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan: .....

\* Lingkari yang sesuai

\*\* Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 02-09-2017
2. Nama Bidan : Minarti Amd. Keb
3. Tempat persalinan :
  - Rumah ibu : - Puskesmas
  - Polindes : - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta : - Lainnya : Bpm
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan dirujuk, Kala I/II/III/IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat Rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
  - Bidan : - Teman
  - Suami : - Dukun
  - Keluarga : - Tidak ada

**KALA I**

9. Partograf melewati waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah tsb :
12. Hasilnya :

**KALA II**

13. Episiotomi :
  - Ya, indikasi
  - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan :
  - Suami : - Dukun
  - Keluarga : - Tidak ada
  - Teman
15. Gawat janin :
  - Ya, tindakan yang dilakukan :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak

16. Distosia baru :
  - Ya, tindakan yang dilakukan :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

**KALA III**

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

24. Masalah fundus uteri ?
  - Ya
  - Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
  - Jika lengkap tindakan yang dilakukan :
  - a. ....
  - b. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
  - Ya, tindakan :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
27. Laserasi :
  - Ya, dimana
  - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4 1/2/3/4
  - tindakan :
  - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
  - Tidak dijahit, alasan
29. Atonia uteri :
  - Ya, tindakan :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak
30. Jumlah perdarahan : 150 ml.
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut
33. Hasilnya :

**BAYI BARU LAHIR**

34. Berat Badan : 3200 Gram
35. Panjang : 48 Cm
36. Jenis Kelamin : LP
37. Penilaian bayi baru lahir :
38. Bayi lahir :
  - normal, tindakan :
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsangan taktil
    - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - tindakan pencegahan infeksi mata
  - aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
    - mengeringkan
    - rangsangan taktil
    - bebaskan jalan nafas
    - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - menghangatkan
    - lain-lain, sebutkan
39. Pemberian ASI :
  - cacat bawaan, sebutkan
  - hipotermia, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Ya, waktu : Segera Jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan
40. Masalah lain, sebutkan :
  - Hasilnya :

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

| Jam ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | Temperatur | Tinggi Fundus uteri | Kontraksi uterus | Kandung Kemih | Perdarahan |
|--------|-------|---------------|------|------------|---------------------|------------------|---------------|------------|
| 1      | 22:50 | 110/70        | 89   | 37,5       | 2 jari dibawah pst  | baik             | Kosong        | ± 30 cc    |
|        | 23:05 | 120/70        | 82   |            | 2 jari dibawah pst  | baik             | Kosong        | ± 20 cc    |
|        | 23:25 | 110/70        | 82   |            | 2 jari dibawah pst  | baik             | Kosong        | ± 15 cc    |
| 2      | 23:40 | 110/70        | 80   |            | 2 jari dibawah pst  | baik             | Kosong        | ± 15 cc    |
|        | 24:10 | 120/70        | 80   | 36,7       | 2 jari dibawah pst  | baik             | Kosong        | ± 10 cc    |
|        | 24:40 | 120/70        | 80   |            | 2 jari dibawah pst  | baik             | Kosong        | ± 10 cc    |

Masalah kala IV :  
 Penatalaksanaan yang dilakukan masalah tersebut :  
 Hasilnya :

### KETERANGAN LAHIR

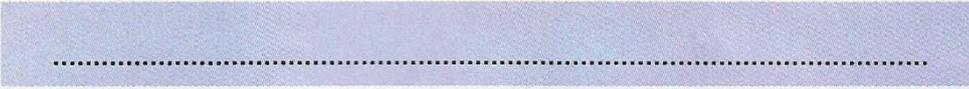
No : .....

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;  
 Pada hari ini Rabu, tanggal 02-09-2017, Pukul 20.15 WIB  
 telah lahir seorang bayi.

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan\*  
 Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya\*  
 Kelahiran ke : 2 (dua)  
 Berat lahir : 3200 gram  
 Panjang Badan : 48 cm  
 di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Polindes/Rumah Bidan/di\*

Alamat : Ds. Trawasan Kec. Sumobito Kab. Jombang

Diberi nama :



Dari Orang Tua;  
 Nama Ibu : Ny. Imroatul Kharimah Umur : 26 tahun  
 Pekerjaan : TU  
 KTP/NIK No. : .....  
 Nama Ayah : Tn. Najib Umur : 26 tahun  
 Pekerjaan : Swasta  
 KTP/NIK No. : .....  
 Alamat : Ds. Trawasan, Kec. Sumobito. Kab. Jombang  
 Kecamatan : Sumobito  
 Kab./Kota : Jombang

Jombang, Tanggal, 02-09-2017

Saksi I

Saksi II

Penolong persalinan

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*  
**MINARTI, And. Keb**  
 NIPB : 446 / 2779 / 415.25 / 2008

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



Lampiran 9 Pemeriksaan nifas

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

| JENIS PELAYANAN   | KUNJUNGAN I<br>(6 jam - 3 hari)<br>Tgl: 3/11 | KUNJUNGAN II<br>(4 - 28 hari)<br>Tgl: 8/11 | KUNJUNGAN III<br>(29 - 42 hari)<br>Tgl: 19/11 |
|---|--|--|---|
| kondisi ibu nifas secara umum   | baik   | baik                                       | baik  |
| tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi   | 110/70                                       | 120/70                                     | 110/70  |
| perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara | M  | ~  | ~   |
| lokia dan perdarahan  | ~  | ~  | ~   |
| Pemeriksaan jalan lahir   | ~  | ~  | ~   |
| Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif  | ~  | ~  | ~   |
| Pemberian Kapsul Vit. A   | ~  | ~  | ~   |
| Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan   | ~  | ~  | ~   |
| Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas  | ~  | ~  | ~   |

### CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

| Buang Air Besar | Buang Air Kecil | Produksi ASI | Catatan Dokter/Bidan |
|-----------------|-----------------|--------------|----------------------|
| (-)/+           | (+)             | (6/6)        | Asi Eksklusif        |
| (-)/+           | (+)             | (6/6)        | Nutrisi              |
| (-)/+           | (+)             | (+)          | Personal Hygiene     |
| (-)/+           | (+)             |              |                      |
| (-)/+           | (+)             |              |                      |
| (-)/+           | (+)             |              |                      |

#### Pelayanan KB Ibu Nifas

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Tanggal/bulan/tahun | 29/11         |
| Tempat              | BPM Nifas     |
| Cara KB/Kontrasepsi | Suntik 3 bula |

**Kesimpulan Akhir Nifas**  
Keadaan Ibu\*\*:

Sehat  
 Sakit  
 Meninggal

**Komplikasi Nifas\*\*:**

Perdarahan  
 Infeksi  
 Hipertensi  
 Lain-lain: Depresi post partum

**Keadaan Bayi\*\*:**

Sehat  
 Sakit  
 Kelainan Bawaan  
 Meninggal

\*\*Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

### CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

### CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

#### Pelayanan KB Ibu Nifas

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Tanggal/bulan/tahun | 29/11         |
| Tempat              | BPM Nifas     |
| Cara KB/Kontrasepsi | Suntik 3 bula |

**Kesimpulan Akhir Nifas**  
Keadaan Ibu\*\*:

Sehat  
 Sakit  
 Meninggal

**Komplikasi Nifas\*\*:**

Perdarahan  
 Infeksi  
 Hipertensi  
 Lain-lain: Depresi post partum

**Keadaan Bayi\*\*:**

Sehat  
 Sakit  
 Kelainan Bawaan  
 Meninggal

\*\*Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 10 Pemeriksaan BBL

### CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

| JENIS PEMERIKSAAN   | Kunjungan I<br>(6-48jam)<br>Tgl: 3/4 | Kunjungan II<br>(hari 3-7)<br>Tgl: 5/4 | Kunjungan III<br>(hari 8-28)<br>Tgl: 20/4 |
|---|--------------------------------------|--|---|
| Berat badan(kg)   | 3200 gr                              | 3600 gr                                | 4200 gr                                   |
| Panjang badan (cm)  | 48 cm                                | 48 cm                                  | 48 cm                                     |
| Suhu (°C)   | 37°C                                 | 36,8°C                                 | 36,7°C                                    |
| Tanyakan ibu, bayi sakit apa?   | -                                    | -                                      | -   |
| Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri        | -                                    | -                                      | -   |
| • Frekuensi napas (kali/menit)  | 52 x/mnt                             | 42 x/mnt                               | 46 x/mnt                                  |
| • Frekuensi denyut jantung (kali/menit)                                 | 145 x/mnt                            | 140 x/mnt                              | 138 x/mnt                                 |
| 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:<br>.....<br>.....                               | -                                    | -                                      | -   |
| Memeriksa masalah/keluhan Ibu Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)     | -                                    | -                                      | -   |
| Nama pemeriksa  | BAM Nurwati                          | BAM Nurwati                            | BPM Usmanza                               |

### CATATAN IMUNISASI ANAK

| Umur (bulan)               | 0                                  | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------|------------------------------------|------|---|---|---|---|
| <b>Vaksin</b>              | <b>Tanggal Pemberian Imunisasi</b> |      |   |   |   |   |
| HIB-O (0-7hari)            | 2/4                                |      |   |   |   |   |
| BCG                        |                                    | 25/4 |   |   |   |   |
| Polio 1                    |                                    | 25/4 |   |   |   |   |
| DPT-HB-Hib 1               |                                    |      |   |   |   |   |
| <sup>16</sup> Polio 2      |                                    |      |   |   |   |   |
| <sup>16</sup> DPT-HB-Hib 2 |                                    |      |   |   |   |   |
| <sup>16</sup> Polio 3      |                                    |      |   |   |   |   |
| <sup>16</sup> DPT-HB-Hib3  |                                    |      |   |   |   |   |
| <sup>16</sup> Polio 4      |                                    |      |   |   |   |   |
| <sup>16</sup> IPV          |                                    |      |   |   |   |   |
| Campak                     |                                    |      |   |   |   |   |

| Umur (bulan)           | 3                                  | 24 | 30 | ****36+ |
|------------------------|------------------------------------|----|----|---------|
| <b>Vaksin</b>          | <b>Tanggal Pemberian Imunisasi</b> |    |    |         |
| ***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. Sifatnya seperti batuk, pilek, diare, demam ringan, dan sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi

| Umur (bulan)                | 3 | 24 | 30 | ****36+ |
|-----------------------------|---|----|----|---------|
| <b>Tambahan Vaksin Lain</b> |   |    |    |         |
| <b>Vaksin</b>               |   |    |    |         |
| <b>Tanggal Pemberian</b>    |   |    |    |         |

40

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



## Lampiran 12 Pernyataan Bebas Plagiasi

**PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : SYARIFATUL MUTINGAH  
NIM : 141110045  
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, 27 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



SYARIFATUL MUTINGAH  
NIM : 141110045